

## Somatische aandoeningen bij opgenomen psychiatrische patiënten

door C. A. L. Hoogduin, E. de Haan en B. Terluin

### Inleiding

Vele psychiatrische patiënten\* hebben naast de psychiatrische symptomatologie ook lichamelijke klachten: bijvoorbeeld hoofdpijn, maagpijn en benauwdheid. Deze lichamelijke klachten worden veelal gezien als een gevolg van spanningen: de therapie wordt gericht op het elimineren van of beter leren omgaan met die spanningen. Minder bekend is dat een aantal psychiatrische patiënten klachten heeft die hun oorsprong hebben in lichamelijk lijden. Uit Engelse en Amerikaanse onderzoeken blijkt dat een groot aantal psychiatrische patiënten somatische aandoeningen heeft – er worden percentages genoemd variërend van 33% tot 80% –, waarbij in veel gevallen deze aandoeningen niet eerder bekend waren (zie o.a. Rooymans, 1979-a en -b).

De somatische aandoeningen zijn vaak ernstig en soms blijken ze de oorzaak van de psychiatrische klachten te zijn. Uit een onderzoek bij 100 patiënten van een psychiatrische polikliniek bleek dat 49 van hen in totaal 72 aandoeningen hadden, waarvan er 30 bekend waren (Koranyi, 1972). In een onderzoek bij 209 opgenomen psychiatrische patiënten werden in 50% van de gevallen somatische aandoeningen gevonden. Bij 11 patiënten (5%) bleek de somatische aandoening verantwoordelijk voor de psychiatrische klachten. De lichamelijke klachten waren door de verwijzer functioneel genoemd (Herridge, 1960). Bij 200 patiënten van de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis

---

\* Onder psychiatrische patiënt wordt verstaan: een patiënt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of op een PAAZ (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis); een patiënt in behandeling bij een psychiatrische polikliniek of een RIAGG (Regionaal Instituut Ambulante Geestelijke Gezondheid).

werd in 33,5% van de gevallen somatische aandoeningen gevonden. Van de onderzochte patiënten had 17% aandoeningen die niet eerder bekend waren (Maguire et al., 1968). Hall vond bij 80 van de 100 opgenomen psychiatrische patiënten een niet eerder bekende somatische aandoening (Hall et al., 1981). Op grond van deze onderzoeken zou geconcludeerd kunnen worden dat bij de behandeling van psychiatrische patiënten een uitvoerig onderzoek naar de lichamelijke afwijkingen geïndiceerd is. Hall doet dan ook aanbevelingen voor een zeer uitvoerig routine-somatisch onderzoek. Hij adviseert: algemeen lichamenlijk onderzoek, specialistisch neurologisch onderzoek, bloed SMA 34, urineonderzoek, ECG, EEG en slaap-EEG.

Met een dergelijk arsenaal aan onderzoeken wordt in ieder geval het zekere voor het onzekere genomen en zal weinig nog aan de aandacht van de onderzoeker kunnen ontsnappen. Zo'n screening is echter duur, tijdrovend, vervelend voor de patiënten en in een aantal gevallen antitherapeutisch.

In ons land bestaat weinig of geen overeenstemming over de omvang en inhoud van het somatisch onderzoek bij psychiatrische patiënten. Naast de vraag naar de omvang van het somatisch lijden bij (opgenomen) psychiatrische patiënten vormt de vraag naar de inhoud van het somatisch onderzoek de aanleiding voor het hier beschreven onderzoek. Het onderzoek is verricht bij patiënten die op de PAAZ van het St. Hippolytus Ziekenhuis in Delft zijn opgenomen. Het aantal eerder bekende en het aantal niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen wordt vastgesteld. Aan de hand van deze bevindingen wordt de relevantie van de verschillende onderdelen van het somatisch onderzoek besproken. Tot slot volgen enige voorlopige conclusies en aanbevelingen.

