

De geïrriteerde dokter

H.J. DOKTER
F. VERHAGE

Artsen zijn geneigd patiënten die hen irriteren, niet goed te onderzoeken c.q. te behandelen. Daardoor worden medische fouten gemaakt. Bij de hier besproken patiënte leverde dat extra complicaties op, doordat zij haar vele klachten psychisch etaleerde in de vorm van hinderlijk aandacht trekken, terwijl er wel degelijk somatische afwijkingen waren die door laboratorium- en röntgenonderzoek werden gestaafd.

Dokter HJ, Verhage F. De geïrriteerde dokter [De dokter als medicijn]. Huisarts Wet 1990; 33(3): 118-20.

Prof. dr. H.J. Dokter, hoogleraar huisarts-geneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam; Prof. dr. F. Verhage, hoogleraar medische psychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentie: Prof. dr. H.J. Dokter, Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam.

Inleiding

Een van de onderdelen van de destijds eenjarige opleiding tot huisarts in Rotterdam was een stage van vier maanden in een algemeen ziekenhuis. Tijdens de gehele duur van de opleiding komt de arts-assistent één dag per week terug op het huisartseninstituut voor het volgen van cursorisch onderwijs en het deelnemen aan supervisie-c.q. consultatiegroepen. Deze groepen zijn ofwel groepjes van drie arts-assistenten die supervisie ontvangen, ofwel groepen van twaalf arts-assistenten die consultatie ontvangen van een senior huisarts-stafid en een psycholoog/psychoanalyticus. Deze consultatiegroepen hebben het karakter van Balint-groepen. Het doel van de groepsbijeenkomst is het professioneel functioneren van de arts-assistent aan de orde te stellen, met de nadruk op de persoonlijke aspecten daarvan.

In één van de besprekingen werd door een arts-assistent de volgende casus ingebracht.

Ziektegeschiedenis

De casus gaat over mevrouw A van 45 jaar, getrouwd, met twee kinderen, die beiden uit huis zijn. Zij is van beroep ziekenverzorgster. In de loop van de laatste drie maanden is zij tweemaal opgenomen op de interne afdeling van het algemeen ziekenhuis. De eerste opname, waarmee we ons hier uitvoerig bezighouden, heeft bijna zes weken geduurd, de tweede negen dagen.

De eerste keer is zij tijdens de weekenddienst door een andere arts-assistent opgenomen onder verdenking van een niersteen of een pyelitis. Patiënte klaagde toen over hevige buikpijn in de linker flank. Deze pijn ging gepaard met bewegingsdrang en soms was er pijn bij doorzuchten. Voorafgaande aan de opname bestond er gedurende 2 weken koorts van 38-39°C, ondanks een kuur met Broxil® (feneticilline) en erytromycine. In zes weken tijd was patiënte 10 kilo afgevallen. Zij klaagde over transpiratie en een droge mond. Al langere tijd had zij last van trillingen en sinds vele jaren migraine-achtige hoofdpijn met nekklachten.

Patiënte heeft een zeer uitgebreide voor-

geschiedenis. Uit de weergave door de arts-assistent blijkt onder meer dat zij vijftien jaar geleden een uterus- en adnexextirpatie had ondergaan. Twee jaar geleden waren aan beide zijden de eerste ribben verwijderd in verband met 'algehele verkramping'. Van een neuroloog kreeg patiënte al zeven jaar 2 dd 50 mg Tryptizol® (amyltripiline) en 2 dd 2,5 mg Temesta® (lorazepam) voor haar nekklachten. Zij gebruikt ook Lynoral® (ethinylestradiol) 1 dd 0,0025 mgr en, zo nodig, Cafegot®.

