

# Psychiater niet altijd de eerst aangewezen specialist bij psychiatrische klachten

C. KAHLÉ, R.M.F. SOREL, A.G.M. BORGGREVE, G.M.F. RUINEMANS,  
R.R. PLOEGER

**SAMENVATTING** Bij drie patiënten werden psychiatrische klachten onjuist geïnterpreteerd en werd somatische diagnostiek onvolledig verricht. Een deel van de psychiatrische symptomen in de geestelijke gezondheidszorg, zoals angst, verwardheid en zelfs suïcidaliteit, wordt veroorzaakt door een onderliggende somatische oorzaak. In de meeste gevallen wordt hieraan, vooral bij patiënten met een psychiatrische voorgeschiedenis, nog onvoldoende aandacht besteed. Wij achten een brede klinische blik, met eveneens aandacht voor somatische oorzaken voor psychiatrisch ogende problemen, noodzakelijk. Dit omdat psychiatrie en somatiek een duidelijke overlap hebben.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)6, 447-451]

**TREFWOORDEN** somatische diagnostiek, psychiatrische symptomen

In het algemeen ziekenhuis worden patiënten met een breed scala aan ziektebeelden gezien, met zowel somatische als psychiatrische klachten. Patiënten met psychiatrische klachten worden vaak direct naar de psychiater verwezen. Echter, dit is deels ten onrechte omdat een deel van de psychiatrische klachten wordt veroorzaakt door onderliggende somatische problematiek, wat eerst dient te worden uitgesloten. We kunnen hierbij denken aan verwardheid en angst, maar ook aan somberheid en suïcidaliteit.

Het niet onderkennen van een somatische genese kan potentieel schadelijk zijn. Er kan hierdoor vertraging ontstaan in het geven van adequate somatische therapie. Zo blijkt bijvoorbeeld bij patiënten die zich melden met een pneumonie, dat een delay in het toedienen van antibiotica gepaard gaat met een hogere mortaliteit. Dit delay treedt echter met name op bij de oudere patiënt ( $\geq$  65 jaar) met een veranderd bewustzijn (zoals verwardheid of delier) of afwezigheid van koorts. Ten gevolge van dit atypische klachtenpatroon is zowel

de huisarts als clinicus onvoldoende alert op een onderliggende pneumonie, hetgeen gepaard gaat met een delay in het verwijzen van patiënt naar het juiste specialisme alsmede in het starten van adequate therapie zoals antibiotica (Waterer e.a. 2006).

Voor de psychiater is het van groot belang een onderliggende somatische oorzaak als verklaring voor de psychiatrische symptomen te overwegen, juist omdat patiënten met dergelijke klachten naar psychiaters worden gestuurd. Dit geldt met name voor psychiaters die werkzaam zijn op een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ), maar ook in de ggz-instellingen kan er overlap zijn tussen psychiatrische en somatische symptomen. Ter illustratie beschrijven wij 3 zeer verschillende casussen.

## GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënte A, een 46-jarige gescheiden moeder van twee kinderen met een ernstige therapieresis-

tente depressie, had in het verleden uitgebreide behandeling ondergaan door middel van medicatie en elektroconvulsieve therapie (ECT). Thans werd zij opgenomen op de afdeling Chirurgie nadat zij een tentamen suïcidii (TS) deed door van een dak te springen. Patiënte liep hierbij multiële fracturen op van onder andere femur, clavicula en ribben, waarvoor operatief ingrijpen noodzakelijk was. Gedurende opname uitte patiënte zich meerdere malen suïcidaal, was angstig en vroeg bij herhaling om euthanasie. Zodoende werd de psychiater geconsulteerd.

Een week na opname werd de psychiater opnieuw geconsulteerd omdat patiënte in toenemende mate angstig was en hyperventileerde, waarin zij niet te corrigeren was. Verzoek was symptoombestrijding door middel van medicatie. Bij consultatieve beoordeling zagen wij een angstige, tachypnoeïsche, transpirerende en onrustige vrouw, die aangaf met name benauwd te zijn. Bij het psychiatrisch onderzoek was patiënte helder en adequaat. Er waren geen stoornissen in het denken of de waarneming. Patiënte was zo angstig en onrustig dat de stemming op dat moment niet te beoordelen was. Zij uitte zich niet suïcidaal.

