

Acute benauwdheid op de huisartsenpost

URGENTIE BIJ BENAUWDHEID

Benauwdheid of kortademigheid is een subjectieve sensatie van een bemoeilijkte of onaangename ademhaling. Van de algemene bevolking had 8% de afgelopen twee weken last van ademhalingsproblemen.¹ Benauwdheid kan een onschuldige klacht zijn, maar ook een symptoom van respiratoire insufficiëntie, die optreedt bij diverse spoedeisende ziektebeelden. Wanneer een patiënt zich aanmeldt bij de huisartsenpost kan het moeilijk zijn om de aard en daarmee de ernst van de aandoening via de telefoon in te schatten. Daarbij komt dat de dienstdoende doktersassistente en huisarts de patiënt en diens voorgeschiedenis niet kennen. Bij alarmsymptomen, zoals pijn op de borst, bewustzijnsverlies of ernstige kortademigheid, zal de assistente volgens het protocol een (spoed)visite of consult afspreken. Indien de assistente bij benauwdheid twijfelt aan de urgentie is het vaak zinvol dat de huisarts per telefoon verder probeert onderscheid te maken tussen levensbedreigende en andere oorzaken van kortademigheid. Een voordeel hierbij is dat de huisarts tijdens het telefoongesprek een indruk krijgt van de ademfrequentie, bijgeruisen en ernst

Samenvatting

Arnold I. Acute benauwdheid op de huisartsenpost. *Huisarts Wet* 2011;54(7):394-7.

Acute benauwdheid is een veelvoorkomende klacht op de huisartsenpost. Naast somatische aandoeningen zoals een hartinfarct of longembolie komt ook een paniekaanval vaak voor. Dit artikel beschrijft de verschillende diagnoses bij acute benauwdheid en de manier waarop de huisarts het onderscheid kan maken tussen somatische oorzaken en een paniekaanval. Onder de 65 jaar is een paniekaanval de meest voorkomende verklaring van benauwdheid, na luchtweginfecties en astma/COPD. De eerste paniekaanval treedt meestal op voor het dertigste jaar – een eerste paniekaanval na het 65ste jaar is zeldzaam. Bij de triage op de huisartsenpost is van belang dat de doktersassistente benauwdheid via de telefoon soms moeilijk kan beoordelen. Daarom is vaak een klinische beoordeling van de huisarts nodig. Kenmerkend voor patiënten met een paniekaanval op de spoedeisende hulp is dat zij vooral een onbehaaglijk gevoel hebben en geen angst. Daarnaast gaan symptomen als hartkloppingen en benauwdheid niet gepaard met afwijkende bevindingen bij het lichamenlijk onderzoek of een verlaagde zuurstofsaturatie. De eerste behandeling van een paniekaanval bestaat vooral uit uitleg en advies. Intensievere behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie of het voorschrijven van antidepressiva, is een taak voor de eigen huisarts.

Vrijdagavond op de huisartsenpost

Om 22.15 uur meldt de heer Stalenhoef, 34 jaar, zich aan de telefoon bij de doktersassistente van de huisartsenpost. Hij vertelt hijgend dat hij plotseling erg benauwd is geworden en moeilijk ademhaalt. De assistente stelt hem enkele vragen en de heer Stalenhoef antwoordt dat hij sinds ongeveer een half uur klachten heeft van kortademigheid met daarbij hartkloppingen, een stekende pijn op de borst en zweten. Hij dringt aan op een spoedvisite, want hij is bang dat hij een hartaanval heeft en hij is op dat moment alleen. De doktersassistente raadpleegt het triagesysteem, maar twijfelt eraan of zij op grond van de klachten een visite met urgentie 1 moet afspreken. Zij overlegt met de regiearts en vraagt haar om het telefoongesprek over te nemen voor een verdere beoordeling.