Bij opname werd een zieke vrouw gezien met een tachycardie en drukpijn links in het abdomen, mogelijk met enige weerstand en slagpijn in de nierloge. De BSE bleek verhoogd (33 mm); leuko's $12,5 \times 10^9/l$ en trombo's $382 \times 10^9/l$. Differentiatie normaal. Elektrolyten en nierfunctie normaal. Leverfuncties licht gestoord: alkalische fosfatase 242 U/l, bilirubine 5 mmol/l, SGOT 71 U/l, SGPT 86 U/l, LDH 187 U/l, amylase 167 U/l, glucose 6.9 mmol/l totaal eiwit 67 g/l. Urine: alb. neg.; red. neg; sed: 0-20 leuko's p.v., veel bact., veel slijm.

Op een thoraxfoto werd geen afwijking gevonden. Op een buikoverzicht meende men een distale uretersteen te zien in de linker ureter. De echografie van de bovenbuik toonde geen afwijkingen. Op een gemaakt IVP werd een kleine uretersteen links gezien, zonder uitgezet kelksysteem.

Gedurende de opname ontwikkelde zich een uitgebreide ziektegeschiedenis. Allereerst werd de uroloog in consult gevraagd. Deze probeerde de stenen te verwijderen via een Dormia-operatie; dit is echter mislukt. Hoewel er op de foto geen stuwings zichtbaar was, probeerde de uroloog desondanks een uretercatheter in te brengen om de afvoer te bevorderen. Ook dit lukte niet. Volgens de uroloog kon de steen de koorts en pijn verklaren.

Er werd een expectatief beleid gevoerd met papaverine en Voltaren® (diclofenac) en de urine werd opgevangen; er is nooit een steentje gezeefd. Overigens waren diverse urinekweken negatief. Gedurende de opname normaliseerde de temperatuur zich uiteindelijk en nam de pijn af.

Vier dagen na opname ontwikkelde patiënte pijn bij doorzuchten links op de thorax, zodat de tweede diagnose longembolie uitgebreid werd onderzocht (te meer

omdat patiënte per abuis gedurende vijf dagen 1dd 0,5 mg ethinylestradiol had gehad in plaats van 1dd 0,025 mg). Op diverse thoraxfoto's werden voorbijgaande afwijkingen gezien in de linker laterale sinus. Er waren geen duidelijke aanwijzingen voor een embolie. Ook de ventilatie-perfusiescan was negatief voor longembolie. De klachten samen met de afwijkingen op de thoraxfoto's zijn later geduid als behorende bij een proces onder het diafragma c.q. de uretersteen. De inmiddels bepaalde schildklierfuncties waren moeilijk te interpreteren: T4: 174 nmol/l, FT4 index: 43,4, T3 RIA: 2,55 nmol/l, TSH > 0,02 m U/l.

Op basis van de TSH en de T4 was er sprake van een hyperthyreoïdie; de FT4 index was echter normaal, wat pleit voor euthyreoïdie. Een TRH-stimulatietest bleek vlak, wat de diagnose primaire hyperthyreoïdie ondersteunde.

Omdat er een IVP bij patiënte was gedaan, kon aanvankelijk geen schildklierscintigrafie worden verricht, maar na vier weken gebeurde dit uiteindelijk alsnog. De uitkomst was een verhoogde uptake na een half uur met een homogene verdeling, na 24 uur een hoog normale uptake. Conclusie: beeld van een thyreoïditis of een M. Basedow.

Vervolgens werd besloten patiënte te behandelen voor een hyperthyreoïdie en te starten met carbimazol 3dd 10 mg en 3dd 10 mg Inderal® (propranolol). Overigens maakte patiënte klinisch ook een hyperthyreoïde indruk.

Inmiddels was patiënte twee weken na opname plotseling gecollabeerd in de gang; zij kreeg een beklemd gevoel op de borst. De verpleging startte met reanimatie. Achteraf is niet meer te achterhalen of er echt sprake is geweest van een hartstilstand. Patiënte werd overgeplaatst naar de intensive care.

