

Een somatische aandoening bij een somatiserende patiënt

M. HOEBERT, W.G. STAAL, H. KOERS

SAMENVATTING De prevalentie van somatische comorbiditeit binnen de psychiatrie is hoog. Mede door de gecompliceerde relatie tussen psychiatrische en somatische aandoeningen is het vaak moeilijk om te bepalen welke somatische symptomen zijn toe te schrijven aan een psychiatrische aandoening en welke aan een somatische. Deze casus laat zien dat een dergelijk onderscheid van cruciaal belang is en dat een degelijke somatische anamnese en lichamelijk onderzoek hierbij onontbeerlijk zijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 3, 167-171]

TREFWOORDEN lichamelijk onderzoek, somatisatie

Regelmatig komt het voor dat psychiatrische stoornissen samengaan met somatische klachten. Het is in veel gevallen moeilijk te bepalen welke somatische klachten zijn toe te schrijven aan een psychiatrische stoornis en welke een uiting zijn van een somatische aandoening. Het kan cruciaal zijn om in korte tijd dit onderscheid te maken, vooral bij potentieel levensbedreigende somatische aandoeningen. Het is dus van belang om als psychiater de klinische blik op somatisch vlak te behouden. Bovenstaande wordt aan de hand van de volgende casus geïllustreerd.

METHODE

Literatuur werd verzameld met behulp van Medline. Nederlands- en Engelstalige literatuur werd gezocht. Als trefwoorden werden *somatization* en *physical examination* gebruikt.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte, een 34-jarige vrouw, werd op de open afdeling psychiatrie van het Mesos Medisch

Centrum te Utrecht opgenomen met als diagnose somatoforme stoornis, met verzoek om nadere diagnostiek en behandeling.

Tijdens anamnese vertelde patiënte sinds 2 jaar in wisselende mate last te hebben van buikpijn, braken en verminderde eetlust. Ten gevolge hiervan was haar gewicht de laatste paar maanden van 65 naar 42 kilo afgenomen. Een halfjaar voor opname was er een periode geweest waarin de klachten minder waren. Voorafgaand aan de opname op de afdeling psychiatrie was patiënte uitgebreid onderzocht door de internist, maar ondanks laboratoriumonderzoek, beeldvormend onderzoek en gastroscopie was er geen afdoende verklaring gevonden voor haar klachten. Patiënte vertelde dat de klachten waren ontstaan na het overlijden van haar pleegmoeder, wat haar erg had aangegrepen. Bij opname had patiënte de overtuiging dat haar buikklachten een somatische oorzaak hadden. Haar partner dacht echter aan een psychosociale verklaring.

Gedurende de laatste weken voor opname waren de klachten in hevigheid toegenomen en

had patiënte veel buikpijn. De laatste drie dagen was defecatie uitgebleven. Haar stemming was somber en zij sliep slecht. Een week voor opname had patiënte zich oppervlakkig in de arm gesneden. Zij deed dit omdat zij zich radeloos voelde. Een jaar eerder had patiënte het idee om onder een rijdende auto lopen. Volgens eigen zeggen hield de stem van haar overleden pleegmoeder haar toen tegen. Patiënte vertelde dat zij deze stem eenmalig had gehoord en nooit eerder zoiets had meegemaakt.

De psychiatrische voorgeschiedenis vermeldde een eenmalige ambulante psychiatrische behandeling, meer dan 10 jaar geleden, waarvoor de reden onbekend was. De somatische voorgeschiedenis vermeldde een ongecompliceerde appendectomie. Voor opname gebruikte patiënte oxazepam driemaal daags 10 milligram en paracetamol eenmaal daags 1 gram rectaal. Patiënte rookte gemiddeld 1 pakje shag per 3 dagen, alcohol- en drugsgebruik werden ontkend.

Gezien de persisterende onverklaarde buikklachten en de mogelijke samenhang van de klachten met het overlijden van de pleegmoeder van patiënte, werd de eerste dag van opname gedacht aan een somatoforme stoornis. Differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan een depressieve stoornis.

Gedurende de eerste nacht van opname kreeg patiënte echter koorts (38,5 °C) en klaagde zij over heftige buikpijn, vooral in de bovenbuik. Bovendien was zij misselijk en braakte zij al het voedsel uit.

Bij onderzoek werd een sterk vermagerde en matig verzorgde vrouw gezien. Patiënte lag op bed, had wijde pupillen en gaf heftige buikpijn aan. Psychiatrisch onderzoek toonde een helder bewustzijn, er waren met name geen aanwijzingen voor dissociatie. Oriëntatie in tijd, plaats en persoon was intact. De aandacht was te trekken, maar moeilijk te behouden. De waarneming was ongestoord, er waren geen aanwijzingen voor hallucinaties. Het denken was qua vorm, tempo en inhoud ongestoord. Haar stemming was dysfoor en het affect was vlak. Patiënte zei suïcidale

gedachten te hebben, maar was niet van plan om zichzelf iets aan te doen.

