

dant van het boek 'Silent Spring' van Rachel Carson, wat deze chemische stoffen betreft, wordt geschreven. Coll. Gaulhofer zal hierover enige mededelingen doen.

Ondertussen blijft de aetiologie van de grote psychosen de belangstelling vragen. Er zijn velerlei gegevens die het waarschijnlijk maken dat van een organische functiestoornis sprake is. Veel werk zal er op dit terrein nog moeten plaats vinden. De bereidheid hiertoe blijkt uit het rapport biochemisch onderzoek in psychiatrische inrichtingen en in de oprichting van het genootschap voor biologische psychiatrie.

De internist zal de resultaten van het routine laboratorium moeten rangschikken in het geheel van zijn diagnostiek. Ook bij het speurwerk mag van hem een eigen inbreng worden verwacht, vooral in de setting van de psychiatrische ziekenhuizen. Noteerde Prof. Rümke in 1949 niet reeds in het gedenkboek van het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort dat de wetenschappelijke psychiatrie in het gesticht is geboren en dat daar ook nu haar grote mogelijkheden liggen? Ruim 30 jaar geleden schreef Prof. de Langen zijn eerste verslag als internist in de W.A. Hoeve. De vraagstukken toen door hem naar voren gebracht blijken nu van grotere betekenis te zijn dan toen werd vermoed. Collega Gooszen zal hierop nader ingaan.

SUMMARY

In a short survey is announced the natural-philosophical-base of the psychiatry which had led to the entry of the internal medicin in the medical team of the mental hospitals in the Netherlands.

BIJZONDERE ASPECTEN VAN DE INTERNE GENEESKUNDE BIJ PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

door A. J. M. FABIUS, internist

(Uit het Psychiatrisch Centrum 'St. Willibrord' Heiloo. Geneesheer-directeur: J. P. de Smet)

INLEIDING

De bijzondere aspecten van de interne geneeskunde bij psychiatrische patiënten kunnen het best worden belicht n.a.v. de volgende vragen:

- 1/ Welke interne ziekten kunnen aanleiding zijn tot opname in het psychiatrische ziekenhuis of centrum?
- 2/ Wat zijn de gevolgen van de op uitgebreide schaal en langdurig toegediende psychofarmaca, waar de internist rekening mee heeft te houden?
- 3/ Wat zijn de gevolgen van gestoord gedrag op het klinisch beeld van de inwendige ziekten?

- 4/ Zijn er interne ziekten die bij psychiatrische patiënten minder frequent voorkomen dan in de normale populatie?
- 5/ Zijn er interne ziekten die hier in hogere frequentie voorkomen en niet vallen onder punt 1 of 2?

AD 1 EN 2

De eerste groep afwijkingen, die van de symptomatische psychosen, zal in dit bestek onbesproken blijven, hoe belangrijk deze ook mogen zijn. Ze worden in vele publikaties beschreven. Over de nevenwerkingen van de psychofarmaca op intern gebied zal worden gesproken door collega Gaulhofer.

Weinig bekend zijn de antwoorden op de overige vragen die mede de 'couleur locale' van de interne geneeskunde in de psychiatrische inrichting weergeven. Het is een verdienste van Ehrentheil en Marchand dat zij als eersten in een monografie 'Clinical Medecine and the Psychotic Patient', hebben getracht hiervan een meer of minder systematisch overzicht te geven.

Ad 3. GEVOLGEN VAN EEN GESTOORD GEDRAG OP HET KLINISCH BEELD VAN INWENDIGE ZIEKTEN

In het algemeen kan worden gezegd dat psychiatrische patiënten niet snel klagen. Zo zij dit doen verdienen hun klachten alle aandacht. Het blijkt echter niet zelden dat een goede anamnese, een zo belangrijk richtsnoer voor de diagnostiek, moeilijk valt op te nemen. Het blijft tóch steeds de moeite waard te trachten een annamnese of een kern ervan op te bouwen. Veelvuldig, en ook dit is tijdrovend, zal men echter het observatierapport van de verpleging te hulp moeten nemen. De verplegenden dienen dan ook in de lessen goed geïnformeerd te worden over het belang van verschillende waar te nemen ziekteverschijnselen en de rapportering daarvan.

