



Ouderen met onbegrepen klachten: vergeet het vergeten niet

Esther van den Heuvel, Simon Groen

Inleiding

Dubbele vergrijzing, het verschijnsel dat de leeftijdsopbouw van de bevolking verschuift in de richting van meer ouderen die steeds ouder worden, zorgt ervoor dat de meeste artsen in toenemende mate oudere patiënten op hun spreekuur te zien krijgen. In deze patiëntengroep komen multimorbiditeit en polyfarmacie geregeld voor. Vooral wanneer het gaat om oudere patiënten met onbegrepen klachten kan dit de huisarts voor diagnostische problemen stellen, maar het kan er ook toe leiden dat de arts het overzicht verliest. In deze klinische les willen wij aan de hand van twee casussen een ander licht werpen op somatische klachten bij oudere patiënten, om zo een optimale zorg bij deze specifieke patiëntenpopulatie te bevorderen. De patiënten in beide casussen werden opgenomen op de afdeling geriatrie van een streekziekenhuis.

Patiënt A, een 86-jarige vrouw, deed het afgelopen jaar in toenemende mate een beroep op haar huisarts vanwege duizeligheid en vallen. Haar huisarts kon geen verklaring voor de aanhoudende duizeligheidsklachten vinden en verwees haar ten slotte naar de klinisch geriater. Tijdens opname vertelde patiënte dat zij gedurende de hele dag duizelig was en hierdoor een paar keer was gevallen. Alles in haar hoofd leek te bewegen, waarbij de omschrijving 'licht gevoel in het hoofd' het best bij de klachten paste. Heteroanamnestisch vertelden haar twee dochters dat hun moeder drie jaar daarvoor een transient ischemic attack (TIA) had gehad en sindsdien langzaam was achteruitgegaan. Sinds een jaar zat ze alleen maar op een stoel en wilde ze nergens meer naartoe. Ze besteedde geen tijd meer aan haar hobby's en ging niet meer zelfstandig naar buiten. Ze was in toenemende mate duizelig, praten ging soms met een dubbele tong. Ze leek niet echt vergeetachtig, maar het kwam geregeld voor dat ze bij herhaling over dezelfde gebeurtenis vertelde. Ook had ze last van trillende benen en leek de visus achteruitgegaan.

Bij opname gebruikte de patiënte acetylsalicylzuur cardio en betahistine. De medische voorgeschiedenis vermeldde een cataractoperatie beiderzijds, een TIA in 2005 en een urosepsis in 2005. Bij lichamenlijk onderzoek zagen we een coöperatieve, adipeuze vrouw. Ze reageerde adequaat op de gestelde vragen. Tensie: 145/85 mmHg. We vonden geen afwijkingen. Ook uitgebreid neurologisch onderzoek leverde geen aanknopingspunten op. Bij oriënterend psychisch onderzoek was er sprake van een helder bewustzijn, met goede concentratie en een neutrale stemming. Het denken leek wat betreft inhoud en snelheid normaal te verlopen. De score op de Mini-Mental State Examination (MMSE) was verrassend laag: 17/30. Vanwege de discrepantie tussen het adequaat imponerende gedrag en de lage MMSE-score onderging ze een neuropsychologisch onderzoek (NPO), met als eindconclusie: dementie. Tijdens observatie bleek dat als de patiënte

over duizeligheid klaagde, zij op dat moment geen duizeligheidsklachten ervoer, maar alleen bij opstaan duizelig werd. Deze orthostatische hypotensieklachten objectiveerden we door middel van bloeddrukmetingen. We vertelden de familie dat de verminderde cognitie een goede verklaring vormde voor de wijze waarop het merendeel van de klachten zich bij de patiënte manifesteerde. Nadat ter ondersteuning van de dagelijkse activiteiten thuiszorg was opgestart, kon patiënte naar huis terugkeren.