Bij navraag bleek de perifere zuurstofsaturatie de gehele dag verlaagd te zijn geweest (< 90%). De zaalarts had reeds een CT-scan aangevraagd omdat deze longembolieën vermoedde; De CT-scan zou later die dag vervaardigd worden. Echter, in verband met een snelle klinische verslechtering werd patiënte met spoed overgeplaatst naar de Intensive Care Unit (ICU). Daar werd zij kort na binnenkomst geïntubeerd onder het beeld van een respiratoire insufficiëntie op basis van overvulling na ruime vochttoediening op de chirurgische afdeling. Patiënte knapte spoedig op na behandeling met diuretica en zij werd enkele dagen later in klinisch goede conditie naar de verpleegafdeling teruggeplaatst.

Inmiddels is patiënte geheel hersteld na een langdurig revalidatietraject op de PAAZ waar ze tegelijkertijd behandeld werd voor haar depressie.

Patiënt B, een 44-jarige alleenstaande werkloze man, bekend wegens alcoholabus, meldde zich na een val in verwarde toestand op de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH). In de supermarkt was hij op zijn hoofd gevallen, waarna hij met de ambulance naar de SEH werd gebracht. Omdat er mogelijk sprake was geweest van een collaps werd hij gezien door de internist. Bij lichamelijk onderzoek had patiënt een hematoom rond het rechter oog en een kleine hoofdwond.

Op de SEH werd patiënt toenemend verward en suf en op verdenking van een alcoholonthoudingsdelier werd de psychiater door de internist geconsulteerd. Bij beoordeling maakte patiënt een slecht verzorgde indruk en frunnikte voortdurend aan zijn infuus. Het bewustzijn was helder, maar patiënt was gedesoriënteerd in tijd en plaats. De waarneming was in tegenstelling tot het geheugen ongestoord. De stemming was geagiteerd, zonder dat er sprake was van suïcidaliteit. Op dat moment was er (nog) geen beeldvormend onderzoek verricht. Laboratoriumonderzoek liet een alcoholpromillage van < 0,1 g/l zien (normaal).

Op verzoek van de psychiater werd in overleg met de dienstdoende neuroloog een CT-scan van het cerebrum verricht, waarop twee grote epidurale hematomen rechts temporaal en pariëtaal met massawerking werden gezien. Daarnaast was een fractuur van het os temporale rechts te zien.

Patiënt werd met spoed overgeplaatst naar een neurochirurgisch centrum in de regio, waar de hematomen werden ontlast en de verwardheid afnam. Echter na enkele dagen nam de verwardheid wederom toe, hetgeen opnieuw werd toegeschreven aan een alcoholonthoudingsdelier. Ditmaal bleek er echter sprake van een ernstige hypnatriëmie als gevolg van cerebral salt wasting (verhoogde renale natriumuitscheiding als respons op een trauma of beschadiging van het cerebrum). Na behandeling hiervan door de internist nam de verwardheid af en werd patiënt in verbeterde toestand naar huis ontslagen.

Patiënte C, een 49-jarige kinderloze alleenstaande vrouw, werd door de huisarts met spoed verwezen naar de polikliniek Psychiatrie wegens verwardheid en zelfverwaarlozing, met een vermoeden van een recidief van een depressie. Patiënte was jaren geleden wegens een depressie onder behandeling geweest op de PAAZ. Inmiddels was haar depressie reeds 10 jaar in remissie met medicatie.

Bij aanmelding zagen we een verwarde vrouw met een incoherente klachtenpresentatie. Uit de heteroanamnese kwam naar voren dat patiënte de laatste weken moe was en weinig tot niets deed. Zij zou tevens wat hoesten. Bij onderzoek was er sprake van een dronkemansgang.

Voor verdere diagnostiek werd zij opgenomen op de PAAZ, waar de neuroloog werd geconsulteerd wegens vermoeden van een cerebrovasculair accident of ander neurologisch lijden. Deze kon echter geen neurologische verklaring voor de klachten vinden.

Op de afdeling bleek patiënte koorts te hebben (39,3°C) en bij lichamelijk onderzoek waren er over de rechter long uitgebreide crepitaties te horen. Daarbij waren de ontstekingsparameters bij laboratoriumonderzoek sterk verhoogd. Er werd een thoraxfoto vervaardigd waarop uitgebreide infiltratieve afwijkingen werden gezien in zowel de rechter boven- als middenkwab. Deze deden denken aan een bilobaire pneumonie.