Zeer evident blijkt het geringe klagen uit de gebrekkige aangifte van pijn. Men dient ernstig rekening te houden met het feit dat door een deel van de psychotische patiënten pijn niet of gebrekkig wordt aangegeven (Marchand en Hollister e.a.). Marchand illustreert dit met de analyse van de klachten, die een aanleiding geven tot de diagnosen: hartinfarct, maagperforatie, appendicitis acuta en dijbeenhalsfractuur bij de patiënten van het Veterans Administration Hospital te Bedford, Massachusetts, in de periode van 1947 tot 1952.

'Stille hartinfarcten' kwamen voor in 67% van de gevallen, tegen ca. 10 à 20% bij de normale populatie. Hij analyseerde de ziektebeelden van 52 gevallen van hartinfarct bij 51 patiënten. Er was 12 maal sprake van een acute hartdood.

Aangegeven klachten en ziekteverschijnselen gedurende de eerste 24 uur van de overige 39 patiënten:

pijn in de borst	13
dyspnoea	10
shock	9
misselijkheid of braken	9
cyanose	7
algemene malaise	5
'week spell'	5
collaps	4
wijziging psychotisch beeld	4
ernstige bleekheid	4

Een opmerkelijke groep is die waarbij wijzigingen van het psychotisch beeld mede aanleiding gaven tot nader onderzoek.

De leeftjdsverdeling toont aan, dat hier geen sprake was van een geselecteerde groep bejaarde patiënten.

In de leeftijd van 50 tot 59 jaar	22
In de leeftijd van 60 tot 65 jaar	22
Ouder dan de genoemde leeftijd	3
Jonger dan 50 jaar	4
	—
	51 patiënten

De psychiatrische diagnosen werden als volgt aangegeven:

schizofrenie	26
dementia paralytica	7
arteriosclerosis cerebri	5
alkohol psychose	5
niet nader te klassificeren	
psychiatrisch ziektebeeld:	4
involutie melancholie	2
manisch depressief syndroom	2
	—
	51

De ervaringen in het Psychiatrisch Centrum 'Sint Willibrord' komen hiermee overeen. Hoewel er nog onvoldoende gegevens zijn voor een dergelijke analyse als van Marchand, is het volgende geval een duidelijke illustratie:

Bij een 62-jarige man met een floride-manisch-depressief syndroom ontstond een ernstige dyspnoea. Er bleek een verhoogde veneuze druk, vergroting van het hart naar links en een hepatomegalie. Op de röntgenfoto van de thorax duidelijke toename van de hartgrootte t.o.v. 18 maanden tevoren en stuwingssteking. Op het electrocardiogram afwijkingen als bij een voor- en achterwandinfarct dat, mede gezien het ontbreken van evolutie, waar-

schijnlijk van oudere datum was. Een E.C.G. van een jaar tevoren was zonder afwijkingen.

Patiënt, die geruime tijd was geobserveerd daar zijn gestoord gedrag voortdurend de aandacht vroeg, had alleen 3 maanden voor deze bevinding enkele dagen geklaagd over buikpijn. Bij de obductie bleek een aneurysma cordis van het onderste 2/3 deel van het linker hart (Panbakker).

Een volgende illustratie van de gebrekkige aangifte van pijn geeft de analyse van de klachten van 79 patiënten met maagperforatie, appendicitis acuta en dijbeenfractuur.

3 van 14 patiënten met een maagperforatie bleken geen pijnklachten aangegeven te hebben. De psychiatrische diagnose was bij 2 van hen alcohol-psychose. Men stelde de diagnose eenmaal n.a.v. algemene malaise, eenmaal bij voedselweigering en eenmaal bij 'week-spell'.

Van 19 patiënten met appendicitis acuta gaven er 7 geen blijk van pijn. Hier kwam men de ziekte op het spoor door verschillende vormen van algemene malaise.

Bij 19 van 46 patiënten met een dijbeenfractuur ontbrak aangifte van pijn.

In de eigen kliniek maakte ik 2 gevallen van maagperforatie mee, waarbij in één geval duidelijk pijn werd aangegeven. De tweede patiënt echter, bij wie kort tevoren 2 grote ulcera ventrikuli werden gevonden en die wachtte op opname op de chirurgische afdeling, gaf slechts geringe pijn aan toen er een perforatie optrad. Met een plankharde buik en facies abdominalis werd hij tenslotte naast het bed aangetroffen.