Patiënt B is een mevrouw van 81 jaar die de huisarts verwees vanwege een aanhoudend ulcus cruris aan het linker onderbeen en forse pijnproblemen, die niet beïnvloedbaar leken. De medische voorgeschiedenis was zeer uitgebreid, met verschillende operaties, waarvan de laatste in 2007 plaatsvond (een hernia nuclei pulposi). De tractusanamnese vermeldde obstipatie, osteoporose, artrose aan heupen, knieën en rug, die was vastgesteld door middel van vele foto's en onderzoeken die verschillende specialisten hadden aangevraagd. Vanwege de pijnklachten had mevrouw reeds pijnpoli bezocht, zonder dat de klachten afnamen. Medicatie bij opname: diclofenac/misoprostol, paracetamol/codeïne, fentanyl-pleisters, alendroninezuur, temazepam, amitriptyline, lactulose en hypromellose oogdruppels.

Bij lichamenlijk onderzoek zagen we een adequaat reagerende, niet-zieke vrouw. Ze klaagde over pijn in haar linkerbil, linkerknie of linkeronderbeen, afhankelijk van waar de aandacht op was gevestigd. Haar linkerknie vertoonde lichte hydrots, zonder roodheid. Aan de ventrale zijde van haar linkeronderbeen was een ulcus met daaromheen kapotte huid zichtbaar. Het overige lichamenlijke onderzoek bracht geen andere afwijkingen aan het licht. Ook de uitslag van het oriënterend neurologisch onderzoek was normaal. Bij psychisch onderzoek was er sprake van een normaal bewustzijn en goede concentratie, en het denken verliep in een normaal tempo. Er waren geen evidente kenmerken van een depressieve stoornis. Het cognitief functioneren leek redelijk goed. Opvallend was dat patiënte haar verhaal zeer gedetailleerd vertelde en moeite had om tot de kern te komen. De MMSE-score bedroeg 27/30. NPO liet geen aanwijzingen voor een stemmingsstoornis of persoonlijkheidsproblematiek zien. De conclusie luidde: 'enig overzichtsverlies'. Ook tijdens opname klaagde patiënte wisselend over pijn in haar bil, knie of onderbeen. Deze pijn leek niet altijd in verhouding te staan tot het gedrag dat ze vertoonde. We bouwden de pijnmedicatie af om deze uiteindelijk te staken, zonder dat de klachten hierdoor verergerden. We legden de nadruk op een zo goed mogelijke acceptatie van de klachten. Ze kreeg het advies om een aanvraag te doen voor een verzorgingstehuis, omdat ze daar begeleiding zou kunnen krijgen vanwege haar lichamenlijke beperkingen en ook meer afleiding zou hebben. Aanvankelijk wilde ze hier niets van weten, maar twee weken na ontslag gaf zij aan toch graag akkoord te gaan met het voorgestelde plan.



Foto: Ronald Roozen

Beschouwing

Zoals de twee bovenstaande ziektegeschiedenissen illustreren kunnen patiënten met onbegrepen klachten voor de nodige hoofdbrekens zorgen. Frequent spreekuurbezoek, shoppen tussen verschillende medisch specialisten, onvrede van de patiënt en/of de familie over de onzekerheid van de diagnose ('Dokter, ik heb klachten dus er moet toch iets aan de hand zijn?') en gevoelens van onmacht met betrekking tot de situatie dragen daar aan bij. Hoewel deze twee casussen zich voornamelijk in de tweede lijn afspelen, is de beschreven problematiek zeker relevant voor de eerste lijn.

Ouderen vormen een extra uitdaging voor de (huis)arts, omdat er

Samenvatting

Van den Heuvel E, Groen SPC. Ouderen met onbegrepen klachten: vergeet het vergeten niet. *Huisarts Wet* 2009;52(13):679-81. Twee vrouwen, 86 en 81 jaar, kwamen vanwege een aantal lichamelijke klachten bij hun huisarts. Evaluatie van deze klachten leverde geen somatische oorzaak op. De score op de Mini Mental State Examination was bij beide patiënten niet optimaal. Het verminderde cognitieve functioneren kan een verklaring zijn voor de gepresenteerde lichamelijke klachten. Het is bekend dat personen met cognitieve achteruitgang de zorgen over het geheugen soms verleggen naar een lichamelijke klacht. Een andere verklaring voor dit verschijnsel is dat deze patiënten door hun cognitieve achteruitgang over onvoldoende coping-mecha-

