

Maagulusziekte; verslag van een panelbespreking*

DOOR DR H. H. W. HOGERZEIL, ARTS

Een jaar geleden toonde Ebeling Koning tijdens een gesprek een map met voorlopige aantekeningen, welke hij in zijn huisartspraktijk had verzameld om zijn klinische indruk, dat galstenen bij geopereerde maaguluszieken meer voorkomen dan bij niet-geopereerden en gezonden, aan cijfers te toetsen. Zijn observatie voerde tot een nader onderzoek hiervan in zijn praktijk. Bij de evaluatie bleek het niet mogelijk ons tot dit ene aspect van deze ziekte te beperken, maar werd onze aandacht steeds meer op het gehele beeld gericht. Zo kwamen wij er toe afgelopen winter maandelijks een avond aan deze merkwaardige ziekte te wijden, waarbij een aantal gast-sprekers en medewerkers een inleiding hielden over de navolgende onderwerpen:

K. E. W. Ebeling Koning, huisarts (E.K.): combinatie van maagulus en galsteen, algemene diagnostiek;

J. Koopman, huisarts (K.): algemene therapie;

Dr A. H. Wiebenga, internist (W.): interne diagnostiek en therapie;

H. Defesche, chirurg (D.): chirurgische diagnostiek en therapie;

J. Feddema, röntgenoloog (Fe.): röntgenologische diagnostiek;

Dr M. R. van Alphen de Veer, arts (v.A.d.V.): etiologie en psychosomatische betekenis;

Dr H. H. W. Hogerzeil, arts (H.): epidemiologische betekenis.

Als afsluiting werd op 27 mei 1963 voor de afdeling Eindhoven der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een panelbespreking gehouden, waarin ook Dr G. J. Fortuin (Fo.) als bedrijfsarts zitting had en de inleiding en verbindende tekst door Dr H. H. W. Hogerzeil werd gegeven.

Inleiding (H): Het is in deze tijd, nu iedereen overbezet is, een wat riskante onderneming te vragen een avond vrij te maken voor een discussie over de maagulusziekte. Iedere arts heeft hierover immers zelf een dagelijkse en uitgebreide ervaring, zodat het begrijpelijk is dat hij niet verwacht nog veel nieuws over deze ziekte te zullen horen of leren. Misschien is er nog wel eens een aardige psychosomatische bijzonderheid of een nieuwe therapie der abundante bloeding te vermelden, maar in wezen lijkt de maagulusziekte toch geen probleem,

waarvoor het de moeite waard is zich extra in te spannen.

Wij willen daarom aangeven hoe onze eigen belangstelling hiervoor allengs groeide. Van de totale manlijke bevolking maakt tien tot vijftien procent vóór zijn 55ste jaar een maagulus door. Gemiddelde ziekteduur vijftig dagen (*Vertin*). Van de behandelde patiënten krijgt 50 procent een recidief binnen drie jaar en 80 procent binnen vijf jaar — (1962) *Lancet* II, 1313. Van alle zieken heeft 25 procent tenminste éénmaal klachten, 50 procent heeft recidieven met klachtenvrije perioden en 25 procent heeft voortdurend last met complicaties (*Doll*).

De maagulusziekte is een zuiver lokaal orgaanprobleem, indien wij haar als slijmvlieslesie, hyperaciditeit, röntgenfoto, stenose, litteken of reactie op afstand tengevolge van een andere somatische aandoening beschouwen. De maagulusziekte heeft een psychosomatische betekenis, indien wij de patiënt met een psychosomatische methode onderzoeken. De maagulusziekte is een sociologisch cultuurprobleem, indien wij haar met een epidemiologische methode over lange tijd en in verschillende geografische gebieden onderzoeken.

Ieder van ons heeft getracht vanuit zijn speciale terrein van geneeskundige zorg een bijdrage aan onze studiebijeenkomsten te geven en wij kwamen door onze discussies en gesprekken steeds meer onder de indruk van de frequentie, het belang en de veelzijdige betekenis van deze ziekte. Het was om deze redenen dat wij u hebben gevraagd vanavond met ons over een aantal gezichtspunten van gedachten te wisselen.

Wij willen beginnen de huisarts naar zijn mening te vragen over zijn diagnostische methodieken. Hoe stelt u de diagnose maagulusziekte; hoe herkent u het frequente en incidentele recidief; welke laboratoriummethoden gebruikt u; aan wie en op welke indicatie vraagt u specialistisch advies?

Diagnose-huisarts (E.K.): Meestal verbaast het ons niet wanneer een bepaalde patiënt met klachten komt, die aan een maagulus doen denken. Men kent het gezin, het werk, het type en de persoon van de patiënt. Er zijn vaak voorafgaande symptomen geweest, zowel bij de patiënt als bij zijn milieu, voordat de typische klachten van pijn in epigastrieco en zuurbranden worden vertoond. Graag wil ik er hier de nadruk op leggen, hoe belangrijk het voor de huisarts is deze vroegsymptomen diagnostisch te onderkennen, omdat deze preventieve therapie mogelijk maken. Door een simpele maatregel en een ongemerkt advies kan hij nú voorkomen, wat later

* Philips' Medische Dienst Gezondheidscentrum.

tot ernstige complicaties aanleiding kan geven. Wanneer men symptomen, persoon, persoonlijkheidskenmerken, gezin en werk diagnostisch verbindt, opent zich een terrein voor therapeutische zorg, waarin de huisarts door zijn kennis goed thuis is en waarin hij door zijn positie een grote hulp voor zijn patiënt kan zijn. De maagulcusziekte is een goed voorbeeld van de mogelijkheden van de geneeskunst van de huisarts.

Als tweede punt zou ik willen opmerken, dat, wanneer eenmaal het volledige klassieke beeld zich presenteert, de huisarts zich differentieel diagnostisch kan afvragen, of hier een ulcus of een maagulcusziekte bestaat. Men kan dit als volgt precisieren: Is er een gelokaliseerde zuiver somatische slijmvlieslesie, die ulcusklachten geeft, of moet het ulcus hier worden opgevat als een symptoom van een maagulcusziekte, waarbij de gehele mens is betrokken?

