

# Over een kind met ernstig asthma bronchiale

M. A. CRAMER\* EN A. KRAAN\*\*

## INLEIDING

Beide schrijvers zijn geruime tijd verbonden geweest aan de Nederlandse Astmakliniek te Davos in Zwitserland. Aan de hand van een huns inziens vrij duidelijke casus over een kind met langdurig bestaand en moeilijk behandelbaar astma wordt beschreven hoe moeilijk het kan zijn somatische en psychosociale invloeden op het ziek-zijn te onderscheiden. Ook wordt ingegaan op de behandeling in een ander klimaat op grote afstand van het oude milieu. Deze behandeling omvat zowel somatische als psychologische componenten wat betreft het gebruik maken van de duizend km afstand op 1560 m hoogte. Het is waarschijnlijk dat beide componenten van invloed zijn. Daarnaast wordt hiermede meer bekendheid gegeven aan het functioneren van jonge kinderen in een voor Nederlandse begrippen zo ongewone situatie. De voorgeschiedenis van deze jonge patiënt en de ontwikkelingen tijdens de behandeling worden nu door arts en agoog afzonderlijk beschreven. Daarna zullen nog opmerkingen en conclusies kunnen volgen.

## BESCHRIJVING DOOR DE ARTS

Anton is een jongen van twaalf jaar wanneer de behandelende longarts in 1972 opnemings verzoekt in het Nederlandse Astmacentrum te Davos. Uit de eerste brief van de longarts halen wij het volgende aan: „Er bestaat een moeilijk beïnvloedbaar atopisch extrinsic astma. Anton gebruikt reeds vele jaren corticosteroiden, zonder dat er sprake is van een goede invloed op de langdurige benauwdheden. Daarbij blijft de lichamelijke groei achter. Ook cromoglycaat en andere medicamenten geven geen verbetering van het astma. De longfunctie

\* Arts aan de Nederlandse Astmakliniek te Davos, Zwitserland, hoofd medische afdeling Dr. P. Zuidema, longarts (thans afdeling Revalidatie Zuiderziekenhuis Rotterdam).

\*\* Orthopedagoog aan dezelfde kliniek, hoofd psychosociale afdeling J. Lansens, psychiater.

wordt als aanzienlijk gestoord beschreven. Hopelijk is er nog wel reversibiliteit. Over de psychologische situatie menen wij dat er waarschijnlijk weinig problemen zijn”.

Zonder Anton te hebben gezien, kunnen wij dan reeds enige associaties maken. Zijn astma kan waarschijnlijk ook worden omschreven als constitutioneel en allergisch van aard (*Voorhorst 1966*). Dat is vrijwel steeds bij astma op deze jonge leeftijd het geval (*Voorhorst 1959*). Bij allergisch onderzoek wordt dan onder andere dikwijls een manifeste huisstofallergie gevonden. Verder moeten wij het helaas niet altijd te vermijden gebruik van corticosteroiden bij jonge kinderen als zeer ernstig beschouwen. Bij bijna al onze patiëntjes treffen wij bovengenoemde bevindingen aan. Gelukkig kunnen wij bij vrijwel alle hier opgenomen kinderen het gebruik van corticosteroiden vanaf de eerste dag staken (*Kerrebiijn en medewerkers*). Bijnierschorsremmingen en groeiachterstand herstellen dan spoedig. De meest voor de hand liggende verklaring daarvoor is het ontbreken van het huisstofallergeen in het hooggebergte. (*Van Geuns; Varkamp en Voorhorst*).

