

Een diagnostische puzzel en de onbekende iteratie

DOOR A. P. S. GERVERS MAN, INTERNIST EN DR. A. FULDAUER, HUISARTS, BEIDEN TE HENGEL O (O)

Mevrouw L, oud 49 jaar, was sedert de geboorte van het jongste dochttertje (1962) regelmatig onder behandeling van één onzer (de huisarts). Het huwelijk was een aantal jaren kinderloos gebleven. Na sperma-onderzoek was de uitspraak gedaan dat het vrijwel onmogelijk zou zijn dat er nog kinderen zouden komen. Dit derde kind is een mongooltje. De moeder, die wat eenvoudig van geest is, heeft zich nimmer kunnen verzoenen met de gedachte dat het „lot” haar toch wel zeer ongezind is geweest.

Er waren regelmatig klachten over moeheid, neerslachtigheid, hoofdpijn en lusteloosheid. De laatste tijd klaagde zij wat over kortademigheid; zij zou het 's nachts erg warm hebben. Bij onderzoek bleek de vrouw een polsfrequentie van 120 slagen per minuut te hebben. Verder werden geen lichamelijke afwijkingen gevonden. Zij werd naar de internist verwezen met onder andere de vraag of er mogelijk sprake zou kunnen zijn van een hyperthyreoïdie. Naast de gegevens die aan de huisarts bekend waren, werd door de laatste aan de internist mededeling gedaan van het feit dat patiënte sedert een paar weken dagelijks tweemaal vijf mg diazepamum (Valium) gebruikte.

Patiënte bezocht op 25 januari 1968 de polikliniek voor inwendige geneeskunde. Zij vertelde zich sinds ongeveer vijf jaar moe en nerveus te voelen en wel na de geboorte van haar derde kindje. Bij onderzoek werd een wat nerveuze vrouw gevonden, die geen echte hyperthyreotische indruk maakte. De polsfrequentie bedroeg 112 slagen per minuut, deze waren regulair en euaal. De bloeddruk bedroeg 160/90 mm Hg. De schildklier was niet vergroot. De reflexen waren normaal, er was geen versnelde relaxatiefase van de Achillespeesreflex. Verder werden geen bijzonderheden gevonden. De laboratoriumgegevens waren als volgt: bezinkingssnelheid der erythrocyten na het eerste uur 12 mm; geen duidelijke afwijkingen in het electrocardiogram; „Proteïne Bound Iodine” (B.P.I.) 1,4 gammaprocent cholesterolgehalte 3,25 gram per liter, creatininegehalte 0,8 mg procent. Patiënte bleek dus tegen de verwachting in zelfs een laag P.B.I. gehalte te hebben en een wat te hoog cholesterolgehalte. Dit werd de reden van haar opname op 5 februari 1968 voor nader onderzoek van haar schildklierfunctie.

Schildklieronderzoek: cholesterolgehalte 2, 45 gram per liter; P.B.I.-gehalte thans 4,4 gammaprocent (duplobepaling). T3 halsopname: 14,9 Traceronderzoek met behulp van Jodium 131: opname door de schildklier na 6 uur: 6 procent, na

Samenvatting. Beschreven wordt een patiënte die een onverklaarbaar verlaagd P.B.I.-gehalte had. Een, de huisarts onbekende iteratie, bleek hiervan de oorzaak te zijn. Gewezen wordt op het belang van vermelding van de samenstelling van het recept op de verpakking door de apotheker.

24 uur: 6 procent en na 48 uur 7 procent. Uitscheiding met de urine in het totaal na 48 uur: 85,2 procent. Er bestond dus een zeer lage opname van Jodium ¹³¹ door de schildklier, terwijl het P.B.I.-gehalte thans normaal was. Dit deed vermoeden dat wij hadden te maken met een onderdrukking van de schildklierfunctie door thyreoïdtoediening. Patiënte werd nogmaals ondervraagd en nu deelde zij mede dat zij tot voor kort sinds jaren „vermageringspoeders” had gebruikt, bevattende 100 mg thyreoïdpoeder in combinatie met dexamfetamine (Dexedrine). Zij gebruikte hiervan een tot twee poeders per dag. Het laatste doosje was op een herhalingsrecept afgeleverd op 6 januari 1968. De diagnose was dus duidelijk. Wij hadden inderdaad te maken met een schildklieronderdrukking door thyreoïdtoediening. Het advies werd gegeven deze poeders niet meer te gebruiken. Op 26 februari 1968 werd patiënte ontslagen.

Geschrokken door deze mededeling van de internist die, al was er geen sprake van lichamelijk nadeel toch vervelende sociaal-financiële consequenties had, ging de huisarts naarstig in zijn kaartsysteem na hoe een en ander had kunnen gebeuren. In 1960 werd aan patiënte op haar eigen verzoek - zij woog toen 80 kg bij een lengte van 1,68 m - behalve een dieet een recept gegeven voor poeders met 100 mg thyreoïd en 10 mg locodexedrine. Toen in maart 1961 het gewicht 74 kg was geworden werd de medicatie gestaakt. In 1964 werden dezelfde poeders - blijkens de aantekeningen - weer voorgeschreven. In 1965 komt de aantekening voor: locodexedrine 10 mg (zonder thyreoïdpoeder). Op 22 juni 1967 werd blijkens de aantekening een herhalingsrecept gegeven van 10 maart 1967, een datum waarop geen aantekeningen van het verstrekken van een recept bestaat. Het is mogelijk dat patiënte op 10 maart 1967 een iteratie heeft gekregen op het doosje uit 1964 of dat zij dit laatste doosje ter iteratie heeft aangeboden. Het is blijkens het voorschrift van

1965 de bedoeling geweest de thyreoïdpoeder weg te laten.