Het ulcus als gelokaliseerde organische aandoening ziet men: als acuut symptoom, dat secundair ontstaat tengevolge van een toxische (salicyl, anticoagulantia, corticosteroiden) invloed, dan wel door een stoornis in een ander orgaan (verbranding, hersenbloeding, emfyseem — *Roessle, Levey*); als chronisch symptoom, waarbij na de maagulcusziekte het ulcus als gefixeerd somatisch verschijnsel overblijft en een autonoom leven gaat leiden.

Het ulcus als symptoom van een maagulcusziekte ziet men als: langzaam ontstaand symptomencomplex, voorafgegaan door aanwijsbare vroeg-symptomen; als recidief, tengevolge van zich herhalende (specifieke) situaties.

Hoewel tegen deze schematisering zeker bezwaren zijn in te brengen, heeft het toch zijn nut deze gedachtengang bij zijn diagnose te volgen, omdat hieruit therapeutische consequenties volgen.

Wat het recidief betreft, dit geeft diagnostisch geen extra moeilijkheden, mits men verdacht blijft op de nabootsende effecten van andere ziekten, zoals galsteen, coronair-infarct, penetratie van het ulcus in andere organen of maligne degeneratie.

Ulcus ventriculi, duodeni en pylori hebben elk hun eigen diagnostische mogelijkheden en moeilijkheden, waarover ik slechts wil opmerken, dat ulcus duodeni praktisch nooit een gevaar voor maligniteit in zich heeft, maar dat men hieraan bij ulcus ventriculi altijd moet denken.

De laboratoriummethoden zijn beperkt tot bepaling van het hemoglobinegehalte en bloed in de faeces. De interpretatie van de zuurwaarden en de fijnere laboratoriumtechnieken behoren mijns inziens tot het terrein van de specialist. Wat de behoefte aan specialistisch advies betreft: ik raadpleeg steeds de röntgenoloog, indien dit verzekeringstechnisch mogelijk is, om mijn duidelijk vermoeden op een maagulcus bij een eerste diagnose te verifiëren. Kan dit verzekeringstechnisch niet, dan zou ik de internist om een foto vragen, maar in het algemeen meen ik, dat de huisarts steeds rechtstreeks toegang moet hebben tot de röntgenoloog, zoals dit in ons centrum, in verscheidene plaatsen in Nederland, in

Engeland en de Verenigde Staten gebruikelijk is. Bij langer bestaande klachten en bij onduidelijke symptomen, waarbij altijd aan het ulcus ventriculi moet worden gedacht, zou ik graag de internist willen raadplegen. Wanneer de problemen op het werkmilieu betrekking hebben zou ik de bedrijfsarts om hulp vragen. Bij fixering van de maagulcusziekte in een steeds meer verstarrend ulcus is het noodzakelijk de chirurg, al of niet via de internist, te raadplegen.

Zo vormen vroeg-diagnose, preventieve therapie, en differentiële diagnose ulcus-maagulcusziekte en het goed geargumenteerde verzoek aan de specialist om advies op zijn terrein, de grote diagnostische lijnen, welke de huisarts in eerste instantie kan volgen.

H.: In uw mening komt duidelijk naar voren dat het niet mogelijk is de diagnose maagulcus alleen op klinische verschijnselen te stellen. Wij zullen ons dienaangaande tot de röntgenoloog moeten wenden en hem vragen: Wat is uw mening over het röntgenonderzoek van de maag; kunt u een maagulcus/maagcarcinoom uitsluiten; maakt u altijd tegelijkertijd een galblaas-foto; worden er teveel/te weinig foto's gemaakt?

Diagnose röntgenoloog (Fe.): De nauwkeurigheid van de uitkomsten van het röntgenologisch onderzoek over het bestaan van een ulcus hangt in de eerste plaats af van de nauwgezetheid, waarmee een onderzoek plaats vindt. De röntgenoloog dient in de eerste plaats arts te zijn; een patiënt die braaf zijn pap slikt, kan een ulcus hebben, maar een patiënt die gaat kokhalzen heeft vrijwel zeker geen ulcus. De ulcera aan de achterwand van de maag zijn het moeilijkste vast te stellen. De afmeting van een nis zegt niets over de ernst en coördineert veelal niet met pijn en lasten veroorzaakt door de zweer. Het ulcus duodeni is vrijwel nooit maligne; bij het maagulcus is, ook als het op jongere leeftijd voorkomt, steeds de grootste voorzichtigheid geboden, vooral bij de zogenaamde „niche en plateau”.

Er zijn mijns inziens drie typen ulcera: het ulcus duodeni, het echte stress-ulcus; het ulcus pylori (vaak gecombineerd met het ulcus anguli) komt meer voor bij het „nerveuze type”; het maagulcus, dat meestal op iets oudere leeftijd voorkomt, mogelijk mede tengevolge van maagwandatrofie.

Er is van röntgenologische zijde allerm minst bezwaar maag- en galblaasonderzoek in één zitting te verrichten, integendeel, bij het eerste onderzoek verdient dit zeker aanbeveling.

Moet bij recidief steeds opnieuw röntgenonderzoek gebeuren? Met het oog op het stralengevaar verdient dit geen aanbeveling. Ontstaan de recidiefklachten kort na de eerste kuur dan mag men mijns inziens zeker een recidief aannemen zonder herhaald röntgenonderzoek. Mochten de klachten ondanks de kuur blijven bestaan, dan is röntgencontrole zeker gewenst, gezien het feit, dat er zeker

gevallen zijn, dat een ulcus gedurende een kuur in omvang toeneemt.

De wenselijkheid tot chirurgisch ingrijpen mag zeker mede worden gesteld door de röntgenoloog, speciaal bij twijfelgevallen, omtrent maligniteit, doch ook bij langdurig bestaand ulcus met vergroeiingen of retentie.

H.: De diagnose en behandeling van de maag-
ulcusziekte zijn nauw verbonden met het werk van de huisarts, waarbij deze voor de diagnose de hulp van de röntgenoloog kan inroepen. De huisarts zal de internist advies vragen, wanneer het overleg huisarts-röntgenoloog onvoldoende inzicht biedt voor een op de juiste diagnose gebaseerde therapie. Daarom zullen wij ons nu tot de internist wenden en hem vragen wat zijn mening is.

