

Haemoptoë

Haemoptoë of haemoptysis wordt in *Pinkhof* beschreven als: bloedspuwing, het ophoesten van bloedig sputum of zuiver bloed uit de longen of luchtwegen. Het is tegenwoordig een relatief weinig voorkomend symptoom. Vroeger was haemoptoë min of meer pathognomonisch voor tuberculose, tegenwoordig denkt men het eerst aan longcarcinoom. Door de patiënt wordt het optreden ervan zeker beschouwd als een ernstig symptoom en hij verwacht van zijn huisarts dat hij uitvoerig aandacht krijgt en goed wordt onderzocht. De patiënt heeft gelijk.

Haemoptoë kan een symptoom zijn van een ernstige ziekte, maar soms wordt er zelfs na zeer uitvoerig onderzoek geen oorzaak gevonden. Natuurlijk zijn er allerlei gradaties, van een minimaal sliertje bloed in het sputum tot helder bloed ophoesten; bovendien is van belang of het éénmalig of bij herhaling optreedt. In veel gevallen zal een nauwkeurige anamnese de huisarts op het spoor brengen van de vermoedelijke oorzaak.

Anamnese

De patiënt kan in een toestand verkeren die varieert van lichte ongerustheid tot paniek. In het laatste geval kan de patiënt de symptomen niet duidelijk beschrijven. Het is namelijk van belang vast te stellen dat de patiënt inderdaad bloed heeft opgehooft om te kunnen differentiëren van haematemesis. Gewoonlijk is het bloedverlies ontstaan na of tijdens hoesten en heeft men een sliertje in het sputum aangetroffen. Een typische beschrijving voor haemoptoë is dat men het bloed achter in de keel voelde. Indien het waargenomen bloedverlies geen verband houdt met hoesten of braken dient gedacht te worden aan afwijkingen in de mondholte. Bloedverlies tijdens tandenpoetsen spreekt voor zichzelf.

Staat eenmaal vast dat er inderdaad sprake is van haemoptoë dan moet zorgvuldig worden geïnformeerd naar de hoeveelheid bloed, de kleur (al dan niet helder rood), de omstandigheden waar-

onder het werd geproduceerd en hoe het werd ontdekt. Tenslotte moet duidelijk worden vastgesteld of de haemoptoë eenmalig of frequent is opgetreden.

Oorzaken

Wanneer een duidelijk inzicht is verkregen in de aard, de omvang en de frequentie van de haemoptoë, dan kan de anamnese zich gaan richten op de mogelijke oorzaken. Deze zijn velerlei, van ernstig tot onschuldig en natuurlijk laat men zich onwillekeurig leiden door bepaalde kenmerken van de betreffende patiënt, zoals leeftijd, gezondheidstoestand, uiterlijk en voorgeschiedenis.

Ter verduidelijking zal eerst een op-

E. R. BECK, J. L. FRANCIS EN
R. L. SOUHAMI. NEDERLANDSE
BEWERKING J. H. DE HAAN

somming van de voornaamste oorzaken van haemoptoë worden gegeven om aan de hand daarvan op de specifieke anamnese in te gaan.

- trauma
- acute luchtweginfectie (eventueel pneumonie)
- chronische luchtweginfectie met bronchiëctasiën
- tuberculose
- longcarcinoom
- longembolie (pulmonaal infarct)
- insufficiëntia cordis (bijvoorbeeld mitraal stenose met ernstige linker ventrikelhypertrofie)
- systeemziekten
- hemorrhagische diathese (stollingsdefecten of intoxicatie)
- corpus alienum in de luchtwegen (voornamelijk bij kinderen).

Is uw patiënt een jongeman, waarvan u weet dat hij actief sport – vooral als het een van de minder zachtzinnige sporten betreft zoals voetballen – dan is haemoptoë na een trauma niet zo verrassend, zeker als hieraan pijnklachten in de thorax zijn voorafgegaan. In deze gevallen moet worden gedacht aan de rib- en claviculafractuur. Het verband tussen het op-

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing, welke voor zover niet anders is aangegeven, is ontleend aan Update, Journal of Postgraduate General Practice, waarvan huisarts en wetenschap het copyright voor Nederland verwierf.

Haemoptoë 25
Uit de praktijk: Robert Valk 27

treden van haemoptoë en trauma, is ook voor de patiënt wel duidelijk. Er zijn natuurlijk veel meer trauma's die haemoptoë kunnen geven, maar deze patiënten zijn er zo ernstig aan toe, dat zij direct naar het ziekenhuis worden gebracht.

