

uitgerust voelde en beter in staat was zijn werkzaamheden te verrichten. In een follow-up, ongeveer een jaar later, bleek patiënt goed te functioneren. Hij sliep aanmerkelijk beter en past bij incidentele inslaapproblemen nog steeds de blauwe-lamp methode toe. Hij voelde zich overdag een stuk frisser en was goed in staat zijn werk te doen. Uiteraard bleef hij een perfectionist die hoge eisen aan zichzelf stelt. Het aantal behandelingssessies volgens deze methode bedroeg zestien.

*Samenvatting. Bij langdurig en/of regelmatig gebruik van slaapmiddelen bestaat de mogelijkheid dat door cognitieve factoren een circulair proces op gang komt. De patiënt kan dit proces veelal niet op eigen kracht doorbreken. Vaak menen arts en patiënt ten onrechte dat zij te maken hebben met een depressie; de lange halfwaardetijden van veel medicamenten spelen hierbij een belangrijke rol. Tot slot worden enkele behandelingsadviezen gegeven.*

*Summary. Soporifics and pseudo-depression. Protracted and/or regular use of soporifics entails the risk that cognitive factors start a circular process, which the patient is often unable to stop. Physician and patient often mistake this situation for a depression; the long half-value times of many drugs play an important role in this respect. Some therapeutic suggestions are made in conclusion.*

- Dijk, P. van. Slaapcursussen. (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 101-105.
- Kleijn, E. van der, T. B. Vree en P. J. M. Guelen. Klinische farmacokinetiek van psychofarmaca. (1976) *Bull. Nationale Ziekenhuisraad* 9, 45-68.
- Klip, E. en F. Zwart. De behandeling van slapeloosheid. (1976) *T. Psychother.* 2, 40-50.
- Michiels, T. H. L. Benzodiazepinen. Vragen en antwoorden. *Wyeth Laboratoria, Amsterdam*, 1979.
- Montgomery, I., G. Perkin and D. Weis. A review of behavioral treatments for insomnia. (1975) *J. Behav. Ther. exp. Psychiat.* 6, 93-100.
- Muller, B. Psychofarmaca-klapper. *Van Lundbeck, Amsterdam*, 1979.
- Oei, T. T. en W. J. de Waal. Beroepservaringen. Doorwaakbehandeling bij chronische slaapproblemen. (1977) *Psycholoog* 8, 434-436.
- Orlemans, J. W. J. Inleiding tot de gedragstherapie. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1978.
- Waal, W. J. de. Een klein blauw lampje. (1977) *T. Psychother.* 3, 253-254.

## 6. Acute gastro-enteritis

Een huisarts met een praktijk van 2800 patiënten wordt per jaar geconfronteerd met zo'n 140 gevallen van acute gastro-enteritis. Meestal kan het probleem per telefoon worden afgehandeld en herstelt de patiënt binnen enkele dagen. Slechts bij uitzondering is een consult of een visite noodzakelijk.

### Inleiding

Tijdens de besprekingen over gastro-enteritis ontdekten we een zekere wrevel bij onszelf over dit bijna banale onderwerp; de besprekingen verliepen moeizamer dan gewoonlijk. We moesten ons steeds realiseren of we nu praatte over het ziektebeeld gastro-enteritis of over de patiënt met braken, diarree en/of buikpijn. Het bleek ook moeilijk te zijn de verschillende fasen in de door ons gehanteerde (op de SOAP gebaseerde) werkwijze te scheiden; met name bij de gebruikelijke telefonische melding van bij dit ziektebeeld behorende klachten staat gewoonlijk de advisering op de voorgrond en is er bijvoorbeeld geen fase van onderzoek.

E. H. VAN DE LISDONK

Naast deze procesmatige problemen kwamen we talloze inhoudelijke onzekerheden tegen: Welke instructie geef je je assistente? Heeft een faeceskweek (ooit) zin? Houdt de huisarts een dreigende dehydratie nu wel of niet terecht als schrikbeeld voor ogen? Hoe spoor je dehydratie in een vroeg stadium op? Heeft van al die mensen die een gastro-enteritis krijgen, dat kleine deel dat zich daarvoor tot de huisarts wendt, bijzondere kenmerken? Welke medicatie heeft zin en in welke situatie? De huisarts krijgt bij dit ziektebeeld slechts een topje van de ijsberg te zien, terwijl de orde zich – met of zonder door de patiënt genomen maatregelen – gewoonlijk spoedig herstelt. Het was verwar-

\*Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen – zie (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 13-15. De lezer dient zich te realiseren, dat het bij deze discussies meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

rend hoeveel dikwijls niet op onderzoek berustende verschillen in beleid en advisering wij tijdens onze bijeenkomsten tegenkwamen. Deze diversiteit en onwetenschappelijkheid lijken voorlopig nog niet ten einde.

