

teerd. Tientallen reclamestands voor farmaceutische produkten, waar men met tasjes en pennen de aandacht lokt, blijken de pittige congresprijs overigens niet te drukken. Ik miste overigens de firma die zo actief is in de tertiaire preventie van osteoporose en dementie en nog grotere bekendheid verwierf met de vervuiling van de Rijn. Wat ik ook miste, was de follow-up van eerdere congressen, met name de geweldspreventie.

Duel of duet?

Veel gemist dus, maar laat ik opgewekt en opwekkend eindigen. Tijdens koffie en brood in de wandelgangen en het feest was het erg gezellig. Johan Schellekens gaf een fraaie wandelgangperformance als rokende dokter met dwingend anti-rookadvies. Hans van der Voort bleek ook deze keer weer alles geregeld te hebben met zelfs een leuk cabaret tijdens het feest en de bloemen en wijn tot slot. Zo'n man als assistent(e) en alles zou lukken.

Over preventie zijn we nog lang niet uitgepraat. Maar nu vast wil ik u met nadruk wijzen op het volgende congres met als titel 'patiënt/huisarts: duel of duet?'. Er zal opheldering moeten komen over de relatie van de huisarts met een aantal moeilijke patiëntengroepen om te komen tot een duel met open vizier en een duet dat klinkt.

NHG-prijs

Tijdens de uitreiking van de NHG-prijs 1986 voor het beste artikel in *Huisarts en Wetenschap* werden – niet voor het eerst – ook de namen van enkele gedragswetenschappers genoemd. Zij bleven echter *hors concours*, omdat alleen huisartsen in aanmerking komen voor de prijs.

Hoe men ook over de oorspronkelijke motivering moge denken, 'wetenschappelijk' was zij in ieder geval niet. In dit verband rijst ook de vraag, of de Nederlandse huisarts, na 30 jaar NHG, nog steeds behoeft heeft aan deze vorm van positieve discriminatie.

E.A. Hofmans
(geen van beide)

Hyperventilatie

Eén van de storendste fenomenen in het diagnostisch landschap van de hedendaagse medicus en met name in dat van de huisarts is wel de hyperventilatie. Je komt het overal tegen: in specialistenbrieven, voorlichtingsfolders, drogisterijblaadjes, op de televisie, in de pers; collegae zeggen van patiënten dat ze het hebben, patiënten zeggen van zichzelf dat ze het hebben. Hyperventilatie teistert weekenddiensten, ondanks het wijd verbreide gebruik van plastic zakken en tuinslangen.

In mijn praktijk heeft niemand hyperventilatie, afgezien van een enkeling die, komend van elders, niet weet dat de ziekte bij ons niet bestaat of, zo ze ooit de kop opsteekt, terstond bestreden wordt. Wie schetst dan ook mijn ergerenis, nu ik in mijn eerste nummer van het tijdschrift dat naar een verband streeft tussen huisarts en wetenschap een artikel over hyperventilatie vind.¹

De diagnose hyperventilatie is een typisch produkt van onze tijd. Ze komt rechtstreeks voort uit ons mechanistisch mensbeeld en brengt ons ertoe van een medemens die neerligt in een – ten minste voor zijn eigen gevoel – existentiële crisis, te zeggen: 'Hmm, het ademt te vlug'. De patiënten die ik ervan verdenk door anderen of door henzelf voor hyperventilanten te worden gehouden, hebben dit gevoel van existentiële bedreiging gemeen. De huisarts is bij uitnemendheid geschikt om vanuit zijn kennis van de patiënt en vanuit zijn theorie en ervaring het gevoel van angst en catastrofe te duiden en de oorzaak ervan op te sporen. Dat er aan de patiënt verschijnselen te merken zijn die wijzen op angst, zoals wijde pupillen, een snelle hartactie, tremoren, transpireren en, ja, hyperventilatie past geheel in het onwillekeurige maar zingevende gedrag. De symptomen helderen de oorzaak van de angst echter niet op; ze wijzen hooguit naar de betekenis die de patiënt eraan geeft en kunnen al helemaal niet afzonderlijk als ingang voor oorzakelijke therapie gebruikt worden. Ik vind het echt absurd – en het blijkt in de praktijk ook niet te werken – een zo onbelangrijk deelsymptoom te gaan behandelen met bijvoorbeeld een stuk tuinslang. De patiënt raakt erop gefixeerd. Het leidt hem weg van zelfhulp, van inzicht in zijn eigen gedrag, kortom

van zijn eigen pogingen tot het 'Ken uzelf'. Het blokkeert mogelijk zelfs de toegang voor inzichtgevende therapie.