Diagnose internist (W.): Mag ik mijn antwoord op uw vraag met een zeer praktische opmerking beginnen en hierbij aansluiten bij wat door de huisarts naar voren werd gebracht? Voor vele huisartsen bestaat niet de mogelijkheid direct de röntgenoloog te consulteren. Zij zullen dus zijn aangewezen op de internist om hun min of meer zeker vermoeden op een maagulcus röntgenologisch bevestigd te zien.

Als tweede punt zou ik willen stellen, dat de internist in zijn geneeskundige taak dicht naast de huisarts staat en in sommige opzichten een gespecialiseerde huisarts met klinische mogelijkheden en opleiding is. Ik sta hier daarom even bij stil, omdat juist bij de maagulcusziekte de inter-persoonlijke relatie een grote rol speelt in diagnose en behandeling. De internist kan hierdoor aanvullend optreden voor het juiste inzicht in anamnese en milieusituatie, indien dit gesprek bij de huisarts eens wat stroef zou verlopen.

Naast deze twee meer algemene maar belangrijke indicaties zijn er een aantal specialistische indicaties, waarbij de internist door zijn specifieke mogelijkheden diagnostisch kan helpen. Bij een (frequent) recidief van de ulcusklachten moet men verdacht zijn op een maskering van andere ziektebeelden, zoals galsteen, coronairinfarct, hernia diafragmatica, waarvan de diagnose alleen met behulp van speciale onderzoeken is te stellen. Bij het ulcus ventriculi moet men altijd potentieel aan maligniteit denken, waarbij men het aantal foutieve diagnoses bij eerste of recidiverende klachten niet moet onderschatten. Het ulcus ventriculi moet mijns inziens altijd aan de internist worden getoond. Indien er een duidelijke anamnese is die op een maagulcusziekte wijst, maar die röntgenologisch niet kan worden bevestigd, is dit een indicatie voor specialistisch onderzoek. Gastroscopie en cytologie moeten in dit geval voor de maagdiagnostiek te hulp worden geroepen, terwijl ook hier de mogelijkheid van gemaskeerde pathologie moet worden onderzocht.

Het laboratoriumonderzoek bij maagulcusziekten hoort behoudens hemoglobinebepaling, bloedbezinkingssnelheid en benzidinetest ook tot het terrein van de internist, waarbij ik als voorbeeld de maag-

zuurwaardenbepaling wil noemen. Over de techniek hiervan wil ik niet uitweiden, maar de continue radiografische registratie van de pH van het maagzuur geeft de internist diagnostische informatie, waarover de huisarts niet beschikt. In het algemeen sluiten lage of ontbrekende zuurwaarden het ulcus duodeni uit, maar deze kunnen bij het ulcus ventriculi wel worden gevonden. Het moeilijke probleem is om over de betekenis van de gevonden waarden een uitspraak te doen, die ons diagnostisch inzicht vergroot, juist omdat de hoogte der zuurwaarden geen absolute maatstaf vormt, maar alleen in het geheel der waarnemingen kan worden geïnterpreteerd.

Samenvattend kan men zeggen dat het ulcus duodeni vaak het terrein van de huisarts alleen is, maar dat het ulcus ventriculi, de maagklachten zonder duidelijke röntgenologische afwijkingen, de onduidelijke diagnose en de recidiverende maagulcusklachten een overleg tussen huisarts en internist in het belang van de patiënt noodzakelijk maken.

H.: Na deze belangrijke diagnostische aanwijzingen van huisarts, röntgenoloog en internist zouden wij graag willen weten wat wij aan de maagulcusziekte therapeutisch kunnen doen. Gij zult echter met mij van mening zijn dat therapie zonder inzicht in de etiologie een gevaarlijke onderneming is. Mag ik daarom Dr Van Alphen de Veer vragen ons iets over deze etiologie te vertellen, daar wij weten dat hij over de psychosomatische betekenis van de maagulcusziekte veel heeft gewerkt en ook de algemene oorzaken van ziekten en ziekzijn als een begin van een medische filosofie heeft aangeduid.

Etiologie (v.A.d.V.): In mijn lange ervaring als huisarts heb ik een aantal theorieën en therapieën inzake het ulcuslijden zien opkomen en weer verdwijnen. Voor wat de therapie betreft waren dit de diëten van Leube, Sippey en Meulengracht al of niet gecombineerd met bedrust. Lichte of strenge kuren, behandeling thuis of in het ziekenhuis, hormoonpreparaten, spasmolitica en vele andere mogelijkheden meer. Voor wat de etiologie betreft kan men eveneens een lange lijst met eerbiedwaardige namen opstellen, waarvan ik als voorbeeld Von Bergman noem. U weet dat de studies van Groen, Bastiaans, Flanders Dunbar, Alexander, om slechts enkele te noemen, een nieuw uitgangspunt aan de etiologische beschouwingen over het maagulcus hebben gegeven. Prof. Prick heeft dit jaar in een drietal artikelen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde deze beschouwingwijze, die men gaarne de psychosomatische noemt, nog eens duidelijk uiteen gezet. Hij wijst er op dat het niet juist is van een psychosomatische ziekte te spreken, maar dat een ziekte een psychosomatische betekenis kan hebben, indien men deze ziekte met een hieraan beantwoordende methode onderzoekt. Direct al moge ik er op wijzen dat hierbij de biografische

anamnese, zoals deze door de school van Groen is ingevoerd, van groot nut kan zijn. In deze psychosomatische beschouwingwijze komt men er toe zich af te vragen: wat voor een mens is dit en hoe reageert deze mens op bepaalde situaties? Deze bepaalde situaties kunnen voor bepaalde personen stress-situaties worden, een begrip dat oorspronkelijk door Seleye werd ingevoerd. De reacties op deze stress-situaties kunnen zich manifesteren als somatische verschijnselen en een van deze verschijnselen kan het maagulcus zijn. Wanneer men nu deze drie punten: de mens met zijn persoonlijkheidskenmerken, de stress-situatie — waarmede steeds een psychische stress-situatie wordt bedoeld — en de somatische reactie samenvat, komt men tot de psychosomatische betekenis van een ziekte. Belangrijk is hierbij de specificiteit van het verschijnsel. De school van Alexander verstaat hieronder dat een psychosomatische betekenis niet willekeurig bestaat, maar dat deze als het ware complex is gebonden, enerzijds aan bepaalde persoonlijkheidskenmerken, anderzijds aan bepaalde situaties, waarbij het woord „bepaald” dan de betekenis heeft van specifiek. Toch gaat Alexander in de toekenning van specificiteit niet zover als Flanders Dunbar en Groen.