Verneemt u van de patiënt dat hij koorts heeft gehad, veel hoest en purulent sputum opgeeft, dan ligt een infectieuze factor voor de hand. Deze symptomen sluiten evenwel een maligniteit niet uit en tijdens het onderzoek moet dit zeker in gedachten worden gehouden. Heeft de patiënt een lange voorgeschiedenis van C.A.R.A. dan wordt de mogelijkheid van het ontstaan van bronchiëctasiën waarschijnlijk.

Tenzij uit de anamnese duidelijk naar voren komt dat de patiënt een contact heeft gehad met iemand die aan tuberculose lijdt, is een tuberculeuze infectie slechts door middel van verder onderzoek uit te sluiten.

Zelfs de van gezondheid blakende patiënt kan al langdurig besmet zijn en het omgekeerde, de broodmagere ongezond uitziende patiënt kan niets mankeren.

Haemoptoë kan het eerste symptoom van longcarcinoom zijn. Zelfs na uitgebreid specialistisch onderzoek kan deze diagnose niet altijd worden bevestigd. In dit geval moeten daarvoor gepredisponeerde patiënten (leeftijd, zware rokers, familie-anamnese) zeker onder controle blijven en dient het onderzoek regelmatig te worden herhaald, ook al zou de haemoptoë slechts eenmaal hebben plaatsgehad. Heeft u de patiënt lange tijd niet gezien en valt het u op dat hij is vermagerd, een opgezwollen gezicht heeft waarbij de halsvenen zijn gestuwd, dan is er sprake van obstructie in het mediastinum en is het vermoeden van een maligniteit gerechtvaardigd.

Klaagt de patiënt vooral over een acute heftige pijn in de borst, waarna haemoptoë plaats vond, dan moet men het eerst denken aan een longembolie. Zeker als in

de longen ter plaatse vochtige ronchi zijn te ausculteren en de algemene toestand van de patiënt slecht is dient een spoedopname in het ziekenhuis te worden gerealiseerd; tenslotte is longembolie een levensbedreigende situatie. In deze gevallen is er soms sprake van een predispositie voor trombo-embolische processen bijvoorbeeld langdurige immobilisatie, een recente bevalling, operatie of verwonding en in enkele relatief zeldzame gevallen het gebruik van een oraal contraceptivum. Gewoonlijk zal echter een anamnese die verdacht is op diepe veneuze trombose, aan de haemoptoë zijn voorafgegaan.

Indien er sprake is van een ernstige insufficiëntia cordis, zoals het geval kan zijn bij een mitralisstenose, staan andere symptomen op de voorgrond. De patiënt is in zo'n geval flink dyspnoeisch, heeft vochtige ronchi en een verhoogde veneuze druk. Het ophoesten van bloederig sputum speelt hierbij dan een ondergeschikte rol.

Ook in het geval van een systeemziekte wijzen andere symptomen in die richting, zoals koorts, gewichtsverlies, nachtsweeten, bloedverlies op andere plaatsen. Gewoonlijk is de huisarts hiervan op de hoogte en is haemoptoë zeker niet het eerste symptoom.

Een verhoogde bloedingsneiging is doorgaans reeds lang bekend uit de voorgeschiedenis (familiaire bloedingsziekte, defecten in de bloedstolling); bloedverlies komt dan ook voor op andere plaatsen in het lichaam en de patiënt is hiermee zelf op de hoogte.

Belangrijker is echter de iatrogene hemorragische diathese die kan optreden na het (overmatig) gebruik van acetosal, pyrazolonderivaten en uiteraard de anticoagulantia. De gevaren van een niet goed ingestelde anticoagulantia behandeling zijn zowel de arts als de patiënt genoegzaam bekend. Misbruik of normaal gebruik van andere geneesmiddelen wordt vaak door de patiënt ontkend. Zeker in het geval dat de controle van de bloedstolling uitwijst dat de patiënt goed is ingesteld, moet men denken aan andere oorzaken voor de haemoptoë.

Het corpus alienum in de luchtwegen, dat voornamelijk bij kinderen optreedt (soms bij gevangenen) gaat gewoonlijk gepaard met zoveel andere heftige verschijnselen, dat een spoedbehandeling in het ziekenhuis is aangewezen en men niet toekomt aan verdere diagnostiek. Het komt evenwel in de praktijk voor dat

ondanks een zorgvuldige anamnese, geen enkele duidelijke aanwijzing wordt verkregen.

Onderzoek

Wat betreft de algemene toestand van de patiënt werd tijdens de anamnese reeds gelet op diverse kenmerken van het uiterlijk. Men kan dit samenvatten onder het onderdeel inspectie. De patiënt dient zich geheel uit te kleden teneinde na te kunnen gaan of er zich op geen enkele plaats een bloeding heeft voorgedaan. Bovendien kan dan worden uitgesloten of er sprake is van enig trauma. Zeker in het geval de tractus anamnese geen enkele aanwijzing heeft gegeven voor enige oorzaak van de haemoptoë dient een systematisch lichamenlijk onderzoek plaats te vinden.