De regiearts neemt het telefoongesprek over en stelt enkele vragen over kortademigheid en risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De heer Stalenhoef vertelt dat hij deze klachten vaker heeft gehad tijdens een periode van stress op het werk, nu twee jaar geleden. De klachten zijn toen spontaan verdwenen. Nu ziet hij geen aanleiding en daarom is hij ongerust. De pijn op zijn borst heeft hij sinds twee dagen en deze voelt aan als licht stekend, niet hevig of beklemmend. De klachten zijn niet gerelateerd aan inspanning en in zijn familie komen geen hart- en vaatziekten voor. Hij rookt ongeveer tien sigaretten per dag en gebruikt geen medicatie. De heer Stalenhoef wil graag dat er meteen een dokter langskomt omdat hij bang is dat het aan zijn hart ligt. De regiearts loopt het ABCDE-protocol na en stelt vast dat de heer Stalenhoef dit gesprek met een rustige ademhaling kan voeren en geen symptomen vertoont van ernstige ademnood, hevige pijn of dreigend bewustzijnsverlies. Volgens het ABCDE-protocol heeft de heer Stalenhoef geen acute levensbedreigende problemen die onmiddellijk handelen vereisen (U1). Op grond van de criteria van het Nederlands Triage Systeem komt hij in aanmerking voor beoordeling binnen 1 uur (U2). De regiearts legt dit uit aan de patiënt en biedt hem een consult aan op de huisartsenpost. De patiënt stemt hier mee in.

van de dyspneu. Bij een ernstig benauwde patiënt die vrijwel niet meer kan praten, kan de huisarts zo een hogere urgentie vaststellen dan bij een patiënt die bij de klacht kortademigheid nog een normaal gesprek kan voeren.

De kern

- Via de telefoon is een paniekaanval soms moeilijk te onderscheiden van een ernstige cardiale of pulmonale aandoening. Daarom is vaak een klinische beoordeling nodig.
- Kenmerkend voor een paniekaanval is dat de symptomen, zoals benauwdheid of hartkloppingen, niet gepaard gaan met afwijkende bevindingen bij percussie of palpatie van de thorax.
- Onder de 65 jaar is paniekstoornis de meest voorkomende verklaring van benauwdheid, na pulmonale oorzaken als luchtweginfecties en astma/COPD. De eerste paniekaanval treedt meestal op voor het 30ste levensjaar. De kans op een paniekaanval na het 65ste jaar is klein.
- Kenmerkend voor patiënten met een paniekaanval op de spoedeisende hulp is dat zij vooral een onbehaaglijk gevoel hebben en geen angst.

Het spoedconsult

Na 10 minuten is de heer Stalenhoef aangekomen op de dokterspost en neemt plaats in de wachtkamer. Na enkele minuten meldt hij dat hij zich onwel voelt, waarop de assistente hem direct naar de onderzoekskamer helpt. In de gang zakt hij op zijn knieën en zegt bijna geen adem meer te kunnen halen: 'Straks ga ik nog dood...'. De huisarts ziet echter duidelijke ademhalingsbewegingen en een roze gelaatskleur en besluit daarom de patiënt eerst te onderzoeken in de onderzoekskamer. Bij het onderzoek valt op dat de heer Stalenhoef een gespannen indruk maakt en snel en oppervlakkig ademhaalt. Hij zegt dat het is alsof hij alles op afstand meemaakt en er niet bij is. Hij heeft geen pijn op de borst, maar heeft wel last van trillen en zweten. Zijn hart voelt hij kloppen in zijn keel. De huisarts vraagt hem rustig en langzaam te ademen, en controleert daarna de vitale functies: de ademfrequentie is 16 per minuut, over de longen hoort zij geen dempingen of bijgeruisen, de bloeddruk is RR 165/95 en de pols regulair met 82 slagen per minuut. Na enkele minuten voelt de heer Stalenhoef zich weer wat beter. Het stelt hem gerust dat hij goed wordt onderzocht. De huisarts vertelt hem dat er geen aanwijzingen zijn voor een ernstige afwijking aan de longen of het hart. Het bonken van zijn hart wijst niet op een onregelmatige hartslag. Mogelijk ervaart hij zijn eigen hartslag als hartbonken doordat zijn bloeddruk door de spanning iets hoger is. Ze vraagt of hij wel eens vaker een aanval heeft gehad waarbij hij zich erg angstig of onbehaaglijk heeft gevoeld. De heer Stalenhoef vertelt dat hij drie jaar geleden vergelijkbare klachten van benauwdheid heeft gehad, die minder ernstig waren. Zijn huisarts had de klachten indertijd in verband gebracht met een drukke periode op zijn werk, maar nu was er geen duidelijke aanleiding.