Wanneer ik dan nu een moment mag terugrijpen op datgene, waarmee de huisarts deze discussie is begonnen, dan kan men zich voorstellen dat de ervaren huisarts in zijn patiënt een aantal specifieke persoonlijkheidskenmerken kan opmerken, die hem attent maken op de mogelijkheid van de ontwikkeling van een maagulcusziekte bij deze bepaalde patiënt. Deze mensen zijn vaak ijverig, nauwkeurig, precies en consciëntieus. Organisatie en een goede tijdsindeling zijn factoren waaraan zij gaarne aandacht schenken. Terwijl zij zich enerzijds gemakkelijk bewegen en goed sociaal zijn aangepast — een typisch verschil met de neurotici, zoals, naast Barendrecht, anderen aantoonde — vertonen zij anderzijds toch een gesloten gevoelsleven, komen niet gemakkelijk tot vriendschappen en hebben over het algemeen een contactprobleem. Ondanks dit of misschien wel juist door dit contactprobleem hebben zij wel een grote behoefte aan begrip. Het begrip liefde is wat veel gebruikt in de psychosomatiek maar zeker is dat hartelijkheid en warme menselijkheid voor hen van het grootste belang zijn. Zij komen graag vooruit waarbij zij hun resultaten door anderen erkend willen zien en bovendien verlangen zij hiervan een praktisch bewijs: promotie, salarisverhoging. Deze mechanismen zijn dan ook niet aan functies gebonden. Men vindt ze zowel bij de hoger als bij de lager geplaatsten. Wel heeft de maagulcuslijder met een goede intelligentie en zijn gevoel voor nauwkeurigheid en organisatie vaak een verantwoordelijke positie, wat juist weer de mogelijkheid voor conflictsituaties vergroot. Zijn consciëntieuze instelling veroorzaakt bovendien dat geld en de financiën voor zijn gezin belangrijk zijn. Ook zijn kinderen moeten vooruit kunnen.

Wanneer men nu tegenover deze persoonlijkheidskenmerken, die hier zo vluchtig werden aan-

gestipt, situaties stelt die hiermede niet overeenkomen: miskennis, onbegrip, degradatie, financiële zorgen, gebrek aan hartelijkheid op het werk of thuis, te grote verantwoordelijkheid, dan ontstaat er een discongruentie tussen individueel verwachtingspatroon en feitelijke levenssituatie. Er ontstaat een bedreiging, een frustratie en hiermede de kans op een somatische manifestatie in een maagulcus. Het is begrijpelijk dat wij dan ook van een maagulcusziekte spreken omdat het maagulcus als zodanig slechts een onderdeel van het gehele symptomencomplex uitmaakt.

Ik heb hier in verband met de tijd niet gesproken over het dubbel niveau-conflict van Groen, daar zich dit uit het bovenstaande laat afleiden. Ik wil nog wijzen op het proefschrift van *Van Nieuwenhuijzen*, die hierin wijst op het „juvenile maagulcus” bij het sterk afhankelijke type, dat een andere genese heeft. Ook moet ik hier aan de zuiver somatische ontstaanswijze voorbijgaan en in psychosomatisch opzicht de reactiepatronen uit de jeugd, de conflictsituatie in de vaderfiguur en alle diepere mechanismen onbesproken laten. Wel wil ik er op wijzen dat de werkelijke psychotherapie van deze patiënten — zoals bij meer ziekten met een psychosomatische betekenis — op grote bezwaren stuit, waarbij wellicht juist de contactmoeilijkheid een factor vormt.

H.: U heeft ons op heldere wijze laten meedelen over de psychosomatische betekenis van het maagulcus. Wij hebben hieruit begrepen, dat specifieke persoonlijkheidskenmerken in specifieke situaties aanleiding kunnen zijn voor het ontstaan van een pathologische somatische reactie.

In de literatuur vindt men vermeld, dat de maagulcusziekte in sommige gebieden toeneemt. Zo vermeldt *Carothers*, dat het maagulcus vroeger in Afrika niet werd gevonden en nu herhaaldelijk wordt gediagnostiseerd en sommigen van ons, die in Indonesië hebben gewerkt, kunnen deze waarnemingen bevestigen. Interessant is ook in dit verband dat het maagulcus meer voorkomt bij vrouwen, die een beroep uitoefenen dan bij vrouwen die dit niet doen. Dit alles doet vermoeden, dat aan de individuele reactie met psychosomatische betekenis, een sociologische patroonverschuiving in de gemeenschap voorafgaat.

De individueel optredende reactie wordt mogelijk door de sociologische situatie in de gemeenschap. Wij zouden daarom graag aan de bedrijfsarts willen vragen, daar hij geregeld contact heeft met sociaal-psychologische situaties, of hij ons hierbij kan helpen en zullen onze vraag als volgt formuleren: Heeft de bedrijfssituatie invloed op het ontstaan en het vóórkomen van de maagulcusziekte?

Bedrijfsarts (Fo.): Vanzelfsprekend wil ik proberen te helpen, maar men moet mij toestaan mij hierbij tot de verzuimgegevens te beperken en geen sociologisch exposé van mij verwachten.