De kern

Denk bij onbegrepen lichamelijke klachten bij ouderen ook altijd aan een verminderd cognitief functioneren als verklaring voor deze klachten. Dit kan onnodig medisch handelen voorkomen.

veelal sprake is van multimorbiditeit, waardoor bepaalde klachten moeilijk te interpreteren zijn. Een tweede aspect betreft het cognitief functioneren van deze specifieke patiëntengroep. Zoals we aan de hand van de twee hierboven beschreven casussen lieten zien, is een achteruitgang in cognitief functioneren als oorzaak van de onbegrepen klachten niet altijd opgenomen in de differentiële diagnose. De reden hiervoor is tweeledig. Enerzijds gebeurt dat omdat men gewoonweg niet aan verminderd cognitief functioneren denkt als patiënten langskomen met bijvoorbeeld hoofdpijn of duizeligheid. Anderzijds gebeurt dat omdat (milde) cognitieve achteruitgang niet altijd gemakkelijk vast te stellen is, vooral niet als men daar weinig ervaring mee heeft. Bovendien is de contacttijd tussen huisarts en patiënt doorgaans erg kort en kan de arts niet altijd voldoende inzicht krijgen in het cognitief functioneren van een patiënt.

Toch loont het de moeite om bij ouderen met onbegrepen klachten een verminderd cognitief functioneren als oorzaak van de klachten te overwegen. Een verklaring voor het mechanisme dat hieraan ten grondslag ligt is niet eenvoudig, omdat er sprake lijkt van twee tegengestelde fenomenen. Uit diverse onderzoeken blijkt dat patiënten met cognitieve achteruitgang steeds minder lichamelijke klachten rapporteren. Dit kan men verklaren doordat er een zekere cognitieve vereiste is voor het benoemen van klachten. Komt men onder deze drempel, dan zal het aantal gerapporteerde klachten afnemen.^{1,2} Anderzijds weten we dat patiënten met cognitieve achteruitgang juist meer somatische klachten rapporteren, omdat zij het probleem van het geheugen vaak verleggen naar een lichamelijke klacht, zoals duizeligheid.^{3,4} Een drietal onderzoeken nam dit verschijnsel nader onder de loep en concludeerde dat de relatie tussen somatische klachten en cognitieve achteruitgang niet-lineair is. Tot een MMSE-score van 26-27 neemt de rapportage van somatische klachten toe, om daaronder steeds verder af te nemen.^{2,5,6}

nismen beschikken om op een adequate manier met pijn om te gaan. Als de huisartsen bij ouderen met onbegrepen klachten ook verminderd cognitief functioneren in de differentiële diagnose opnemen, kunnen zij onnodig medisch handelen voorkomen en de zorg optimaal op de patiënt afstemmen.

Academisch Medisch Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 22700, 1100 DE Amsterdam: E. van den Heuvel, huisarts in opleiding. Kennemer Gasthuis, afdeling Klinische geriatrie, Postbus 417, 2000 AK Haarlem: S.P.C. Groen, klinisch geriater.

Correspondentieadres: esvandenheuvel@gmail.com

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Cognitieve achteruitgang komt veel voor bij ouderen, maar er is niet veel bekend over de gevoelens en emoties van deze patiënten. Allereerst suggereert men dat de somatische klachten een sociaal geaccepteerde verklaring vormen voor het feit dat een patiënt vanwege de cognitieve achteruitgang niet alle activiteiten nog adequaat kan uitvoeren.⁷ Als bijvoorbeeld geheugenproblemen ervoor zorgen dat een patiënt problemen krijgt met zijn dagelijkse routineactiviteiten, dan kunnen gewrichtsklachten een goed excuus vormen om bepaalde activiteiten niet meer te hoeven verrichten. In lijn hiermee ligt de veronderstelling dat patiënten met een bestaand probleem, bijvoorbeeld artrose, hun (pijn)klachten om deze reden versterken, met als resultaat dat de klachten buitenproportioneel worden in verhouding tot de onderliggende aandoening, waardoor ze moeilijk te behandelen zijn. De lichamelijke klacht kan men behandelen, maar niet de eigenlijke oorzaak of versterkende factor, namelijk het geestelijk disfunctioneren.^{2,6}

