

PAUL VAN DER VALK
longarts, Enschede



OPINIE

Wat is de andere kant van het gelijk?

TBC-SCREENING BIJ START IMMUNOSUPPRESSIE

Een miskende en dus niet behandelde tbc-infectie bij start met immunosuppressieve therapie kan dramatische gevolgen hebben. Iedereen kent wel een casus van een vliegende toring met dodelijke afloop. Nationaal zijn er vele vakgebonden richtlijnen voor tbc-screening voorafgaand aan immunosuppressie, maar er is geen uniform beleid.

De richtlijncommissie 'tbc-screening voorafgaand aan immunosuppressieve therapie' heeft de verschillende specialistengroepen die deze medicatie voorschrijven, bij elkaar gebracht.

Dilemma

De commissie zag zich gesteld voor een groot dilemma. Enerzijds is er geen gouden standaard voor latente tbc-infectie (LTBI), en zijn de testen ook nog eens beperkt betrouwbaar, anderzijds wil je onnodige behandeling met tuberculostatika voorkomen.

Internationale richtlijnen adviseren elke patiënt die immunosuppressieve medicatie gaat gebruiken een tuberculinehuidtest (THT) en/of IGRA af te nemen. Ook voor Nederland zou dit een gemakkelijke oplossing zijn. Maar een meisje van 17 dat nog nooit buiten Appelscha is geweest? En wat te doen als de THT zwak positief uitvalt?

Moet je haar dan voor de meest waarschijnlijke oorzaak, een non-tuberculeuze mycobacterie (NTM) gaan behandelen? Behandelen met tuberculostatika heeft zeker ook bijwerkingen.

Laag, hoog of gemiddeld risico

Om onnodig testen op en/of behandelen voor LTBI in de Nederlandse situatie te voorkomen, is een andere oplossing gezocht. De commissie heeft ervoor gekozen om bij alle patiënten die immunosuppressieve medicatie gaan krijgen eerst een risico-inventarisatie te doen op LTBI met behulp van een vragenlijst.

Patiënten met een zeer laag risico krijgen geen verdere diagnostiek middels THT of IGRA. Zij hebben immer een zeer lage 'vooraf-kans' op een LTBI. Een fout-positieve uitslag zou tot onnodige behandeling kunnen leiden.

Patiënten met een hoog risico op LTBI krijgen ook geen diagnostiek met THT of IGRA. Bij hen bestaat al een indicatie voor LTBI-behandeling. Een mooi voorbeeld van een hoog risico is een arts die jarenlang op de tbc-afdeling in een Afrikaans ziekenhuis heeft gewerkt en toch negatief test. Zou hij niet sowieso behandeld moeten worden voor een uiterst aannemelijke tbc-besmetting?

Patiënten uit de middengroep, de patiënten die op basis van de vragenlijst een verhoogd risico hebben, krijgen wel diagnostische testen (THT en IGRA). Aan de hand hiervan wordt bepaald of zij in aanmerking komen voor behandeling van LTBI.

LTBI of toch niet?

Je bent nooit zeker of een patiënt wel of geen LTBI heeft. Het is belangrijk dat behandelaren van deze patiëntencategorieën zich dat realiseren. Je hoopt door deze screening met eerst een vragenlijst en zo nodig aanvullende testen de kans op missen van deze diagnose te minimaliseren.

Vergeet ook niet dat een negatieve test ook nog eens een momentopname is. Dit werd nog eens duidelijk in een recente publicatie in dit tijdschrift. Door de meestal geweldige reactie op immunosuppressieve therapie gaan patiënten doen wat ze eerder nooit konden: reizen. Onder behandeling van deze medicatie is een reis naar tbc-endemische landen niet zonder risico. Een negatief op LTBI geteste reumapatiënt overleed na een vakantiereis naar een land waar tuberculose endemisch is aan een ernstige tbc-meningitis. Dus zoals altijd geldt ook hier weer het adagium: Think TB!