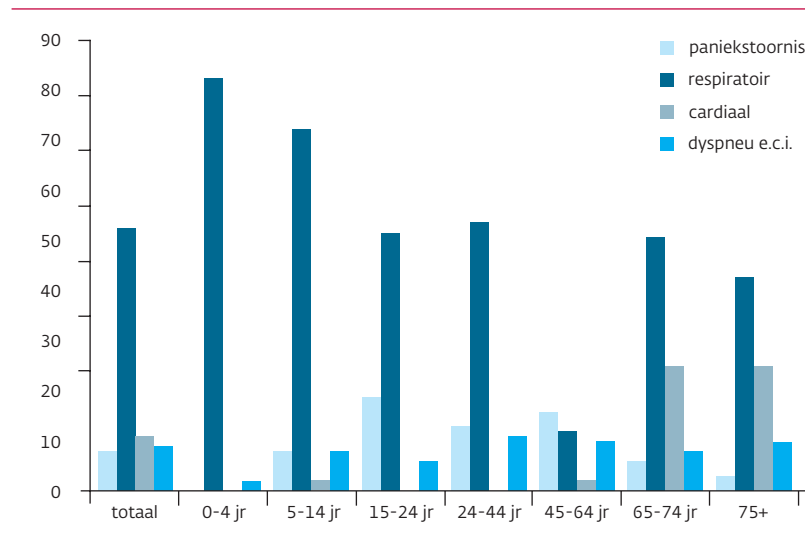
DIAGNOSTIEK BIJ BENUWDHEID

De leeftijd is een belangrijke voorspeller van de uiteindelijke diagnose. In de leeftijdsgroep 25 tot 44 jaar is de einddiagnose van alle patiënten die met benauwdheid bij de huisarts komen bij 54% respiratoir van aard. Bij 13% gaat het om een paniekstoornis en bij vrijwel niemand is er sprake van een cardiale oorzaak.² Bij patiënten ouder dan 75 jaar neemt de kans op een cardiale oorzaak toe tot 25% [figuur].

De indruk bestaat dat op een huisartsenpost de incidentie van acute ernstige oorzaken hoger is door selectie. Hierover zijn in de literatuur geen onderzoeksgegevens te vinden.

Bij de triage is het van belang om signalen van respiratoire insufficiëntie te herkennen en te onderscheiden van niet-levensbedreigende vormen van benauwdheid.³ Ernstige dyspneu kan de doktersassistente via de telefoon vaststellen doordat de patiënt vrijwel niet kan spreken. Andere alarmsymptomen bij benauwdheid die omstanders of medisch personeel kunnen vaststellen zijn het blauw of wit wegtrekken van de huid (cyanose, shock), hijgen (gebruik van hulpademhalingspijpen), een sterk versnelde ademhalingsfrequentie (meer dan 30-40/ minuut), bijgeruisen (piepen, rochelen) of bewustzijnsverlies. Bij de anamnese is vooral de vraag van belang of de patiënt de klachten eerder heeft gehad en of er aanwijzingen zijn voor een pulmonale, cardiale of psychiatrische aandoening. Bij het lichamelijk onderzoek zal de huisarts de benauwdheid proberen te objectiveren door inspectie, percussie en auscultatie van de longen en het hart. Bij afwijkende bevindingen in de anamnese of bij het lichamelijk onderzoek moet de huisarts een somatische verklaring van de benauwdheid overwegen. De differentiële diagnose bij acute kortademigheid is uitge-

