

Enkele tips en kanttekeningen bij het lichamenlijk onderzoek van de bejaarde patiënt*

DOOR DR. A. K. C. BURGER, HUISARTS TE 'S-GRAVENHAGE

INLEIDING

Aangezien het aantal bejaarden in ons land absoluut en relatief toeneemt (*De Mast en anderen*) zal de huisarts met een toenemend aantal bejaarde patiënten worden geconfronteerd. Men kan zich afvragen of het voor de huisarts nuttig is wanneer hem een aantal tips en kanttekeningen bij het lichamenlijk onderzoek van de bejaarde patiënt wordt aangeboden. Eerst wordt daartoe recente geriatrische literatuur besproken, vervolgens wordt de opzet van een door mij verricht onderzoek bij bejaarden uiteengezet. Aan de hand van dit onderzoek worden enkele kanttekeningen gemaakt.

LITERATUUR

De onderzoekingen van *Fuldauer* (1966); *Oliemans*; *Tonino*; *Burger* (1971) geven weliswaar veel informatie over bepaalde deelgebieden van het onderzoek bij bejaarden, zoals bloeddruk, electrocardiogrammen, glucosetoleratietests en oogdruk, echter voor het algemene onderzoek van de bejaarde patiënt vindt men er te weinig praktische aanwijzingen. Bovendien zijn deze gedetailleerde monografieën doorgaans te weinig toegankelijk voor een snelle oriëntatie. De geriatric heeft in de opleiding en de nascholing van de huidige artsengeneratie niet de plaats ingenomen, die wellicht noodzakelijk is (*Burger* 1973).

Hoe is de stand van zaken met de Engelse en de Duitse geriatrische literatuur ten behoeve van de huisarts? Het meest recente boek van *Brocklehurst* is uitstekend, doch zéér uitgebreid (760 bladzijden). „A students guide to geriatrics” van *Howel* leest men sneller, maar er staat dan ook weinig nieuws in. *Fergus Anderson* schreef „Practical management of the elderly”; een goed boek,

* Naar een tijdens de Boerhaave-cursus geriatric in 1974 gehouden voordracht.

maar niet geschikt voor snelle oriëntatie van de huisarts. Hetzelfde geldt in feite voor het Duitse boekje van *Schettler*: „Alters Krankheiten”. Voor een uitgebreide *geriatrische boekenlijst* voor de huisarts moge voorts worden verwezen naar het februari-nummer 1975 van huisarts en wetenschap.

ONDERZOEK

De drie door mij onderzochte groepen bejaarden zijn als volgt samengesteld:

– Uit mijn eigen praktijk werd een praktisch aselechte groep bejaarden samengesteld door verdeling in leeftijdsgroepen: de eerste groep bevatte bejaarden van 65 tot en met 69 jaar, de tweede groep van 70 tot en met 74 jaar, enzovoort. In de leeftijdsgroepen van 85 tot 89 en 90 tot 94 jaar bleken niet voldoende mannen en/of vrouwen beschikbaar. Na alfabetische rangschikking werden uit elke groep de eerste tien mannen en tien vrouwen onderzocht, in totaal 89 bejaarden.

– Het leek zinvol ook bejaarden uit andere huisartspraktijken te onderzoeken. In het kader van de opnemingsprocedure in een verzorgingshuis werden honderd bejaarden lichamenlijk onderzocht aan de hand van een iets gewijzigd LHV-keuringsformulier. Deze vijftig mannen en vijftig vrouwen waren afkomstig uit 37 huisartspraktijken.

– Tenslotte leek het interessant bejaarden, die recent onder klinisch specialistische behandeling waren geweest, eveneens in het onderzoek te betrekken. In een verpleeghuis werd daartoe een lichamenlijk onderzoek ingesteld bij opneming van vijftig bejaarde mannen en vijftig bejaarde vrouwen, afkomstig uit verschillende ziekenhuizen.