Uit het voorafgaande blijkt duidelijk dat het ontbreken van klachten een wezenlijk stempel drukt op de ziektebeelden bij psychiatrische patiënten. Een verklaring hiervan valt buiten het bestek van deze bespreking. Dit gegeven accentueert nog eens het belang van een goede observatie van deze patiënten door de verpleging. Bij de diagnostiek is men ook eerder dan gewoonlijk geneigd een uitgebreid diagnostisch arsenaal te hulp te roepen. Gaarne wil ik hier nog onderstrepen dat verder onderzoek zelden door gedragsstoornissen van patiënten ernstig wordt belemmerd indien deze door de medicus en de verplegenden op de juiste wijze worden benaderd. Veelal zal daartoe echter een eigen klinische afdeling voor de internist onontbeerlijk zijn.

AD 4. ZIEKTEN DIE BIJ PSYCHIATRISCHE PATIENTEN MINDER Zouden VOORKOMEN

Bij de beoordeling van publikaties over ziekten, die bij psychiatrische patiënten meer of minder zouden voorkomen, dient degelijk rekening te worden gehouden met de vooropgestelde criteria voor de diagnose en het feit dat talrijke afwijkingen zo betrekkelijk onopgemerkt kunnen verlopen.

Het blijkt dikwijls dat betrouwbare gegevens over de frequentie van een ziekte in de normale populatie zeer uiteenlopen of zelfs geheel ontbreken.

Reumatoïde artritis — Verschillende publikaties melden het minder voorkomen van reumatoïde artritis in psychiatrische ziekenhuizen, in het bijzonder bij schizofrenen. Hierbij ontbreekt echter steeds de verdeling naar geslacht en leeftijd van het onderzochte patiëntenbestand; zoals bekend is dit van een essentieel belang bij de bestudering van het voorkomen van reumatoïde artritis. In Nederland vond Blécourt bij mannen een gemiddelde van 0,4% en bij vrouwen 1,2% met een gemiddelde over de gehele populatie van 0,8%. De getallen van het onderzoek van De Graaf liggen iets hoger.

Gaulhofer deed in 1958 een enquête in de psychiatrische inrichtingen naar de frequentie van reumatoïde artritis. Hij kreeg antwoord over 7321 patiënten waarvan 28 (0,4%) lijdende waren aan reumatoïde artritis. Hiervan waren 3396 geklassificeerd als schizofrenen, met in deze groep 4 patiënten met reumatoïde artritis, overeenkomend met een frequentie van 0,1% terwijl in de resterende groep niet-schizofrenen de frequentie 0,6% bedroeg.

Ehrenteil vermeldt slechts 1 geval op 4500 patiënten.

Mijn eigen ervaring is heel anders. Bij circa 250 mannelijke schizofrenen in het psychiatrische centrum 'St. Willibrord' kwamen 2 klassieke gevallen van reumatoïde artritis voor. Dit is uiteraard een te klein aantal om enige conclusie toe te laten. Een uitgebreid bevolkingsonderzoek — op vergelijkbare wijze verricht als in een normale populatie — zou een duidelijker beeld kunnen geven van dit interessante fenomeen, waarvoor ook bij het Nederlands Reuma Instituut te Leiden grote belangstelling bestaat.

Astma bronchiale — Astma bronchiale zou evenals allergische ziekten veel minder frequent voorkomen.

Helaas blijkt de definitie van de astma niet altijd even duidelijk terwijl de normale morbiditeitscijfers nog onvoldoende bekend zijn. Verschillende publikaties vermelden het alterneren van astma en psychose (o.a. de Boek-Sikkema, N.T.v.G. 1964). In onze kliniek zag ik geen gevallen van duidelijk alterneren van astma en psychose.

Over het *ulcus duodeni* vindt men zowel vermeld dat dit in grotere als in lagere frequentie zou voorkomen bij psychiatrische patiënten.

AD 5. ZIEKTEN DIE FREQUENTER ZOUDEN VOORKOMEN BIJ PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

Diabetes mellitus — zou volgens verschillende publikaties frequenter voorkomen. Helaas kunnen deze publikaties zelden de toets der kritiek

doorstaan. Onze eigen ervaring komt overeen met die van Ehrentheil die een gemiddeld voorkomen van 2% beschrijft terwijl dit ook ongeveer het getal is dat voor een normale populatie wordt aangegeven.