Onze eigen instelling bij het begin van deze besprekingen heeft ons ongetwijfeld parten gespeeld: een luchtige houding en het idee dat iedere huisarts beleid en aanpak bij acute gastro-enteritis voldoende beheerst. Deze houding is geheel ongegrond gebleken.

### Presentatie

Gastro-enteritis wordt gewoonlijk per telefoon gepresenteerd met één of meer van de volgende klachten: diarree, braken en buikpijn. We vonden bij *Hodgkin* daarover de volgende cijfers: diarree bij 100 procent, braken bij 45 procent, buikpijn bij 40 procent van de gevallen. Soms komt koorts voor (30 procent) en een algemene malaise. De presentatie is ook wel eens: bloed bij de ontlasting; zelden – en dan met name bij oudere mensen – is een collaps het gepresenteerde symptoom.

De eenvoud van deze presentatie deed ons bijna vergeten dat de telefonische melding van een of meer klachten niet meer dan een aanwijzing vormt voor het bestaan van een gastro-enteritis; hoe kun je meer zekerheid krijgen dat er niet iets anders aan de hand is? Een van de hulpmiddelen daarbij is de voorkennis waarover de huisarts beschikt. Het feit dat hetzelfde agens bij verschillende personen tot uiteenlopende symptomen kan leiden (*More about D and V*), pleit voor de werkhypothese gastro-enteritis, als in een bepaalde periode verschillende leden van een gezin met de genoemde klachten komen: gastro-enteritis is een typische gezinsdiagnose (*Daniëls* 1966).

Een andere invalshoek is de leeftijd. Voor zuigelingen, peuters en bejaarden kan een gastro-enteritis andere conse-

quenties hebben dan voor grote kinderen en volwassenen. Wij zijn als huisarts met waarschuwingen over dehydratie en de mogelijkheid van een onderliggende aandoening opgevoed. Los van de waarde en juistheid van deze waarschuwingen, speelt de leeftijd in ieder geval een belangrijke rol bij het uitzetten van het beleid.

De gewoonlijk eenvoudige presentatie wordt dus gekleurd door de leeftijd van de patiënt en door de kennis van met name de gezinssituatie, waarover de huisarts beschikt.

## Informatie I

Wanneer we de telefonische melding van een of meer van de genoemde klachten als vertrekpunt nemen, komen we nu aan de fase van het vragen stellen. Een poging om – rekening houdend met leeftijd, aard van de klacht en informatie over patiënt en gezin – een pasklaar schema van relevante vragen op te stellen, bleek niet haalbaar; de individuele situatie van de patiënt speelt een te grote rol. Men kan wel algemene vragen stellen: Wanneer begonnen? Hoe vaak ontlasting? Hoe ziet de ontlasting eruit? Gebruik antibiotica of laxantia? In de tropen geweest? Braken en koorts? Hebben andere gezinsleden soortgelijke verschijnselen? Wat heeft de patiënt zelf al gedaan? Dit soort vragen leidt tot een nauwkeuriger beeld van wat er aan de hand is. Tijdens deze vragen moet er vooral ook aandacht zijn voor de patiënt: is hij ongerust en wat wil hij precies (informatie, advies, medicijnen, een visite?) Deze vragen zijn bedoeld om een indruk te krijgen van de ernst van het ziektebeeld en om een besluit te kunnen nemen of telefonische afhandeling voldoende is. Het feit dat de patiënt belt, betekent nog niet dat de situatie ernstig is. De assistente en de huisarts weten van bepaalde patiënten dat deze reeds voor geringe klachten opbellen voor advies.