In totaal werden 289 bejaarden lichamenlijk onderzocht. De bevindingen, welke de aandacht trokken, werden genoteerd en, waar nodig, aan de litera-

Samenvatting. De Nederlandse huisarts behandelt het merendeel der bejaarden. De opleiding en de nascholing van artsen is met betrekking tot de geriatric niet optimaal te noemen, terwijl de beschikbare literatuur zich niet voor een snelle oriëntatie leent.

Bij 289 bejaarden werd een algemeen lichamenlijk onderzoek ingesteld, waarbij onder meer elf maligne huidtumoren werden gevonden. Aan de hand van een aantal frequent bij bejaarden voorkomende oog- en oorafwijkingen werden enkele praktische tips gegeven. Naar aanleiding van het veelvuldig voorkomen van hartritmestoornissen werd het gebruik van de cardiotel aanbevolen. De aard van de gevonden afwijkingen, bijvoorbeeld in het hoofd- en halsgebied, vormde aanleiding tot de aanbeveling een deel van het onderzoek door een (wijk)verpleegkundige te laten verrichten.

tuur getoetst en vastgelegd in de volgende paragrafen: Algemene kanttekeningen, Kanttekeningen en tips bij aandoeningen van het hoofd- en halsgebied, Kanttekeningen en tips bij het resterend onderzoek.

ALGEMENE KANTTEKENINGEN

Er zijn géén aandoeningen en/of ziekten, die alleen bij bejaarden voorkomen. Typische ouderdomsziekten bestaan niet. Tevens kunnen alle gebruikelijke onderzoekmethoden in principe ook bij bejaarden worden toegepast. Als er geen typische ouderdomsziekten en geen bijzondere onderzoekmethoden voor bejaarden bestaan, waarom dienen er dan kanttekeningen en/of tips bij het algemeen lichamenlijk onderzoek te worden gemaakt? De symptomatologie, de frequentie van de aandoeningen en de multiple pathologie bij de bejaarden maken dit noodzakelijk.

SYMPTOMATOLOGIE

Bij bejaarden manifesteren sommige ziekten zich namelijk totaal anders dan

bij niet-bejaarden. Illustratief in dit verband is dat *Pathy* vermeldt dat slechts 19 procent van de hartinfarcten bij bejaarden een klassiek verloop toont; de overige 81 procent toont beelden als: dyspnoe, syncope, beroerte, duizeligheid, perifeer gangreen, palpitaties, nierlijden met uremie, braken, zwakte, longembolie, rusteloosheid of transpireren. Ook *Van Proosdij* vermeldt in dit verband: „Peritonitis bijvoorbeeld kan in deze leeftijdsklasse weinig of geen spierverzet geven”.

FREQUENTIE

Bovendien kunnen bepaalde aandoeningen bij bejaarden met een andere frequentie voorkomen dan bij niet-bejaarden. Sommige huidtumoren en bepaalde hartgeruisen komen bij bejaarden met een andere frequentie voor dan bij niet-bejaarden.

MULTIPLE PATHOLOGIE

Met name bij bejaarden komen tegelijkertijd verschillende soms onafhankelijk van elkander optredende, afwijkingen voor: de zogenaamde multiple pathologie van de bejaarden. *Kuipers* toonde aan dat obductiebevindingen dit bevestigen. De doodsoorzaak is dan ook vaak moeilijk vast te stellen. De volksmond zegt dan ook vaak dat een bejaarde van „ouderdom is gestorven”.

ANAMNESE

Bejaarden herinneren zich vaak voorvallen uit een ver verleden beter dan die van recente datum. Hierdoor is het opnemen van een hetero-anamnese zeer belangrijk. Indien men de anamnese vergelijkt met de hetero-anamnese, lijken sommige bejaarden te dissimuleren. De verklaring hiervoor vormen de zogenaamde biologische onverschilligheid, het vroegere cultuurpatroon en de verminderde zintuigfuncties.