Figuur Top 10 van einddiagnoses gerelateerd aan de klacht kortademigheid in de huisartsenpraktijk (voorafkansen in procent per leeftijdsgroep; naar het Transitieproject)²



breid en omvat onder andere pneumonie, pneumothorax, longembolie, hartfalen, acuut coronair syndroom, ritmestoornis en aneurysma aortae. Bij afwijkingen die kunnen wijzen op een levensbedreigende aandoening moet de huisarts onmiddellijk nadere diagnostiek (laten) verrichten of verwijzen voor specialistisch onderzoek en behandeling. Daarbij gaat het om verschijnselen als ernstige dyspneu met intrekkingen, tachypneu, afwijkende percussie of auscultatie van de longen,

Abstract

Arnold I. Acute breathlessness in general practice out-of-hours services. *Huisarts Wet* 2011;54(7):394-7.

Acute breathlessness is a common health problem seen in general practice out-of-hours services, and encompasses not only somatic disorders, such as heart attack and pulmonary embolism, but also panic attacks. This article describes the different diagnoses for acute breathlessness and how general practitioners can distinguish between somatic causes and a panic attack. After airway infections and asthma/chronic obstructive pulmonary disease, panic attack is the most common cause of breathlessness in people younger than 65 years. The first panic attacks usually occurs before the age of 30, and it is rare to see a first panic attack in a person older than 65. During triage, practice assistants should be aware that breathlessness can be difficult to evaluate over the phone, and that clinical evaluation by a general practitioner is often necessary. Patients who go to the emergency department with a panic attack typically feel ill at ease rather than in panic. Symptoms such as palpitations and breathlessness are not accompanied by abnormal findings on physical examination or a lowered oxygen saturation. In the first instance, panic attacks should be treated with advice and explanation. More intensive treatment, such as cognitive behavioural therapy or the prescription of antidepressants, is the task of the patient's own general practitioner.

Paniekaanval

De huisarts vertelt de heer Stalenhoef dat zijn klachten niet wijzen op een ernstige lichamelijke ziekte, maar typerend zijn voor een paniekaanval [kader]. Ze legt hem uit dat dit een plotselinge aanval is van hevige angst of een onaangenaam gevoel. Tijdens deze aanval had hij typische klachten van een paniekaanval, zoals benauwdheid, zweten, trillen, het snakken naar adem en het gevoel van onwerkelijkheid. Hoewel de klachten erg angstaanjagend kunnen zijn is een paniekaanval geen uiting van een ernstige lichamelijke ziekte. De lichamelijke symptomen tijdens een paniekaanval passen eerder bij iemand die in een levensbedreigende situatie verkeert en klaar staat om te vechten of te vluchten. Ze vraagt of de heer Stalenhoef kan instemmen met haar verklaring en gaat na of hij voldoende gerustgesteld is. Hij zegt dat hij zich goed herkent in de beschrijving van een paniekaanval, maar dat hij niet weet hoe hij een aanval kan voorkomen. Hij vraagt zich bezorgd af of hij plotseling weer een hevige aanval kan krijgen terwijl hij bijvoorbeeld alleen thuis is of autorijdt. De huisarts vertelt hem dat de angst voor een aanval weer nieuwe klachten kan oproepen. Hij kan het beste rustig blijven ademen en bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen doen. Als er toch nieuwe paniekaanvallen optreden is het goed mogelijk om deze te behandelen. Ze adviseert hem om hiervoor zijn eigen huisarts te raadplegen.

hevige pijn op de borst, cyanose, hypotensie, bradycardie of tachycardie. Hypoxie kan men met eenvoudig aanvullend onderzoek vaststellen – bij een meting van de zuurstofsaturatie met pulsoximetrie duidt een saturatie van minder dan 90% op ernstige hypoxie. Een hogere of zelfs een normale saturatie (> 96%) sluit echter potentieel ernstige aandoeningen niet uit, zoals een kleine longembolie of een paroxysmale ritmestoornis.

