

Analogieën en een verrassende vondst

DOOR DR. A. FULDAUER, HUISARTS TE HENGELO

Het moet van de huisarts als het ware een tweede aard zijn zich niet neer te leggen bij een definitief oordeel van specialisten, indien hij meent dat de toestand van zijn patiënt en de omstandigheden hem de overtuiging geven dat dit oordeel niet juist is. Daarnaast kan de herinnering aan een geval dat zich kortelings of lang te voren in zijn praktijk heeft afgespeeld, of dat hij in een van de medische tijdschriften heeft gelezen, hem een leidraad bieden voor handelingen die kunnen leiden tot het ontdekken van een onvermoede aandoening. Dit kan voor zijn patiënt een verbetering van diens toestand betekenen of zelfs een algehele genezing. Het gezegde „de aanhouder wint” blijkt in de praktijk toch niet zelden tot resultaten te leiden.

Mevrouw A, oud 36 jaar, klaagt al enige maanden over pijn in haar linker zij, voornamelijk als zij zit. Bij lichamelijk onderzoek worden geen afwijkingen gevonden. Ook het laboratoriumonderzoek, met name het urine-onderzoek, geeft geen aanknopingspunten voor een diagnose. De voorgeschreven analgetica en een kortdurende behandeling met pyrazolonderivaten geven geen veranderingen van de klachten. Zij wordt verwezen naar de orthopedisch chirurg, die de diagnose stelt: „ligamentpijnen?” De klachten nemen in de loop van de jaren wat toe. Hoewel zij niet altijd aanwezig zijn en ook niet altijd even ernstig. Wel vertelt zij steeds weer vooral 's nachts meer last dan overdag te hebben.

Omdat de uterus in retroflexie blijkt te liggen wordt zij naar de gynaecoloog verwezen, die het door mij ingebrachte ringpessarium dat geen veranderingen van de klachten geeft, verwijdert. Hij schrijft haar diathermie, massage en ultra-kortegolf voor. Aan het einde van het jaar wordt ook een internist geraadpleegd, deze maakt een intraveneus pyelogram, waarop eveneens geen afwijkingen zijn te vinden. Omdat zij naar mijn mening aan alle kanten is bekeken, waarmee zij het geheel eens is, berust zij in haar klachten en pijnen en weet zich hieraan enigszins aan te passen.

Ongeveer vijf jaren later komt zij weer op het spreekuur met de mededeling dat de pijnen toch zijn toegenomen en nu ook naar de buik trekken. De vrouw maakt een volkomen serieuze indruk. In een gesprek komen geen problemen naar voren die op psychisch gebied een verklaring voor haar klachten zouden kunnen geven. Daarom worden nog eens een andere gynaecoloog en internist geraadpleegd. De gynaecoloog meent dat de afwijking te hoog zit om een gynaecologische oorzaak te hebben, terwijl de internist ook bij een uitvoerig onderzoek, onder

andere van de nieren, wederom geen afwijkingen kan vinden.

In mijn vakantie wordt patiënte door een waarnemer opgenomen omdat zij weer zo'n heftige pijn heeft. Aangezien wordt aangegeven dat de pijn vanuit de rug naar de buik trekt, wordt zij opgenomen voor de neuroloog. Deze vindt in eerste instantie geen afwijkingen en vraagt advies aan een chirurg en een internist. Geen van hen vindt echter een oorzaak voor de pijnen. Op de afdeling wordt zij inmiddels al aangezien voor een hysterica, omdat zij bij tijd en wijle aangeeft veel pijn te hebben en dan soms niet kan lopen, terwijl er dan op dat moment bij onderzoek geen afwijkingen kunnen worden gevonden.

Gelukkig nemen de afwijkingen in het ziekenhuis toe en na een gesprek met de neuroloog, waarbij wij tot de conclusie komen dat het toch te gek is dat deze vrouw voor een hysterica wordt aangezien, wordt er nogmaals een uitvoerig onderzoek gedaan. Ditmaal worden er bij lumbaalpunctie duidelijke afwijkingen gevonden. De suboccipitale myelografie vertoont een volledige stop bij thoracalis 10. Zij wordt verwezen naar een neurochirurg en bij operatie blijkt er een extramedullaire tumor te bestaan; pathologisch-anatomisch een neurofibroom, zodat de prognose als gunstig kan worden gesteld.

Inderdaad is patiënte nu, zeven jaren na de operatie, in uitstekende toestand. Gelukkig een niet alledaags-geval, waarbij de patiënte toch lange tijd werd aangezien voor een neurotische vrouw en waarbij zelfs als verklaring voor de klacht aan huwelijksmoeilijkheden op seksueel gebied werd gedacht.

Ongeveer vier jaren nadat bovengenoemde patiënte was geopereerd, werd ik vrij veelvuldig geconsulteerd door de heer S, oud 40 jaar, die mij bekend was als een neurotische man. Uit mijn gegevens blijkt dat hij in 1952 al een sippykuur doormaakte, daarna tot 1959 een paar keer door een internist was gezien en een psychiater, omdat een röntgenfoto van de maag bij de herhaling geen andere afwijkingen toonde dan een atonische bulb. In 1960 had hij een niersteen links en in 1961 werd er bij een röntgenonderzoek van de maag een gastro-duodenitis gevonden. In 1967 schrijft de internist dat hij bij het röntgenonderzoek van maag en galblaas geen afwijkingen vindt en de diagnose stelt op een psychoneurose. Enige maanden later verliest patiënt tijdens het plassen twee steentjes. Het intraveneus pyelogram was normaal.