## Methodes

*De patiënten* – Alle patiënten die in de periode van 1 augustus 1980 tot 1 augustus 1981 op de PAAZ van het St. Hippolytus Ziekenhuis zijn opgenomen, zijn in het onderzoek betrokken. Bij een heropname binnen deze periode zijn de patiënten niet opnieuw in het onderzoek opgenomen. Patiënten met de diagnose 'alcoholisme' zijn van het onderzoek uitgesloten. Op grond van deze diagnose zijn immers ernstige lichamelijke aandoeningen te verwachten.

*De procedure* – Het routineonderzoek naar somatische aandoeningen bestaat uit:

- geheel lichamenlijk onderzoek, anamnese en eventueel hetero-anamnese;
- elektro-encefalogram (EEG);
- electrocardiogram (ECG);
- röntgenonderzoek van schedel en thorax;
- laboratoriumonderzoek van urine (SG, albumen, reductie, urobili-

ne, bilirubine, sediment) en bloed (BSE, Hb, erythrocytengetal, MCV, MCH, MCHC, leucocytengetal, differentiatie, Na, K, Cl, CO<sub>2</sub>, ureum, kreatine, totaal bilirubine, alk. fosfatase, SGOT, SGTP, LDH, YGT, totaal eiwit, albumine, T4, T3-harsopname, Ft4-inc., T3-RIA, TSH, Ca, P, urinezuur, glucose, cholesterol en serum ijzer\*.

In die gevallen waarbij EEG, ECG en röntgenfoto van thorax en schedel is gemaakt in het jaar voorafgaande aan de opname, wordt het verrichte onderzoek niet opnieuw uitgevoerd. De uitslagen worden wel opnieuw bekeken.

Het algemeen lichamelijk onderzoek, het bloed- (minus de schildklierfuncties) en urineonderzoek worden onafhankelijk van eerdere onderzoeken opnieuw uitgevoerd.

*Definitie somatische aandoeningen* – Alleen belangrijke somatische aandoeningen zijn als aandoeningen in het onderzoek opgenomen. Criteria hiervoor zijn:

- de aandoening bedreigt de gezondheid of kan het leven bekorten;
- de aandoening vereist behandeling volgens gangbare medische inzichten;
- de aandoening heeft consequenties voor het therapeutisch beleid.

## Resultaten

*Patiënten* – In het onderzochte jaar zijn 200 patiënten opgenomen. Hiervan zijn 125 vrouwen (62%) en 75 mannen (38%). Niet alle patiënten hebben het volledige lichamelijke onderzoek ondergaan. Een zeer korte opname (overplaatsing, een crisisopname die na één nacht overgaat in een poliklinische behandeling of het weglopen van een patiënt) is hiervan veelal de oorzaak. In een aantal gevallen mist slechts één onderdeel, zoals EEG of ECG. In enkele gevallen is alleen bloed- en urineonderzoek gedaan. Drie patiënten zijn in het geheel niet onderzocht. Bij verdere berekeningen zijn alleen die patiënten betrokken die het volledige lichamelijke onderzoek hebben ondergaan. Bij de beoordeling van de relevantie van de verschillende onderdelen van het lichamelijk onderzoek, worden wel alle patiënten betrokken, met dien verstande dat per onderzoek slechts die patiënten worden meegeteld bij wie dat bepaalde onderzoek verricht is. Het aantal patiënten bij wie alle onderzoeken zijn verricht, is 132. Hiervan zijn 87 vrouwen (66%) en 45 mannen (34%).

*Somatische aandoeningen* – Bij 43 patiënten (32% van 132 patiënten) is een niet eerder bekende lichamelijke aandoening gevonden (zie tabel 1).

\* De luesreactie is niet in het onderzoek opgenomen; dit is gezien het aantal voorkomende gevallen een ommissie (vgl. gegevens Stichting Medische Registratie, 1980).