De ziekteverzuimfrequentie (het aantal verzuim-

men, dat in een jaar is begonnen, gedeeld door de gemiddelde personeelssterkte in dat jaar) is sinds de laatste oorlog sterk toegenomen. Deze frequentie bedroeg in 1950 0,6 verzuimen per persoon per jaar maar is de laatste jaren opgelopen tot meer dan 1,0. Deze toename is vooral aan de kortdurende verzuimen te wijten, daar in diezelfde tijd de gemiddelde duur van dit verzuim niet toenam. De gemiddelde verzuimfrequentie is thans rond 1,0 per persoon per jaar, terwijl de gemiddelde duur dertien dagen bedraagt. Dit betekent dus dat iedere werknemer, ongeacht vakantie, zondagen, zaterdagen en feestdagen, gemiddeld dertien dagen per jaar afwezig is.

Deze toename in de verzuimfrequentie vindt haar oorzaak niet in een achteruitgang van de algemene gezondheidstoestand in Nederland. Men moet dan ook niet van een ziekteverzuimfrequentie maar van een verzuimfrequentie spreken, daar in dit verzuim het begrip ziekte in de betekenis, welke wij er aan hechten, lang niet altijd van toepassing is. Eerder zijn hier andere mechanismen in het spel en wanneer ik hierover een korte beschouwing mag geven, moet men naar mijn mening hierbij het volgende overwegen.

De mens is een biologisch wezen en dit houdt in, dat hij in velerlei opzicht een golvende curve vertoont en dat hij een eigen tijd-ritme heeft, bijvoorbeeld in zijn vitaliteit, in zijn concentratievermogen, in zijn arbeidsprestaties. Kenmerkend voor de beroepsarbeid is nu, dat een constante prestatie wordt verlangd. Vaste prestaties, de aan de machine gebonden arbeid, afhankelijkheid van anderen en vele andere factoren beheersen zijn wijze van werken en leven. Er kan hierdoor tijdens een dal in 's mensen activiteit een discrepantie ontstaan tussen het biologisch mogelijke en het bedrijfs-organisatorisch noodzakelijke, waaruit een conflictsituatie kan voortkomen. Deze spanningstoestand kan de mens oplossen door de arbeidssituatie in een verzuimsituatie te veranderen. Ik wil hier geen oordeel uitspreken of deze oplossing toelaatbaar of te veroordelen, noodzakelijk of te voorkomen is. Het zijn de objectieve cijfers die onze gedachten in deze richting voeren.

Wanneer ik nu gebruik mag maken van wat door de vorige sprekers is gezegd over de persoonlijkheidskenmerken van de patiënt met een maagulcusziekte, dan lijkt het aannemelijk, dat deze personen niet van het kortdurend verzuim, het griepje, de verkoudheid, de hoofdpijn, gebruik zullen maken voor een oplossing van een onlustgevoelen over de arbeidssituaties, daar hun nauwgezette en plichtsgetrouwe karakter zich hiertegen verzet. De conflictsituatie, het onlustgevoelen bestaat voor hen even goed. Bij hen zullen echter de onlustgevoelen over hun situatie cumuleren tot er een onhoudbare toestand ontstaat die zich ontladend in een ziektesyndroom, zoals bij voorbeeld de maagulcusziekte.

Ik wil mij tot deze algemene opmerkingen, die

voortkomen uit het lezen van verzuimstatistieken, beperken. Het is te vroeg hieraan verdere uitspraken te verbinden, daar er meer variabelen zijn, die hier een rol kunnen spelen en waarvan het korte tijdsbestek een bespreking niet toelaat.

Het is ook nog te vroeg uit deze beschouwingen feitelijke consequenties te trekken. Wel is het aangewezen deze ontwikkeling nauwkeurig te vervolgen en te onderzoeken. Biologische structuur, persoonlijkheidskenmerken, arbeids- en levenssituaties, sociaal-economische conjunctuurfluctuaties en veranderingen in sociologische patronen zijn van invloed op het verzuim en zeker zullen deze factoren van invloed zijn op een ziekte als de maagulcusziekte, die sui generis hiervoor reeds gevoelig is.

H.: U heeft ons duidelijk gemaakt dat het mogelijk is dat bij het ontstaan van maagulcusziekte factoren een rol spelen die buiten het klassieke medische denken vallen. Begrip voor de functie van het werk in de menselijke situatie zal zeker kunnen bijdragen ons inzicht in de etiologie van de maagulcusziekte te verdiepen. Ik mocht hier reeds eerder met u over spreken, waarbij wij overwogen, of een veranderd inzicht ook de mogelijkheden zou bieden tot een veranderde therapie. Deze overwegingen zijn echter nog te theoretisch dan dat wij hierop nu reeds in zouden moeten gaan. Het lijkt dan ook beter de klassieke therapeuten huisarts, internist en chirurg advies te vragen, waarbij wij weer graag bij de huisarts zullen beginnen.

Welke therapie past u als huisarts toe; welke waarde hecht u aan de bedrust en aan de medicamenteuze therapie; zijn de nieuwe etiologische inzichten van invloed op de therapie van de huisarts?

Therapie huisarts (K): Ik wil mij graag aansluiten bij wat Ebeling Koning heeft gezegd over de kennis, welke de huisarts heeft van de patiënt, zijn gezinsstructuur en zijn werksituaties. Door deze kennis kan hij soms het uitbreken van het volledige syndroom voorkomen door preventieve maatregelen te nemen. De huisarts moet trouwens altijd bij een bezoek aan een gezin opletten en rondzien of er een indicatie is preventief bij te sturen; de maagulcusziekte die zo duidelijk milieu-gebonden is, is van deze mogelijkheid een duidelijk voorbeeld.

Wanneer wij ons op de therapie richten dient eerst gesteld dat de etiologie van de maagulcusziekte nog te onzeker is om een werkelijke goede basis voor de therapie te vormen. Er bestaat een stoornis in de functie van de maag, waarbij de afwijkingen in de persoonlijkheidsstructuur van de mens en abnormale spanningen in de sociale sfeer deze stoornis mede beïnvloeden. Het recidiverende karakter van de maagulcusziekte brengt met zich dat wij in de praktijk vaak niet veel meer doen dan het behandelen van de klachten, die uit de functiestoornis voortkomen, zonder dat wij in staat zijn de oorzaken hiervan weg te nemen en hiermede een werkelijke genezing van de ziekte te verkrijgen.

