



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Een patiënt met een paniekstoornis, mogelijk als gevolg van een congenitale hartafwijking

M.R.H.M. Roborgh, H.A. Schipper, Kees Hoogduin en J.F. Hitchcock*

Samenvatting

In dit artikel wordt een patiënt besproken met klachten die passen bij de psychiatrische diagnose van paniekstoornis met agorafobie. Deze patiënt ervaarde bij perioden een onregelmatige hartslag. Routinelaboratoriumonderzoek van bloed en urine en een ECG leverde geen bijzonderheden op. De röntgenfoto van de thorax liet een kleine bobbel in de laterale wand van het hart zien. Echocardiografie en fluorescopie onthulden een congenitaal aneurysma. Na operatieve behandeling verdwenen de klachten. Het belang van een somatische screening van patiënten met een paniekstoornis, die klagen over een ritmestoornis, beklemming op de borst en atypische hartklachten wordt benadrukt.

Uit onderzoek is gebleken dat veel psychiatrische patiënten (twintig tot vijftig procent) lijden aan lichamelijke ziekten, zonder dat de patiënten of hun behandelende artsen daarvan op de hoogte zijn (>Hoogduin et al., 1987; Rooymans, 1983).

Bij patiënten met een paniekstoornis wordt meestal niet meer dan in vier procent van de gevallen een lichamelijke oorzaak vastgesteld, bijv. verhoogde schildklierwerking, verhoogde bijnierschorswerking, verlaagde bijschildklierwerking, verhoogde adrenaline-aanmaak (phaeochromocytoma), verlaagde bloedsuikerspiegel, allergieën, temporale epilepsie, extreem koffiegebruik en bepaalde hart- en/of longaandoeningen (Weimann, 1968; Woudstra et al., 1985). Patiënten met een paniekstoornis hebben een kortere levensverwachting, voornamelijk ten gevolge van suïcide; bij mannen zijn er aanwijzingen dat hart- en vaatziekten aan deze kortere levensverwachting eveneens bijdragen (Coryell et al., 1982). Omgekeerd worden paniekstoornissen vaak aangetroffen bij patiënten met ernstige hartaandoeningen. Zo vonden Kahn et al. (1987) een paniekstoornis bij 51 procent van de patiënten die in afwachting waren van een harttransplantatie in verband met een eindstadium van een idiopathische cardio-myopathie; een ziekte die leidt tot destructie van het hartspierweefsel. In dit artikel wordt een patiënt besproken met een paniekstoornis, bij wie na somatische screening een hartafwijking werd vastgesteld. Kort wordt vervolgens ingegaan op de wenselijkheid van een somatische screening bij patiënten met een paniekstoornis.

* DRS. M.R.H.M. ROBORGH is als psycholoog verbonden aan de Psychiatrische polikliniek Delft.
DR. H.A. SCHIPPER is als cardioloog verbonden aan het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft.
DR. C.A.L. HOOGDUIN is als hoogleraar psychopathologie verbonden aan de vakgroep Klinische psychologie en Persoonlijkhedsleer van KU Nijmegen. Hij is tevens hoofd van de Psychiatrische polikliniek Delft.
DR. J.F. HITCHCOCK is als hoogleraar Hart/long-chirurgie verbonden aan het Universiteits-ziekenhuis van Utrecht.

Een gevalsbespreking

Een 22-jarige man werd verwezen naar de psychiatrische polikliniek in verband met spanningsklachten. Twee jaar eerder, toen zijn oudste broer het huis verliet – zijn vader had hij op jongere leeftijd al verloren –, ontwikkelde hij spanningsklachten en angstaanvallen. Op het moment van de aanmelding had hij vooral klachten wanneer hij buitenshuis was. Hij was bang om een hartinfarct te krijgen en evenals zijn vader op jonge leeftijd te overlijden. Paniekaanvallen met spanning in de borst, hartkloppingen en een onregelmatige hartslag leidden tot vermijdingsgedrag. Hij hield op met werken en meldde zich ziek. Hij gebruikte 3 mg oxazepam. Bij onderzoek bleek er een onregelmatige hartslag, spanning in de borst en een atypische borstpijn. De klachten namen niet toe bij inspanning. De stemming was somber. Hij was pessimistisch over de toekomst, prikkelbaar, en hij klaagde over slapeloosheid en nervositeit. Lichamelijk onderzoek vertoonde geen bijzonderheden, behoudens de onregelmatige hartslag. De uitslagen van routine laboratoriumtesten op bloed en urine waren normaal. De routine gemaakte x-thorax vertoonde een kleine uitstulping zichtbaar links aan het hart. Ook het ECG vertoonde opvallende afwijkingen. Het echocardiogram toonde een abnormale structuur in de zijwand van de linker hartboezem. Er ontstond een verdenking op een harttumor. De patiënt werd naar een academisch ziekenhuis overgeplaatst waar vervolgens een congenitaal aneurysma van de linkerventrikel (een reeds bij de gboorte aanwezige verwijding van de linkerboezem van het hart) gediagnosticeerd werd met fluoroscoop. Patiënt werd geopereerd. Het postoperatieve verloop was zonder complicaties. Na het herstel van de operatie bleken alle psychiatrische klachten verdwenen te zijn. Bij follow-up, achttien maanden na de operatie, had de patiënt geen psychiatrische klachten, hij functioneerde normaal en werkte hele dagen.