Bij navraag bij patiënte was deze gang van zaken niet meer te reconstrueren; wel vertelde patiënte dat zij de poeders intermitterend had ingenomen, omdat deze haar „zoveel fitter maakten”. Zij kreeg twee of drie iteraties op elk doosje en daarmee kon zij vrij lang voort. Zo had zij 6 januari 1968 weer een doosje laten vullen. In elk geval was door het ontbreken van aantekeningen over voortzetting van het gebruik en de onbekendheid van de huisarts met het gebruik van de gecombineerde poeders, aan de internist een onvolledige inlichting verstrekt die aanleiding werd tot een uitvoerig, maar feitelijk overbodig onderzoek.

Het is nuttig op drie belangrijke punten van deze casuïstiek in te gaan. In het algemeen lijkt het weinig zin te hebben bij adipositas schildklierpoeder als therapie te geven. Bij een dosis hiervan tot ongeveer 100 mg per dag wordt de schildklierfunctie namelijk zover onderdrukt, dat het effect van de voorgeschreven medicatie verloren gaat. Geeft men hogere doses, dan ontstaat een artificiële hyperthyreoïdie, hetgeen natuurlijk ook weer niet de bedoeling is. De laatste jaren is in verschillende publikaties meermalen hierop gewezen (*Doorenbos, De Moor*).

Amfetaminen kunnen worden toegediend om de eetlust te remmen. Dit effect is al bij betrekkelijk lage doseringen onmiskenbaar (drie tot tien mg). Bij die patiënten die een onbedwingbare eetlust hebben, kunnen amfetaminen tot een gunstig resultaat leiden. Er zijn een aantal bijwerkingen bekend, waaronder verslaving. De bovenstaande casuïstiek is daarvan een voorbeeld. Men moet het middel dan ook zeker niet gebruiken wanneer de patiënt geen overmatige eetlust heeft en zich aan het dieet kan houden. Met enige overredingskracht en door nadrukkelijk te wijzen op de bezwaren en gevaren van deze vermageringsmiddelen bereikt men in vele gevallen succes. Men moet het gebruik van amfetaminen ook niet te lang voortzetten. Na enige tijd is de eetlust aanzienlijk verminderd, de patiënt is daarop ingesteld en hij kan zich met enige goede wil zonder amfetaminen goed aan zijn dieet houden.

In de *Regeling en Klapper* van de Ziekenfondsraad staat: „De commissie meent dat de amphetamines wegens hun stimulerende werking niet geschikt zijn voor de behandeling van adipositas!” Het verdient voorkeur in plaats van de amfetami-

nen gebruik te maken van fenfluramine, een eetlustremmer zonder wekamineachtige bijwerkingen. In de *Regeling en Klapper* wordt dit middel dat op aanvraag voor een intermitterende kuur kan worden toegestaan, genoemd. Daarnaast zijn er nog enkele andere preparaten die wel de eetlust remmen, maar niet de bijwerkingen van de amfetamines hebben. Dit zijn Eventin, chlorfentermine (Lucofen), Frekentine en fentermine (Mirapront). Ook ten opzichte van deze medicamenten zal men echter dezelfde beperkingen moeten toepassen als bij de wekaminen, met name alleen dan voorschrijven indien een ongeremde eetlust de oorzaak van de obesitas is.

Tenslotte een enkel woord over de iteraties van geneesmiddelen. Niet in elke plaats in Nederland zal door de artsen op dezelfde wijze een recept worden herhaald. Zullen de apothekers in de ene plaats de patiënten die een iteratie aanbieden van een recept dat al oud is terugsturen naar de arts, in een andere plaats zullen zij deze iteratie honoreren. Daarom behoeft een dergelijke casus als hier vermeld, zich elders niet zo gemakkelijk voor te doen. Wel blijkt hoe voorzichtig de arts met een iteratie moet zijn. Telkens weer dient men zich te realiseren van welke medicamenten men het gebruik voortzet.

Bij een goed bijgehouden kaartsysteem vormt het bovenstaande geen groot probleem. Het kost alleen enige tijd om de betrokken kaarten te lichten, na te kijken, te verifiëren wat er is voorgeschreven en vervolgens de kaart weer op te bergen. Het is eenvoudiger en doeltreffender, ook voor een eventueel waarnemende collega of een meebehandelende specialist, wanneer bij een bijzondere en samengestelde receptuur de samenstelling wordt vermeld. Aan de ene kant biedt zulks het voordeel dat het de arts bij een behandeling of een herhaling van het recept beter voor ogen staat wat hij reeds voorschreef. Aan de andere kant verschaft deze procedure de patiënt de mogelijkheid de recepten beter uit elkander te houden. Zonder twijfel brengt een en ander meer werk mee voor de apotheker. Daar staat echter tegenover, dat ook voor hem de kans op vergissingen bij herhalingen minder groot is.

Doorenbos, H. H., *Adipositas*, Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden, 1967.

Moor, P. de, *Moderne dieetleer*, Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden, 1966.

Regeling en Klapper, Ziekenfondsraad, Amsterdam, 1968.