

tische oefeningen successen te bereiken. Het is jammer dat kinderen onder vijf of zes jaar de concentratie voor de oefeningen niet op kunnen brengen. Het kwaad van de suppressie en de abnormale netvliescorrespondentie is dan vaak al jaren geleden gesticht.

Het verwaarloosde scheelzien. Elk geval van scheelzien, dat niet in een vroeg stadium bij de oogarts komt, is verwaarloosd scheelzien. Meestal ligt de oorzaak in onverschilligheid van de ouders. Het scheelzien kan ook bij voldoende attentie van alle betrokken partijen aan de aandacht ontsnapt zijn door een kleine scheelzienhoek. Doordat het scheelzien lang onbehandeld is gebleven is er zware amblyopie. Het binoculaire zien is zover ontspoord dat zelfs orthoptische oefeningen zelden baten. Vooral de abnormale netvliescorrespondentie en de excentrische fixatie trotseren bijna elke behandeling. De scheelzien-operatie heeft dan alleen nog cosmetische betekenis.

Veel gevallen van verwaarloosd of onontdekt geble-

ven scheelzien worden tegenwoordig ontdekt doordat de schoolartsen vroegtijdig de gezichtsscherpte bepalen. Menig amblyopie kind komt daardoor nog ter elfder ure in oogheelkundige behandeling.

Voor die gevallen van amblyopie, die met occlusie niet meer verbeteren, bestaat tegenwoordig de „pleoptische oefening”, een monoculaire oefening met allerlei ingenieuze apparaten. Zelfs de excentrische fixatie is men met deze methode te lijf gegaan en niet geheel zonder succes. De pleoptische (monoculaire) oefenmethode is, evenals orthoptische (binoculaire) oefening kostbaar en tijdrovend. De oogarts prijst zich gelukkig deze moeizame arbeid aan de orthoptiste te mogen overlaten. Het is verheugend, dat het beroep van orthoptiste, waarvoor thans in Amsterdam een opleidingsinstituut is gevestigd, de laatste tijd erkenning heeft gevonden. Dit mag niet doen vergeten dat de beslissende stap in de behandeling van het scheelzien door de huisarts wordt gedaan, en vroege herkenning vele kostbare specialistische behandelingsmethoden van het verwaarloosde scheelzien overbodig maakt.

NOTITIES UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

Enige vergissingen bij de diagnose prostaathypertrofie

DOOR J. J. M. MICHELS, HUISARTS TE WAGENBERG

In deze notitie moge de aandacht worden gevraagd voor oudere mannelijke patiënten met klachten over het urineren. Ontmoeten wij een oude man met mictieklachten, dan is de diagnose al bijna gesteld. Vinden wij dan nog bij rectaal toucher een vergrote prostaat, dan schijnt het alleen nog zaak uit te maken of het een benigne of maligne prostaathypertrofie is en onze therapie wordt ingesteld. Op deze manier kunnen neurologische mictiestoornissen, die op deze leeftijd nogal eens voorkomen, over het hoofd worden gezien.

Voor een goed begrip en om tot een goede diagnose te komen is het nuttig nog eens precies na te gaan, welke de klachten en de verschijnselen zijn van een prostaatlijden en de anatomie en de fysiologie in herinnering te roepen.

De klachten en verschijnselen zijn:

- 1 moeilijk en langzaam plassen met een zwakke straal;
- 2 noodzaak vaker te urineren en in kleine hoeveelheden, vooral 's nachts;
- 3 algemene klachten ten gevolge van de verhoging van het ureumgehalte in het bloed: lichte anemie, anorexie, dorst, droge huid, jeuk, grauwe huids-

kleur, misselijkheid; later braken, foetor ex ore (ammoniak), diarree, slapeloosheid, spierfibrillaties, singultus; tenslotte psychose, sopor en coma;

- 4 hypertensie en wel van renale oorsprong. De filtratiedruk in de nieren moet namelijk verhoogd zijn, wat altijd resulteert in een hypertensie. Dit punt is voor de differentiële diagnose alleen van belang als er geen hypertensie is;
- 5 het toucher behoeft lang niet altijd een duidelijk vergrote prostaat op te leveren, en een vergrote prostaat is niet altijd de oorzaak van de klachten;
- 6 blaasresidu;
- 7 incontinentie. Deze klacht ontstaat eerst in een vergevorderd stadium. Het altijd vermelde nadruppelen komt ook eerst laat bij prostaatlijden voor; het is zeker niet typisch voor prostaatlijden.

