

Tbc bij een vrouw met een ernstige psychiatrische aandoening

F.M. VAN HASSELT, Y. COEHORST, L. VERHEIJEN-BREEMHAAR, B. FEENSTRA, A.J.M. LOONEN

SAMENVATTING Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) hebben een beperkt vermogen om een hulpvraag over lichamelijke symptomen te formuleren. Dit wordt mede veroorzaakt door gedesorganiseerd denken, veranderd waarnemen van lichamelijke symptomen zoals pijn, en een taalbarrière. Wij zagen een patiënte bij wie door EPA tbc laat gediagnosticeerd werd. Deze casus illustreert dat de genoemde oorzaken niet los van elkaar staan, maar onderling verweven zijn. Screening op latente ziekten, zoals tbc, vermindert het risico op vertraagde diagnose door het ontbreken van een hulpvraag. De beoordeling van lichamelijke klachten bij patiënten met EPA zal door zowel somatische als psychiatrische specialisten gezamenlijk moeten plaatsvinden om de symptomen goed te kunnen duiden.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)1, 50-53

TREFWOORDEN ernstige psychiatrische aandoeningen, lichamelijke gezondheid, organisatie van zorg



Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) zijn kwetsbaarder voor lichamelijke ziekten dan de algemene bevolking. De kans op cardiovasculaire ziekten is bij hen bijvoorbeeld 2-3 maal zo groot. Dit komt door biologische factoren, ongezonde leefstijl, bijwerkingen van medicatie en zorggerelateerde factoren (De Hert e.a. 2011a; Robson e.a. 2007). Dit leidt tot een vermindering van de levensverwachting met 13-30 jaar (De Hert e.a. 2011b). De verhoogde kwetsbaarheid kan ook ten dele worden verklaard vanuit het onvermogen van patiënten om adequaat hulp te vragen door onder andere cognitieve problemen, veranderde pijngewaarwording en moeite lichamelijke klachten te herkennen (De Hert e.a. 2011a).

Het is verontrustend dat het verschil in sterfte per leeftijdscategorie tussen de algemene bevolking en patiënten met EPA oploopt (Saha e.a. 2007). Dit oplopende verschil kan deels verklaard worden door het niet tijdig diagnosticeren en behandelen van lichamelijke ziekten door onder andere gebrek aan monitoring en gebrek aan samenwerking tussen medisch specialisten (De Hert e.a. 2011a).

Wij beschrijven een casus die hier een voorbeeld van vormt: wij zagen een patiënte met tuberculose die niet in staat was om op adequate wijze een hulpvraag te formuleren en er was geen monitoring op basis van risicofactoren. Daardoor kon niet tijdig zorg worden verleend. In de

bespreking gaan wij in op de mogelijkheden om deze problemen te beperken.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 52-jarige vrouw sedert twintig jaar bekend wegens schizofrenie en temporale epilepsie, werd na het overlijden van haar ouders opgenomen op een verblijfsafdeling omdat ze niet in staat was om voor zichzelf te zorgen. Gedurende de opname kreeg zij in toenemende mate periodes waarin zij heftig schreeuwde. Ook riep zij vaak 'pijn, pijn', waarbij zij soms schouderklachten aangaf. Aan de schouder werden geen afwijkingen gevonden. Opvallend was dat zij vaak koude aangaf en een jas droeg, waarbij zij niet gemotiveerd kon worden om zich warmer te kleden.

De neuroloog werd in consult gevraagd voor diagnostiek en behandeling, omdat gedacht werd dat deze klachten mogelijk pasten bij de temporale epilepsie. Er werd geen neurologische verklaring voor de verandering in het beeld gevonden. Medicatiewijzigingen om deze mogelijke aanvallen beter te controleren hadden geen effect. Ook uitgebreid laboratoriumonderzoek inclusief bloedbeeld, lever- en nierfuncties en infectieparameters leverde geen aanwijzingen op voor de verandering in haar toestandsbeeld. Omdat deze uitgebreide diagnostische onderzoeken geen

afwijkingen aan het licht brachten, werden haar kreten 'pijn, pijn' geïnterpreteerd als een algemene omschrijving van ongenoegen of stress, waaronder bij momenten lichamelijke pijn.

