

Hartinfarct: ervaringen als patiënt

F. J. A. HUYGEN

In deze bijdrage zal ik beschrijven hoe ik mijn hartinfarct en de behandeling daarvan heb ervaren. Hoewel dit een persoonlijke beleving van één casus betreft, meen ik toch dat hieruit een aantal leerpunten voor huisartsen kunnen worden gedestilleerd. Deze liggen op het terrein van de diagnostiek, het therapeutische beleid en de omgang met de patiënt.

Diagnose

De eerste dag van een wintervakantie in Zuid-Frankrijk ging ik wandelen in de heuvels. Het was koud en het regende. Het viel mij op dat mijn voeten maar niet warm wilden worden en dat ik ongewoon kortademig werd bij klimmen. Gedwongen tot even stilstaan, vroeg ik me een ogenblik af of ik iets vreemds voelde in mijn armen of dat dit kwam door het koude natte weer. Dit gevoel verdween echter onmiddellijk en kwam (bij de daarop volgende daling!) niet meer terug.

De nacht daarop werd ik wakker van een vaag knagende pijn in mijn bovenbuik, die via mijn slokdarm naar mijn keel trok. Het leek veel op de klachten die ik vroeger had gehad bij een ulcus duodeni. Warme melk bleek ook te helpen. De pijn zakte en ik sliep weer in. De volgende dag had ik weinig klachten.

De tweede nacht had ik meer last van mijn 'maag' dan de eerste. Deze keer trok de pijn ook meer naar mijn hals en kaken, warme melk hielp weinig en het bleef wat tobben. Gelukkig begon de ochtend met een stralende zon en ik ging er met de auto op uit om te tekenen.

Nadat ik daarmee een tijd bezig was geweest zonder verdere klachten, merkte ik plotseling dat ik een zweverig gevoel kreeg en dat het zweet me overal uitbrak, zonder dat daarvoor een reden was aan te geven. Op dat moment drong het tot mijn bewustzijn door dat ik best eens een hartinfarct zou kunnen hebben. Wankelend en zwetend, een collaps nabij, stapte ik in mijn auto en reed, in het besef dat ik ieder ogenblik het bewustzijn zou kunnen verliezen, heel

voorzichtig langs een binnenweggetje terug. Ik kroop in bed en nam na een half uur mijn temperatuur op. Toen deze (rectaal) 37,6 bleek te bedragen besepte ik dat de diagnose coronair infarct wel erg waarschijnlijk was.

Ik bleef in bed, maar verzette me tegen het inroepen van medische hulp. Pas na twee dagen zwichtte ik voor de aandrang van familie. De gewaarschuwde huisarts kwam spoedig en had een electrocardiograaf bij zich. Het ECG toonde een onmiskenbaar vers onderwandinfarct. De enzymwaarden in het bloed bleken flink verhoogd.

Commentaar

Als eerste leerpunt is hieruit te destilleren dat de klachten bij een hartinfarct aanvankelijk zeer atypisch kunnen zijn.¹ Het is niet ongewoon dat dan aan een ulcus wordt gedacht, zowel door de patiënt als door de arts. Een arts in mijn praktijk van wie reeds twee broers aan een hartinfarct waren overleden, liet zich onder de diagnose geperforeerd ulcus in het ziekenhuis opnemen. Het is me ook bekend dat een ervaren cardioloog bij zichzelf maagfoto's liet maken voor klachten die een dag later op een hartinfarct bleken te berusten. In de longitudinale Framingham studie bleek dat ruim 30 procent van de hartinfarcten zo atypisch of symptoomloos was verlopen, dat het infarct pas achteraf kon worden vastgesteld op grond van veranderingen in het routinematig vervaardigde ECG. Bij ouderen blijkt een atypisch beeld vaker voor te komen.² Kortademigheid zonder pijn kan daarbij op de voorgrond staan.

Een tweede leerpunt lijkt me de ontkeningsreactie die ik zo duidelijk heb gedemonstreerd. Zelfs toen ik heel goed besepte wat er aan de hand was, gaf ik er de voorkeur aan te doen of er niets bijzonders was. Ook dit komt vaker voor en het lijkt me goed dat een huisarts hierop bedacht is.

Therapeutisch beleid

Mijn Franse huisarts adviseerde dadelijk tot opname in het naburige zieken-

huis. Ik verwachtte hiervan weinig heil op dit tijdstip, minstens drie dagen na het begin van het infarct, en volgde zijn raad niet op; mede op grond van een vroegere opname in hetzelfde ziekenhuis na een wervelfractuur achtte ik de nadelen groter dan de eventuele voordelen. Hij vroeg me toen of ik ermee akkoord ging een cardioloog in consult te vragen.