Tabel 1: De resultaten van het somatisch onderzoek bij 132 patiënten

	vrouwen		mannen		totaal	
	n	%	n	%	n	%
patiënten zonder lichamelijke aandoeningen	45	52	26	58	71	54
patiënten met alleen bekende lichamelijke aandoeningen	11	13	7	15	18	14
patiënten met niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen	31	35	12	27	43	32
totaal	87	100	45	100	132	100

De niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen blijken vooral voor te komen bij patiënten van 60 jaar of ouder. Van de patiënten ouder dan 60 jaar heeft 75% (21 van de 28 patiënten) niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen (zie tabel 2).

Tabel 2: Alle patiënten en patiënten met niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen, ingedeeld naar leeftijd

leeftijd	totaal aantal patiënten	patiënten met eerder niet bekende lichamelijke aandoeningen
10-20 jaar	11	1 9%
20-30 jaar	22	7 32%
30-40 jaar	25	3 12%
40-50 jaar	21	3 14%
50-60 jaar	25	8 32%
60 jaar en ouder	28	21 75%
totaal	132	43 32%

Bij de groep patiënten van 60 jaar en ouder komen significant meer patiënten met niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen voor dan bij de groep patiënten die jonger is dan 60 jaar ( $\chi^2 = 24,53$   $P < 0,001$ ). Afgezien van dementie hebben de grove diagnostische categorieën – met name de diagnoses neurose en psychose – geen voorspellende

waarde voor niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen. (Dit wil niet zeggen dat bij een nadere precisering van de diagnose dit nog steeds het geval is.)

Zoals eerder vermeld, zijn de gegevens van 68 patiënten niet bij de berekeningen opgenomen omdat van hen het onderzoek onvolledig is. Bij 11 (5 vrouwen en 6 mannen) van deze 68 patiënten werden desondanks lichamelijke aandoeningen gevonden die niet eerder bekend waren. Ook hier waren de meesten ouder dan 60 jaar (7 van de 11 patiënten).

*Relevantie van de verschillende onderzoeken* – Bij de beoordeling van de relevantie van de verschillende onderzoeken is gebruik gemaakt van de gegevens van alle 200 patiënten. Omdat bij een aantal patiënten sommige onderzoeken wel en andere niet zijn verricht, zijn per onderzoek alleen die patiënten, bij wie dat bepaalde onderzoek ook is verricht, betrokken. Tabel 3 laat zien hoeveel niet eerder bekende somatische aandoeningen door elk afzonderlijk onderdeel van het routine-somatische onderzoek zijn opgespoord.

Tabel 3: Aantal niet eerder bekende somatische aandoeningen naar het onderzoek waarmee ze zijn opgespoord

	aantal patiënten bij wie het onderzoek verricht is	aantal niet eerder bekende som. aand. dat door betr. onderz. is opgespoord
– anamnese + hetero-anamn. + alg. lich. onderzoek	168	44
– bloedonderzoek SMA-20 + hematologie	193	14
– urine- onderzoek (routine)	189	9
– schildklier- functies	177	2
– röntgen- onderzoek schedel	172	1
– röntgen- onderzoek thorax	178	1
– ECG	165	5
– EEG	179	3

In totaal zijn 79 niet eerder bekende somatische aandoeningen gevonden bij 54 patiënten. Door anamnese, hetero-anamnese en uitvoerig lichamelijk onderzoek in combinatie met routine-bloed- (SMA-20 + hematologie) en urineonderzoek worden 67 van de 79 (85%) nog niet bekende somatische aandoeningen opgespoord. Wanneer alleen deze onderzoeken zouden zijn uitgevoerd, zou 16% (12 aandoeningen bij 11 patiënten) van de eerder niet bekende lichamelijke aandoeningen ontdekt zijn gebleven. Van deze 11 patiënten is nagegaan of op grond van bevindingen bij het algemeen lichamelijk onderzoek (waaronder)