Wat betreft het probleem van de dreigende dehydratie verdienen zuigelingen en peuters speciale aandacht. In onze groep bleek dehydratie zelden te worden gezien: de indruk bestond dat dit verschijnsel door de huisarts hooguit een enkele keer per jaar wordt gediagnostiseerd. De frequentie waarmee diarree en/of braken voorkomen, het al dan niet geregeld plassen van het kind (natte luiers), de mate van activiteit of sufheid en een eventuele ondertemperatuur kunnen een indruk geven van de ernst van de situatie, ook per telefoon. Het voorafgaande in aanmerking ne-

mend, kan men stellen dat het probleem telefonisch kan worden afgehandeld, als de klachten niet langer duren dan drie dagen, als er geen tekenen van dehydratie zijn en als de indruk bestaat dat de mensen de toestand zelf aankunnen. Sommige deelnemers waren het hiermee bij jonge zuigelingen niet eens en gingen bij deze kinderen altijd kijken. Tijdens onze discussie voelden wij steeds meer behoefte aan een bruikbare instructie voor de assistente: welke vragen moet zij stellen, op grond waarvan kan zij beoordelen of het probleem telefonisch kan worden afgehandeld en welke adviezen moet zij in zo'n geval geven? Wij zijn echter op dit punt niet doorgeslagen.

## Informatie II

In een enkel geval zal een consult of visite plaatsvinden. De huisarts zal dan een lichamelijk onderzoek verrichten. Het algemene beeld is daarbij van groot belang: een zieke indruk en verschijnselen als sufheid, holle ogen, een slechte voedingstoestand en dergelijke bepalen in belangrijke mate het beleid.

Met name bij kinderen kan een onderliggende infectie oorzaak zijn van de klachten; *Daniëls* (1977) noemt onder andere neusverkoudheid, bronchitis, pneumonie, otitis media acuta, meningitis en urineweginfectie. Bij deze leeftijdscategorie moet de huisarts daarom nek (stijfheid), longen, oren en keel (droogte van de slijmvliezen) onderzoeken; ook dient hij de fontanel en de turgor van de huid te beoordelen; de turgor vonden wij overigens het meest onbetrouwbaar en het moeilijkst te beoordelen. Onderzoek verder de buik. Het krijgen van tanden bij kleine kinderen leek ons een onwaarschijnlijke en te gemakkelijk gegeven verklaring voor gastro-enteritis; ons inziens hoeft dit dan ook niet als routine onderzocht te worden.

Let bij bejaarden vooral op verloop van pols en tensie en doe aansluitend aan het buikonderzoek een rectaal toucher; denk daarbij behalve aan een rectumtumor aan paradoxale diarree waarbij dunne ontlasting langs een fecaal impact wegstroomt. Beoordeling van de huidturgor is bij bejaarden vrijwel onmogelijk, vooral door het elasticiteitsverlies van de huid.

Na het lichamelijk onderzoek kwam het laboratoriumonderzoek aan de orde. Om zicht te krijgen op de zin en onzin van laboratoriumonderzoek plaatsten we de discussie in een breder kader: wat

is het doel van je beleid? Het beleid is gericht op:

- Voorkomen van dehydratie en verstoring van het zuur-base evenwicht. We meenden dat, wanneer werkelijk uitdroging dreigt, deze moeilijk middels laboratoriumbepalingen is vast te stellen. We achtten de meeste, eenvoudig door de huisarts te bepalen parameters onbetrouwbaar en niet specifiek. Het beeld komt echter zelden voor en het al dan niet verrichten van laboratoriumonderzoek is dan niet het probleem voor de huisarts.

- Voorkomen van verdere besmetting en verspreiding van de ziekte. Dat lijkt door per individu genomen maatregelen een farce te zijn, gezien de verspreiding op grote schaal van bijvoorbeeld salmonellosen door besmet veevoer. Tevens wordt iemand die met of ten behoeve van voedingsmiddelen werkt, zwaar gedupeerd terwijl noch het individueel therapeutisch nut noch het epidemiologisch nut bewezen geacht kan worden. Het is op zijn minst twijfelachtig of normale hygiënische maatregelen (handen wassen, eigen toilet en handdoek voor patiënt etcetera) voldoende zijn om gezinsbesmetting te voorkomen.