Een mogelijke verklaring voor het dissimuleren is, dat bejaarden ongemakken en pijn als „onontkoombaar” of als „erbijbehorend” aanvaarden. Dit wordt de biologische onverschilligheid genoemd.

Een andere mogelijke verklaring voor dit dissimuleren kan zijn gelegen in het feit dat bejaarden in een tijd zijn opgegroeid, waarin men „niet snel klaagde” of „naar de dokter liep”. Kortom, men had een ander cultuurpatroon.

Tenslotte kan een mogelijke verklaring voor het dissimuleren, de verminderde zintuigfuncties zijn. Zo kunnen pijnprykkels soms door bejaarden anders – bijvoorbeeld verminderd – worden ervaren. Een „acute buik” kan zich zoals hiervoor reeds werd beschreven, bij bejaarden anders, bijvoorbeeld minder dramatisch of zonder spierverzet, manifesteren.

Aan het slot van de anamnese is het zinvol alle medicijnen, die de betrokken bejaarde gebruikt, te laten uitstellen. Het blijkt dat sommige bejaarden dagelijks zeer grote hoeveelheden medicijnen gebruiken. Soms door de huisarts en soms door de behandelende specialist(en) voorgeschreven. Daarnaast blijkt een aantal bejaarden uiterst royaal van de bestaande mogelijkheden tot zelfmedicatie gebruik te maken. Het is goed ons voortdurend te realiseren dat bejaarden een andere distributie en een andere bio-inactivatie, bijvoorbeeld door een verminderde lever- en nierfunctie, kunnen bezitten. Een aangepaste prescriptie is op zijn plaats. Met name bij bejaarden kan het staken van medicamenten, zoals psychofarmaca en slaapmiddelen soms de aangewezen therapie zijn. Bij 43 van de onderzochte bejaarden kon een deel van de gebruikte medicijnen worden gestaakt, zonder bezwaar. Dit betrof voornamelijk laxantia, psychofarmaca, slaapmiddelen en vasodilantia.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

In het algemeen kan men vaststellen, dat het in verband met de toenemende verkeersdrukte bijzonder zinvol is de consulten van bejaarden buiten de spitsuren af te spreken.

Het onderzoek van een bejaarde vergt doorgaans, evenals het opnemen van de anamnese, veel tijd. Ook het aan- en uitkleden kan een tijdrovende zaak zijn. De hulp van een begeleidend familielid of van de doktersassistente in een aparte, goed verwarmde onderzoekkamer is

vaak geïndiceerd. Voor de stramme bejaarden is een trapje voor de onderzoeksbank en voor sommige typen gynaecologische onderzoekstoelen, een uitermate nuttig hulpmiddel.

Terwijl de bejaarde door de praktijkruimte loopt, kan het observeren van de motoriek veel informatie geven, bijvoorbeeld over de mate van herstel van een doorgemaakt cerebrovasculair accident.

Het lichamenlijk onderzoek van een bejaarde kan een groot aantal bijzonderheden opleveren. Beginnend bij het hoofd- en halsgebied zullen de te onderzoeken gebieden van het lichaam de revue passeren en waar nodig en mogelijk kanttekeningen worden geplaatst en tips gegeven.

KANTTEKENINGEN EN TIPS BIJ AANDOENINGEN IN HET HOOFD- EN HALSGEBIED

HUID EN SLIJMVLIEZEN IN HET HOOFD- EN HALSGEBIED

Verruca senilis (verruca seborrhoica): geelbruine verruca, die soms door oxydatie van de hoornlaag zwart is verkleurd. In tegenstelling tot de naevus pigmentosus maakt de seniele wrat de indruk „of zij op de huid is geplakt”. (*Prakken*). Bij meer dan de helft van de onderzochten (51 procent) kwam de verruca senilis voor. Therapie: coagulatie.