Patiënte werd hierop overgeplaatst naar de afdeling Longziekten, waar zij intraveneus antibiotica kreeg toegediend. Na enkele dagen werd patiënte respiratoir insufficiënt en zij werd overgeplaatst naar de ICU voor invasieve beademing. Ondanks uitgebreide kweken en verrichten van een bronchoalveolaire lavage kon geen verwekker worden aangetoond.

Uiteindelijk knapte patiënte goed op en zij werd uit het ziekenhuis ontslagen. Zij maakte het zowel fysiek als mentaal goed, zonder tekenen van een recidiefdepressie. Waarschijnlijk was er bij haar sprake van een bijzondere presentatie van een delier bij een pneumonie.

## BESCHOUWING

Er is al vaker geschreven over de kwaliteit van diagnostiek en behandeling van patiënten met een psychiatrische voorgeschiedenis, die zich presenteren met psychiatrische klachten op basis van een somatische oorzaak (Graber e.a. 2000; Haberfellner & Ritmannsberger 1996; Hengeveld & Antheunissen 1990; Jacovides & Siamouli 2008; Mulder & de Reus 2001; Reeves e.a. 2000, 2010; van Waarde & van der Mast 2000; van Waarde e.a. 2004; Zun 2005). Bij deze patiëntengroep bestaat de kans dat er onvoldoende onderzoek wordt verricht naar somatische oorzaken van de gepresenteerde klachten, met een mogelijk vertraging in adequate diagnostiek en behandeling tot gevolg. Hoewel hier al jaren aandacht voor is in de literatuur, blijkt de somatische zorg bij psychiatrische patiënten in bepaalde gevallen nog altijd onvoldoende, zoals onze casuïstiek illustreert. Wij zijn van mening dat er nog meer geschreven zou moeten worden over deze belangrijke problematiek.

## Casussen

Bij patiënte A werd de toegenomen benauwdheid toegeschreven aan een niet-corrigeerbare hyperventilatie ten gevolge van angst, ondanks het feit dat zij gedesatureerd was. In plaats van snel adequate somatische diagnostiek in te zetten, werd de psychiater geconsulteerd, met een delay in diagnostiek en behandeling tot gevolg. Weliswaar werd CT-scan aangevraagd, maar met onvoldoende urgentie.

Bij patiënt B rijst de vraag waarom er niet eerder aanvullende beeldvormende diagnostiek van het cerebrum werd verricht. Vanuit de literatuur is bekend dat er juist na alcoholinname een verhoogde kans bestaat op een intracerebrale bloeding na een val op het hoofd. Hieruit voortvloeiend is in de consensus neurologie opgenomen dat bij alcoholgebruik en commotio cerebri een CT van het brein vervaardigd dient te worden. Echter, patiënt zijn sufheid werd toegeschreven aan alcoholintoxicatie dan wel een alcoholonthoudingsde-

lier, hetgeen een gevaarlijke valkuil blijkt te zijn. Ook voor de internist kan het een lastige keuze zijn, de psychiater of de neuroloog in consult vragen.

Bij patiënte C is onvoldoende aandacht besteed aan de (hetero)anamnese. Volgens de huisarts zou patiënte somber zijn en zichzelf verwaarlozen. Echter, patiënte bleek de laatste maanden vooral vermoeid en lusteloos te zijn geweest. Een aantal dagen voor opname trad er een duidelijke gedragsverandering op met verwardheid, hoestklachten en later koorts, hetgeen beter past bij een infectieuze aandoening dan bij een recidief van depressie. Het ontbreken van adequate diagnostiek in de eerste lijn heeft een delay in de diagnostiek en behandeling tot gevolg gehad.

In deze casussen komt nog eens het belang naar voren van somatische diagnostiek bij patiënten die zich melden met psychische klachten, en waarbij hun psychiatrische voorgeschiedenis belast is. Bij de drie door ons beschreven patiënten werd er op basis van hun psychiatrisch verleden te snel gedacht aan een psychiatrisch ziektebeeld, waardoor er onvoldoende of vertraagd somatische diagnostiek plaatsvond.