Wij kunnen de therapie in de volgende groepen

mdelen: dieet; bedrust; farmaco-therapie; psychotherapie; sociale therapie en operatieve therapie.

Door het *dieet* proberen wij de maag met haar gestoorde functie zoveel mogelijk te sparen, waardoor de symptomen pijn en dysfunctie verminderen en de genezing van het ulcus wordt bevorderd.

De *bedrust* heeft een meervoudig doel. Men haalt de patiënt uit zijn werk en verbreekt hierdoor een keten van schadelijke invloeden. De mogelijkheid bestaat echter dat de schadelijke invloeden thuis liggen en in dat geval worden deze door de bedrust thuis nog bevorderd. De algehele rust geeft het lichaam de mogelijkheid zich door een volkomen ontspanning te herstellen, maar de gedwongen rust kan voor menig actieve patiënt, zoals wij die zo vaak in de persoonlijkheid van de maagulcus-patiënt vinden, ook een abnormale spanning betekenen. Dogmatisering en schematisering is bij het voorschrijven van bedrust dan ook een kunstfout. Bedrust kan een grote hulp zijn, waarbij ik wil wijzen op de mogelijkheden, welke hiervoor in het ziekenhuis of verpleeghuis liggen, bijvoorbeeld voor huisvrouwen, maar bedrust kan ook averechts werken. Wanneer een gedwongen werkschematisering en een gefixeerd dagritme invloed hebben gehad op het ontstaan van de maagulcusziekte en de mens uit zijn evenwicht is geraakt, zal men juist gedoseerde rust moeten afwisselen met een grote mate van bewegingsvrijheid.

Men kan de *farmaco-therapie* in een aantal hoofdgroepen verdelen: sedantia, regulerende farmaca voor sympatisch en parasympatisch zenuwstelsel, zuurremmende farmaca, de maagwand beschermende middelen zoals bismuth-preparaten en middelen die de maagwandbloedvaten verwijden, waarop de werking van succustherapie en hormoontherapie zou berusten. De ervaring suggereert dat het maagpoedertje of tabletje wat doet. Wat het in werkelijkheid doet is mij nimmer uit een goed opgezette clinical trial gebleken. Bij deze langdurige en recidiverende ziekte met klachtenvrije perioden is het bijzonder moeilijk zich hierover een oordeel te vormen.

Het doel van de *psycho-therapie* is de persoonlijkheidskenmerken en de karakterstructuur van de patiënt, die tot conflictsituaties aanleiding kunnen geven en hierdoor een maagulcusziekte kunnen doen ontstaan, te modificeren of aan te passen. Het is altijd moeilijk uit te maken hoever de huisarts als psycho-therapeut kan gaan. Vermoedelijk niet verder dan voor zichzelf een inzicht te verkrijgen in datgene wat er in de patiënt gebeurt en is gebeurd.

De goed uitgevoerde biografische anamnese, waarop Van Alphen de Veer heeft gewezen, is hierbij een belangrijk hulpmiddel. In de literatuur wordt er ook op gewezen dat dit uitvoerig luisterend gesprek van twee of drie zittingen reeds een therapeutisch resultaat heeft. Veel verder moet men

naar mijn mening niet gaan. Wil men wel verder gaan, dan zal men goed doen zich de moeilijkheden en teleurstellende resultaten voor ogen te houden die ook de zeer ervaren psycho-therapeuten hebben bij de behandeling van patiënten met psychosomatische verschijnselen.

De *sociale therapie* tracht niet de persoon aan de omstandigheden maar de omstandigheden aan de persoon aan te passen. Men kan de spanningverwekkende elementen, die thuis of op het werk bestaan, trachten weg te nemen of te veranderen. Men kan bij de omgeving van de patiënt begrip wekken voor deze spanningen en zo zijn doel proberen te bereiken. Deze vorm van therapie vertoont actieve en doelgerichte kanten, die direct aansluiten bij onze etiologische inzichten in tegenstelling tot de vaak passieve dieet-, bedrust- en medicamenteuze therapie en zonder de gevaren, die aan de diepgaande psychotherapieën zijn verbonden. Milieu-therapie, verandering van omstandigheden, begrip wekken bij de omgeving van de patiënt voor diens moeilijkheden, het weer op gang brengen van vastgelopen situaties, zijn maatregelen welke binnen het bereik van de huisarts vallen. Naar mijn mening is deze sociale therapie dan ook bij uitstek de therapie, welke de huisarts moet toepassen met daarnaast gedoseerde rust-, bedrust-, medicamenteuze en psychotherapie.

Voor de *operatieve therapie* bestaat een duidelijke indicatie, waarvan ik de bespreking aan Diefesche overlaat.

De huisarts kan in de therapie van de maagulcusziekte een belangrijke rol spelen en zelfs kan men zeggen dat hij de sleutelfiguur in de behandeling van deze ziekte is. Het vergt een behandeling die sterk individueel moet zijn ingesteld en waarvoor men over een groot register van mogelijkheden moet beschikken. De aard van de ziekte houdt periodiciteit in, waarbij de ene periode soms een andere benadering vraagt dan de andere. Hierdoor is het mij niet mogelijk de schematische vraag evenzo te beantwoorden. Men moet inderdaad wikken en wegen. Alleen een combinatie van werkelijke kennis van de patiënt en zijn omstandigheden, geneeskundige ervaring, psychologisch inzicht en incidenteel overleg met de verschillende specialisten, is in staat een doelbewuste therapie op te bouwen voor de patiënt, die aan deze merkwaardige ziekte lijdt.

H.: Waarschijnlijk zijn wij het allen met de huisarts eens, wanneer hij stelt dat de therapeutische hulp aan de patiënt met een maagulcusziekte alleen kan worden gegeven door hem, die het milieu van de patiënt met de factoren, welke hem van daaruit negatief en positief beïnvloeden, goed kent. Geen andere medicus heeft deze ruime therapeutische toegangsweg zo zeer als de huisarts. Er zijn echter ook momenten, dat de huisarts in het belang van zijn patiënt advies moet vragen, dan wel tijdelijk

de therapie moet delegeren. In eerste instantie zal hij zich dan tot de internist wenden. Daarom zullen wij ook deze weg volgen en nu de internist advies vragen.