Een enkel woord over de anatomie. De prostaat is een uit klieren en spieren opgebouwd orgaan met de vorm van een zegelring, die het begin van de urethra omgeeft. De vorm en grootte zijn zeer wisselend. De basis van het achterste gedeelte is naar boven gekeerd, de apex naar beneden. In het midden van de facies dorsalis loopt een flauwe groeve,

die op de bilaterale aanleg wijst. De basis prostatae reikt tot de blaashals, die er bij vulling overheen ligt. Bij vergroting kan de prostaat als een soort klep over de ingang van de urethra liggen. De vergrote prostaat kan ook de urethra afsluiten, waardoor bij het urineren een verhoogde druk nodig is.

Wat betreft de fysiologie van het urineren, vindt men nog geen eenstemmigheid. De meest gangbare mening is de volgende. De urine wordt van de nierbekkens via de ureteren actief door zwakke peristaltische golven naar de blaas getransporteerd. De blaas past zich aan wat zijn vorm en grootte betreft aan de inhoud en de beschikbare ruimte in het kleine bekken. Er kan dus ook bij een redelijk gevulde blaas geen stuwings optreden in de ureteren en verder in het nierbekken. Dit komt pas als er een abnormale druk door de blaaspieren wordt uitgeoefend. Tot een zeker maximum ontsluit de blaas een hoeveelheid urine zonder dat enige spanning optreedt. Zodra er een zekere vullingstoestand is bereikt treedt een urinedrang op. Deze vullingsgraad is sterk wisselend, onder andere bij emoties of bij beperkte ruimte in het bekken. De urinelozing geschiedt reflectorisch, echter zo, dat de grote hersenen een remmende invloed hebben op de reflex. De urinelozing komt pas tot stand als de reflex wordt opgeheven. De blaas bezit een sphincter internus, die uit glad spierweefsel bestaat en een sphincter externus, die uit dwars spierweefsel bestaat. De sphincter externus kan gesloten worden gehouden, ook bij sterke drang, echter niet de sphincter internus. De centra voor de urinelozing liggen in het sacrale deel van het ruggemerg.

Het mechanisme van de urinelozing is vermoedelijk als volgt. Bij een geringe vulling ontspant zich de m. detrusor vesicae en spant zich de m. sphincter internus. De m. sphincter externus is zonder onze medewerking altijd gespannen. Is de blaas zover gevuld, dat er een ontledigingsdrang komt, dan gebeurt dit doordat de m. detrusor vesicae zich aanspant en de m. sphincter internus zich ontspant. Dit gebeurt allemaal reflectorisch. De m. sphincter externus kan nu willekeurig gespannen worden gehouden of worden ontspannen, waardoor de urinelozing tot stand komt. Bovendien kan, zo nodig, de buikpers worden aangewend. Is de verbinding tussen het sacrale deel en het cerebrale deel verbroken, dan ontledigt de blaas zich met tussenpozen, zonder dat de patient dit tegen kan gaan.

Bij de eerste hierna te bespreken patiënt bleek de diagnose goed gesteld. Dit heeft tot nader onderzoek geleid naar de patiënten, geopereerd voor prostaathypertrofie, zonder dat dit succes had opgeleverd. Twee daarvan, de patiënten B en C, zijn een bespreking waard.

Patiënt A. was een man van 56 jaar, lijdende aan de ziekte van Parkinson. Het proces was eenzijdig begonnen, links. Zijn linkerarm ging beven, vertoonde het tandradfenomeen en verder trad er stijfheid op en verlies van kracht. Hij klaagde over hoofdpijn

rechts in de slaap. Deze verschijnselen rechtvaardigden een uitgebreid onderzoek naar een tumor in cerebro. Dit onderzoek leverde geen resultaat op. Het proces breidde zich nu ook aan de rechterzijde uit, zodat het beeld typisch is voor de ziekte. Patiënt is nu totaal invalide.