Tijdens lichamelijk onderzoek lag patiënte stil in bed en maakte zij een zieke indruk. Bij inspectie van het abdomen viel een afwezige buikademhaling op. De peristaltiek over het colon was spaarzaam, maar er waren bij auscultatie geen tekenen van een ileus. Percussie van de buik liet patiënte niet toe in verband met pijnklachten. Bij palpatie van de bovenbuik gaf patiënte pijn aan en nam de misselijkheid toe. Routinematig verricht laboratoriumonderzoek vertoonde de volgende afwijkingen: leukocyten $20,7 \times 10^9/\text{ml}$, trombocyten $678 \times 10^9/\text{ml}$, ureum 14,6 mmol/l, creatinine 140 mmol/l, natrium 133 mmol/l, kalium 2,7 mmol/l, ASAT 51 U/l, ALAT 67 U/l, AF 301 U/l en GGT 128 U/l. Gezien het klinische beeld en de laboratoriumafwijkingen werd gedacht aan pathologie in de bovenbuik. Derhalve werd besloten om aanvullend echografie van de bovenbuik te verrichten, maar ondanks het feit dat patiënte nuchter was bleek dit niet mogelijk in verband met een volle maag. De direct hierop verrichte computertomografie (CT) van het abdomen liet een zeer forse maagdilatatie zien, waarbij de maag tot in het kleine bekken reikte. De oorzaak van deze maagdilatatie was op de CT echter niet te zien. Besloten werd tot hevelen van de maag, waarna gastroscopie werd verricht. Tijdens gastroscopie werd een groot ulcus van het duodenum gevonden, naast een oedemateuze pylorus.

Patiënte werd hierop intraveneus behandeld met pantoprazol. Na enkele dagen werd deze medicatie oraal toegediend. De buikklachten namen vlot in ernst af en patiënte kon snel haar dieet uitbreiden. Bij overgaan naar vast voedsel ontwikkelde patiënte echter opnieuw een maagretentie, waarop zij werd overgeplaatst naar de afdeling interne geneeskunde voor verdere behandeling.

BESPREKING

Somatiasie is een veel voorkomend verschijnsel (Van Houdenhove 2001). Zo blijkt de pre-

valentie van somatoforme stoornissen, afhankelijk van welke diagnostische criteria worden gebruikt, in de eerste lijn tussen de 22 en 58% te liggen (Fink e.a. 1999). Gastro-intestinale symptomen zijn vaak een uiting van een somatoforme stoornis. Buikpijn wordt in 11% van de gevallen gezien, misselijkheid in 9% en braken in 2% (Rief e.a. 2001). Ondanks het frequent voorkomen van gastro-intestinale symptomen bij somatoforme stoornissen is er geen aparte gastro-intestinale subgroep te onderscheiden (Hiller e.a. 2001).

In deze casus bleken de actuele klachten primair te berusten op een somatische aandoening, maar vaak zijn somatische klachten gelijktijdig naast een psychiatrische aandoening aanwezig. Uit de literatuur blijkt ongeveer 50% van de klinisch opgenomen psychiatrische patiënten één of meerdere somatische aandoeningen te hebben (Koranyi & Potoczny 1992). De relatie tussen psychiatrische en somatische verschijnselen is complex. Zowel psychiatrische stoornissen als lichamelijke ziekten komen zo frequent voor dat naast een psychiatrische aandoening een toevallige coëxistente somatische aandoening aanwezig kan zijn (Sternberg 1986). Lang niet altijd is direct duidelijk of hiervan sprake is, dan wel dat het gaat om een psychiatrische stoornis veroorzaakt door een somatische ziekte, een psychiatrisch symptoom als uitingsvorm van een somatische ziekte, of om een somatisch symptoom van een psychiatrische stoornis. Het percentage ongediagnosticeerde somatische aandoeningen blijkt rond de 50% te liggen (Koranyi 1979) en is met name hoog in de oudere patiëntenpopulatie en bij patiënten met alcoholabusu. Verder is de mortaliteit ten gevolge van somatische aandoeningen bij psychiatrische patiënten verhoogd ten opzichte van de algemene bevolking. Er is echter geen specifieke subgroep met een sterk verhoogd risico (Felker e.a. 1996).

Gezien de hoge prevalentie van (ongediagnosticeerde) somatische aandoeningen binnen de psychiatrie is het belangrijk om een somatische anamnese af te nemen en een lichamenlijk onderzoek te verrichten. Helaas blijkt echter dat vooral

het lichamenlijk onderzoek erbij inschiet (Sanders & Keshavan 2002): 63% van de psychiaters zou nooit een lichamenlijk onderzoek (laten) uitvoeren bij hun patiënten (Krummel & Kathol 1987). Ander onderzoek suggereert dat 32% van de psychiaters zichzelf niet bekwaam genoeg acht tot een degelijk lichamenlijk onderzoek (McIntyre & Romano 1977). Bovendien lijkt de kwaliteit van het wel verrichte lichamenlijk onderzoek veelal onvoldoende te zijn (Rigby & Oswald 1987).