Commentaar

Slechts bij ongeveer één op de vijfentwintig patiënten met een paniekstoornis is een somatische ziekte de oorzaak van de klachten. In dit geval is het onzeker in hoeverre de preoperatieve klachten veroorzaakt werden door de aanwezigheid van het aneurysma. Ritmestoornissen komen vaak voor bij het congenitale ventriculaire aneurysma. De paniekstoornis zou een psychologische reactie geweest kunnen zijn op de onregelmatige hartslag. Dat de patiënt na de operatie geen psychiatrische klachten meer vertoonde, kan niet als hard bewijs beschouwd worden voor een eventueel verband tussen de paniekstoornis en de hartafwijking. De verbetering zou ook een gevolg kunnen zijn van de placebowerking, die uitgegaan kan zijn van deze operatie.

Hoe moet er gehandeld worden bij mensen met een paniekstoornis? Moeten zij allen aan een grondig lichamelijk onderzoek onderworpen worden? Bij patiënten boven de vijftig jaar is die vraag goed te beantwoorden. Psychiatrische patiënten tussen de vijftig en zestig jaar blijken in 23 procent van de gevallen een niet onderkende ernstige lichamelijke aandoening te hebben. Bij patiënten boven de zestig jaar werd zelfs in 51 procent van de gevallen onbekende aandoeningen vastgesteld. (Hoogduin et al., 1987). Uitvoerig lichamelijk onderzoek is bij deze patiënten noodzakelijk. Op dit moment lijkt voor patiënten jonger dan vijftig jaar een algemeen lichamelijk onderzoek met routine bloed- en urineonderzoek en een ECG voldoende om de meeste lichamelijke oorzaken (endocrien, cardio-pulmonaal) voor een paniekstoornis uit te sluiten. Op dit

moment wordt een onderzoek naar lichamelijke oorzaken voor het ontstaan van paniekstoornissen afgesloten. Mogelijk kunnen deze onderzoeksgegevens preciezere richtlijnen verschaffen voor de somatische screening van patiënten met een paniekstoornis.

Abstract

A patient with complaints fitting the psychiatric diagnosis of a panic disorder with agoraphobia is presented. Periodically this patient experienced cardiac arrhythmia. Routine laboratory test of blood and urine, and ECG gave no abnormalities. The x-ray of the chest showed a small bulge at the lateral wall of the heart. Echocardiography and fluorescopy revealed a congenital aneurysm. After surgical treatment all complaints disappeared. The importance of somatic screening is stressed in cases of panic disorder and patients complain of arrhythmias, tightness in the chest and atypical chest pain.

Referenties

- Coryell, W., Noyes, R. & Clancy, J. (1982). Excess mortality in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 39, 701–703.
- Hoogduin, C. A. L. Haan, E. de, Terluin, B. & Dolman, C. (1987). Lichamelijke ziekten bij psychiatrische patiënten. *MGV*, 10, 110 1–1108.
- Kahn, J. P. Drusin, R. E. & Klein, D. F. (1987). Idiopathic cardiomyopathy and panic disorder: Clinical association in cardiac transplant candidates. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1327–1330.
- Rooymans, H. G. M. (1983). De verwevenheid van somatische en psychiatrische ziekten. 1. Somatische ziektebeelden bij psychiatrische patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 127, 2323–2327.
- Weimann, G. (1968). *Das Hyperventilation Syndrom*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Woudstra, S., Mulders, A. W. H. & Klaassen, C. H. L. (1985). Hyperventilatie en verlengd QT-interval. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 129, 2210–2213.