Men begint met de keel-, mond- en neusinspectie. Voornamelijk wordt gelet op afwijkingen van het tandvlees, de toestand van het gebit, het voorkomen van ulcera en beschadiging van het wangslimvlies. Vervolgens beoordeelt men de halsvenen en tracht men een indruk te krijgen van de veneuze druk. Het voornaamste onderdeel van het onderzoek betreft de thorax. De borstwand en de rug worden onderzocht op eventuele tekenen van trauma (ribfractuur) en de claviculae worden gepalpeerd, waarbij men tevens in dit gebied onderzoekt of er supraclaviculair lymfomen aanwezig zijn. Nauwkeurige percussie en auscultatie van hart en longen zijn vanzelfsprekend en kunnen in sommige gevallen leiden tot de diagnose. Tenslotte worden de onderste extremiteiten onderzocht teneinde de veneuze circulatie te beoordelen en een eventuele diepe veneuze trombose uit te sluiten.

Tot zover het algemeen lichamenlijk onderzoek. In sommige gevallen kan hierop een vermoedelijke diagnose worden gesteld en volgt een verwijzing naar de desbetreffende specialist voor verder onderzoek en behandeling. Gewoonlijk wordt er niets gevonden. In ieder geval dient een röntgenonderzoek van de thorax plaats te vinden in twee richtingen (voor-, achterwaarts en lateraal) en op zijn minst een bloedbezinking te worden uitgevoerd. Is er sprake van infectie dan is het inzetten van een sputumkweek te overwegen. Cytologisch onderzoek van het sputum ligt meer op het terrein van de specialist maar kan eventueel worden aangevraagd.

Beleid

Het gaat juist om die gevallen waarin na het bovenbeschreven onderzoek geen

enkele oorzaak voor de haemoptoë wordt gevonden. Bij enig vermoeden van een ernstige oorzaak zal de huisarts niet aarzelen de patiënt te verwijzen. Een duidelijk infectieuze oorzaak kan door de huisarts worden behandeld, waarna de patiënt volledig herstelt en haemoptoë niet meer voorkomt. In deze gevallen hangt het weer van de toestand van de patiënt zelf af of wordt besloten tot regelmatige controle. Hetzelfde geldt voor patiënten waarbij niets wordt gevonden. Het is aantrekkelijk om de patiënt zoveel mogelijk gerust te stellen en te zeggen dat het eenmalig voorkomen van een beetje bloed in het sputum geen betekenis heeft. „Bij hard hoesten springt er wel eens een bloedvaatje”, wordt dan gezegd.

Betreft het een gezonde jonge man of vrouw zonder bijzondere voorgeschiedenis, dan kan men genoeg nemen met deze geruststelling, mits men benadrukt dat bij herhaling van de haemoptoë en indien zich andere symptomen openbaren, de patiënt direct contact op moet nemen (cave tuberculose). In alle andere gevallen, zeker bij patiënten die een bepaald risico lopen (roken, alcohol) dient voorlopig elk half jaar een controle plaats te vinden, waarbij een röntgenonderzoek van de longen niet mag ontbreken.

Conclusie

Haemoptoë komt in de huisartspraktijk weinig voor, maar indien deze klacht wordt gepresenteerd kan de huisarts bijzonder veel doen om de oorzaak vast te stellen. Kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt, een uitvoerige anamnese, uitgebreid lichamenlijk onderzoek en in ieder geval röntgenonderzoek van de thorax in twee richtingen zijn noodzakelijk, handelingen die volledig binnen de competentie van de huisarts vallen. Onbevredigend is het feit dat meestal geen oorzaak voor de haemoptoë wordt gevonden. Verwijzing naar een specialist valt dan te overwegen, hoewel in enkele gevallen de huisarts een afwachende houding aan kan nemen. Haemoptoë dient altijd zeer serieus te worden onderzocht, want het is vaak het enige teken van een ernstige aandoening.

Hilvering C. en N. G. M. Orie. Hemoptoe. In W. S. Cost en E. Mandema: Spoedeisende gevallen in de interne kliniek. Agon Elsevier, Amsterdam, 1972.

Pinkhof, H. en H. M. Hilfman. Geneeskundig woordenboek, 6e druk. De Erven Bohn, Amsterdam, 1973.

Zweerts de Jong, W. J. Kompas voor de huisarts, C 27. De Erven Bohn, Amsterdam, 1974.