Anton wordt enige maanden later in Davos opgenomen. De anamnese kan nu uitvoeriger worden vermeld. In de familie van moeder treffen wij geen allergische ziekten en astma aan. Over de vader is niets bekend (zie de psychosociale geschiedenis). De familie-anamnese kan daarom niet volledig zijn. Vaak vinden wij veel eczeem, hooikoorts, astma in de familie van onze patiënten. Enige maanden na de geboorte krijgt Anton eerst dauwworm en later chronisch eczeem. Dit geeft veel zorgen, behoefte aan extra verzorging in een moeilijke situatie met een werkende moeder. Deze problemen worden gelukkig overwonnen. Anton is anderhalf jaar oud bij de eerste aanval van astma. Er was toen geen infectieziekte. De jaren daarna verlopen toch weer rustiger. Er blijft slechts een lichte astmatische bronchitis bestaan. Maar vanaf

het zesde jaar zijn er frequent aanvallen van heftige benauwdheid, meestal enige dagen durend. Vanaf het negende jaar zijn naast vele bronchospasmolytica ook corticosteroiden nodig. Ondanks alle therapie is Anton vanaf het elfde jaar vrijwel steeds benauwd. Er is aanval op aanval. Opnemings in deze kliniek wordt dan aangevraagd.

Bij opnemings zijn de lichamelijke bevindingen zoals bij veel astmatische kinderen. Opvallend zijn vooreerst de vatvormige thorax, Harrisonse groeven, een prominierend sternum en een hoog thorale kyphosis. Deze verschijnselen zijn meestal evenredig met de ernst en de duur van het broncho-obstructieve proces bij kinderen. Te vermelden zijn ook de slecht ontwikkelde musculatuur, de slappe houding van rug en schouders met scapulae alatae. Bovendien is er een duidelijk vollemaansgezicht, ten gevolge van het gebruik van corticosteroiden. Er is een verlengd exspirium en wij horen vele piepende rhonchi. In rust valt de dyspnoe mee, maar bij inspanning is Anton direct kortademig. Wij zien een onrustig, overbeweeglijk kind, terwijl de coördinatie onvoldoende is. Deze jongen van twaalf jaar en acht maanden is klein volgens de groeidiagrammen TNO. Zijn lengte bedraagt namelijk 146 cm, het gewicht is 37 kg (*groeidiagram*). De secundaire geslachtsontwikkeling ontbreekt nog geheel.

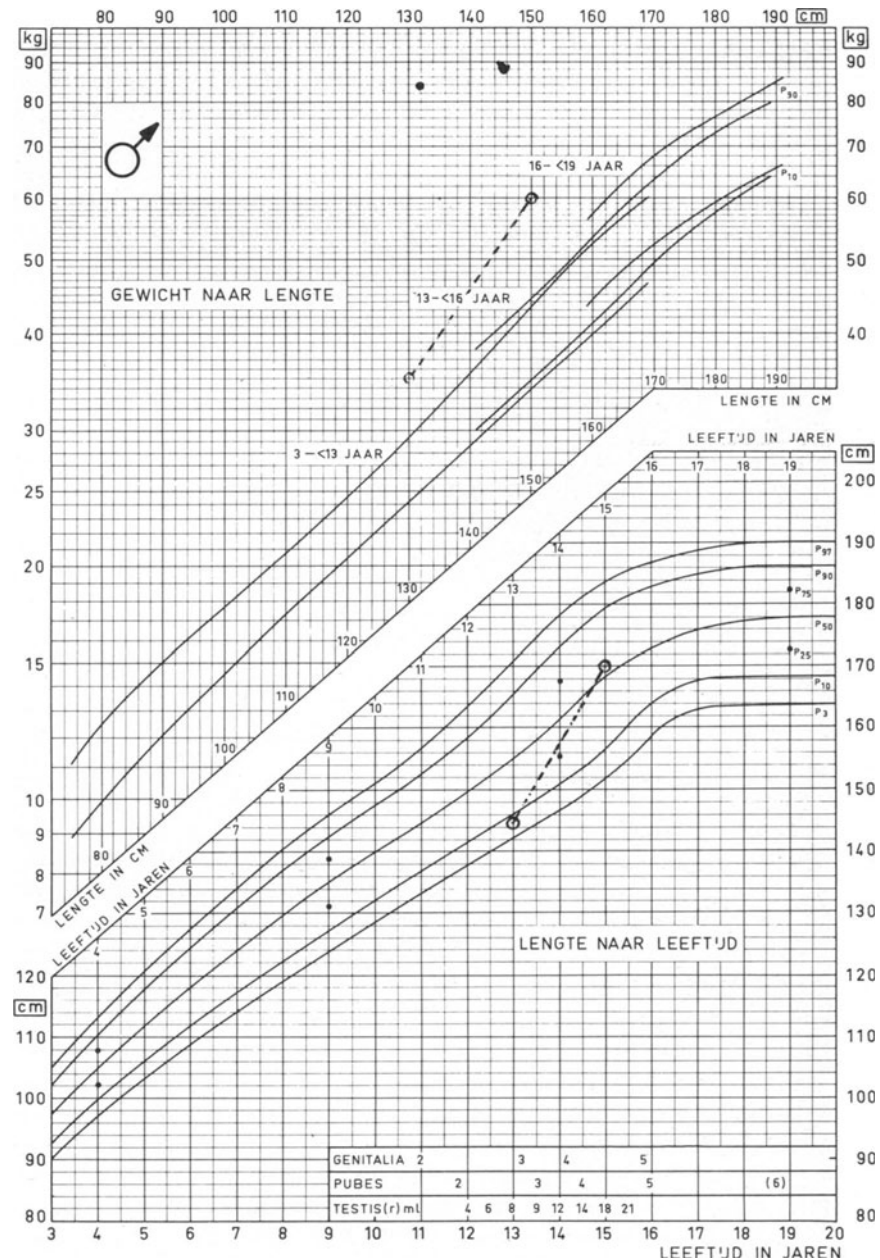
Over andere onderzoeken kunnen wij kort zijn. Röntgenologisch valt het volumen pulmonum auctum op. Met huidtesten en inhalatie-provocatieonderzoek wordt een manifeste huisstofallergie aangetoond. Andere allergieën zijn minder duidelijk. In het bloed bevinden zich bij opnemings 800 eosinofiele leukocyten per ml. De jongen hoest geen sputum op. Van het longfunctieonderzoek vermelden wij slechts iets over de spirometrie. Wij vinden daarbij een aanzienlijke bronchusobstructie, die met inhalatie van een sympathicomimeticum grotendeels reversibel is.