Algemene voorgeschiedenis

Patiënte groeide op in een land waar tuberculose (tbc) endemisch is. Op haar 26ste emigreerde zij naar Nederland. Op haar 27ste werd zij in Nederland behandeld voor actieve long-tbc; bij controle twee jaar later (ook met bronchoscopie) werden geen tekenen van actieve ziekte meer vastgesteld. Op basis van onze gegevens leek er daarna geen controle meer te hebben plaatsgevonden. Van haar 34ste tot haar 50ste verbleef zij regelmatig in haar geboorteland.

Patiënte woonde bij haar ouders, hoewel geregeld afgewisseld met korte opnames in een psychiatrisch ziekenhuis. Alle contacten met haar verliepen in zeer beperkt Nederlands of met hulp van de tolkentelefoon. Zij had, ondanks lessen, nooit Nederlands kunnen leren.

Neurologische en psychiatrische voorgeschiedenis

Bij aankomst in Nederland werd patiënte tevens neurologisch onderzocht vanwege gegeneraliseerde insulten met bizarre gevoelssensaties die gepaard gingen met angst en agressie. Op basis van temporale eeg-afwijkingen werd anti-epileptische behandeling ingesteld, waardoor de aanvallen verminderden. Vanaf haar 28ste werd zij regelmatig opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis vanwege imperatieve hallucinaties, autoagressie en episoden van verwardheid. Toen werd de diagnose schizofrene psychose met epilepsie gesteld. In het verdere beloop werd haar anti-epileptische behandeling bemoeilijkt door bijwerkingen van de medicatie zoals leukopenie, hyponatriëmie en inductie van psychose.

Beloop

Na ongeveer 1 jaar opname op de verblijfsafdeling verloor patiënte in enkele maanden 20% van haar lichaamsgewicht. Parallel hieraan nam in deze periode haar buikomvang juist toe en werden er bij lichamelijk onderzoek supraclaviculaire lymfomen gevonden. Met de werkdiagnose carcinoomateuze ascites met onbekende tumorlokalisatie werd zij naar het algemeen ziekenhuis overgebracht.

Een ct-scan van het abdomen toonde ascites en een verdikt omentum. Er werden bij laboratoriumonderzoek en beeldvormend onderzoek geen primaire tumor of aanwijzingen voor metastasering gevonden. Het ascitesvocht en de supraclaviculaire lymfomen werden gepuncteerd en gekweekt; daarin werd *Mycobacterium bovis/africanum* aangetoond. Ook in de vergrote supraclaviculaire en axil-

AUTEURS

FENNEKE VAN HASSELT, AIOSKO-psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen, farmacotherapie en farmacotherapeutische patiëntenzorg, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Bergen op Zoom.

YVONNE COEHORST, poortarts, Lievensberg ziekenhuis, Bergen op Zoom.

DINEKE VERHEIJEN-BREEMHAAR, longarts n.p., Lievensberg ziekenhuis, Bergen op Zoom.

BAS FEENSTRA, neuroloog, Lievensberg ziekenhuis, Bergen op Zoom.

ANTON LOONEN, hoogleraar Farmacotherapie bij psychiatrische patiënten, basiseenheid Farmacotherapie en Farmacotherapeutische Patiëntenzorg, Rijksuniversiteit Groningen, arts/klinisch farmacoloog GGZ Westelijk Noord-Brabant, Delta Poortugaal.

CORRESPONDENTIEADRES

F.M. van Hasselt, GGZ WNB Schelde 1, Postbus 371, 4600 AJ Bergen op Zoom.
E-mail: Fenneke.van.hasselt@ggzwnb.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-6-2013.

laire lymfeklieren werd *M. bovis* aangetoond. De diagnose extrapulmonale tbc werd hiermee vastgesteld en er werd gestart met isoniazide, pyrazinamide, rifampicine en ethambutol.