Keratoma senile: verheven, irregulier gevormde geelbruine vlek, komt voornamelijk voor op plaatsen, die aan weer, wind en zonlicht zijn blootgesteld: kale schedeloppervlakten, oorschelpen, gelaat, onderarmen en handruggen. Komt hoofdzakelijk voor bij personen, die veel in de buitenlucht zijn (geweest), zoals landbouwers, tropengangers en vissers. De beroepsanamnese is dus belangrijk. Het keratoma senile kan ontaarden in het carcinoma spinocellulare. Bij drie onderzochten, allen exbuitenwerkers, kwam keratoma senile voor. Therapie: Uit profylactische en cosmetische overwegingen werd excisie verricht.

Cornu cutaneum. In het gelaat van bejaarden komt soms een zogenaamd „hoornuitsteeksel” of „hoornkegel” voor. Pathologisch anatomisch onderzoek is geïndiceerd: het cornu cutaneum

kan namelijk – *aan de basis!* – degenereren. Uit de anamnese van één onderzochte (een voormalig tuinman) kon worden verondersteld dat bij hem een cornu cutaneum had bestaan.

„*White lesion*”. Deze benaming omschrijft de slijmvliesafwijking wat beter dan het Nederlandse „witte verdikking”. Het is een witte, soms iets verheven, plek op het lip-slijmvlies (pijprokers) en mond-slijmvlies. De „white lesion” kan ontaarden in het carcinoma spinocellulaire. Bij twee vrouwelijke onderzochten kwamen „white lesions” voor. Na verwijdering van een carieuze kies bij de ene en een slecht passende gebitsprothese bij de andere verdwenen de „white lesions” spontaan.

Carcinoma spinocellulare (plaveiselcelcarcinoom): een nagenoeg ronde, verheven tumor, als regel vroegtijdig, centraal ulcererend, waarbij een ulcus ontstaat, omgeven door een verheven wal. Het plaveiselcelcarcinoom kan overal spontaan op het lichaam ontstaan, maar ook uit het keratoma senile en de „white lesion”. Het kan vroegtijdig, voornamelijk lymfogeen, metastaseren. Drie onderzochten, twee mannen en een vrouw, hadden een plaveiselcelcarcinoom. Therapie: chirurgie en/of bestraling.

Carcinoma basocellulare. (basaliom, basalecelcarcinoom): een grijsgele verheven tumor, met een karakteristieke parelmoerachtige glans, waarin door late centrale ulceratie een ulcus kan ontstaan. „Dese Tumoren finden sich vor allen in lichtexponierten Haut beim älteren Menschen” (*Steigleider*). Het basaliom metastaseert zeer zelden. De prognose is gunstiger dan bij het plaveiselcelcarcinoom (*Van Dongen*). Zeven mannelijke onderzochten hadden een basalecelcarcinoom. Therapie: chirurgie en/of bestraling.

Bij alle onderzochten werden de verschillende hier beschreven maligne huid-aandoeningen door pathologisch anatomisch onderzoek bevestigd.

Ragaden. Bij de mondhoeven van veel bejaarden zijn ragaden zichtbaar, waar-

door vaak een wat verbeterd gelaatsuitdrukking ontstaat. De oorzaak is vrijwel altijd een verkeerde („te lage”) beethoogte van de gebitsprothese. Hoe vaak deze aandoening bij de onderzochten voorkwam werd niet genoteerd. Therapie: naar de tandarts om de beethoogte te laten verhogen. Geen crèmes of zalven met antibiotica, antimycotica en/of corticosteroïden.

MOND- EN KEELHOLTE

Van der Kwast beschreef in een klinische les niet alleen hoe belangrijk het onderzoek van de mond- en keelholte is, maar ook hoe onzorgvuldig dit soms wordt uitgevoerd. De volgende afwijkingen komen bij bejaarden voor: „White lesion” (zie eerder);

Papillomateuze verandering: lappig fibroom;

Epulide, tandvlesgezwel, fibromateuze nieuwvorming, welke vaak wordt veroorzaakt door een oude, niet passende gebitsprothese. Drie onderzochten hadden epuliden. Zij werden naar de tandarts verwezen en kregen een passende gebitsprothese.