Wat is de therapeutische mogelijkheid van de internist; hoe ligt zijn taak conservatief; hoe ligt zijn taak bij het stellen van de indicatie tot operatie?

Therapie internist (W.): Er zijn ziekten, die alleen in het ziekenhuis kunnen worden behandeld, daar zij een specifieke specialistische therapie vereisen. De maagulcusziekte kan hiertoe niet worden gerekend daar zij als typische milieu-gebonden ziekte per definitie behoort tot het terrein van de milieuarts, wat de huisarts in wezen is. Bij deze milieu-gebonden ziekten kan de internist wel optreden als tijdelijk vervanger of als adviseur van de huisarts.

Er zijn drie gebieden, waarop de internist hulp kan bieden in de therapie van de maagulcusziekte. Ten eerste in het milieu-therapeutisch vlak. Ondanks de bevoorrechte positie van de huisarts is het mogelijk, dat de interpersoonlijke relatie huisarts-patiënt onvoldoende mogelijkheden biedt voor een positief therapeutisch contact. Om deze impasse te doorbreken kan de internist een tijdlang deze functie van de huisarts overnemen. Bij een goede samenwerking van huisarts en internist behoeft dit in geen enkel opzicht de relatie huisarts-patiënt te schaden.

Er is nog een ander facet, waarop Koopman reeds heeft gewezen. Het is mogelijk dat juist in het thuismilieu een etiologische factor ligt en dan zal een klinische rustkuur kunnen helpen. Voor de huisvrouw met een ulcus zal dit soms de enige mogelijkheid zijn om te genezen. Voor een kleine categorie patiënten zal men uit deze overwegingen een aantal bedden in het ziekenhuis moeten inruimen, al zal dit organisatorisch en financieel niet zelden op bezwaren stuiten.

Een geheel ander gebied voor de interne specialistische therapie betreft het maagulcus op zuiver organische bodem; waarop ik hier nog eens de nadruk wil leggen. Ik wees reeds op de diagnostische moeilijkheden, die bij dit soort ulcera kunnen bestaan. Ik wil er een aantal in herinnering brengen.

Op het gevaar der maligniteit van het ulcus ventriculi is vanavond herhaaldelijk gewezen. Bij twijfel kan na een uitvoerige analyse met alle bekende methoden een therapeutische proefkuur in de kliniek diagnostische hulp bieden.

Oorzaken voor een ulcuslijden met een organische etiologie:

1 Adenomen van endocrine klieren, zoals het Zollinger-syndroom bij α -cellen van het pancreas en de hyperparathyreoïdie, geven slecht genezende ulcera, die een moeilijke behandeling met zich brengen.

2 Combinatie met infectieziekten, emfysemen, hypercortisonisme en andere aandoeningen. De etiologie van deze typen ulcera kan alleen door

nauwkeurige laboratorium-analyse worden gediagnostiseerd en alleen met zeer speciale therapie behandeld.

3 Bij de hypersecretie van het maagslijmvlies ten gevolge van een stuwung in het vasculaire gebied (cor pulmonale, rechtsdecompensatie, levercirrose) kan ook alleen een op de etiologie gerichte therapie helpen.

4 Ulcera ten gevolge van intoxicatie, traumata, verbrandingen en dergelijke vereisen eveneens klinische observatie en aansluitende behandeling.

Langs deze „organische” ulcera kom ik dan vanzelf bij het ulcus, dat voor operatie in aanmerking komt. Hier is een derde therapeutische taak voor de internist. De indicatie tot operatie kan het best in teamverband worden gesteld. A fortiori geldt dit bij het bloedende maagulcus, wanneer wij voor de decisie staan wel/niet opereren. Deze patiënten dienen eigenlijk op een gezamenlijke afdeling internist/chirurg te worden opgenomen, maar hiermede betreden wij een speciaal facet van het maagulcus, dat vanavond niet zo zeer ter sprake is geweest en waarop ik dan ook niet verder wil wijzen.

Samenvattend is er een duidelijke therapeutische taak voor de internist: Als tijdelijk vervanger van de huisarts bij poliklinische of klinische behandeling; bij moeilijke diagnostiseerbare maagulcera; bij ulcera ten gevolge van organische aandoeningen of toxische invloeden en bij het stellen der indicatie tot operatie.

H.: Wij zullen met de patiënt in het ziekenhuis blijven en daar de chirurg naar zijn mening vragen. Hierbij willen wij de acute maagbloeding en de perforatie buiten beschouwing laten en onze vraag beperken tot datgene wat tot nu toe besproken is. Wat is de indicatie tot operatie; heeft u voorkeur voor een bepaalde operatie; zijn de post-operatieve klachten te voorkomen door een andere indicatiestelling, techniek of post-operationele zorg?

Therapie chirurg (D.): Wanneer ik de grote maagbloeding en de perforatie buiten beschouwing laat, zijn er twee absolute en drie relatieve indicaties voor operaties.

Eerst wil ik noemen de kleine steeds recidiverende bloeding. Vaak is er dan een slecht genezend bloedvat in een star ulcus, waarvoor geen interne therapie helpt. Dit is naar mijn mening een absolute indicatie voor operatie.

De stenose, het met littekenweefsel genezend ulcus duodeni is een andere absolute aanwijzing niet verder door te gaan met geneesmiddelen of kuren bij een afwijking, die alleen door operatieve therapie kan worden verholpen.