Tabel 4: Overzicht van de gevonden afwijkingen bij schildklier-, röntgen-, ECG- en EEG-onderzoek; daarnaast de symptomen die op zich voldoende reden gaven voor nader onderzoek

onderzoek	gevonden aandoening	aanwijzingen voor nader onderzoek
schildklier- functies	1. hyperthyreoïdie	manisch beeld
	2. hypothyreoïdie	depressie
röntgen- onderzoek van de schedel	3. otitis media	doofheid
röntgen- onderzoek van de thorax	4. pneumonie	lichamelijk ziek (koorts, ver- hoogde BSE)
ECG	5. oud onderwand- infarct	—
	6. oud onderwand- infarct	—
	7. coronair sclerose	hypertensie
	8. /	
	9. 1e gr. AV-block met LBTB	—
EEG	10. status na CVA (zonder parese)	Parkinsonisme
	11. encefalopathie	mutisme
	12. status na CVA (zonder parese)	—

mnese en hetero-anamnese) en het bloed- en urineonderzoek of het psychiatrisch beeld verder onderzoek als ECG, EEG of röntgenonderzoek geïndiceerd zou zijn geweest. (Nu hebben immers deze onderzoeken als onderdeel van het routineonderzoek plaatsgevonden.) (Zie tabel 4)

Uit tabel 4 blijkt dat een oud onderwandinfarct (tweemaal), cardiale geleidingsstoornissen (eenmaal) en een vasculaire haard in cerebro (eenmaal) zijn gevonden zonder dat er uit anamnese en hetero-anamnese, lichamelijk onderzoek, bloed- en urineonderzoek of uit het psychiatrisch beeld aanwijzingen gevonden zijn voor verder onderzoek. Anders gezegd: als deze onderzoeken niet routinegewijs verricht waren, zouden enkele ECG-afwijkingen en een verdenking op een kleine vasculaire haard op het EEG niet zijn gevonden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de verdenking op de kleine vasculaire haard van dusdanig weinig betekenis was dat geen verder onderzoek geïndiceerd was. De ECG-afwijkingen werden gevonden bij patiënten die ouder waren dan 50 jaar. Een routine-ECG-onderzoek bij patiënten ouder dan 50 jaar zou alle ECG-afwijkingen aan het licht gebracht hebben.

## Discussie

Vergelijken we de resultaten van het hiervoor beschreven onderzoek met de resultaten van eerder gepubliceerd onderzoek, dan vallen de grote verschillen in percentages 'niet eerder bekende somatische aandoeningen' op (zie tabel 5).

Tabel 5: Overzicht van het gevonden percentage niet eerder bekende aandoeningen bij de verschillende onderzoekers

auteur	aantal patiënten	patiënten met niet eerder bekende aand. in %
Onderzoek S.H.Z.	132	32
Koranyi (1972)	100	34
Maguire & Granville-Grossman (1968)	200	17
Hall et al. (1981)	100	80

Verschillen in patiëntenpopulatie en ook in de definiëring van somatische aandoeningen maken een vergelijking van deze getallen niet mogelijk. Hall bijvoorbeeld onderzocht patiënten die in een inrichting zouden worden opgenomen. 87% van deze patiënten was psychotisch bij opname (Hall et al., 1981).

Het is niet onwaarschijnlijk dat de populatie die Hall onderzocht een

andere is dan de populatie van dit onderzoek. Het percentage patiënten met de diagnose 'psychose' is in het hier beschreven onderzoek 26%. Bij de genoemde onderzoeken zijn verschillende criteria gebruikt voor de diagnose 'ziekte' of 'somatische aandoening'. In een onderzoek bijvoorbeeld werd onder ziekte verstaan: 'al die condities waarbij de pathologie een aanzienlijke hoeveelheid disfunctioneren en symptomatologie veroorzaakt'. Afwijkingen als functionele hartsouffle, lichte microcytaire anemie, etcetera werden niet meegeteld (Koranyi, 1972). Bij een ander onderzoek werd iedere somatische ziekte opgenomen, terwijl daarbij onderscheid gemaakt werd in ernstig en minder ernstig. Een ziekte werd ernstig genoemd als deze 'ten minste van gelijk gewicht is als de psychiatrische ziekte, de patiënt aanzienlijk hindert bij zijn functioneren en onderzoek en behandeling vereist' (Maguire et al., 1968).