Ulcus: kan door verschillende oorzaken ontstaan; bij bejaarden voornamelijk door carieuze gebitselementen, oude, slecht passende gebitselementen, die irriteren, en chronische irritatie ten gevolge van alcohol, specerijen (bijvoorbeeld bij Aziaten) en tabak (tabakspuimers).

Twee vrouwelijke patiënten hadden „white lesions”. De gebitsprothesen werden veertien dagen „bewaard”. Er trad volledige genezing op. Zij worden gecontroleerd.

GEBIT

Als het voorschrijven van een gebitsprothese wordt overwogen, dient men dit niet al te lang uit te stellen. Een jongere bejaarde went namelijk sneller aan een nieuwe gebitsprothese dan een oudere. Bij een bejaarde kan dan wel eens een „sore mouth” ontstaan: een pijnlijk mond-slijmvlies, dat slechts minimale af-

wijkingen vertoont. De oorzaak is dubieus: mechanische irritatie, contactallergie ten opzichte van grondstoffen van de gebitsprothese, warmtestuwing, overgroei van bepaalde bacteriën of schimmels, and last but not least worden wel psychische oorzaken genoemd.

Een slecht zittende prothese of een carieus gebit kunnen door chronische irritatie aanleiding geven tot kwaadaardige nieuwvorming. Een loszittende kies of tand kan bij een bejaarde een symptoom zijn van (een onderliggende) kwaadaardige nieuwvorming.

Vuistregels voor mond-slijmvlieslaesies: bij gebitsprothesedragers gebitsprothese veertien dagen in beslag nemen; bij patiënten met cariës het gebit laten saneren. Intussen bepalen: serologische reacties (luetische mondulcera), hemoglobinegehalte (Plummer Vinson) en leverfuncties (alcoholische levercirrose). Indien na veertien dagen geen genezing optreedt, dan proefbiopsie, röntgenonderzoek van de kaak (bot aangetast?) en thoraxdoorlichting (metastasen?); tenslotte proefbiopsie.

Voor de tumoren van de mondholte geldt: hoe ouder de patiënt, hoe groter de kans op maligniteit (*Oldhoff*). Er is een aantal pathogenetische factoren en „high-risk”-groepen te noemen: lokale factoren: cariës en slecht passende gebitsprothesen; uitwendige factoren: frequent gebruik van alcohol, specerijen en tabak; inwendige factoren: anemie, avitaminosen en andere voedingsdeficiënties.

OOG

Aan het oog kan men met een minimum aan middelen een maximum aan verouderingsverschijnselen waarnemen.

Oogleden. Op de oogleden kunnen nieuwvormingen voorkomen, variërend van het doorgaans onschuldige xanthelasma (cholesterol en triglyceriden controleren) tot het kwaadaardige plaveiselcelcarcinoom en het cornu cutaneum (*Neubauer; Van Dongen*). Een van de onderzochten had een zwelling op het linker boven ooglid, dat een reticulo-sarcoom bleek te zijn.

Blepharophimosis, ectropion en

entropion komen bij bejaarden frequent voor en zijn vaak de oorzaak van hardnekkige conjunctividen. Een plastische operatie geeft – in tegenstelling tot het zinloze jarenlange oogdruppelen – snel soulaas.

Conjunctiva. Conjunctivitis komt bij bejaarden frequent voor. Voor de differentiële diagnostiek komen in aanmerking: ectropion, entropion, dacryocystitis, glaucoom, huidziekten (molluscum contagiosum) en rheumatoïde artritis (conjunctivitis cicca).

