

- 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-

ren links hoger dan rechts en het EEG toonde links temporopariëtaal iets te veel trage activiteit, met tijdens hyperventilatie bilaterale trage paroxysmen. De conclusie luidde *contusio cerebri*. In de eerste vier maanden van 1979 heeft patiënt viermaal het spreekuur bezocht met niet duidelijk omschreven klachten, waarvoor ik geen somatische oorzaak kon vinden. Toen hij op 9 juli het spreekuur bezocht, klaagde hij over pijn rechts op de borst, een pijn die hij met een vinger kon aanwijzen. Patiënt zelf dacht aan een hartaandoening. Hij kwam nu omdat hij juist zijn werk voor 50 procent had hervat; daarna waren de klachten begonnen. Hij verwachtte van mij een oordeel over de toestand van zijn hart.

Na een lichamelijk onderzoek stelde ik hem wat dat betreft gerust en gingen wij in op de relatie tussen klacht en werkhervatting. Het bleek dat patiënt zijn werk niet aankon; na enkele uren kreeg hij een ondraaglijke, diffuse hoofdpijn en concentratiestoornissen. Hij merkte dat zijn geheugen op korte termijn slecht functioneerde en vond dat hij zich agressief gedroeg tegenover zijn collega's en ondergeschikten en zijn echtgenote en kind.

Zoals bekend had patiënt aan een hersenstamcontusie geleden en door mijn ervaringen met patiënt A was ik in staat om onmiddellijk het postcontusioneel syndroom met patiënt te bespreken. Later vertelde hij dat daarna zijn gevoel van onzekerheid verminderde en dat de sfeer thuis snel opklaarde. Maandelijks bespreekt hij zijn vorderingen en de nog bestaande klachten. Langzaam vermindert de hoofdpijn en verbeteren het concentratievermogen en het geheugen. Tot werkhervatting is het nog niet gekomen.

### Klinische kenmerken

Het postcontusioneel syndroom ontstaat na een trauma van het hoofd waarbij de ernst van het letsel kan variëren. De drie belangrijkste symptomen zijn hoofdpijn, duizelingen en geestelijke onevenwichtigheid.

De hoofdpijn treedt op in aanvallen die enkele uren kunnen duren, vaak tegen een achtergrond van voortdurende, diffuse hoofdpijn. Deze kan erger worden onder invloed van lichamelijke activiteit, niezen, bukken, lawaai en opwindings. De duizelingen bestaan niet altijd uit een gevoel van rotatie maar uit een gevoel van instabiliteit, hoewel voorbijgaande vertigo en wankelen bij plotse linge hoofdbewegingen gewoon zijn.

Posttraumatische vertigo, uitgelokt door houdingsveranderingen, wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een beschadiging van de utriculus en saculus van het binnenoor en gaat vergezeld van nystagmus. De meest voorkomende verschijnselen van geestelijke onevenwichtigheid zijn concentratiestoornissen, moeheidsgevoel, geheugenverlies, zenuwachtigheid, angst en intolerantie voor alcohol.

De ernst van het syndroom kan sterk variëren; in het ernstigste geval kan er sprake zijn van diepe desoriëntatie en verwardheid met perceptie- en spraakstoornissen. Depressieve stemmingsveranderingen komen frequent voor en zijn onder andere afhankelijk van de psychische constitutie van voor het trauma. De ernst van de symptomen lijkt recht evenredig met de lengte van het posttraumatisch geheugenverlies; soms doen de symptomen zich echter ook voor na letsel waarbij geen geheugenverlies is opgetreden. Bij matig ernstige en ernstige hoofdletsels moet men rekening houden met een herstelperiode van één tot drie jaar. Soms treedt herstel nooit op.

Sommigen twifelen of het postcontusioneel syndroom een organische ziekte is of dat er sprake is van een ongevalsneurose. Kuiper schrijft dat een renteneurose vaak bij een postcontusioneel syndroom aansluit. Men zou dan vaak een passieve adaptatievorm vinden en in de anamnese een neiging tot het zoeken naar infantiele oplossingen.

### Beschouwing

Bij beide patiënten viel op, dat er aanvankelijk geen enkele verbetering van hun klachten optrad. Zij konden niet voldoen aan de eisen die aan hen gesteld werden. Alle energie werd aangewend om toch aan die eisen te voldoen en doordat zij daarin faalden werden de klachten erger waardoor de patiënten nog onzekerder werden. Hun omgeving kon weinig begrip opbrengen zodat dit mechanisme alleen maar werd versterkt. Deze vicieuze cirkel werd doorbroken nadat de patiënt over de diagnose en de consequenties ervan was voorgelicht. In ieder geval bleek dat bij de twee beschreven patiënten het geval. Bij beiden zijn de klachten na de bespreking opmerkelijk verminderd.

Het beschreven mechanisme is mijns inziens niet specifiek voor het postcontusioneel syndroom, maar kan van toepassing zijn op ieder ziektebeeld waarbij ten gevolge van een medische ingreep of acute somatische gebeurtenis

een verandering optreedt in het lichamelijk functioneren. Bij de verdere begeleiding is bij beide patiënten geprobeerd om het gevoel van falen, de onzekerheid over het functioneren in de eigen omgeving en de lichamelijke klachten ter sprake te brengen. De patiënten werden gestimuleerd om in ieder contact onder woorden te brengen hoe het klachtenpatroon veranderde en welke lichamelijke en geestelijke activiteiten zij wilden ontplooiën. De huisarts lijkt de meest aangewezen persoon om deze patiënten te begeleiden, omdat zowel somatische klachten als sociale omstandigheden een belangrijke rol spelen in het postcontusioneel syndroom.

*Samenvatting. Aan de hand van twee ziektegeschiedenissen wordt het postcontusioneel syndroom besproken. De drie belangrijkste symptomen zijn hoofdpijn, duizelingen en geestelijke onevenwichtigheid. Vaak – maar niet altijd – is er een verband tussen de ernst van de symptomen en de duur van het posttraumatische geheugenverlies. De herstelperiode bedraagt een tot drie jaar. Inzicht van de patiënt in de kenmerken van het postcontusioneel syndroom lijkt bevorderlijk voor het herstel.*

*Summary. The post-contusion syndrome. The post-contusion syndrome is discussed with reference to two case histories. The three principal symptoms are headache, dizzy spells and mental instability. Often – but not always – there is a correlation between the severity of symptoms and the duration of posttraumatic amnesia. The recovery period amounts to one to three years. Insight of the patient into the characteristic features of the post-contusion syndrome seems to favour his recovery.*

Kuiper, P. C. Neurosenleer. 4e druk. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1970.

### Nota Bene

De verpakking van geneesmiddelen die in de koelkast moeten worden bewaard, dient van een kindersluiting te zijn voorzien. (Stelling bij: M. Lagas. Bevochtigbaarheid en beschikbaarheid van farmaca. *Dissertatie Groningen*, 1980.)