Na 48 uur observatie meende de cardioloog dat de oorzaak niet op zijn gebied lag. Er was geen sprake van infarcting of ritmestoornissen. De tevens geconsulteerde neuroloog kon ook op zijn gebied geen afwijkingen vinden. Er werd derhalve geen duidelijke oorzaak voor de collaps gevonden. Patiënte werd toen weer teruggeplaatst naar de zaal van de rapporterende arts-assistent.

Bespreking

Deze ziektegeschiedenis roept een groot aantal vragen op, waarop we hier niet nader willen ingaan. Waarop wij de aandacht willen vestigen, is de vraag van de arts-assistente, die vertelt dat patiënte alle arts en die met haar te maken hadden door haar gedrag irriteert. De arts-assistente vraagt: 'Waarom wordt ik zo geïrriteerd?'

De indruk wordt gewekt dat mevrouw A erin slaagt artsen tot ingrepen te bewegen die, medisch gezien, volstrekt niet noodzakelijk zijn. Ook het feit dat een neuroloog zeven jaar lang 100 mg amitriptyline dagelijks voorschrijft, zonder dat dit door de huisarts wordt gecorrigeerd, is onbegrijpelijk. Mogelijk hangt dit ook samen met het gedrag dat patiënte tegenover artsen toont.

Mevrouw A vertoonde namelijk sinds het begin van haar opname een kleverig gedrag. Dit gedrag wordt in het algemeen moeilijk geaccepteerd. Bijna elke dag kwam zij met nieuwe klachten, zoals het zien van lichtflitsen, hartkloppingen, jeuk, enz. Wanneer zij tijdens de visite al aan de beurt was geweest, had zij altijd nog een vraag achteraf. Zij kreeg veel aandacht door al het onderzoek door de diverse artsen en de besprekingen die daaraan waren gewijd.

Dát deze vrouw de artsen irriteert, is zeer verklaarbaar. Iedere arts kent patiënten die telkens opnieuw met klachten komen waar de dokter geen raad mee weet en waar hij – om er vanaf te zijn – maar weer een onderzoek naar doet of laat doen.^{1,2} Type-rend is dat de huisarts deze patiënte tijdens het weekend telefonisch had laten opnemen en verder niet had gerept over het gedrag van patiënte. Ook later is er geen contact met hem geweest.

Omdat de arts-assistent de casus in de consultatiegroep wilde bespreken, besloot zij zich meer te verdiepen in het geval van mevrouw A; daardoor werd zij zich bewust van het feit dat zij als gevolg van haar irritatie steeds geneigd was patiënte niet grondig te onderzoeken. Zij veronderstelde dat deze vrouw bij de behandelend artsen, inclusief haarzelf, een afwijzend gevoel opriep, waardoor zij erin slaagde deze artsen telkens op een 'onzorgvuldig

spoor' te brengen: of de arts doet te veel (uterusexstirpatie, ribexcisie), of hij doet te weinig en laat juist rationeel geachte handelingen achterwege.

Toen zij zich dit realiseerde, rees de vraag of de klachten en symptomen niet grotendeels konden worden verklaard als bijwerkingen van de vrij hoge dosering amitriptyline. Met andere woorden: was hier wellicht sprake van een intoxicatie? Bij controle bleek de amitriptylinespiegel in het bloed inderdaad te hoog (amitriptyline en nortryptiline samen 435 µg/l).

Onder de bijwerkingen van amitriptyline valt een orthostatische hypotensie, die eventueel gepaard gaat met aritmieën. Hiermee is de eerdere collaps goed te verklaren. Voorts kon deze amitriptyline-intoxicatie de oorzaak zijn van het slechte zien, de droge mond, de vermoeidheid, de lusteloosheid, de transpiratie en de verhoging van de leverenzymen.