In het begin van zijn ziekte had hij duidelijke mictieklachten. De urinelozing kon moeilijk op gang komen; hij moest vaker plassen, druppelde wat na, was geregeld wat nat, vertoonde geen verschijnselen, die aan een lichte uremie zouden kunnen doen denken en had een tensie van 130/80. De prostaat was niet vergroot en er bestond geen residu.

De klachten zijn zeer verminderd na verhoging van de anti-parkinson-medicamentatie, omdat de mictieklachten van neurologische aard waren.

Patiënt B., oud 75 jaar, kwam voor mictieklachten. Hij had een cystitis en een zeer grote prostaat, waarvoor hij een transurethrale prostaatrectomie onderging. Het resultaat is geweest, dat de mictieklachten nog zijn toegenomen en een recidiverende cystitis is ontstaan. Bij het nieuwe onderzoek blijkt, dat hij moeilijk en langzaam plast, juist als bij de prostaatlijder; hij urineert echter weinig en in grote hoeveelheden, hetgeen dus niet typisch is voor een prostaatlijden. Hij is de gehele dag een beetje nat, hetgeen bij een prostaatlijden pas in een laat stadium ontstaat. Hij vertoont geen klacht, die aan een uremie doen denken. Zijn tensie is 170/90, dubieus verhoogd dus.

Aan zijn verdere lichamelijke verschijnselen is destijds onvoldoende aandacht geschonken. Er waren duidelijke tremoren, een wat stijve mimiek, een vette huid, een voorover gebogen houding en overvloedige speekselafscheiding, kortom duidelijk parkinsonachtige verschijnselen. Deze zijn bij het hernieuwde onderzoek pas op de juiste waarde geschat. Een anti-parkinson-therapie hebben zijn mictieklachten duidelijk doen verminderen. Deze man heeft, ondanks zijn grote prostaat, in hoofdzaak mictieklachten op neurologische basis en de operatie kan niet doelmatig worden geacht.

Patiënt C. Deze man, 70 jaar, had ook mictieklachten, die bij oppervlakkige anamnese op prostaatklachten geleken; bij toucher werd een forse prostaat gevonden. Patiënt was bekend als een lijder aan lues in een goede toestand en zonder klachten. De diagnose sphincterslapte tengevolge van tabes dorsalis is niet overwogen en dus niet gesteld. De prostaat is verwijderd. Het resultaat is, dat patiënt nu momenteel nauwelijks een uur zijn urine kan ophouden; 's nachts is hij incontinent.

Volgens *Van Gulik* neemt men aan, dat van mannen boven de 50 jaar 30 procent en boven de 70 jaar 95 tot 98 procent een vergrote prostaat heeft. Het blijkt nu verder, dat nog geen 10 procent van de mannen boven de 70 jaar hulp gaat zoeken voor hun prostaatvergroting. Met andere woorden, er blijft een groep van bijna 90 procent van de mannen over,

die wel een vergrote prostaat hebben, maar daarvan geen klachten hebben. Het zou nu interessant zijn te weten, hoe de frequentie is van neurologische stoornissen, die mictieklachten geven, onder andere parkinsonisme, tabes dorsalis, achterstrengdegeneratie bij perniciëuse anemie en enkele andere neurologische beelden, bij mannen boven de 70 jaar. Hierover heb ik geen behoorlijk cijfermateriaal kunnen vinden. Zou men bij wijze van uitzondering mogen speculeren en de frequentie op 1 procent stellen, dan geeft dit het volgende resultaat: 10 procent van de mannen boven de 70 heeft mictieklachten door de vergrote prostaat; 1 procent heeft mictieklachten op neurologische basis, ook al hebben ze een vergrote prostaat en 1 procent heeft klachten op gemengde basis. Met andere woorden 1 op de 12 mannen, die met mictieklachten en een vergrote prostaat

komen, heeft mictieklachten, die niet door zijn grote prostaat worden veroorzaakt. Volgens de statistieken bedraagt de operatiemislukking van de prostaatctomie 7-16 procent; verschillende oorzaken worden daarvoor opgegeven, onder andere slechte algemene toestand. Nergens staat als oorzaak foutieve diagnostiek; 1 op 12 is echter 8 procent. Mogelijk kan deze speculatie een bijdrage leveren tot de verklaring van de operaties zonder resultaat.