- Tot slot is het beleid erop gericht andere oorzaken voor braken, diarree of buikpijn op te sporen. Het lichamelijk onderzoek is daar ten dele op gericht, evenals het vragen naar gebruik van geneesmiddelen als penicilline, tetracycline en cytostatica (*Daniëls* 1977). Gewoonlijk zal de huisarts pas naar ernstige onderliggende oorzaken gaan zoeken als de klachten blijven bestaan.

Vooral over het nut, de waarde en de plaats van een faeceskweek hebben we heftig gediscussieerd. Er bestond volstrekt geen overeenstemming over het beleid in de praktijk. Sommigen kweekten al jaren niet meer, anderen berichtten over geregelde „vondsten”.

*Randall and Tuckman* en *Middleton et al.* zeggen, dat pathogene bacteriën zelden de oorzaak zijn; virussen zouden van meer belang zijn, hoewel dit zelden wordt bewezen (*Lambert*). *Fry* schat dat in 90 procent van de gevallen de oorzaak onbekend blijft. Nieuwe verwekkers worden geregeld gemeld, zoals het rotavirus (*Virus; Coutinho en Van der Noordaa; Murphy et al.*) en campylobacter (*Severin; Campylobacter*).

De relatieve betekenis van deze nieuwe ontdekkingen valt nog moeilijk te schatten. Verder blijken bij vele gezonde, symptoomloze mensen micro-organismen aantoonbaar bij de faeceskweek (*Daniëls* 1966). Wanneer bovendien overwogen wordt dat, behoudens moge-

lijk bij een aantal importziekten, de consequenties voor het therapeutisch handelen nihil zijn, moeten we wel concluderen dat in de regel een faeces-keek in de huisartspraktijk van geen waarde is (Everett); huisartsen kunnen dat ons inziens dan ook beter achterwege laten.

Wel vragen importziekten aparte aandacht (Goud), maar we zijn hier niet verder op ingegaan. Ook explosies van acute gastro-enteritis in besloten leefgemeenschappen (verzorgingstehuizen, gevangenissen, woonwagenkampen en dergelijke) vragen extra aandacht van de huisarts. Overleg met het bacteriologisch laboratorium en met de G.G. & G.D. kan dan aangewezen zijn.

## Behandeling

Over de volgende stellingname waren we het snel eens met elkaar: de behandeling van de acute gastro-enteritis met een dieet is in zijn algemeenheid even eenvoudig als effectief, ook voor de twee belangrijkste risicogroepen, zuigelingen en bejaarden. De behandeling is vrijwel altijd effectief, mits consequent doorgevoerd; een aanvullende behandeling (bijvoorbeeld medicamenteus) is zelden nodig, zelfs meestal ongewenst. Wat verstaan we onder dieetmaatregelen? De eerste stap is een carentieperiode, gedefinieerd als: niets per os gedurende, arbitrair gesteld, zes uur. Hoewel sommigen toediening van vocht en electrolyten ook die eerste zes uur van belang achtten, zwichtten we voor het argument dat het geprikkelde maag-darmkanaal zelfs op gewoon water heftig kan reageren met verergering van braken en/of diarree, waardoor meer vocht en electrolyten verloren gaan dan worden toegevoegd. Voor zuigelingen en kleine kinderen met een acute gastro-enteritis lijkt een carentieperiode minder aan te bevelen.

Zuigelingen geeft men een verdunde, eventueel zure voeding; daarna kan men in enkele dagen terugkeren tot het oude patroon. Bij kinderen en volwassenen geeft men na de carentieperiode gedurende de eerste dag frequent kleine hoeveelheden vocht met electrolyten en eventueel glucose. Thee, bouillon, rijstewater, gekookt water met wat zout en glucose, mineraalwater, verdunde rozebottelsiroop met glucose, bosbessensap etcetera komen daarvoor in aanmerking. Geen vast voedsel die eerste dag. Bij kleine kinderen kan in de dagen daarna eerst een-, vervolgens tweemaal per dag iets als karnemelk met rijstebloem en glucose worden gegeven; in-

dien dit goed gaat, een lichte maaltijd van bijvoorbeeld rijst met wat groente. Bij volwassenen kan het dieet na de eerste dag langzaam worden uitgebreid naar normaal voedsel op geleide van de symptomen; toast, beschuit, banaan, magere yoghurt, rijst en dergelijke vormen een goede overbrugging.