Desondanks overleed patiënte binnen enkele weken na de diagnose. Bij lichaamsobductie werd een diffuse, granulomateuze peritonitis waargenomen en consolidatie van een deel van de long. Bij schedelobductie werden enkele specifieke afwijkingen gevonden op de meningen, maar deze waren niet granulomateus. Er werden geen andere hersenafwijkingen gevonden.

BESPREKING

Het onvermogen van deze patiënte om een hulpvraag te formuleren en haar ziekteverschijnselen te beschrijven leidde bij haar hulpverleners tot diagnostische verwarring. Zij kon haar hulpvraag niet in helder Nederlands formuleren. Dit hing niet alleen samen met een taalbarrière: ook in haar moedertaal, met de ondersteuning van de tolkentelefoon, lukte het haar niet haar symptomen te beschrijven. Ook het raadplegen van familieleden bood geen soelaas. Het onvermogen om de ziektesymptomen adequaat te beschrijven kan passen bij de diagnose schizofrenie, maar werd in haar geval mogelijk versterkt door

(veronderstelde) beperkte verstandelijke vermogens; deze zijn nooit formeel getest. Bovendien zal zowel de schizofrene psychose als de gebruikte antipsychotische medicatie haar gewaarwording van pijn en andere lichamelijke symptomen hebben beïnvloed (De Hert e.a. 2011a).

Differentiaaldiagnose

Differentiaaldiagnostisch konden de episodes met verwarren en schreeuwen geduid worden als temporale epileptische aanvallen, psychose (al dan niet postictaal) of een uiting van pijn dan wel een combinatie hiervan. De medicatiewijziging gericht op het verminderen van mogelijke epileptische aanvallen had geen effect. Dit maakte epilepsie als oorzaak minder waarschijnlijk. Een opflakkering van haar psychose bij lichamelijke ziekte leek minder waarschijnlijk door het ontbreken van aanwijzingen daarvoor bij lichamelijk onderzoek en het herhaald laboratoriumonderzoek.

Vervolgens traden er gewichtsverlies op en toename van de buikomvang. Op dat moment had tbc-screening het stellen van de juiste diagnose en de start van de behandeling kunnen bespoedigen. Dat de diagnose in dit stadium niet is gesteld, is evenwel geen uitzondering voor landen met een lage tbc-prevalentie. Deze detectie is gemiddeld circa 3 maanden vertraagd (Leutscher e.a. 2012), dus in mindere mate dan de circa 10 maanden bij onze patiënte. Terugkijkend had bij haar opname voor langdurig verblijf, op basis van haar risico op een nieuwe infectie in haar geboorteland of reactivatie van de oude infectie, overleg met de GGD-tuberculosebestrijding gevoerd moeten worden over noodzaak en methode van screening.

Screening

Bij het screenen op een latente ziekte is de diagnostiek niet afhankelijk van de hulpvraag en hierdoor hadden in onze casus eerder diagnostiek en behandeling kunnen plaatsvinden. Voor deze gevalsbeschrijving richten wij ons op de screening voor latente tbc. Tbc-screening moet worden overwogen bij patiënten die risico lopen op een infectie of op reactivatie van een eerder doorgemaakte infectie (TABEL 1).

Onze patiënte bezocht nog regelmatig haar geboorteland waar tbc endemisch is, daarnaast was zij eerder geïnfecteerd. Bovendien werd zij behandeld met *levetiracetam* en valproïnezuur, twee geneesmiddelen die een immuunsuppressief effect kunnen hebben. Op basis van deze factoren bestond voldoende indicatie om haar te screenen voor latente tbc door middel van een interferon-gamma-release-assay (IGRA). Bij deze patiënte zou een tuberculine-huidtest volgens Mantoux niet geschikt geweest zijn vanwege de eerder doorgemaakte infectie (Pai e.a. 2012a, b).

