Klinisch redeneren: diagnostiek van hartfalen bij COPD-patiënt in de eerste lijn

Haio: van Oorschot Vince , KUL
Promotor: VAES Bert , KUL
Praktijkopleider: ARNOUTS Paul , KLAASEN Geert , VAN REMOORTEL Sven

Context: Einde 2021 is er een update verschenen van het boek van Jef Van den Ende ‘Klinisch redeneren: van model naar competentie’. Aan de KU Leuven wordt dit boek gebruikt als cursusmateriaal voor het OPO Kwaliteitsvol Praktijkvoeren in 3de Bachelor. Het boek werd geschreven samen met auteurs van Uantwerpen, VUB, UGent, KU Leuven en Domus Medica. In aanloop van de herwerking van dit boek is er een artikelenreeks verschenen in Tijdschrift voor Geneeskunde (TvGG). Als laatste artikel in deze reeks werd er een casus gepubliceerd, waarin de principes van klinisch redeneren werden toegepast. Nadien werd er een oproep gelanceerd aan artsen, opleiders en studenten om uitgewerkte casussen in te dienen voor publicatie. Door regelmatig casussen klinisch redeneren via TvGG aan te bieden, zou dit kunnen helpen om het gebruik van deze principes in de dagelijkse praktijk levendig te houden. Maar hier werd weinig gehoor aan gegeven. Als academici weten we hoe moeilijk het vaak is voor studenten om casussen met de principes van klinisch redeneren te presenteren op het examen. Ook verdwijnen veel van deze principes vaak weer naar de achtergrond naarmate het examen langer geleden is. Een case-report ook als MaNaMa-thesis aanbieden zou maken dat deze studenten deze principes meer in detail gaan toepassen en leren begrijpen. Het uitschrijven van een case-report gaat veel verder dan het uitwerken van een casus voor het examen. Bovendien moeten ook de principes van scientific writing worden aangeleerd en toegepast. De uiteindelijke bedoeling van deze MaNaMa-thesis is een paper te maken die voor publicatie in TvGG kan aangeboden worden. Voor andere studenten, opleiders en artsen betekent dit dat er progressief een archief zal ontstaan aan mooie uitgewerkte casussen die duidelijk het voordeel van de principes van klinisch redeneren onder de aandacht zullen houden. Bovendien willen we de studenten die dit als MaNaMa-thesis kiezen opleiden als ‘ambassadeurs’ van klinisch redeneren in huisartsgeneeskunde. Naast de paper zullen ze in het derde jaar ook een LOK organiseren rond klinisch redeneren, gestoffeerd met hun casus(sen). Deze masterproef rond klinisch redeneren bevat 3 deelonderwerpen: 1) Case report Deze case report gaat over een man van 76 jaar die patiënt is in huisartsenpraktijk Villa Medica te Rijkevorsel. Zijn aanmeldingsklacht is acute dyspnoe. In de voorgeschiedenis weerhouden we COPD. Na anamnese en klinisch onderzoek wordt er besloten tot een acute COPD-exacerbatie. Een week later blijven de klachten van dyspnoe aanslepen en verschijnen er ook malleolaire oedemen bij klinisch onderzoek. Na enkele technische onderzoeken (NT-proBNP) en verwijzing naar de cardioloog wordt de diagnose van hartfalen (HFpEF) gesteld. 2) Literatuuronderzoek Het literatuuronderzoek beschrijft de kracht van argumenten (sensitiviteit en specificiteit) in de eerste lijn van een patiënt met enkel hartfalen en een patiënt met hartfalen en ook comorbiditeit COPD. 3) LOK klinisch redeneren Het laatste deel bestaat uit het geven van een LOK-vergadering aan andere huisartsen waar de casus wordt voorgesteld en begrippen van klinisch redeneren worden herhaald. Op het begin en het einde van de LOK-vergadering zal er een anonieme survey worden afgenomen bij de huisartsen over de impact van de LOK-vergadering op de kennis en inzichten over klinisch redeneren (self-efficacy vragenlijst).

Onderzoeksvraag: Het doel van deze masterproef is om aan de hand van een case report aan te tonen dat klinisch redeneren zeer toepasbaar is in de eerste lijn. Specifiek wordt er nagegaan of we de diagnose van hartfalen eerder hadden kunnen stellen als we de principes van klinisch redeneren hadden gehanteerd. Dit is relevant, aangezien ongeveer 20% van de patiënten met COPD ook

lijden aan hartfalen. Dit is vaak ondergediagnosticeerd. Met de literatuurstudie willen we vooral aantonen dat de kracht van argumenten (sensitiviteit en specificiteit) afneemt naarmate er sprake is van meer comorbiditeit. Hierdoor kunnen er meer uitdagingen verbonden zijn aan het klinisch redeneren en is het moeilijker om een diagnose te stellen bij deze patiënten. Met de LOK-vergadering willen we meer collega-huisartsen warm maken voor het onderwerp klinisch redeneren. Aan de hand van de self-efficacy vragenlijst willen we nagaan of de LOK-vergadering iets bijbrengt aan de kennis over klinisch redeneren bij collega-huisartsen. Deze self-efficacy vragenlijst zal afgenomen worden voor de start en na afloop van de LOK-vergadering.