De arts-assistent vertelt dat op haar voorstel de amitriptyline werd afgebouwd. Dit gaf eigenlijk geen problemen: patiënte knapte zienderogen op en was daar zeer over te spreken. Gedurende de laatste dagen van haar verblijf in het ziekenhuis had patiënte wel af en toe nog een benauwd gevoel op de borst, gepaard gaande met tintelingen in de armen en vingers die aan hyperventilatie werden toegeschreven. Er is nog een aantal malen een ECG gemaakt, waarop nooit afwijkingen gevonden zijn. Tensie en polsfrequentie waren tijdens deze aanvallen normaal. Door de opname op de intensive care meende patiënte dat er iets met haar hart niet in orde was. Haar angst kon in enkele gesprekken door herwonnen vertrouwen worden gereduceerd. Wat de laboratoriumuitslagen betreft: de bezinking en de leverfunctiestoornissen normaliseerden en de schildklierfunctie verbeterde. De thrombocytose bleef bestaan, hiervoor is geen duidelijke oorzaak gevonden. Patiënte is in redelijke conditie ontslagen.

Patiënte is kort daarna voor de tweede maal opgenomen wegens een licht gevoel in het hoofd, neiging tot wegzakken met een stijf gevoel rond de mond en tintelingen in de handen en voeten. Er waren geen hartkloppingen of andere begeleidendesymp-

tomen. Het ECG liet een sinusritme zien van 50/min.

Patiënte werd ter observatie op de medum care afdeling opgenomen. Er werden verder geen ritmestoornissen gevonden en patiënte werd snel teruggeplaatst naar de interne afdeling. De neuroloog werd toen nogmaals in consult gevraagd. Deze vond geen neurologische oorzaak van de klachten. Hij adviseerde nog een X-sella, maar deze vertoonde geen afwijkingen. Patiënte bleek zelf veel Cafegot[®] te gebruiken en de neuroloog adviseerde dit niet meer te doen.

De conclusie was dat de patiënte geleden heeft aan een amitriptyline-vergiftiging.

Commentaar

In de consultatiegroep is de medische achtergrond van deze casus uitvoerig besproken. Daarbij kwamen vragen aan de orde als: 'Waarom op 30-jarige leeftijd een uterusextirpatie?' of 'Waarom werd niet een psychiater in consult gevraagd?'. De kern-

vraag was echter, waarom deze patiënte de artsen zo irriteerde en hoe het mogelijk is dat je als arts dan zo onzorgvuldig kunt worden. Duidelijk werd dat dit vooral werd veroorzaakt door het 'kleverige' gedrag van mevrouw A. Voor de arts-assistent gold bovendien dat zij moeite heeft met somatiserende patiënten: zij kan er niet goed tegen dat volwassenen 'zich als kinderen gedragen'.

In dit verband kan erop worden gewezen dat zieke mensen veelal terugvallen tot kinderlijke gedragingen; somatiseren hoort daarbij en in het geval van mevrouw A vermoedelijk ook 'kleverig' gedrag, doordat ze als kind 'geleerd' had zulk gedrag in dergelijke situaties te gebruiken. In onze huisartsengroepen gaan wij dieper in op kinderlijke manieren om aandacht te vragen, maar in de consultatiegroepen met arts-assistenten treden wij wat voorzichtiger op.

In deze geschiedenis speelde tevens het feit een rol dat mevrouw A tijdens het weekend door een collega-assistent was

opgenomen, waardoor onze arts-assistent de patiënte lange tijd niet als haar 'eigen' patiënte heeft beleefd. Ook op dit belangrijke aspect zijn wij niet nader ingegaan.

Conclusie

Artsen zijn geneigd patiënten die hen irriteren, niet goed te onderzoeken c.q. te behandelen. Daardoor worden medische fouten gemaakt. Bij deze patiënte was dit extra gecompliceerd, doordat zij haar vele klachten psychisch etaleerde als hinderlijk aandacht trekken, terwijl er somatische afwijkingen waren die door laboratorium- en röntgenonderzoek werden gestaafd.

Literatuur

- ¹ Dokter HJ, Voorhoeve NAJ. De irritatie van de dokter als signaal. Huisarts Wet 1962; 5: 280-1.
- ² Lamberts H, Janssens PMH. Defensief handelen door huisartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 598-602. ■