's Avonds kwam hij terug met de cardioloog. Zij spraken vol zorg over een (lichte) verlenging van de PQ-tijd. Het was mij echter bekend dat dit vaker voorkomt bij een vers infarct en ik liet me niet overreden tot opname. De cardioloog zei daarop dat hij dan tot zijn spijt niets meer voor me kon doen en nam hoofdschuddend afscheid. De Franse huisarts vond me wel eigenwijs en koppig, maar bleef me vrijwel dagelijks bezoeken. Toen ik later, na mijn herstel, afscheid van hem nam, zei hij echter spontaan dat hij er dikwijls aan had moeten denken dat ik toch gelijk had, toen ik stelde groot vertrouwen te hebben in het natuurlijk beloop.

Inmiddels had ik me wel onderworpen aan de toediening van anticoagulantia, aanvankelijk heparine driemaal daags subcutaan en later coumarinederivaten per os. Mijn Franse collega had me hiertoe min of meer gedwongen door een beroep op me te doen ter wille van zijn eigen hart. Ik vond dat wel roerend, maar toch niet prettig, omdat het mij onvrij maakte.

Post aut propter kreeg ik een pericarditis. Tengevolge daarvan ben ik flink ziek geworden: hoge koorts, pijn in de borst en benauwdheid. Het was onmogelijk op mijn linker zij te liggen. Doordat die nacht familieleden zachtjes binnenkwamen en in de kamer bleven zitten, begreep ik dat aan stervensgevaar werd gedacht. Het was een opluchting toen ik plotseling besepte leerkraken te horen en dit ook precordiaal met mijn handpalm kon voelen. Ik begreep toen wat de oorzaak was van de verergering van mijn ziekte.

Commentaar

Een voorbijgaande pericarditis (sicca) komt nogal eens voor bij een vers coronair infarct en heeft klinisch meestal niet veel te betekenen. Het is niet zeker, maar ook niet onmogelijk, dat het ontstaan hiervan wordt bevorderd door vroege toediening van heparine. Hoe dit ook moge zijn, het lijkt mij in ieder geval niet gewenst dat artsen – met de beste bedoelingen – een soort emotionele chantage toepassen op hun patiënten.

Ik leerde zelf van de belevenis in die benauwde nacht dat sterven inderdaad weleens zo onwaarschijnlijk gemakkelijk zou kunnen zijn, als opgetekend in de laatste woorden van William Hunter in 1783: 'if I had the strength to hold a pen, I would write how easy and pleasant a thing it is to die.'

Omgang met de patiënt

Mijn Franse huisarts zocht mij trouw op, was toegewijd, vriendelijk en niet gehaast. Het afnemen van bloed liet hij over aan de wijkverpleegkundige, die mij ook verpleegde. Zij deed dit handig en bekwaam en zorgde ook voor het transport naar het laboratorium (via de plaatselijke apotheek). Alles liep erg prettig en efficiënt. Ik had over niets te klagen en iedereen was even aardig.

Toch moet ik opmerken dat het bijzonder frustrerend is je buitengesloten te voelen als twee artsen (de huisarts en de cardioloog, later een arts-familieid) met hun rug naar je toe op het voeteneind van je bed gaan zitten, je cardiogrammen bekijken en daarover discussiëren zonder je hierin te betrekken, en vooral als dit gebeurt in een taal die je niet helemaal kunt volgen. Ik dacht toen bij mezelf: dat is een les om te onthouden.

Reconvalescentie

Toen de koorts na een week verdween, mocht ik voorzichtig opstaan. Ik merkte toen hoe weinig inspanning ik kon verdragen. De trap kon ik niet beklimmen en buiten wandelend werd ik sterk kortademig bij de allergeeringste terreinstijging. Dat gaf mijn zelfgevoel een forse deuk en ik vroeg me af hoe het verder met me zou moeten.

Gelukkig had ik geen angineuze klachten. Ik voerde mijn inspanningen heel geleidelijk op. Daarbij ervoer ik aan den lijve hoe remmend de zo goed bedoelde en begrijpelijke bezorgdheid van anderen kan zijn. Ik wist bij een trainingsschema juist tot aan mijn grenzen te moeten gaan, al twijfelde ik zelf ooit weer tot enige inspanning in staat te zijn. Het is dan moeilijk zo iets door te zetten als je merkt dat je naaste omge-

ving zijn hart daarbij vasthoudt en je telkens tot matiging maant of zich op de lippen bijt.