Anton verblijft ruim twee jaar in de astmakliniek. Over het ziektebeloop kunnen wij kort zijn. Astmatische bezwaren worden namelijk gedurende het gehele verblijf niet waargenomen. Goede lichamelijke activiteiten in sport en spel worden mogelijk. Ook bij de spirometrie zien wij dat spoedig bijna de norm wordt bereikt. Kort na opname daalt het aantal eosinofiele leukocyten in het bloed tot 170 per ml. Een medicatie is in deze periode niet nodig. Wel wordt zonder lokale of algemene bezwaren een huisstofdesensibilisatie uitgevoerd. De „revaliderende behandeling” omvatte verder gymnastiek. In dit verband noemen wij onder andere correctie van houdingsafwijkingen. Ook sport en spel waren erg belangrijk voor onze patiënt. Onze aandacht was gericht op verbetering van motoriek en coördinatie. Begrippen als bewegingstherapie en ontspanning achtten wij verder belangrijker dan adem oefeningen in engere zin. Dit grote gebied willen wij echter verder onbesproken laten. Over de psychologische begeleiding wordt in een volgende paragraaf iets geschreven.

Na twee jaar zou men dit „zielige jongetje” niet meer herkennen. Hij maakt dan een robuuste, sthenische indruk. Met een uitgroei van 146 cm tot 169 cm is hij ruim boven de P50 gekomen. Het gewicht is met 23 kg toegenomen tot 60 kg (*groeiendiagram*). Grote achterstanden zijn zo ingehaald. En de puberteit is niet alleen begonnen, maar reeds stormachtig doorlopen! Testisuitgroei van 2 ml naar 20 ml, pubesbeharings van nihil tot graad 5. Tenslotte zien wij röntgenologisch dat ook de afwijkingen van thorax en wervelkolom grotendeels reversibel waren. De familie heeft zich verheugd in deze ontwikkeling en neemt Anton graag weer op. Bij het ontslag denken wij aan een veel verbeterde prognose.