Dat sommige ouderen meer lichamelijke klachten melden bij verminderd cognitief functioneren kan ook een uiting zijn van psychische stress. Onderzoek heeft aangetoond dat de lichamelijke klachten van mensen met een depressie een uiting zijn van de psychische stress.⁸ Men vermoedt dat dit mechanisme ook geldt voor mensen met cognitieve achteruitgang. Vooral in de beginfase zijn mensen zich bewust van hun cognitieve achteruitgang.⁷ Ze hebben door hun achteruitgang geen adequate coping-mechanismen om met de ontstane beperkingen om te gaan, waardoor een stresssituatie ontstaat. In de beginfase lijken ze deze stress om te zetten in meer geaccepteerde lichamelijke klachten. Bovendien kunnen mensen met verminderde cognitieve vermogens doorgaans minder goed met de pijn omgaan, waardoor ze meer pijn ervaren. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat mensen met lage rugpijn die passief met hun pijn omgaan meer pijn aangeven dan mensen die de pijn op een actieve manier verwerken.^{2,9,10}

Een andere verklaring voor de toegenomen rapportage van somatische klachten kan liggen in het feit dat de belevingswereld waarin de patiënt met cognitieve achteruitgang zich bevindt door de geheugenproblemen 'kleiner' wordt. Het geheugen is niet alleen ons venster op het verleden, maar ook op de toekomst. Wij kunnen ons immers geen voorstelling van de toekomst maken zonder ons geheugen te raadplegen. Daarnaast raken cerebrale activiteiten

als planning, organisatie en uitvoering bij voortschrijdend verval van het geheugen gestoord. Dit alles leidt ertoe dat de patiënt als het ware op een steeds kleiner wordend eiland komt te zitten. Het is voorstelbaar dat de patiënt de aandacht geheel op het lichaam gaat richten en pijnklachten sterker beleeft en uit.

Conclusie

Bij ouderen met onbegrepen klachten moet men een verminderd cognitief functioneren als oorzaak van de klachten altijd in de differentiële diagnose opnemen. Daarbij moet men bedenken dat er tot op heden relatief weinig onderzoek is verricht om deze relatie hard te maken. Door rekening te houden met verminderd cognitief functioneren kan men onnodig medisch handelen voorkomen en de zorg optimaal mogelijk op de patiënt afstemmen.

Literatuur

- 1 Parmelee PA, Smith B, Katz IR. Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:517-22.
- 2 Frisoni GB, Fedi V, Geroldi C, Trabucchi M. Cognition and the perception of physical symptoms in the community-dwelling elderly. *Behav Med* 1999;25:5-12.
- 3 Frisoni GB, Fratiglioni L, Fastbom J, Guo Z, Viitanen M, Winblad B. Mild cognitive impairment in the population and physical health: Data on 1,435 individuals aged 75 to 95. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55:M322-M328.
- 4 Bahro M, Silber E, Sunderland T. How do patients with Alzheimer's disease cope with their illness? A clinical experience report. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:41-6.
- 5 Geroldi C, Akkawi NM, Galluzzi S, Ubezio M, Binetti G, Zanetti O, et al. Temporal lobe asymmetry in patients with Alzheimer's disease with delusions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;69:187-91.
- 6 Merlino I, Sabbatoli F, Riello R, Geroldi C, Zanetti O, Frisoni GB. Physical complaints do not decrease linearly with increasing cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:1073-5.
- 7 Zanetti O, Vallotti B, Frisoni GB, Geroldi C, Bianchetti A, Pasqualetti P, et al. Insight in dementia: when does it occur? Evidence for a non-linear relationship between insight and cognitive status. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999;54:100-6.
- 8 Van Hooren SA, Valentijn SA, Bosma H, Ponds RW, Van Boxtel MP, Jolles J. Relation between health status and cognitive functioning: a 6-year follow-up of the Maastricht Aging Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005;60:57-60.
- 9 Harkapaa K. Relationships of psychological distress and health locus of control beliefs with the use of cognitive and behavioral coping strategies in low back pain patients. *Clin J Pain* 1991;7:275-82.
- 10 Summers JD, Rapoff MA, Varghese G, Porter K, Palmer RE. Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain* 1991;47:183-9.