De pijnen in de bovenbuik bleven; wederom gaf

een röntgenfoto van de maag geen afwijkingen te zien en de persisterende klachten werden toegeschreven aan de verhuizing en de drukte die deze meebracht. Omdat na zijn verhuizing de klachten bleven bestaan, werd hij wederom naar de psychiater verwezen. Nu en dan kreeg hij aanvalsgewijs heftige pijnen en bij onderzoek was er dan eigenlijk weinig te vinden, met name vrijwel geen drukpijnen in de bovenbuik. Hij kreeg tenslotte deze pijn aanvallen zo vaak, dat ik werd gedwongen hem palfium voor te schrijven om de pijn te onderdrukken.

Omdat de pijn aanvallen mij toch reëel voorkwamen en ik bovendien vond met het voorschrijven van palfium op de verkeerde weg te zijn, drong ik er bij de psychiater op aan hem eens op te nemen. Ik dacht namelijk opeens terug aan eerstgenoemde patiënte met haar rugklachten. Ook daar stonden de negatieve bevindingen voorop en had de vrouw vooral 's avonds en 's nachts heftige pijnen. Ik meende een duidelijke analogie tussen de beide ziektegevallen te zien.

Alvorens hem op te nemen wilde de psychiater toch nog graag het oordeel van een andere internist onder het motto: „Twee weten er meer dan een”. Deze kwam tot dezelfde bevindingen als de eerste internist en zo werd onze patiënt weer naar huis gestuurd. Heel spoedig daarna kreeg ik bericht dat hij 's nachts weer heftige pijnen had en of ik maar weer palfium wilde voorschrijven. Na enig aandringen gelukte het mij tenslotte toch de psychiater zo ver te krijgen dat hij de patiënt opnam om hem nog eens neurologisch te bekijken. Bij lumbaalpunctie waren de druk en de drukverhoudingen normaal, de samenstelling van het lumbaalvocht was eveneens normaal, met andere woorden de psychiater-

neuroloog kon mijn vermoedens niet bevestigen.

Merkwaardig was overigens dat, hoewel hij de eerste dagen in het ziekenhuis over pijnen klaagde, hij na een paar dagen bedrust helemaal geen klachten meer had. Toch bevredigde de situatie de psychiater evenmin en hij vroeg wederom de tweede internist in consult. Er werd een nieuwe maagfoto gemaakt en tot ieders verrassing was de diagnose: ulcus duodeni met waarschijnlijk enige gastritis-duodenitis. Omdat de man eigenlijk zo weinig last had gehad en in het verleden na een rustkuurtje weer hersteld was, was het advies een sippy-kuur te doen. Hiertegen heb ik mij verzet en gevraagd om toch een operatieve ingreep te verrichten.

Uit het operatieve verslag haal ik het volgende aan: „Er is een zeer kleine hiatus hernia. Het duodenum ligt in oude en in spekkige adhesies. De galblaas is normaal evenals de lever en het pancreas; in de onderbuik wordt niets bijzonders gevoeld. Het duodenum wordt vrijgeprepareerd waarbij er een groot ulcus blijkt te bestaan aan de achterkant, dat moet worden losgeprepareerd van het pancreas. Er wordt een typische maagresectie volgens Billroth I — Schoemaker uitgevoerd. Bij het omstulpen van het preparaat is er een floride ulcus duodeni aan de achterkant te zien met een grauws beslag op de ulcusbodem”.

Nu, een half jaar na de operatie, is patiënt in uitstekende toestand en heeft geen enkele pijn aanval meer gehad. Een verrassende bevinding derhalve. Een bevinding die de patiënt verlichting van de pijn gaf en al was de gedachte aan een analogie niet juist, toch heeft dit mede er toe bijgedragen dat de patiënt bevrijd is van zijn, niet alleen hinderlijke maar toch ook neurotiserende aandoening.

Bij het overlijden van Michael Balint

„Please inform Dutch colleagues”, zo luidde het verzoek in een telegram dat de dood van Michael Balint op 31 december 1970 aankondigde. Toen Balint vier jaren geleden 70 jaar werd, heeft een groot aantal Nederlandse huisartsen, die lid zijn (geweest) van een „Balintgroep”, hem een recept met hun handtekening gestuurd. Wanneer allen dat hadden gedaan dan zouden er ongeveer zeshonderd zijn geweest. Het was een veel betekendend symbool, want datgene wat hij meer dan twintig jaren heeft onderzocht, was juist op welke wijze het medicament dokter wordt voorgeschreven!

Door aan Balint hun eigen recept te zenden gaven de Nederlandse huisartsen te kennen op welke wijze zij zich rekenschap geven van wat er zich tussen hen en hun patiënt afspeelt. Dit is het kernpunt dat Balint duidelijk heeft gemaakt.

Door in een gegeven geval de arts-patiënt-rela-

tie te bestuderen, doet de arts een aantal ervaringen op. Hij neemt waar, luistert, voelt en kan op grond van in deze situatie verkregen inzichten, zijn doen en laten bepalen. In een medische wereld waarin het basisvak medische psychologie nog geen plaats in de artsopleiding had gevonden en in een klimaat waar specialisten alwetend waren en de huisarts „geen eigen gezicht had”, betekende het werk van Balint een bijdrage in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in de ruimste zin van het woord.

In 1956 was het N.H.G. opgericht. Het bleek een gelukkige samenloop van omstandigheden dat juist in die jaren reeds ervaringen met Balint-seminars aan de Tavistock Clinic op gang waren gekomen, want na de oprichting van het Genootschap kwamen er ook in ons land al gauw diverse groe-