Deze fixatie ontstaat ook bij de medicus: 'Moet ik het spoor op van de hyperventilatie of dat van het hartinfarct; dat wijst meer op het hart, dat meer op hyperventilatie; welk van beide is het nu?' De oude zonde van het ziel-lichaam dualisme en de jongere van het twee-sporendenken speelt ons parten met op de loer de bizarste verdediging vanuit de natuurwetenschappelijke geneeskunde tegen de fouten die uit dit denken ontstaan, de diagnosis per exclusionem. Als we bij een patiënt niet verder komen dan de observatie dat hij zich bedreigd voelt, dan moeten we er maar van uit gaan dat we 'het niet weten' en dienovereenkomstig handelen.

In onze ontmoeting met de patiënt moeten we open voor hem staan binnen het kader van zijn persoonlijke historie en zijn sociale omgeving. Vaak zullen we tot een conclusie kunnen komen en hoeven we niet te grijpen naar een zo minimalistische verlegenheidsdiagnose als hyperventilatie.

Het angstgevoel bij iemand met een myocardinfarct kan en zal meestal aanleiding geven tot hyperventilatie, evenals dat bij een vitale depressie of bij de op hysterische wijze aandacht vragende mens. Daarom kan hyperventilatie geen onderscheidend symptoom zijn. De verschijnselen van angst kunnen weer hun reciproke werking hebben op allerlei lichaamsfuncties en hun parameters, zonder dat dit evenwel consequenties heeft voor de diagnose. Door hyperventilatie kunnen carpopedale spasmen ontstaan, of zij nu veroorzaakt wordt door de 'fear of impending destruction' van het hartinfarct of door de vrees voor het rijexamen. Ook bij het hartinfarct kan een geruststellende behandeling van hyperventilatie effectief zijn voor de angst; een hartinfarct is daarom zeker niet uitgesloten als een behandeling voor hyperventilatie effectief is.

Wat me in het artikel over hyperventilatie uiteindelijk in de pen deed klimmen, was de suggestie dat hyperventilatie een hartinfarct zou kunnen veroorzaken: 'Het is geen al te grote sprong, als men dan veronderstelt dat hyperventilatie

een causale factor kan zijn bij het ontstaan van angina pectoris, hartinfarct en acute hartdood.' Volgens mij is het zelfs een salto mortale. We zouden er dus van uit moeten gaan, dat de drie beschreven patiënten inderdaad als hoofddiagnose hyperventilatie hadden en als gevolg daarvan een hartinfarct kregen, zij het bij een predispositie. Zo wordt de omweg toch wel erg lang. Is het volgende niet meer plausibel?

Deze patiënten voelden zich existentiell bedreigd, en terecht zoals later bleek. Als gevolg hiervan hyperventileerden ze (en transpireerden en trilden ze misschien). Hieruit kon geen conclusie worden getrokken over de oorzaak van hun angst, of deze reëel was of niet – beter gezegd of deze angst nu wel of niet te maken had met een ziekte waarvoor wij gewoonlijk snel medisch-technisch ingrijpen noodzakelijk achten.

Hoe knullig het onderhand ook klinkt: we moeten de mens als geheel zien en dat lijkt hier niet gebeurd; niet als een twee-eenheid, een synthese van ziel en lichaam, waar dan eens de ene pendant, dan eens de andere meer onze aandacht vraagt, maar als een eenheid, ondeelbaar. Deze mensen hadden geen infarct, zoals Prick het zou zeggen, ze waren het.

Het diagnostisch contact, dat idealiter bij de huisarts die zijn patiënt kent in de veiligste handen is, beoogt de werkelijkheid uit het willekeurige en onwillekeurige gedrag te distilleren. Vaak moet dit in een korte spanne tijds. Dat dit niet altijd goed gaat, hebben we allemaal weleens ervaren, maar we moeten er wel voor zorgen dat we de juiste conclusies en lering trekken uit ontspringen, ieder voor zich, maar zeker als ze binnen het kader van publikaties algemene geldigheid lijken te bezitten.