Wanneer men deze richtlijnen volgt, is de behandeling van acute gastro-enteritis gewoonlijk geen probleem. Mislukkingen ontstaan meestal door het niet volgen van adviezen. Behalve bij zuigelingen kan bij een mislukking opnieuw gestart worden met de gegeven richtlijnen; zuigelingen bij wie de dieetmaatregelen zonder succes blijven, moeten nauwkeurig in de gaten gehouden worden, zo nodig door zelf geregeld poolshoogte te gaan nemen.

Als ondanks alles de therapie niet aanslaat en de klachten blijven bestaan, valt medicamenteuze therapie te overwegen. We menen dat adsorbentia zoals Norit, Tannalbumine, middelen als Reasec en Imodium, middelen als Enteroform, Mexaform en Furoxone (zie voor een overzicht *Farmaca tegen diarree*) af te raden zijn. De redenen hiervoor lopen voor de verschillende middelen uiteen, bijvoorbeeld nooit aange- toonde effectiviteit, gevaar voor afhankelijkheid, schadelijke bijwerkingen en een hoge prijs. Gebruik van antibiotica bij acute gastro-enteritis is, behoudens bij bepaalde importziekten, onnodig en soms schadelijk (Everett; O'Grady et al.) en dient geheel vermeden te worden. Zo bestaat bij salmonellosen de kans, dat de met antibiotica behandelde patiënt langer symptoomloos bacteriën blijft uitscheiden dan wanneer hij niet behandeld was (*Aserkoff and Bennett; Antibiotics*). Bovendien kunnen antibiotica in verschillende mate leiden tot diarree; ampicilline zou bij 16 procent van de volwassenen en 20 procent van de kinderen diarree veroorzaken (*Antibiotic diarrhoea*).

Indien werkelijk medicamenteus ingrijpen nodig is, verdient naar onze mening de oude tinctura opii crocata de voorkeur: het middel is zeer effectief werkzaam, heeft bij de juiste dosering geen schadelijke bijwerkingen, is zo smerig van smaak dat onnodig lang innemen onwaarschijnlijk is en is laag van prijs. Niettemin wilden enkele deelnemers hun gewoonte om wat Imodium op reis mee te nemen niet inruilen voor een fles tinctura opii crocata, met name niet in verband met mogelijke problemen aan de grens! Eén deelnemer gaf altijd Largactil suppositoria als het braken niet verdween na eenvoudige dieetmaat-

gelen; hij ziet daarvan nooit ellende, de patiënten knappen steeds op, hij zag al in jaren geen dehydratie meer en „voor één ziekenhuisopname kun je heel wat Largactil suppositoria geven”.

Bij persisterende klachten of wanneer de gastro-enteritis spoedig, bijvoorbeeld binnen tien dagen, recidiveert, moet gedacht worden aan een lactose-intolerantie. Het tijdelijk niet gebruiken van melk en melkproducten doet dan gewoonlijk de symptomen verdwijnen.

## Reizigersdiarree

Acute reizigersdiarree doet zich hoofdzakelijk voor als een hevige gastro-enteritis van kortdurende aard. De belangrijkste oorzaak is waarschijnlijk de vreemde darmflora waarmee de reiziger in aanraking komt. Bovendien doet langdurig reizen door vermoeidheid de weerstand afnemen. Opeenhoping van vakantie-houdende zoonanbidders met onderlinge besmetting, het gebruik van „onzuiver” water (vaak in de vorm van ijs) en van onhygiënische „toiletten” bevorderen het ontstaan van gastro-enteritis tijdens de vakanties.

Preventie van reizigersdiarree heeft dan ook alles te maken met verstandige voedingsgewoonten en hygiënische voorzorgsmaatregelen (zie brochure: „Vakantie en hygiëne; wenken voor reizigers en toeristen”, uitgegeven door het Ministerie van VoMil). Het gebruik van medicamenten moet worden afgeraden en beleid en adviezen moeten preventief gericht zijn (*Zomerdiarree*).