Vele conjunctividen zijn bij bejaarden steriel (*Ten Doesschate; Neubauer*). Oogdruppels met antibiotica hebben dan ook vaak geen zin. Oogdruppels met corticosteroiden verstoren de natuurlijke weerstand van de cornea en verhogen de kans op infectie (*Henkes*) en verhogen bovendien soms de oogdruk; veelal kan men volstaan met geruststelling of met ocologuttæ zinci sulfatis F.N.A.

Traanwegen. Hiervan is de ontsteking van het traanzakje: de dacryocystitis, het meest voorkomend. Een simpele vingerdruk toont de ontsteking aan. Het komt merkwaardigerwijze meer voor bij mannen dan bij vrouwen.

Orbita. Bij vele bejaarden is het vetweefsel van de orbita verminderd. Dit verklaart de diepliggende ogen van de bejaarde.

Cornea. Bij de meeste bejaarden is de arcus senilis of gerontoxon aanwezig; een onschuldige aandoening.

Iris. De nauwe pupil van bejaarden bemoeilijkt het oogspiegelen; men dient hiertoe slechts kortwerkende mydriatica te gebruiken.

Lens. Ouderdomsmyopie, presbyopie en verminderde accommodatiebreedte zijn verouderingsverschijnselen, die veelal gemakkelijk zijn te verhelpen. Veel moeilijker is dit bij lenscataract, waarbij lensextractie nodig is. De noodzakelijke, hinderlijke staarbril is soms de oorzaak van vallen en van een collumfractuur. Tegenwoordig is dit te vermijden door een intraoculaire lensimplantatie.

Kamerhoek. De aandoening van de kamerhoek is het glaucoom. Dit kan bij bejaarden echter als „silent glaucoom” verlopen. Het opnemen van de oogdruk – tonometrie – is bij bejaarden derhalve zinvol (*Fuldauer 1972*).

Praktische tips voor slechthorende bejaarden zijn: een goede belichting van hetgeen wordt gelezen en/of het lezen van een boek met grote letters; het gebruik van handloep, korfloep, schuifloep, een telescopisch systeem (*Dekkers*) of het zeer moderne hulpmiddel voor visueel gehandicapten, de TV-loep (*Henkes, Janssen Capriles; Van Veelen en anderen*), kan uitkomst brengen.

Bij 83 procent van de onderzochten bestonden drie of meer van de hier genoemde oogafwijkingen. Bij vier onderzochten werd een glaucoma simplex gevonden; bij zeven bejaarden was een lensextractie met een daaropvolgende lensimplantatie verricht.

OOR

Cerumen. Slechthorendheid is één van de oorzaken van vereenzaming van bejaarden. Het simpele verwijderen van het cerumen kan bij een deel van hen uitkomst bieden.

Presbycusis. Dit komt bij 10 tot 25 procent van de bejaarden voor (*Fisch*). De lage tonen worden goed gehoord, de hoge tonen niet. Telefoon en huisbel worden vaak niet gehoord. Hulpmiddelen zoals een aangepast telefoontoestel, een lage tonen zoemer, zonodig gekoppeld aan een waarschuwinglampje, vormen voor vele bejaarden een goed alternatief.

Tijdens het spreken met gehoorgestoorde bejaarden dient men de volgende spelregels in acht te nemen: neem plaats recht tegenover de bejaarde, het licht moet op de lippen van de onderzoeker vallen; spreek iets langzamer, met iets langere pauzes achter elke zin, maar schreeuw niet; spreek iets luider en articuleer goed; vermijd alle afleiding. De ervaring leert dat een ouderwetse gehoorlepel (oortoeter) bij sommige bejaarden beter werkt dan een – duur en ingewikkeld – gehoortoestel. Het gezelschap

rond de bejaarde wordt als het ware door de gehoorlepel gedwongen één voor één en goed articulerend te spreken!

KANTTEKENINGEN EN TIPS BIJ HET RESTEREND LICHAMELIJK ONDERZOEK.