Indien men bij de anamnese en het lichamenlijk onderzoek geen aanwijzingen vindt voor een organische verklaring van de benauwdheid, dan is de negatief voorspellende waarde hiervan hoog. Dat wil zeggen dat de kans groot is dat er geen ernstige somatische afwijking aanwezig is.³ In dat geval is ook de aanvullende diagnostische waarde van een X-thorax of een ecg beperkt. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op een cardiale oorzaak echter toe en daarmee stijgt ook de positief voorspellende waarde van aanvullend onderzoek.

PANIEKAANVAL OF -STOORNIS

Een paniekaanval is een kortdurende periode van hevige angst of onbehagen waarbij ook andere klachten optreden, zoals kortademigheid, trillen, zweten of hartkloppingen.^{4,5} De diagnose paniekaanval moet men overwegen als er bij benauwdheid geen alarmsymptomen of objectiveerbare afwijkingen zijn en men bovendien de kortademigheid niet kan verklaren door een somatische aandoening. In het verleden heeft men ook de term hyperventilatie gebruikt voor paniekaanval, maar uit onderzoek blijkt dat een te hoge ademfrequentie geen relatie heeft met de klachten. De reden hiervoor is dat hyperventilatie wel een begeleidend verschijnsel kan zijn bij paniekaanvallen, maar niet de oorzaak is van de klachten.^{2,6}

Als paniekaanvallen vaker optreden en gepaard gaan met beperkingen in het functioneren door vermijding en angst voor een recidief, kan men de diagnose paniekstoornis stellen. Bij een patiënt die zijn klachten duidelijk herkent als een recidief paniekaanval kan men de diagnose via de telefoon stellen. Een bestaande diagnose paniekstoornis sluit echter een cardiale oorzaak niet uit: bij verandering van de klachten is nadere beoordeling op zijn plaats.

Diagnostische criteria (DSM-IV) van paniekaanval, agorafobie en paniekstoornis**Paniekaanval**

Een begrensde periode van intense angst of gevoel van onbehagen, waarbij vier (of meer) van de volgende symptomen plotseling ontstaan, die binnen 10 minuten een maximum bereiken:

- hartkloppingen, bonzend hart of versnelde hartactie
- transpireren
- trillen of beven
- gevoel van ademnood of verstikking
- naar adem snakken
- pijn of onaangenaam gevoel op de borst
- misselijkheid of buikklachten
- gevoel van duizeligheid, onvastheid, licht in het hoofd of flauwte
- derealisatie (gevoel van onwerkelijkheid) of depersonalisatie (gevoel los van zichzelf te staan)
- angst de zelfbeheersing te verliezen of gek te worden
- angst dood te gaan
- paresthesieën (verdoofde of tintelende gevoelens)
- opvliegers of koude rillingen

Agorafobie

- angst op een plaats of situatie te zijn waaruit ontsnappen moeilijk kan zijn in het geval dat men een paniekaanval krijgt
- de situaties worden vermeden, met angst doorstaan of een begeleider is noodzakelijk

Paniekstoornis (kan voorkomen met of zonder agorafobie)

- recidiverende onverwachte paniekaanvallen
- na ten minste een van de aanvallen was er een maand (of langer) ongerustheid of gedragsverandering gerelateerd aan het krijgen van een aanval

De kans op een paniekaanval is groter als de patiënt eerder een paniekaanval heeft doorgemaakt of bekend is met een psychiatrische diagnose of een actueel psychosociaal probleem.^{7,8} Daarnaast treedt de eerste paniekaanval meestal op voor het 30ste levensjaar en is de kans op een paniekaanval na het 65ste jaar klein.⁵ Vrouwen maken tweemaal zo vaak een paniekaanval mee als mannen.^{7,8}