Longtuberculose — Longtuberculose is een beruchte ziekte geweest in psychiatrische inrichtingen. Naarmate de gerichte bestrijding ervan en regelmatig bevolkingskingsonderzoek meer ingang vond, nam de frequentie duidelijk af. In onze inrichting echter werden in de afgelopen vijf jaar 8 gevallen van actieve tuberculose vastgesteld. Hierbij was één opnamepatiënt. Bij één patiënt bestond een miliaire tuberculose. Over de oorzaak van het frequenter voorkomen van longtuberculose bij psychiatrische patiënten zijn veel speculaties gemaakt. Zeker is dat deze — zeker vroeger — dikwijls ondervoede mensen in een dichte populatie leven.

Waterintoxicatie t.g.v. overmatig drinken — is verschillende malen beschreven (Ehrentheil, Hobson en English). Het voorkomen van dit ziektebeeld lijkt mij te wijten aan het gestoord gedrag van patiënt, hoewel in het geval van Hobson en English mogelijk nog andere factoren in het geding waren. Persoonlijk zag ik geen gevallen van waterintoxicatie; wel een duidelijk geval van 'psychogene diabetes insipidus'.

Collumfracturen — weliswaar niet direct een interne afwijking, komen frequent voor in psychiatrische ziekenhuizen.

Corpora aliëna — een niet onverwacht aspect. Een onzer patiënten verloor het leven door een perforatieperitonitis t.g.v. een stuk plastic dat hij had ingenomen en dat een partiële afsluiting gaf 10 cm vóór het coecum. Bij een andere patiënt bleek, op een naar aanleiding van subfebriële temperatuur gemaakte röntgenopname van de thorax, een kromme draadnagel zich in het gebied van de rechter onderkwab te bevinden. Na mislukte pogingen onzerzijds de spijker met behulp van een bronchoscoop te verwijderen, heeft hij deze waarschijnlijk opgehoest en weer ingeslikt.

Ileus — bij psychiatrische patiënten.

Onder de titel: 'Megacolon in Psychotic Patients; a clinical entity' beschreef Ehrentheil met Wells in 1955 in *Gastroenterology* het volgende ziektebeeld: Misselijkheid en braken, obstipatie, opgezette buik, dilatatie van het colon en bij rectaal toucher een geringe sfincterspanning met in het cavum recti een kleverige taaie faecesmassa. Bij röntgenonderzoek bleek het colon uitgezet en soms blijvend gedilateerd, vooral in het gebied van het sigmoïd. De schrijver zag 13 gevallen waarvan 3 met een ernstige paralytische ileus.

De psychiatrische diagnose was 10 x schizofrenie, 2 x dementia paralytica en in één geval een posttraumatisch cerebraal syndroom.

Een volgende mededeling, uit 1957, is die van Burrell. Hij vermeldt 16

gevallen bij psychiatrische patiënten, waarbij 5 met een uitgebreide ziektegeschiedenis, met vele punten van overeenkomst.

In 1959 beschreven Johnston en Gibson 3 psychotische patiënten met een obstructie ileus t.g.v. volvulus in een uitgezet sigmoïd.

Watkins e.a. vermeldden in 1961 3 patiënten bij wie een duidelijk afsluitingsbeeld werd beschreven met ileus peristaltiek.

Helaas vermeldden geen van deze schrijvers of de patiënten psychofarmaca werden toegediend.

Zelf zag ik bij 10 patiënten 11 episoden met een ziektebeeld dat zeer sterk geleek op dat zoals door Ehrentheil beschreven. In één geval bestond echter een duidelijke kaliumdepletie na een periode van diarrhóea (pat. 10). Bij een andere patiënt (6) ontstond het ziektebeeld enkele dagen na het toedienen van prazine.