Uiteindelijk bleken de buikkachten bij de hier beschreven patiënt te berusten op een ulcus van het duodenum. Dit ulcus had voor obstructie van de pylorus gezorgd, waardoor een maagretentie was opgetreden en de patiënte toenemend was gaan braken. Deze complicatie is zeldzaam en wordt in 2% van de gevallen gezien (Sleisenger & Fordtran 1993). Obstructie van de pylorus ontstaat meestal door verlittekening van het ulcus, door prepylorische adhesies of door oedeemvorming (Sabo & Ameh 1999). Een ulcus duodeni is in dit stadium een potentieel levensbedreigende aandoening. Het ulcus zelf kan perforeren en daarnaast kan er door de obstructie een maagruptuur of een perforatie van de oesophagus ontstaan (Seki e.a. 2001). Door het continue braken kunnen er bovendien ernstige elektrolytenverstoringen optreden.

Bij somatoforme stoornissen bestaat enerzijds de kans op somatische overdiagnostiek en overbehandeling, anderzijds het risico van onderdiagnostiek en onderbehandeling. Vooral verandering in het patroon van de klachten zou moeten wijzen op noodzaak van nadere somatische diagnostiek. In deze casus, waarin aan een somatoforme stoornis werd gedacht, bestond het gevaar om weinig aandacht aan de buikkachten te besteden omdat deze al langere tijd bestonden en ook uitgebreid onderzocht waren. Hier deden de verergering van het klinische beeld, de objectieve afwijkingen bij lichamenlijk onderzoek en de afwijkingen in het laboratoriumonderzoek besluiten om aanvullend onderzoek te verrichten, waardoor snel en adequaat een behandeling kon worden ingezet.

CONCLUSIE

Gezien de hoge prevalentie van somatische comorbiditeit bij psychiatrische patiënten en de vaak gecompliceerde relatie tussen psychiatrische en somatische aandoeningen is het van wezenlijk belang om somatische anamnese en lichamelijk onderzoek te verrichten. Op deze manier reduceert men de kans op het missen van belangrijke somatische problematiek en het niet optimaal of verkeerd behandelen van een patiënt.

LITERATUUR

- Felker, B., Yazel, J.J., & Short, D. (1996). Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatric Services*, 47, 1356-1363.
- Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., e.a. (1999). Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40, 330-338.
- Hiller, W., Cuntz, U., Rief, W., e.a. (2001). Searching for a gastrointestinal subgroup within the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 42, 14-20.
- Houdenhove, B. van. (2001). Somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 83-93.
- Koranyi, E.K. (1979). Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinic population. *Archives of General Psychiatry*, 36, 414-419.
- Koranyi, E.K., & Potoczny, W.M. (1992). Physical illnesses underlying psychiatric symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 155-160.
- Krummel, S., & Kathol, R.G. (1987). What you should know about physical evaluations in psychiatric patients. Result of a survey. *General Hospital Psychiatry*, 9, 275-279.
- McIntyre, J.S., & Romano, J. (1977). Is there a stethoscope in the house (and is it used)? *Archives of General Psychiatry*, 34, 1147-1151.
- Rief, W., Hessel, A., & Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 63, 595-602.
- Rigby, J.C., & Oswald, A.G. (1987). An evaluation of the performing and recording of physical examinations by psychiatric trainees. *British Journal of Psychiatry*, 150, 533-535.
- Sabo, S.Y., & Ameh, E.A. (1999). Obstructing duodenal ulcers in a tropical population. *East African Medical Journal*, 76, 690-692.
- Sanders, R.D., & Keshavan, M.S. (2002). Physical and neurologic examinations in neuropsychiatry. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 7, 18-29.
- Seki, H., Ueda, T., & Shibata, Y. (2001). Spontaneous esophageal perforation related to a duodenal ulcer with pyloric stenosis: report of a case. *Surgery Today*, 31, 1082-1086.
- Sleisenger, M.H., & Fordtran, J.S. (Red.). (1993). *Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, Diagnosis and Management*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Sternberg, D.E. (1986). Testing for physical illness in psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47 (Suppl. 1), 3-9.

AUTEURS

M. HOEBERT is student geneeskunde aan de Universiteit Utrecht en was destijds co-assistent in het Mesos Medisch Centrum te Utrecht.

W.G. STAAL is psychiater in opleiding aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht, destijds bij het Mesos Medisch Centrum te Utrecht.

H. KOERS is als psychiater verbonden aan het Mesos Medisch Centrum te Utrecht.

Correspondentieadres: H. Koers, psychiater, Mesos Medisch Centrum, Postbus 8605, 3503 RP Utrecht. Telefoon: (030) 2633322, fax: (030) 2633314.

E-mail: hkoers@mesos.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-11-2002.

SUMMARY

A somatic disorder in a somatising patient. A case study – M. Hoebert, W.G. Staal, H. Koers –

The prevalence of somatic comorbidity in the psychiatric population is high. Due to a complicated relation between psychiatric and somatic disorders it is often hard to distinguish somatic symptoms from psychiatric symptoms. This case demonstrates the importance of such a distinction and stresses the importance of a proper somatic anamnesis and physical examination.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 3, 167-171]

KEY WORDS physical examination, somatization