In het kort nog iets over hoe het, na het vetrek uit de kliniek, met Anton is verlopen. Volgens de moeder is het buitengewoon goed gegaan. Zij vertelt dat Anton nu, ruim een jaar later, bijna niet meer weet wat astma is. Hij is gezond en vitaal, normale lichamelijke activiteiten zijn mogelijk. Hij gaat graag met veel vrienden om. Ook gaat hij graag naar school en is overgegaan naar de derde

Groeiendiagram Anton 1972-1974 (stippelijijn).



klas MAVO. Na negen maanden waren er echter astmatische bezwaren. Bij de longfunctie werd toen een aanzienlijke bronchusobstructie gevonden. Bij een controle, weer vijf maanden later, was alles echter veel verbeterd: de jongen was klachtenvrij en de longfunctie grotendeels genormaliseerd. Dit werd toegeschreven aan het tijdelijk gebruik van theophylline, fenoterol en cromoglycaat.

BESCHRIJVING DOOR DE ORTHOPEDAGOOG

De arts schrijft in zijn artikel over „dit

zielige jongetje”. Wat was er bij opname zo zielig voor Anton in zijn persoonlijke ontwikkeling? Wij moeten stellen: erg veel. In het verslag van het onderzoek door het Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.) dat men voor de opname op ons verzoek deed – dit om te beoordelen of Anton het trauma van de separatie van de ouders zou kunnen verwerken – stelt men: „Hij behaalt een score die overeenkomt met die van een 8-jarige. Hij is duidelijk achter, maar het is niet duidelijk of wij moeten denken aan een lichte cerebrale beschadiging, of

dat dit het resultaat is van de veelvuldige medicatie. De prestatie-motivatietest laat een vrij grote faalangst zien”.

Als oorzaken van dit disfunctioneren is een veelvoud van frustrerende momenten in zijn voorgeschiedenis aan te geven. Als de meest aansprekende zijn te noemen:

- kind van een ongehuwde moeder;
- bewegingsarmoede als gevolg van ademnood en eczeem;
- concurrentie met twee broertjes ten opzichte van de stiefvader.

Laten wij nu zijn verblijf in Davos opnieuw onder de loep nemen. Bij aankomst in Davos in 1972, hij is 13 jaar, wordt Anton geplaatst in een kindergroep van acht kinderen. Na enige maanden rapporteert de groepsleidster:

„Hij is zeer kwetsbaar en bang, kan anderen erg plagen, slaat ze rustig een bloedneus. Hij is druk en beweeglijk, stoeit erg veel. Maakt veel lawaai met andere groepsleden”. De onderwijzer merkt op: „Erge achterstanden, is eigenlijk geen zesde klasser. Kan nog niet het basisonderwijs verlaten.”

In 1973, na een jaar verblijf, rapporteert de groepsleidster: „Anton is bijzonder goed in sport, voert hierin de boventoon, wat hij ook gebruikt om zijn positie in de groep te handhaven. Kan aan de andere kant nog erg verlegen en kinderlijk reageren.” De onderwijzer rapporteert: „Anton is de beste van de vier brugklas-MAVO-leerlingen, glundert als hij een 8 heeft gevangen.

Begin 1974 rapporteert de groepsleidster – na een kerstvakantie van Anton in Nederland bij zijn ouders: „Anton wil deze zomer naar huis. Hij heeft het fijn gehad. Zegt het met zijn broertje goed te kunnen vinden. „Ze kennen me niet meer, ik ben net zo groot als mijn vroegere vrienden.” De onderwijzer: „Hij zou naar de tweede klas MAVO kunnen, liefst in individueel onderwijs.”

Zomer 1974 gaat Anton naar huis, met veel bravoure neemt hij afscheid.

In mei 1975, na bijna een jaar thuis, rapporteert het maatschappelijk werk dat nazorg verleent: „Er waren sinds Anton's thuiskomst, behalve gedurende de laatste twee weken, geen medische

klachten geweest, maar andere problemen bleken niet van de lucht. Zoals bekend zijn de drie kinderen van mevrouw allen van een andere vader. Dit feit speelt én in de opvoeding van de kinderen én in de relatie tussen de echtelieden een pijnlijke rol. Mevrouw vertelde het vaak voor Anton en zijn halfbroer te moeten opnemen tegen haar man, die alleen van zijn kind (de jongste) alles kan hebben. Mevrouw meent dat dit conflict erg drukt op Anton en zijn ontwikkeling belemmert.”