Hierbij kan men zich afvragen of hier geen sprake is geweest van paralytische ileus t.g.v. parasymphaticolytische werking van het geneesmiddel. Bij een patiënt, die later overleed aan een paralytische ileus, vond de chirurg een volvulus en galstenen (pat. 5). Bij een der patiënten (3) ging het beeld in de aanvang gepaard met bewegingsdrang, doch verder werden geen aanwijzingen gevonden voor nierstenen of galstenen. Patiënt 8 overleed t.g.v. een perforatie in het coecum terwijl er een faeculoom in de flexura lienalis aanwezig was. Bij deze 36-jarige patiënt met een jarenlange chronische constipatie werd, op grond hiervan, prostigmine toegediend. Wij menen dat de toediening van dit preparaat mede aanleiding is geweest tot de ongelukkige afloop van dit ziekteproces. Bij patiënt 9 bestaat mogelijk alleen een megasimoid. De diagnose van Ehrentheil dient m.i. pas gesteld te worden na uitsluiting van alle andere bekende vormen van ileus. Met name komen voor de differentiaal-diagnose in aanmerking: kaliumdepletie, een beeld waarop men steeds bedacht moet zijn bij chronisch geconstipeerde patiënten aan wie regelmatig meer of minder laxantia worden toegediend; afsluiting t.g.v. tumoren etc.; voorts de parasymphaticolytische werking van verschillende geneesmiddelen met name psychofarmaca; het beeld heeft ook enige overeenkomst met het toxisch megacolon bij necrotiserende colitis ulcerosa; neurologische ziekten, die dit ziektebeeld kunnen veroorzaken (ook morbus Parkinson); infectie-ziekten zoals tyfus en dysenterie; tenslotte zou men in Zuid-Amerika nog moeten differentiëren van het ziektebeeld beschreven door Ghagas: een trypanoöma cruzi infectie waarbij de ganglioncellen van de dikke darm volledig verdwijnen en er een verworven megacolon ontstaat. (Dit beeld is in Nederland nog niet beschreven). Pas na uitsluiting van deze bekende oorzaken en indien er een chronische obstipatie bestaat zal men mogen besluiten dat hier sprake is van het beeld van Ehrentheil.

De behandeling van deze patiënten dient mijns inziens vanaf het ontstaan van het ziektebeeld in overleg met de chirurg te geschieden. De braakneiging kan zeer adaequaat worden bestreden door de patiënt

in rechter zijligging te leggen. Aan de hand van röntgenopnamen kan het mechanisme van het braken worden verklaard door het rijden van de maag op het opgezette colon in rugligging. Belangrijker is nog de passage vrij te maken door olieclysmata en een schoorsteentje. In het algemeen zijn we geneigd het gebruik van parasymphaticomimetica te ontraden; in het bijzonder per os gegeven, daar onder deze omstandigheden over de resorptie weinig met zekerheid valt te zeggen.

Ook bij zeer geringe peristaltiek wachten wij voorlopig af met de eerder geschetste maatregelen. De chirurgische benadering, zoals geadviseerd door Watkins, achten wij slechts in enkele gevallen geïndiceerd en zeker niet in de acute fase van het ziektebeeld, daar deze voor de patiënt waarschijnlijk aanzienlijke risico's inhoudt. Met zekerheid zal men echter steeds een anatomische obstructie moeten uitsluiten en een fatale afloop als ontstaan bij onze patiënt (8) voorkomen. Tijdige herkenning hiervan is mogelijk indien met een kleine hoeveelheid gastrografin aan het begin van het ziektebeeld per os gegeven dagelijks vervolgt d.m.v. röntgenopnamen. Complicaties: De perforatiemogelijkheden zijn reeds aangeduid. Een volgende complicatie is volvulus, meestal gelokaliseerd in het sigmoid. Tenslotte nog het frequent voorkomen van pneumonie, waarvan ik ook enkele voorbeelden liet zien.

Over de aetiologie zijn verschillende theorieën gelanceerd. Bij het merendeel van de patiënten bestaat een chronische constipatie, mogelijk dus een regulatiestoornis. Vooral nog lijken alle verklaringen speculatief. Een duidelijk verband met (chronische) constipatie moet echter per definitie bij dit ziektebeeld worden aangenomen.

SUMMARY

Aspects of internal medicine in psychotic patients can be reviewed according following items:

- a) Internal diseases resulting in psychosis (symptomatic psychosis).*
- b) Internal complications as a result of intensive and long-term treatment with psychopharmacological agents.*
- c) Clinical aspects of internal diseases in psychotic patients.*
- d) Epidemiology of internal diseases in psychiatric institutions.*

A survey of items c and d is given based on literature and own experience with emphasis on the problem of the non-complaint and the syndrome of functional megacolon in psychotic patients.

LITERATUUR

- O. F. Ehrentheil en — *Clinical Medicine and the Psychotic Patient.*
W. E. Marchand Thomas Springfield II. 1960.
Overige literatuuropgave zal op aanvraag gaarne worden toegezonden.