THORAX

Gynaecomastie kan bij mannen ontstaan tengevolge van: hormoongebruik, (bijvoorbeeld lynoral bij prostaatacarcinoom), leverfunctiestoornissen, digitale gebruik (tengevolge van het oestrogeen-effect van digitalis) en hormoonproducerende tumoren (testis). Negen van de onderzochte mannen hadden gynaecomastie, die niet kon worden verklaard; één vrouw had Paget's disease of the nipple.

HART

Het vaststellen van de hartgrootte door middel van percussie is bij bejaarden onbetrouwbaar (*Burger 1971*). Indien de ictus cordis is te palperen, kan de hartgrootte echter op redelijk betrouwbare wijze worden geschat. Anders dient men een röntgenfoto van het hart op twee meter te laten maken, waarmee men betrouwbare informatie over de hartgrootte verkrijgt.

Ongeveer 60 procent van de bejaarden bezit een – doorgaans systolisch – hartgeruis, voornamelijk door aortaklep-laesies, maar ook door mitralis- en tricuspidalisklep-laesies veroorzaakt. Bejaarden hebben vaak ritmestoornissen; boezem- en kamerextrasytolen bij ongeveer 10 procent en atriumfibrillatie bij ongeveer 7 procent; atriumflutter is echter zeldzaam.

Het analyseren van ritmestoornissen is (ook) bij bejaarden vaak moeilijk. Bovendien komt bij bejaarden frequent een „silent infarction” voor (*Pathy; Burger 1971*). Een electrocardiograaf is voor het analyseren van deze ritmestoornissen en voor het vaststellen van een „silent infarction” van groot belang. Het interpreteren van een electrocardiogram behoort niet tot de routinewerkzaamheden van de Nederlandse huisarts. Een electro-

cardiogram kan men echter ook met de cardiotel via de telefoon verzenden en elders door deskundigen laten interpreteren. Bij een proefneming in 1972 vanuit het verpleeghuis „Uitzicht” te 's-Gravenhage werden van 59 bejaarden de electrocardiogrammen naar het Academisch Ziekenhuis Utrecht, afdeling hart- en vaatziekten gezonden. Van de electrocardiogrammen werden 53 als acceptabel genoteerd. Gezien de omstandigheden – de apparatuur was toen nog niet optimaal; de tremoren van de bejaarde – was dit een redelijk resultaat. Als een bejaarde thuis geen telefoon heeft, kan het electrocardiogram op een bandrecorder worden opgenomen, waarna het bandje kan worden opgestuurd of met behulp van de cardiotel worden doorgezonden. Voor screeningsdoeleinden lijkt dit een mogelijkheid.

LONGEN

- In verband met de mogelijke reactivering van een oude tuberculose is een regelmatige thoraxdoorlichting geïndiceerd. Een onderzochte bleek bij het routine röntgenonderzoek van de thorax een tuberculeuze caverne te hebben.
- Soms kunnen bij auscultatie van bejaarden basale crepitaties worden gehoord; deze zijn echter onschuldig; een „non-specific physical sign” (*Wedgwood*).
- Sommige bejaarden kunnen soms zonder aanwijsbare pulmonale oorzaak hardnekkig hoesten. De oorzaak blijkt vaak op longstuwung te berusten, waarvoor een ontwateringstherapie is aangegeven.

BLOEDDRUK

Indien men voor 65-plussers de gebruikelijke normale bloeddrukwaarden van niet-bejaarden hanteert, behandelt men vele bejaarden ten onrechte, met alle consequenties (duizeligheid, algemene malaise) vandien. Voor bejaarden kan men als bovenwaarden voor de systolische en diastolische bloeddruk respectievelijk 200 en 100 mm Hg aanhouden (*Meyler*). Vindt men een hypertensie, dan dient deze niet agressief te worden behandeld.