Het belangrijkste is echter, dat men als huisarts zelf de diagnose prostaatlijden of neurologisch lijden kan stellen en daardoor de juiste therapie kan aangeven. Hiermede zullen onze oudere patiënten, die niets meer voor ziekenhuizen, laat staan voor operaties voelen, zeer gelukkig zijn.

Gulik van, F. H. (1957) Ned. T. Geneesk. 101, 304.

Over patiënten, die klachten hebben zonder dat er lichamelijke afwijkingen zijn te vinden

DOOR P. VAN WIRDUM*

In de laatste jaren is er grote belangstelling voor de psychosomatische beschouwingwijze, volgens welke lichamelijke aandoeningen kunnen ontstaan onder invloed van psychische factoren. Als voorbeeld van zo'n échte psychosomatische aandoening kan het geval worden genoemd van een vrouw, die in het ziekenhuis werd opgenomen, omdat ze enige uren, nadat haar man tot een zware gevangenisstraf werd veroordeeld, een ernstige maagbloeding kreeg. Er komen echter ook vele patiënten bij hun dokter met lichamelijke klachten, zonder dat somatische afwijkingen bij hen zijn te vinden. Vaak vindt men bij nauwkeurige bestudering wel aanwijzingen, dat bij hen psychische factoren in het spel zijn. Deze groep patiënten is vrij groot, maar het is niet mogelijk een exact percentage te geven.

Aan een kant hangt het van de instelling van de arts af, hoeveel waarde deze nog wil hechten aan bepaalde veel voorkomende verschijnselen als spondylitis om de klachten te verklaren, aan de andere kant zal de psychiatrisch geschoolde arts veel meer psychische afwijkingen vinden dan zijn collega, die minder kijkt heeft op psychische factoren. Men krijgt wel eens de indruk, dat de kritische scholing van de arts juist voor de beoordeling van dergelijke gevallen te kort schiet. Velen zoeken „coute que coute” een verklaring van de klachten en voeren daartoe, als niets anders is te vinden, afwijkingen als de bovengenoemde spondylotische aan. Zij vragen zich niet af, waarom die spondylitis, die vaak al langer bestond, juist nu klachten zou geven en waarom ve-

le andere mensen, die ook een dergelijke afwijking hebben, niet met klachten komen. Mogelijk leidt soms ook een angst voor de leegte van het niet duidelijk weten naast een dwang om iets concreets te kunnen zeggen en iets te kunnen doen, tot een dergelijke instelling.

In dit artikel zal nu een poging worden gedaan dat klagen, waarvoor geen duidelijke afwijkingen zijn aan te voeren, van de psychische kant te benaderen. Naar mijn mening zijn er twee onderwerpen, die daarbij als sleutels moeten dienen. In de eerste plaats is dat de angst, die ook van centraal belang is bij de bestudering van de neurose, in de tweede plaats het mechanisme van het klagen.

Angst als bron van klachten. Veel klachten van de patiënten, die geen lichamelijke afwijkingen hebben, blijken bij nauwkeurige beschouwing angstverschijnselen te zijn. Ik ben zelfs geneigd mij af te vragen, of geen organische oorzaak over het hoofd werd gezien, als men meent met een dergelijk geval te doen te hebben en de psychiater geen angstverschijnselen kan vinden. Het omgekeerde, namelijk dat bij de aanwezigheid van duidelijke angstverschijnselen somatische oorzaken van de klachten kunnen worden uitgesloten, gaat uiteraard niet op. Wel zijn deze onwaarschijnlijk als bij analyse van de klachten blijkt, dat het eigenlijk alleen om verschijnselen gaat, die aan angst verwant zijn, vooral als nog kan worden aangetoond, dat deze hoofdzakelijk in situaties met een heel bepaalde psychische betekenis optreden. Men zou zeggen, dat de kans op het vinden van een somatische afwijking dan niet veel zal verschillen met die bij een routineonderzoek.

* Psychiater voor de psychosomatiek van het gemeenteziekenhuis aan de Bergweg te Rotterdam.