In het hier beschreven onderzoek is onderscheid gemaakt tussen belangrijke en onbelangrijke somatische aandoeningen. De bij dit onderzoek gevonden niet eerder bekende belangrijke somatische aandoeningen zijn in tabel 6 weergegeven.

Tabel 6: De niet eerder bekende belangrijke somatische aandoeningen

*Aandoeningen:* Anemie, vers hartinfarct, oud hartinfarct, coronair sclerose, LBTB, 1e gr. AV Block, decompensatio cordis, hypertensie, cara, pneumonie, gastro-enteritis, alcohol-hepatitis, geringe nierinsufficiëntie, hyperthyreoïdie, hypothyreoïdie, hyperparathyreoïdie, pseudo-hyperparathyreoïdie, Vit. D.-deficiëntie, oude lues, geneesmiddelen exanthem, nefrogene diabetes door Lithium-gebruik, status na CVA, encefalopathie, status myelitis met restverschijnselen, congenitale L5-S1 anomalie met rugklachten, arthrose kaakgewricht, bursitis schouder, conjunctivitis, blefaritis, otitis media, perceptie doofheid e.c.i. (40 dB verlies), sinusitis, urineweginfectie, prostaat-hypertrofie (met urinere-tentie), dyshydrotisch eczeem, seborroïsch eczeem, huidmycose.

Hoewel in geen van de onderzoeken psychiatrische patiënten vergeleken worden met een controlegroep van niet-psychiatrische patiënten, wordt nogal eens de conclusie getrokken dat psychiatrische patiënten meer somatische aandoeningen hebben dan niet-psychiatrische patiënten. Het is duidelijk dat op grond van het tot nu toe verrichte onderzoek deze conclusie niet getrokken kan worden.

Van een aantal somatische ziekten is bekend dat zij psychiatrische symptomatologie kunnen veroorzaken, zoals hyper- en hypothyreoïdie, hyperparathyreoïdie, koortsende ziekten, deficiënties, etcetera (Celesia et al., 1972; Ganz et al., 1972; Hoogduin et al., 1982; Raas et al., 1981; Smith et al., 1972). In de meeste gevallen kunnen we echter niet van een causale relatie spreken. Het belang van het vinden en behandelen van somatische aandoeningen ligt niet in het daarmee genezen van



een psychiatrische stoornis, maar in het verbeteren van de algemene lichamelijke toestand van de patiënt of het op de hoogte zijn van zijn lichamelijke beperkingen. Een belangrijke bevinding van het hier beschreven onderzoek is dat bij patiënten boven de 60 jaar de kans op een niet eerder bekende lichamelijke aandoening groot is (75%). Ook uit andere onderzoeken blijkt dit (Maguire et al., 1968; Johnson, 1968).

### Conclusies en aanbevelingen

Met enige voorzichtigheid kan uit de hier verzamelde gegevens de volgende voorlopige conclusie voor de Nederlandse situatie getrokken worden: Bij patiënten die op een PAAZ opgenomen worden, zal het routine-somatisch onderzoek beperkt kunnen worden tot:

- lichamenlijk onderzoek + anamnese en eventueel hetero-anamnese;
- routine-bloedonderzoek (SMA-20 + volledig bloedbeeld);
- lues-reactie in bloed (VDRL + TPHA);
- urineonderzoek;
- schildklierfuncties zouden op indicatie bepaald kunnen worden; indicaties zijn: manische en depressieve beelden, nervositeit, hyperventilatieklachten, vermagering, onduidelijk psychiatrisch beeld en psychosen; omdat met deze indicaties de schildklierfuncties bij vrijwel iedere patiënt bepaald zullen worden, is het wellicht beter ook de bepaling van de schildklierfuncties in de routine op te nemen, met dien verstande dat in eerste instantie alleen de T4 wordt bepaald;
- op indicatie zal verder (specialistisch) onderzoek plaatsvinden.