Wat hebben wij in Davos met hem gedaan? Op het oog niet veel bijzonders, geen bijzondere therapie; in elk geval is er welbewust naar gestreefd hem een stukje goed kinderleven aan te bieden, uitgaande van de beschrijving, die *Van der Zeyde* geeft van een goed kinderleven; dit zou moeten bevatten:

- een kleine wereld die veilig is;
- vanzelfsprekend ontvangen wat het behoeft;
- een buitenwereld die lokt tot exploreren.

Dit bleek voor Anton in Davos te realiseren, geholpen door de vanzelfsprekendheid dat je ademen kan, een wereld van bergen die uitdagend om te onderzoeken en te overwinnen zijn en een veilig huis om in te wonen. Om dit te realiseren is het vanzelfsprekend geboden dat er een staf is, die zich voortdurend moet bezinnen of in het functioneren van de kindergroep nog aan deze voorwaarden wordt voldaan. Anton heeft geleerd, dat je moeilijkheden ook kunt overwinnen zonder je terug te trekken; de faalangst is omgezet in typisch puberale concurrentiestrijd. Het grote probleem, waarmee ook Anton te maken kreeg zoals vele van de hier opgenomen kinderen, is de stormachtige puberale ontwikkeling. Dit vraagt een bijzondere aandacht en zorg van de groepsleiding; dat facet alleen zou al een studie waard zijn, maar zou in dit bestek te ver voeren.

#### NABESCHOUWING

Dit „dubbelportret” van een jonge astma-patiënt bieden wij niet aan om een volledige beschrijving van astma of behandeling daarvan te geven. Wij beschreven een kind met atopisch astma,

dat in het allergeen-arme hooggebergte-klimaat veel verbeterde. Vrijwel altijd zien wij bij zulk astma een zeer goede verbetering optreden. Vooral echter wilden wij de aandacht richten op de multicausaliteit bij het ontstaan van astma.

Eveneens vermelden wij onze veelvuldige ervaring, dat psychologische momenten te vaak niet worden herkend en dat behandelende artsen dan menen, dat deze geen grote rol spelen. Wij willen stellen, dat het onderhavige geval weliswaar illustratief is, maar dat volgens onze ervaring de grote meerderheid van kinderen met ernstig somatisch astma, ook in de psychosociale sector veel problemen vertoont (*McNicol en medewerkers*).

Wij menen dat een M.O.B.-onderzoek menselijk en zinvol is. Voorts dat maatschappelijk werk onderzoek in alle gevallen van verwijzing nodig is om begeleiding tijdens en na opname te bevorderen. Verder willen wij onderstrepen dat, wanneer de separatie van thuis zo goed mogelijk wordt opgevangen, dit minder problemen geeft dan men zou verwachten. Een juiste pedagogische leefwereld is van zeer groot belang voor sociale exploratie en persoonlijke ontwikkeling. Dit kunnen wij niet los zien van het somatische herstel.

Iets te vermelden over het blijvend effect van de behandeling is moeilijk. Kan een kind er „over heen groeien”? Voor de beschreven patiënt achten wij dat mogelijk. De epidemiologie van astma maakt het waarschijnlijk dat de fase van uitgroei naar lichamelijke en psychische volwassenheid een periode is met een goede genezigstendens. Behandeling en begeleiding in juist deze periode is ons inziens dan ook van het grootste belang.

Geuns, H. A. van (1956) Ned. T. Geneesk. 100, 1861.

Kerrebijn et al. (1967) Ned. T. Geneesk. 111, 2319 en 2353.

McNicol, K. N. en medewerkers (1973) Brit. med. J. IV, 16.

Varekamp, H. en Voorhorst, R. (1961) Ned. T. Geneesk. 105, 2023.

Voorhorst, R. (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 1256.

Voorhorst, R. Het atopisch syndroom. Leiden, Stafleu, 1966.

Zeyde, N. F. Van der. Opvoedingsnood in pedagogische spelbehandeling. Bijleveld, Utrecht, 1963.