## Slot

De bijeenkomsten waarin we over acute gastro-enteritis hebben gesproken, waren niet eenvoudig. De achteraf aangebrachte systematiek laat weinig zien van de momenten van verwarring. Ook de roep om concrete afspraken klinkt te weinig door in dit verslag; wat vraagt je assistente nu exact; als je bij toeval lamblia vindt, moet je die dan behandelen; wat zit er in rijstewater meer dan in gewoon water; moet gewoon water eerst gekookt worden of niet; waarom zeggen veel huisartsen dat kinderen met gastro-enteritis geen melk mogen gebruiken? Er is dus nog veel blijven liggen. De belangrijkste betekenis van deze bijeenkomsten is misschien wel dat we doordrongen zijn geraakt van de wenselijkheid van minder laboratoriumonderzoek en minder medicijnen dan we vaak in de praktijk gewend waren.

- Antibiotic diarrhoea. Editorial. (1975) *Brit. med. J.* **II**, 243-244.
- Antibiotics in gastro-enteritis. Editorial. (1970) *Lancet* **II**, 1169.
- Aserkoff, B. and J. V. Bennett. Effects of antibiotic therapy in acute salmonellosis on the fecal excretion of salmonellae. (1969) *New. Engl. J. Med.* **281**, 634-640.
- Campylobacter enteritis. Editorial. (1978) *Lancet* **II**, 135-136.
- Coutinho, R. A. en J. van der Noordaa. Rotavirus als verwekker van akute gastro-enteritis. (1976) *Ned. T. Geneesk.* **120**, 1898-1899.
- Daniëls, A. J. M. Onderzoek naar enterovirussen, salmonellae en shigellae in gezinnen met jonge kinderen. *Dekker en Van de Vegt, Nijmegen*, 1966.
- Daniëls, A. J. M. De patiënt met diarree. In: Kompas voor de huisarts, februari 1977, C 35-1-C 35-10.
- Everett, M. T. The place of antibiotics in the treatment of acute gastro-enteritis in general practice: a controlled clinical trial. (1973) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **23**, 183-193.
- Farmaca tegen diarree. (1971) *Geneesmiddelenbulletin* **5**, nr. 6.
- Fry, J. Acute gastro-enteritis. (1979) *Update* **19**, 542-543.
- Goud, Th. J. L. M. Defaecatiestoornissen bij patiënten uit de tropen. (1979) *huisarts & praktijk* **2**, 23-26.
- Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis. 4th ed. *Churchill Livingstone, Edinburgh etc.*, 1978.
- Lambert, H. P. New ideas about gastro-enteritis. (1974) *Update* **14**, 11-16.
- Middleton, P. J., M. T. Szymanski and G. P. Abbott. Orbivirus acute gastro-enteritis of infancy. (1974) *Lancet* **I**, 1241-1244.
- More about V and D. Editorial. (1974) *Brit. med. J.* **II**, 1-2.
- Murphy, A. M., M. B. Albrey and E. B. Crewe. Rotavirus infections of neonatus. (1977) *Lancet* **II**, 1149-1150.
- O'Grady, F. W., H. P. Lambert and R. H. J. Begent. Sensible prescribing: V-diarrhoea and vomiting. (1975) *Practitioner* **214**, 661-665.
- Randall, K. J. and E. Tuckman. Anti-biotics in gastro-enteritis. Letter. (1970) *Lancet* **II**, 1362.
- Severin, W. P. J. Campylobacter enteritis. (1978) *Ned. T. Geneesk.* **122**, 499-504.
- Virus of infantile gastro-enteritis. Editorial. (1975) *Brit. med. J.* **II**, 555.
- Zomerdiarree. (1972) *Geneesmiddelenbulletin* **6**, nr. 12.

Deelnemers aan deze Huisartsgeneeskundige conferenties zijn: J. F. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. M. Becking, Dr. H. J. F. M. Crebolder, J. P. van Dam, C. J. Erdman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, R. Kartodirdjo, E. H. van de Lisdonk, H. J. M. Markus, P. Mesker, H. A. Nolet, J. W. van Ree, J. W. G. Schellekens, Dr. L. M. de Sonaville, Dr. H. G. M. van der Velden, J. M. T. Versteegen, Dr. H. L. A. Vlamings, Th. B. Voorn, J. T. N. Weijtens, P. de Winter en R. G. Zwart, allen huisarts, verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