In de algemene bevolking voldoet 3% van alle mensen aan de diagnose paniekstoornis en kan men in de helft van de gevallen comorbiditeit vaststellen met een psychiatrische diagnose als depressie of hypochondrie.⁷ Precieze cijfers over het voorkomen van paniekaanval op de huisartsenpost zijn niet beschikbaar. Uit gegevens afkomstig van de Eerste (hart)hulp blijkt dat men bij 22 tot 59% de diagnose paniekstoornis stelt.⁸ Twee factoren bemoeilijken de herkenning van een paniekstoornis op de huisartsenpost. Ten eerste gaan de gangbare protocollen en triagesystemen steeds uit van een somatische verklaring voor lichamelijke klachten als benauwdheid, kortademigheid of pijn op de borst. Hierdoor krijgen andere diagnoses als paniekstoornis weinig aandacht. Daarnaast lijken patiënten met een paniekaanval op de Eerste Hulp zich anders te presenteren dan in een psychiatrische setting. Vaak staat niet de angst of paniek op de voorgrond, maar eerder het gevoel van onbehagen ('non fearful panic disorder').⁸ Als men dan niet doorvraagt naar de andere symptomen van een paniekaanval kan men de diagnose missen.

BELEID

Bij benauwdheid is het primair van belang ernstige somatische oorzaken uit te sluiten door een goede anamnese en grondig lichamelijk onderzoek. Via de telefoon is een paniekaanval soms moeilijk te onderscheiden van een ernstige cardiale of pulmonale aandoening.

Bij ernstige klachten, grote ongerustheid of een eerste paniekaanval is het meestal noodzakelijk om de patiënt op de huisartsenpost te beoordelen. Recidieven van een paniekaanval die de patiënt herkent als typisch kan men vaak behandelen met een telefonisch advies. Huisbezoek is alleen noodzakelijk als via de telefoon geen goede diagnose is te stellen en de klachten en ongerustheid hevig zijn. De acute behandeling van een paniekaanval bestaat vooral uit patiëntenvoorlichting over de fysiologische verschijnselen die optreden bij paniek en angst. Bij hevige angst kan de dienstdoende huisarts zo nodig enkele tabletten oxazepam 10 mg voorschrijven en naar de eigen huisarts verwijzen. De huisarts kan een ongecompliceerde paniekstoornis zelf behandelen met patiëntenvoorlichting, gedragsmatige adviezen, antidepressiva of een combinatie hiervan.^{4,9-11} Bij een langdurig beloop of ernstige klachten is een verwijzing geïndiceerd voor bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie door een psycholoog of een andere gespecialiseerde hulpverlener. Dat is echter een taak voor de eigen huisarts van de patiënt. ■

LITERATUUR

- 1 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004. <http://www.nivel.nl/nationalestudie>.
- 2 Thoonen BPA, Van Weel C. Kortademigheid. In: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten: bouwstenen voor rationeel probleemoplossen. Tweede herziene druk. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2005.
- 3 Thoonen BPA, Van Weel C. Kortademigheid. Huisarts Wet 2002;45:414-9.
- 4 Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Albers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. Huisarts Wet 2004;47:26-37.
- 5 Katon WJ. Clinical practice. Panic disorder. N Engl J Med 2006;354:2360-7.
- 6 Hornsveld HK, Garssen B, Dop MJ, Van Spiegel PI, De Haes JC. Double-blind placebo controlled study of the hyperventilation provocation test and the validity of the hyperventilation syndrome. Lancet 1996;348:154-8.
- 7 Batelaan NM, De Graaf R, Van Balkom AJLM, Vollebergh WAM, Beekman ATF. De epidemiologie van paniek. Tijdschr Psych 2006;48:195-205.
- 8 Kuijpers PMJC, Honig A, Griez EJJ, Braat SHJC, Wellens HJJ. Paniekstoornis bij patiënten met pijn op de borst en palpitations: een onvoldoende onderzoekend verband. Ned Tijdschr Geneesk 2000;144:732-6.
- 9 Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. Cochrane Database Syst Rev 2007, Issue 1. Art. No.: CD004364.
- 10 Neomagus GJH. Helpen bij paniek en vermijding. Huisarts Wet 2001;12:563-6.
- 11 Van Boeijen CA, Van Oppen P, Boeke AJP, Visser S, Kempe PT, Blankenstein AH, et al. Angststoornissen in de eerste lijn vaak goed te behandelen. Huisarts Wet 2007;50:315-20.

Deze nascholing maakt deel uit van de serie 'Acute geneeskunde'. Afleveringen in deze serie verschijnen eens per kwartaal.