Voor röntgenonderzoek van de schedel bestaat geen indicatie. Locale afwijkingen kunnen een dergelijk onderzoek noodzakelijk maken. Voor routine-thorax ontbreekt eveneens de indicatie. Er bestaat voor een routine-ECG tenminste een indicatie voor patiënten boven de 50 jaar. Bij patiënten met bepaalde psychiatrische klachten, bijvoorbeeld het hyperventilatiesyndroom, zou in alle gevallen een ECG-onderzoek verricht moeten worden.

Tot slot blijkt er geen enkele aanwijzing gevonden te zijn dat routine-EEG-onderzoek zinvol is. De patiënten met belangrijke EEG-afwijkingen vertoonden allen afwijkingen die een specialistisch neurologisch onderzoek noodzakelijk maakten. In plaats van routine-EEG-onderzoek lijkt het meer zinvol psychiatrische patiënten bij wie een verdenking op cerebrale pathologie bestaat of die bij het algemeen lichamenlijk onderzoek neurologische afwijkingen blijken te hebben, aan een specialistisch neurologisch onderzoek te onderwerpen.

Tot slot iets over de arts die het lichamenlijk onderzoek verricht. Het is niet ongebruikelijk dat psychiaters deze taak op zich nemen. Het is echter de vraag of de psychiater hiervoor de aangewezen persoon is. Een dergelijke taak vereist bijscholing, op de hoogte blijven van relevante literatuur, regelmatig zien van pathologie en routine. Dit is voor ie-

mand die hooguit een paar patiënten per week onderzoekt en de hoofd-  
moot van zijn of haar werk op een ander gebied heeft liggen, meestal  
moeilijk op te brengen. Waarschijnlijk verdient het de voorkeur het  
lichamelijk onderzoek door een ervaren huisarts of algemeen arts te  
doen verrichten.

## Literatuur

- Celesia, G. C., & W. M. Wanamaker (1972), Psychiatric Disturbances in Parkin-  
son's Disease. *Diseases of the Nervous System* 33, 577-583.
- Ganz, V. H., B. J. Gurland, W. Edwards Deming & B. Fisher (1972), The Study of  
the Psychiatric Symptoms of Systemic Lupus Erythematosus. *Psychoso-  
matic Medicine* 34, 207-220.
- Hall, R. C. W., E. R. Gardner, M. K. Popkin, A. F. Lecann & S. K. Stickney (1981),  
Unrecognized Physical Illness Prompting Psychiatric Admission: a Pros-  
pective Study. *Am. J. Psychiatry* 138, 629-635.
- Herridge, C. F. (1960), Physical Disorders in Psychiatric Illness: a Study of 209  
Consecutive Admissions. *The Lancet* 2, 949-951.
- Hoogduin, C. A. L. & A. H. Mulder (1982), Manische psychose als enige klini-  
sche manifestatie van hyperparathyreoïdie. *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 126,  
2011-2014.
- Johnson, D. A. W. (1968), The Evaluation of Routine Physical Examination in  
Psychiatric Cases. *The Practitioner* 200, 686-691.
- Koranyi, E. K. (1972), Physical Health and Illness in a Psychiatric Out-patient  
Department Population. *Can. Psychiat. Ass. J.* 17, 109-116.
- Maguire, G. P., & K. L. Granville-Grossman (1968), Physical Illness in Psychia-  
tric Patients. *Br. J. Psychiatry* 115, 1365-1369.
- Raes, B. C. M., & H. C. Schoonderwaldt (1981), De neurologisch-psychiatrische  
verschijnselen bij hypothyreoïdie. *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 125, 493-498.
- Rooymans, H. G. M. (1979a), Psychiatrie als medisch specialisme I. *Ned.  
Tijdschr. Geneeskd.* 123, 380-383.
- Rooymans, H. G. M. (1979b), Psychiatrie als medisch specialisme II. *Ned.  
Tijdschr. Geneeskd.* 123, 411-416.
- Smith, C. K., J. Barish, J. Correa & R. H. Williams (1972), Psychiatric Disturban-  
ce in Endocrinologic Disease 34, 69-86.