(1980) *huisarts en wetenschap* **23**, 358

## Het postcontusioneel syndroom

### Casus 1

Op 2 oktober 1978 bezocht de heer A. mijn spreekuur. Patiënt is een 24-jarige programmeur. Kort voor zijn bezoek is hij van werkkring veranderd omdat er geen vooruitzichten waren op promotie bij zijn vorige werkgever. Bij een partijtje voetbal heeft hij een trap tegen het hoofd gekregen. Patiënt is minder dan een minuut buiten bewustzijn geweest, daarna heeft hij de hele wedstrijd gespeeld. Tijdens het verder spelen voelde patiënt zich onzeker. Bij thuiskomst kreeg hij in toenemende mate last van een diffuse, bonzende hoofdpijn. Later ontstond een zwelling naast het linker oog en werd het kijken naar links pijnlijk.

G. NYPELS\*

Bij mijn onderzoek vond ik een zwelling ter plaatse van het os zygomaticum met een blauwe verkleuring van de huid en lokale drukpijn. Er was ook een snijwond van 1/4 cm in het onderste ooglid. De oogbewegingen waren normaal, hoewel het kijken naar links pijnlijk was. Door de zwelling kon ik de symmetrie van de oogstand niet beoordelen. Mijn analyse luidde als volgt: kleine huidverscheuring in het onderste ooglid, hematoom en lokale drukpijn op het os zygomaticum. Een orbitafractuur moest worden uitgesloten. Het handelingsplan bestond uit een verwijzing naar de röntgenoloog. Aanvankelijk werden alleen multipole fracturen van het os nasale waargenomen; drie weken nadien werd ook een fractuur van het os zygomaticum aangetoond. De visus en oogbewegingen bleken ongestoord. Drie weken na het ongeval bezocht patiënt opnieuw mijn spreekuur. Hij klaagde over een diffuse, bonzende hoofdpijn, een slecht concentratievermogen en een vertraagd reactievermogen. Hij gedroeg zich agressief tegen collega's en zijn echtgenote. Hij kon

\* Huisarts te Hoorn.

zich op zijn werk niet handhaven. Na telefonisch overleg heb ik patiënt naar de neuroloog verwezen. Vier maanden na het ongeval bereikte mij diens definitieve oordeel. Bij zijn lichamelijk onderzoek vond hij de volgende afwijkingen: een corneareflex die links lager is dan rechts, een geringe hemiparese van de rechter lichaamshelft; de rekkingsreflexen rechts hoger dan links en geen pathologische reflexen; het EEG toonde tegen een redelijk ontwikkeld achtergrondpatroon te veel trage activiteit in beide temporopariëtale gebieden, links overwegend, wat tijdens hyperventilatie geaccentueerd wordt. De conclusie luidde: postcontusionele hoofdpijnklachten.

Voordat het oordeel van de neuroloog mij bereikte, bezocht patiënt verschillende malen mijn spreekuur. De genoemde klachten bleven bestaan, daarnaast groeide zijn onzekerheid ten aanzien van hervatting van zijn werk en voelde hij meer onbegrip bij zijn omgeving. Ik begreep de klachten niet en voelde mij niet bij machte hem te helpen. Achteraf vertelde patiënt dat hij tenslotte geen enkel vertrouwen meer had in de behandelende artsen.

Pas nadat duidelijk was geworden dat patiënt leed aan een postcontusioneel syndroom en welke consequenties dat kan hebben, is de relatie tussen hem en mij snel verbeterd. Hij kwam maandelijks om te bespreken hoe hij zich voelde, wat er verbeterde en wat hij aan activiteiten kon uitbreiden. Drie maanden na de ommekeer in onze relatie had patiënt voor 50 procent zijn werk hervat, na vijf maanden hervatte hij zijn werk geheel. Momenteel heeft hij geen klachten meer.

### Casus 2

Patiënt B is een gehuwde 38-jarige chef personeelszaken in een grote firma. Uit de voorgeschiedenis is te vermelden dat patiënt in 1963 een auto-ongeval heeft gehad met een ernstige contusio cerebri. In september 1978 heeft patiënt wederom een auto-ongeval gehad waarbij hij enige minuten buiten bewustzijn is geweest. De neuroloog schreef mij dat hij na het ongeval de volgende afwijkingen vond: minimale hemiparese links, de rekkingsreflexen aan de armen wa-