Later – toen bleek dat er niets gebeurde – ging dat veel beter en kon er gelachen worden als ik stond te hijgen. Heel, heel langzaam werd in de volgende maanden mijn inspanningstolerantie groter. Nu kan ik weer uren tennissen – iets wat ik toen nooit zou hebben geloofd.

Bespreking

Het is buitengewoon nuttig voor een arts zelf van tijd tot tijd ervaringen als patiënt op te doen. Je kunt je daarna meer verplaatsen in de belevingen van je patiënten en daarmee beter rekening houden. In deze bijdrage heb ik getracht mijn ervaringen als patiënt zodanig onder woorden te brengen dat andere huisartsen daaruit misschien lering kunnen trekken voor hun praktijktoefening.

Het voornaamste daarbij lijkt mij het belang van het scheppen van ruimte voor de patiënt om zelf mee te denken en keuzen te maken, juist inzake risico's op het gebied van zijn/haar leven en dood. Verder heb ik gemerkt hoe belangrijk de houding van de naaste omgeving is, vooral ook bij de revalidatie, als de patiënt zich erg onzeker voelt.

Voor mij was de keuze om thuis te blijven van grote betekenis. Voor de Franse collegae was dit kennelijk uiterst ongewoon en nauwelijks begrijpelijk. De cardioloog trok zijn handen van mij af, maar de huisarts respecteerde mijn beslissing. Hoewel hij het in het geheel niet met mij eens was, heeft hij toch met toewijding voor me gezorgd. Ik heb dit als buitengewoon positief ervaren.

In Nederland denken we kennelijk wat anders over de thuisbehandeling van hartinfarctpatiënten. Uit de diverse morbiditeitsregistraties in huisartspraktijken hier te lande blijkt dat een aanzienlijk deel van deze patiënten niet in een ziekenhuis wordt opgenomen.³⁻⁵ *Van der Does* heeft een uitstekend artikel geschreven over de vraag welke patiënten men thuis kan behandelen.⁶

Uit Engels onderzoek blijkt dat de sterftereductie door opname vermoede-

lijk veel minder groot is dan dikwijls wordt gedacht.⁷⁻¹³ Deze zou niet meer dan 5 procent bedragen. Zeker is dat de winst die behaald kan worden vooral moet worden gezocht in de allereerste tijd na het begin van de verschijnselen.¹⁴ Met het verstrijken van de minuten neemt de kans toe op het overheersen van de subjectieve en objectieve nadelen verbonden aan een dergelijke ingrijpende maatregel.

¹ Bayliss RIS. The silent coronary. *Br Med J* 1985; 1093-4.

² Anonymous. Presentation of myocardial infarction in the elderly [Editorial]. *Lancet* 1986; ii: 1077-8.

³ Anoniem. Ischaemische hartziekten en acute dood. Voorburg: TNO/CBS, 1979.

⁴ Anoniem. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1978.

⁵ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

⁶ Van der Does E. Welke patiënt met een vers hartinfarct behandelt U thuis? *Patient Care Ned* 1985; 12(6): 5-10.

⁷ Beaglehole R. Medical management and the decline in mortality from coronary heart disease. *Br Med J* 1986; 292: 33-6.

⁸ Rose G. The contribution of intensive coronary care. *Br J Prev Soc Med* 1975; 29: 147-50.

⁹ Mather HG, Pearson NG, Read KLO, et al. Acute myocardial infarction: home and hospital treatment. *Br Med J* 1971; iii: 334-8.

¹⁰ Mather HG, Morgan DC, Pearson NG, et al. Myocardial infarction: a comparison between home and hospital care for patients. *Br Med J* 1976; i: 925-9.

¹¹ Hill JD, Hampton JR, Mitchel JRA. A randomised trial of home-versus-hospital management for patients with suspected myocardial infarction. *Lancet* 1978; i: 837-41.

¹² Hill JD, Holdstock G, Hampton JR. Comparison of patients with heart attacks admitted to a coronary care unit and an ordinary medical ward. *Br Med J* 1977; 81-3.

¹³ Dixon AS. Hearts too good to die: an evaluation of coronary care. *Can Fam Physician* 1984; 30: 2345-52.

¹⁴ Fieren CJ. Het myocardinfarct. Een prospectief onderzoek naar de morbiditeit en de sterfte, speciaal in de acute fase, in het woongebied 'Neder-Veluwe' [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1972.