Dat de richting waarin de oplossing gezocht moet worden al wordt aangevoeld door de auteur, blijkt uit de volgende zin: 'Al met al lijkt het advies gerechtvaardigd, een patiënt met cardiaal getinte klachten die hyperventileert, dezelfde zorg te geven als een patiënt met angina pectoris die niet hyperventileert, ook als hyperventilatieprovocatie de klachten doet verergeren en rebreathing de klachten doet verminderen.' Waar is nu nog de hyperventilatie? De diagnose is een eigen leven gaan leiden en belemmert ons helder diagnostisch denken. Wij moeten waakzaam zijn tegen onzuiverheden in onze 'beslisbo-

men'. Hyperventilatie hoort in de geschiedenisboeken thuis en wel als curiosum van de twintigste eeuw waar het rasecht kind van is, en dan kan het nog generaties heel wat amusement bezorgen.

Wim Beurskens,
huisarts te Tegelen

¹ Arentz DH. Hyperventilatie: geruststellend of zorgwekkend? Huisarts Wet 1986; 29: 312-5.

Naschrift

Ik kan mij de fundamentele zorg van collega Beurskens wel voorstellen. Ook ik wil natuurlijk niet dat mensen met emoties tot dingen gereduceerd worden onder invloed van een mechanistisch mensbeeld.

Toch is het zeer de vraag of het holisme dat ons voor ogen staat, zonder meer bruikbaar is of dat dit toch via de (om)weg van analyse en synthese bereikt moet worden; door analyse wordt de werkelijkheid immers begrijpelijker en hanteerbaarder en op die manier kan een patiënt zijn klachten weer de baas worden. Ik meen dat onze kracht juist daarin ligt, dat wij door een min of meer wetenschappelijke opleiding in staat zijn klachten te analyseren om ze voor de patiënt weer hanteerbaar te maken. Vandaar dat 'Huisarts en Wetenschap' mij een prima forum lijkt om deze dingen te bespreken.

Zelfs de besprekking van zeer menselijke zaken als emoties lijkt hier op zijn plaats, omdat die emoties in belangrijke mate kunnen bijdragen aan ziekte en gezondheid: zolang mensen zich kunnen doodschrikken, het in hun broek kunnen doen van angst en kunnen hyperventileren bij stress, is de pathofysiologie van de emotie een onderwerp van discussie.

En dan nu de hyperventilatie zelf. Natuurlijk is de verklaring bij het soort patiënten als in mijn artikel beschreven, altijd geweest dat er kennelijk toch eerst een hartinfarct was en pas secundair hyperventilatie. Maar dat had ik niet hoeven te schrijven, dat wisten we al. Het feit dat ik echter in de literatuur de omkering aantrof, leek mij belangrijk genoeg om hier te vermelden.

In de literatuur over angina pectoris

werd duidelijk dat vaatspasmen tot een hartinfarct konden leiden, zelfs bij gave coronairarteriënen; in de literatuur over het hyperventilatiesyndroom werd duidelijk dat hyperventilatie tot ischemie van de hartspier kan leiden via vaatspasma en verschuiving in de zuurstofdissoiatiecurve. Op deze theoretische gronden ligt het dan voor de hand dat hyperventilatie tot een infarct kan leiden, althans ertoe kan bijdragen. Waarom niet? Eén en één is twee.

Dat dit pathofisiologische mechanisme feitelijk een rol speelt, is niet bewezen, schreef ik, maar ligt voor de hand. Dit geldt te meer, daar uit velerlei casuïstiek naar voren komt dat de hyperventilatie vaak aanvankelijk geheel op de voorgrond staat, terwijl cardiale klachten afwezig zijn of op de achtergrond staan en pas later duidelijk worden. Behalve de beschreven drie gevallen zijn vele van dergelijke gevallen mij ter ore gekomen, zowel binnen onze PHV als in de wandelgangen van een PAOG-cursus over hyperventilatie. Verschillende gevallen hiervan hadden een dodelijke afloop.

Voor mij is dan ook volstrekt nog niet duidelijk wat de juiste conclusies en leringen moeten zijn die wij uit deze gevallen moeten trekken, zoals collega Beurskens meent te kunnen doen. In praktische zin zal dit voorlopig inderdaad niet veel meer opleveren dan de waarschuwing dat hyperventilatie niet zo vaak geruststellend is als wij wel dachten. In theoretisch opzicht opent het de weg naar veel nieuwe vragen, die het vak er weer niet eenvoudiger op maken, maar ons misschien wel weer wat verder helpen in de complexe werkelijkheid. Het lijkt mij in ieder geval te vroeg om hyperventilatie af te doen als het curiosum van de twintigste eeuw.

D. H. Arentz, huisarts

Nota bene

Het induceren van een partiële abortus is een kunst, maar fout, het induceren van een vijfling is een kunstfout. Stelling bij: Hamilton CJCM. The role of ultrasound in the fertility clinic [Dissertatie]. Limburg: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.