Wanneer wij ons tot de relatieve indicaties wenden, zijn dit gevallen die vaak niet zo gemakkelijk te omschrijven zijn als de twee voorgaande. In het algemeen zal de factor tijd hierbij een rol spelen. Bij de maagulcusziekte treedt de chirurg meestal

niet in eerste instantie op, maar zal hij eerst afwachten, wat zijn collegae langs conservatieve weg kunnen bereiken. Wanneer echter de conservatieve therapie van huisarts en internist faalt, wanneer de klachten steeds blijven recidiveren, wanneer verandering van dieet steeds weer moeilijkheden blijft geven en werkhervatting onmogelijk wordt, is het tijd operatie te overwegen. Falen der interne therapie, vorming van littekenweefsel, penetratie of kans op maligniteit en contra-indicatie voor het voortzetten der therapie om medische of situatieve redenen, vormen een drietal relatieve indicaties voor operatie. Hierbij dient men dan te bedenken, dat men in 85 tot 95 procent der gevallen op een gunstig resultaat mag rekenen, dat toch zeker geen slecht resultaat mag worden genoemd en waarbij ik onder gunstig resultaat wil verstaan het resultaat, waarbij de patiënt na de operatie geen klachten in enigerlei vorm blijft behouden, of slechts zulke geringe klachten, dat zij niet interfereren met zijn levensgeneugten en/of werkzaamheden.

Bij het ulcus ventriculi is ter voorkoming van recidief een radicale resectie van een groot deel van het zuurproducerende deel van de maag gewenst. Indien men dit voor ogen houdt, is bij het ulcus ventriculi de keuze van operatie volgens Billroth I of II niet van zo groot gewicht.

Bij het ulcus duodeni geef ik de voorkeur aan een operatie volgens Billroth II, omdat uit grote statistieken blijkt, dat hierna minder recidieven voorkomen. Bij het ulcus duodeni moet het antrum met de pylorus en het grootste gedeelte van het zuurafscheidende slijmvlies worden verwijderd.

Wat de complicaties van de maagoperatie betreft kan men deze in directe en late complicaties verdelen. De directe complicaties zijn dezelfde als bij elke andere operatie kunnen voorkomen. Onder de late complicaties rekent men: het dumpingsyndroom, misselijkheid, secundaire anemie, vitamine B-deficiëntie, anorexie, hypoglycemie. Over de oorzaak van het ontstaan van deze syndromen tast men nog goeddeels in het duister en hierdoor is zowel de preventie als de behandeling van deze verschijnselen onzeker, waardoor hiervoor nog geen duidelijke richtlijnen kunnen worden opgesteld.

Een enkel woord over de vagotomie. Oorspronkelijk is deze methode gepropageerd voor operaties, verricht door medici, die in bepaalde gebieden van de wereld niet waren ingericht voor de toch altijd moeilijke techniek van de mutilerende maagresectie en die toch noodzaak waren maagoperaties te verrichten. Het is wel gebleken dat de vagotomie op zichzelf onvoldoende of slechte uitkomsten geeft. In de handen van de ervaren chirurg bestaat er een indicatie voor deze operatie in combinatie met die volgens Billroth II, met welke combinatie bij het ulcus duodeni fraaie resultaten kunnen worden bereikt. Sommigen van u herinneren zich nog dat vroeger vaak gastero-enterostomie werd toegepast. Deze operatie is grotendeels verlaten, maar in com-

binatie met een vagotomie wordt zij tegenwoordig in uitgezochte gevallen weer toegepast.

Zo zijn er dus een aantal duidelijke indicaties voor de maagoperatie, elk met een eigen techniek. Mits men deze beide factoren beheerst, is er een groot aantal patiënten met maagulcusziekte voor wie de operatie een werkelijke genezing betekent, die hun het leven zonder klachten, voorschriften of dieetbelemmeringen mogelijk maakt.

H.: Het is niet wel mogelijk een samenvatting te geven van alle bijdragen, die op zichzelf reeds een samenvatting vormden van de avonden, welke wij deze winter aan dit onderwerp hebben besteed. Duidelijk is naar voren gekomen dat de maagulcusziekte in relatie staat met de persoonlijkheidskenmerken van het individu en met de psychische interacties tussen dit individu en zijn omgeving.

De ziekte heeft een psychosomatische betekenis, waarvoor de aanleiding wellicht wordt gevormd door een verandering in het sociologisch patroon van de gemeenschap, waarin het individu leeft en waarmee het op een of andere wijze moet omgaan. Diagnose en behandeling vragen een samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts met ziekenhuisartsen. Het is mogelijk dat in de toekomst geheel nieuwe therapeutische wegen kunnen worden bewandeld door een verbetering in het inzicht in sociologische en psychische factoren. Naast de maagulcusziekte komt het gelokaliseerde maagulcus voor als symptoom van een andere ziekte of van een toxische invloed.

Tot slot zou ik namens de aanwezigen op deze en andere avonden diegenen, die zich hebben ingespannen om deze nascholing te geven, willen bedanken voor hun heldere voordrachten, die ons begrip en onze belangstelling voor deze ziekte hebben verruimd.

- Alexander, F. (1952) Psychosomatic medicine. Its principles and applications. Allen and Unwin, London.
- Bastiaans, J., J. Groen en L. van der Horst. (1951) Grondslagen der klinische Psychosomatiek. De Erven Bohn N.V., Haarlem.
- Carothers, J. C. (1954) Psychologie normale et pathologique de l'Africain. W.H.O., Genève.
- Doll, R. en F. A. Jones (1951) Occupational factors in the aetiology of gastric and duodenal ulcers. H.M.S.O., London. (Med. Res. Council, special report secr., nr. 276).
- Flanders Dunbar (1955) Mind and body: psychosomatic medicine. Random House, New York.
- Groen, J. (1947) De psychopathogenese van het ulcus ventriculi en duodeni; karakterstructuren en emotionele belevenissen en hun betekenis voor aetiologie en therapie. Scheltema en Holkema, Amsterdam.
- Levey, I. S. (1963) Ned. T. v. Geneesk. 107, 2101.
- Nieuwenhuijzen, M. G. van (1961) Persoon en milieu van de ulcus duodenlijder. Winants, Heerlen.
- Prick, J. J. G. (1962) Ned. T. v. Geneesk. 106, 2310, 2365, 2417.
- Roessle, R. (1913) Mitt. Grenzgeb. Med. Chir. 25, 766.
- Vertin, P. G. (1954). Bedrijfsgeneeskundige aspecten van het ulcus pepticum. Hermes, Eindhoven.