TABEL 1 Risicofactoren voor tbc
(volgens Bernardo e.a. 2012; Pai e.a. 2012b)

- recent contact met een patiënt met open tbc
- tbc of positieve test in voorgeschiedenis
- (iv) drugsgebruik
- recente immigratie uit endemisch gebied
- immuungecompromitteerde patiënten (met name hiv)
- afwijkingen op een röntgenopname van de thorax passend bij inactieve tbc
- ondergewicht en roken

Interdisciplinaire samenwerking

Een belangrijke les van deze casus is om risicopatiënten voor (re-)infectie met tbc vroegtijdig te identificeren en te screenen, juist in een groep patiënten die niet om hulp vraagt. Bij deze casus bestond een samenwerkingsverband tussen de neuroloog, de huisarts als somatisch arts van de instelling en de behandelaren van de afdeling waar patiënte was opgenomen. In tweede instantie werd de longarts bij diagnostiek en behandeling betrokken. De geschetste samenwerking is noodzakelijk om symptomen te duiden omdat intercurrente lichamelijke ziekte psychiatrische symptomen kan verergeren (Sadock e.a. 2009) en psychiaters niet alle risicofactoren voor lichamelijke ziekten kennen (De Hert e.a. 2011b). Dit doorbreken van de scheiding tussen psychiatrische en somatische geneeskunde is van groot belang om aan patiënten met EPA goede zorg te kunnen bieden. Vergroting van de kennis over hun kwetsbaarheden is hiervoor een randvoorwaarde (De Hert e.a. 2011a).

CONCLUSIE

Onze casus illustreert dat patiënten met EPA hun hulpvraag niet altijd adequaat kunnen formuleren. Door de samenhang van lichamelijke ziekten en psychiatrische symptomen kan dit vermogen op het moment van lichamelijke ziekte nog verder verminderen. Hierdoor kan een vertraging in de diagnostiek ontstaan die te voorkomen is door kennis van risicofactoren van lichamelijke ziekten, zoals tbc, bij de verantwoordelijke behandelaren. Omdat niet van elke ziekte de risicofactoren bij de psychiater bekend zullen zijn, is samenwerking met andere specialisten noodzakelijk. Screening kan de vertraging verminderen en is niet afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt. Meer specifiek, patiënten met risico op (re-)infectie moeten worden gescreend op tbc.

LITERATUUR

- Bernardo J. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of extrapulmonary and miliary tuberculosis; 2012. www.uptodate.com.
- Hert M De, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, e.a. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011a; 10: 138-51.
- Hert M De, Correll C, Bobes J, Cetkovich Bakmas M, Cohen D, Asai I, e.a. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011b; 10: 52-77.
- Leutscher P, Madsen G, Erlandsen M, Veirum J, Ladefoged K, Thomsen V, e.a. Demographic and clinical characteristics in relation to patient and health system delays in a tuberculosis low-incidence country. *Scand J Infect Dis* 2012; 44: 29-36.
- Pai M, Menzies D. Interferon-gamma release assays for diagnosis of latent tuberculosis infection; 2012a. www.uptodate.com.
- Pai M, Menzies D. Diagnosis of latent tuberculosis infection in HIV-negative adults; 2012b. www.uptodate.com.
- Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 457-66.
- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. 29.2 other psychiatric emergencies. In: Baron DA, Dubin WR, Ning A, red. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. (9de druk). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1123-31.

SUMMARY

Hidden diseases: tuberculosis in a woman with a severe mental illness

F.M. VAN HASSELT, Y. COEHORST, L. VERHEIJEN-BREEMHAAR, B. FEENSTRA, A.J.M. LOONEN

Patients with severe mental illness often have only limited access to health care for physical symptoms. They have difficulty in organising their thoughts and articulating their requests for medical help; in addition, they often have a reduced perception of stimuli like physical pain. There may also be a language barrier and sometimes a cultural barrier. The case that we present demonstrates that these are not separate causes but they are interrelated in a complex manner. Screening for a latent disease such as tuberculosis reduces the risk of a delayed diagnosis stemming from the patient's inability to articulate a request for medical help. The physical symptoms of patients with severe mental illness can only be reliably interpreted when there is close cooperation between physicians and psychiatrists.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)1, 50-53

KEY WORDS mental disorders, patient care management, somatic health status