Klinisch redeneren toegepast op een specifieke casus uit de praktijk. De casus gaat over een pediatrische patiënt met een infectie met mycoplasma pneumoniae. Patiënt heeft aanhoudende hoestklachten en koorts. Hierbij vonder er meerdere consultaties plaats bij zowel huisarts en pediater met uiteindelijk nood aan opname.

Haio: BAERT Bernard , U.G.
Promotor: Heytens Stefan , U.G.
Praktijkopleider: HUYSENTRUYT Frederik , NAESSENS Leen , VAN HEMELRIJK Christine , Vercauter Piet

Context: Deze nieuwe vorm van masterproef is tot stand gekomen om het klinisch redeneren meer onder de aandacht te brengen bij huisartsen. Deze masterproef werd in 3 delen uitgewerkt. Bij het eerste deel werd een 'case report' gemaakt en uitgewerkt volgens de verschillende stappen van het klinisch redeneren. Vervolgens gebeurde een literatuur onderzoek over een bepaald aspect van het klinisch redeneren op basis van de Best-BET methode. Tot slot werd er een LOK-vergadering georganiseerd om aan de hand van 2 casussen de huisarts te educeren over klinisch redeneren en erover in discussie te gaan. Hierbij werd aan de hand van een self-efficacy vragenlijst voor en na de LOK-vergadering een analyse gemaakt van de antwoorden op de vragenlijst.

Onderzoeksvraag: Wat is de zin of onzin voor testen op Mycoplasma pneumoniae.

Methode: Enerzijds werd een case report gemaakt op basis van een casus uit de praktijk. Hierbij werd gefocust op het klinisch redeneerproces. Het is de bedoeling om aan de hand van de casus de bestaande literatuur te bestuderen en het nut van testen en al dan niet behandelen te bespreken. Anderzijds werd er een LOK vergadering georganiseerd waaraan huisartsen deelnamen. Hierbij werd er gevraagd een anonieme vragenlijst in te vullen vooraf aan de LOK over eigen klinisch redeneerproces en hoe dit gebeurt in de dagelijkse praktijkvoering. Vervolgens werd er dieper ingegaan op het klinisch redeneren aan de hand van de voorgestelde casus. Tot slot werd dezelfde vragenlijst opnieuw afgenomen na afloop van de LOK.

Resultaten: Mycoplasma pneumoniae is een atypische bacterie met range aan symptomen van asymptomatische dragerschap tot CAP en nood aan invasieve ventilatie (waardoor dit een diagnose is dat zowel in binnencirkel als buitencirkel kan staan in het diagnostisch landschap). Richtlijnen zijn verschillend over de diagnostiek voor mycoplasma pneumoniae pneumonie. Empirisch behandelen op basis van kliniek met patroonherkenning gebeurt regelmatig en zorgt voor een macrolide-overgebruik in de eerste lijn. Wereldwijd is er een toename van macrolide resistente Mycoplasma Pneumoniae, wat een zorgwekkend feit is gezien er geen goed alternatief bestaat bij kinderen. PCR heeft een sterk aantonende, maar zwak uitsluitende kracht. Op heden is de PCR test in België niet terugbetaald. Zo zou een epidemische drempel kunnen bepaald worden op het moment van hoge incidentie waarbij deze test kan terugbetaald worden voor de leeftijdsgroep van 5 tot 14 jaar om zo het empirisch antibiotica gebruik te minderen en resistentie te vermijden. Bij een lage voorkans is het niet interessant om te testen ondanks de sterk aantonende kracht van PCR (lagevoorkansval of ‘base rate neglect bias’). Waarden van argumenten en technische testen komen vaak uit studies uit 2e of 3e lijn waardoor extrapolatie niet steeds mogelijk is. Daarnaast is in de literatuur er onvoldoende bewijs over de effectiviteit van macroliden voor mycoplasma pneumoniae. Meer onderzoek is nodig over de waarde van testen en de effectiviteit van macroliden in de eerste lijn.

Conclusie: Door het epidemisch karakter is mycoplasma pneumoniae een diagnose met wisselende voorkansen doorheen de tijd. Op heden wordt in de praktijk vaak empirisch behandeld op basis van klinisch vermoeden, echter kan een mycoplasma pneumoniae infectie niet betrouwbaar gesteld worden op basis van klinische eigenschappen. Dit zorgt voor overgebruik van macroliden. Een zorgwekkend feit met toename van resistentiecijfers op wereldniveau. Testen op mycoplasma door middel van PCR lijkt te overwegen waard op moment van een hoge voorkans (klinisch verdacht, tijdens een epidemie, binnen de juiste leeftijdscategorie (5-14j)).