Methode: Voor de case report wordt er gebruik gemaakt van patiëntgegevens uit huisartsenpraktijk Villa Medica in Rijkevorsel met softwarepakket CareConnect. Volgende elementen zullen gebruikt worden: gegevens volgens SOEP-registratie, voorgeschiedenis, medicatieschema, technische onderzoeken en medische verslagen. Er werd toestemming verleend door de huisartsenpraktijk om deze gegevens op een geanonimiseerde manier te gebruiken. De case report wordt geschreven volgens de CARE-checklist. Aan de hand van deze gegevens wordt er aan de slag gegaan met klinisch redeneren. Er wordt een diagnostisch landschap opgesteld en nadien wordt de werkhypothese getoetst aan de hand van argumenten die een verschillende kracht hebben afhankelijk van hun sensitiviteit en specificiteit. Met deze verschillende argumenten proberen we een drempel te bereiken om de patiënt te behandelen of te verwijzen. Voor de literatuurstudie wordt er gebruik gemaakt van de best bet methode. De onderzoeksvraag zal volgens onderstaande PICO gemaakt worden: • P: patiënt in eerste lijn met klachten suggestief voor hartfalen • I: comorbiditeit van COPD • C: geen comorbiditeit van COPD • O: sensitiviteit en specificiteit van anamnese, klinisch onderzoek en technische onderzoeken De deelnemers aan de LOK klinisch redeneren zal gevraagd worden om voor en na deze bijscholing een ‘self-efficacy’ vragenlijst in te vullen. Self-efficacy wordt hierbij gedefinieerd als het geloof van een individu in zijn vermogen om te handelen op de manier die nodig is om specifieke doelen te bereiken. De vragenlijst om de self-efficacy te meten moet nog ontworpen worden en dit maakt deel uit van het onderzoek. Via papieren bundeltjes van beide vragenlijsten (één voor en één na de LOK-avond), zullen de antwoorden van beide vragenlijsten aan dezelfde (anonieme) persoon terug te koppelen zijn. Voor de MaNaMa studenten huisartsgeneeskunde die gestart zijn in het Academiejaar 2022-2023 was het mogelijk om voor hun masterthesis te kiezen voor een ‘Case-report klinisch redeneren’. Er zijn 16 studenten (in Leuven, Antwerpen en Gent) gestart in een pilootproject met dit type thesis. Alle studenten worden interuniversitair begeleid en zullen dezelfde methodologie volgen. Zij zullen dus allemaal met dezelfde self-efficacy vragenlijst de deelnemers aan de LOK vergadering evalueren. Deze te ontwikkelen self-efficacy vragenlijst zal in de toekomst ook verder gebruikt worden in toekomstige thesissen van het type ‘Case report klinisch redeneren’. Er is op dit moment geen self-efficacy vragenlijst voor klinisch redeneren beschikbaar. We zullen deze vragenlijst ontwerpen op basis van de principes gerapporteerd door Bandura et al. Wanneer de vragenlijst ontwikkeld is, dan zal deze als amendement worden toegevoegd aan de studie voor goedkeuring.

Resultaten: Uit het casusonderzoek blijkt dat de diagnostiek van hartfalen bij een patiënt met COPD een uitdaging vormt door de symptomatische overlap en de verminderde sensitiviteit van argumenten uit anamnese, klinisch onderzoek en technische onderzoeken. De patiënt in de casus presenteerde zich met progressieve dyspneu, wat initieel werd toegeschreven aan een exacerbatie van COPD. Echter, bijkomende symptomen zoals orthopneu en perifeer oedeem wezen in de richting van hartfalen. De casus illustreert de complexiteit van klinisch redeneren bij multimorbiditeit en onderstreept het belang van een systematische aanpak. In het literatuuronderzoek werden sensitiviteit en specificiteit vergeleken voor argumenten voor hartfalen bij iemand zonder

comorbiditeit en bij iemand met comorbiditeit van COPD. Bijna alle argumenten van anamnese, klinisch onderzoek en technische onderzoeken waren minder sensitief en specifiek bij iemand met comorbiditeit van COPD. De LOK klinisch redeneren werd goed onthaald door de groep huisartsen en hun kennisniveau (afgenomen met self-efficacyvragenlijst) is verbeterd na de LOK in vergelijking met hun kennisniveau voor de LOK.

Conclusie: Qua diagnostiek is het belangrijk voor artsen om bij patiënten met complexe comorbiditeit zoals COPD alert te zijn op de onderdiagnostiek van hartfalen. De aanmeldklacht dyspnoe vereist een systematische benadering waarbij differentiële diagnoses worden afgewogen en aanvullende diagnostische tests zoals echocardiografie tijdig worden ingezet. De interpretatie van NT-proBNP in de huisartsenpraktijk dient met voorzichtigheid te gebeuren, gezien de lagere specificiteit bij patiënten met COPD. Het is belangrijk om klinische en laboratoriumgegevens te combineren en niet te snel een diagnose te bevestigen of uit te sluiten op basis van biomarkers alleen.