## CONCLUSIE

De beschreven casuïstiek illustreert dat óók bij patiënten met een psychiatrische voorgeschiedenis die zich presenteren met psychische klachten, een degelijke anamnese, lichamelijk onderzoek en op indicatie aanvullende diagnostiek onmisbaar zijn. Hiermee wordt een delay in het stellen van de juiste diagnose en starten van de juiste behandeling voorkómen. Psychiatrie en somatiek kunnen niet als twee volledig onafhankelijke entiteiten worden gezien.

Daarom moet de psychiater niet schromen om andere (somaatich georiënteerde) specialisten te consulteren omdat ook de verwarde, angstige, sombere of suïcidale patiënt baat heeft bij een kritische en brede klinische analyse. Het is het de taak van de psychiater om somatische problematiek in de differentiaaldiagnose op te nemen en hier

onderzoek naar te (laten) doen, ook als er verwijzing heeft plaatsgevonden vanuit een ander specialisme.

Wij adviseren dan ook een gedegen somatische screening door de psychiater bij iedere patiënt die binnenkomt, zowel klinisch als poliklinisch, zowel binnen het algemeen ziekenhuis als binnen ggz-instellingen. Dit advies sluit aan bij het streven van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar betere somatische zorg binnen de ggz. Door somatische screening bij alle psychiatrische patiënten hopen wij onderdiagnostiek en vertraging in somatische behandeling te voorkomen.

## LITERATUUR

- Graber MA, Bergus B, Dawson JD, Wood GB, Levy BT, Levin IL. Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 204-6.
- Haberfellner EM, Rittmannsberger H. Somatic illnesses in psychiatric patients. 9 case reports. *Nervenarzt* 1996; 67: 789-93.
- Hengeveld MW, Antheunissen T. Psychiatrisch is niet altijd psychogeen, juist in het algemene ziekenhuis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1929-31.
- Iacovides A, Siamouli M. Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 417-21.
- Mulder T, Reus de R. Psychiatrische ziekten beschermen niet tegen een somatische aandoening. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 1333-6.
- Reeves RR, Pendarvis EJ, Kimble R. Unrecognized medical emergencies admitted to psychiatric units. *Am J Emerg Med* 2000; 18: 390-3.
- Reeves RR, Parker JD, Loveless P, Burke RS, Hart RH. Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission. *Ann Clin Psychiatry* 2010; 22: 180-5.
- Waarde van JA, Mast van der RC. Een delirium? Opname in het algemene ziekenhuis, niet in het psychiatrische. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 44: 913-5.
- Waarde van JA, Richter C, Müller METM, Verwey B. De medisch-psychiatrische unit: meerwaarde voor patiënten, artsen en ziekenhuizen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148: 209-11.
- Waterer GW, Kessler LA, Wunderink RG. Delayed administration of antibiotics and atypical presentation in community-acquired pneumonia. *Chest* 2006; 130: 11-5.

Zun LS. Evidence-based evaluation of psychiatric patients. J Emerg Med 2005; 28: 277-83.

AUTEURS

CYNTHIA KAHLÉ basisarts, ZGT Almelo; thans: Mobiel screeningsteam, Leeuwarden, GGZ Friesland.

RENÉ SOREL, psychiater, PAAZ ZGT Almelo.

FONS BORGGREVE, neuroloog, ZGT Almelo.

MAARTEN RUINEMANS, longarts, ZGT Almelo.

ROBERT PLOEGER, psychiater en opleider, PAAZ, ZGT Almelo.

Correspondentieadres: Cynthia Kahlé, Schouw 54-32, 8232 XK Lelystad.

E-mail: cynthiakahle@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-1-2013.

SUMMARY

A psychiatrist is not always the one and only specialist needed by patients with psychiatric symptoms – C. Kahlé, R.M.F. Sorel, A.G.M. Borggreve, G.M.F. Ruinemans, R.R. Ploeger –

*We present three cases in which psychiatric symptoms were misinterpreted and somatic investigation was incomplete. Some of the symptoms encountered in mental health care such as anxiety, confusion and even attempted suicide, are caused by an underlying somatic disorder. In most cases, particularly when patients have a known past psychiatric history, insufficient attention is given to possible somatic causes of psychiatric symptoms. Since psychiatric and somatic symptoms can clearly overlap, we believe that health professionals, particularly psychiatrists, should take a broad clinical view and give close attention to the possibility that a patient's psychiatric symptoms may have somatic causes.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)6, 447-451]

KEY WORDS psychiatric symptoms, somatic screening