ABDOMEN

- Obstipatie. Voor vele bejaarden is de defaecatie de gebeurtenis van de dag! Zij praten – en klagen! – er veel over. Men houde echter rekening met vergeetachtigheid. Sommige over obstipatie klagende bejaarden blijken namelijk (hetero-anamnese) dagelijks te defaeceren. Indien men overtuigd is, dat er sprake is van obstipatie controleer men de samenstelling en de mogelijke bijwerkingen van de geneesmiddelen die zijn voorgeschreven: codeïne, Al(OH)₃ en sommige psychofarmaca kunnen obstipatie veroorzaken.
- Diarree. Ook bij diarree dient men rekening te houden met vergeetachtigheid. Een bejaarde klaagt over obstipatie, neemt een laxemiddel, is later vergeten dat het reeds is ingenomen en neemt weer een dosis . . . resultaat: diarree!
- Incontinentie voor faeces bij bejaarden wordt vaak ten onrechte toegeschreven aan „ouderdom” of „seniliteit”. Bij een grondig onderzoek blijkt dat naast de bekende oorzaken nog een andere bij bejaarden mogelijk is, het faecaal impactaat. De incontinentie wordt hierbij veroorzaakt door een harde faecesmassa, die zich in het distale deel van de darm bevindt. Langs de harde faecesmassa loopt zachte faeces door de openstaande anus naar buiten. Digitaal verwijderen van het faecaal impactaat brengt de incontinentie tot verdwijnen.
- Een gastrectomie-litteken kan aanleiding zijn het bestaan van een vitamine B12-deficiëntie te overwegen.
- Het opmerken van een liesbreuk is soms moeilijk. Het herkennen is echter zeer belangrijk: een hernia incarcerata heeft bij bejaarden namelijk een grote mortaliteit.
- Het vaginaal toucher wordt bij bejaarden vaak ten onrechte overgeslagen. Het is belangrijk voor het opsporen van neoplasmata en „jarenlang vergeten” – soms pussende – pessaria. Bij één onderzochte moest een pessarium, in verband met foetide fluor, met een gipstang worden verwijderd. Bij twee andere onderzochten kon dit digitaal gebeuren.
- Het rectaal toucher is belangrijk voor het schatten van de blaas- en prostaat-

grootte, het opsporen van neoplasmata en het faecaal impactaat.

WERVELKOLOM EN EXTREMITATEN

Bij bejaarden kan men vele houdingsafwijkingen aantreffen, welke echter slechts in 10 procent der gevallen klachten veroorzaken. Ter differentiële diagnose van pijn onder in de rug zijn, naast het röntgenologische onderzoek, een vaginaal c.q. rectaal toucher en een bloedonderzoek geïndiceerd.

DISCUSSIE

De geneeskundige behandeling van de bejaarden wordt voornamelijk door de huisarts verricht, die tijdens zijn opleiding niet adequaat werd geconfronteerd met geriatrische problemen. Ook de nascholing van de huisarts is met betrekking tot de geriatrie niet optimaal te noemen (*Burger 1973*). Bovendien is de beschikbare literatuur vaak weinig toegankelijk voor een snelle oriëntatie en zij bevat geen systematisch gerangschikte gegevens voor de huisartspraktijk.

Aan de hand van een lichamelijk onderzoek van 289 bejaarden is een poging gedaan enkele kanttekeningen te maken. Er is daarnaast een literatuuronderzoek verricht.

Indien wij bejaarden zolang redelijkerwijs mogelijk is thuis willen laten blijven, dient de medische zorg optimaal te zijn. De huisarts kan deze hulp niet alleen bieden. Te overwegen ware een (wijk)verpleegkundige bijvoorbeeld een deel van het onderzoek van het hoofd- en halsgebied, de tonometrie en de bloeddrukmeting te laten verrichten. Dit lijkt zinvoller dan het geven van wasbeurten, dat door andere hulpkrachten kan worden gedaan.

Summary. Some hints and marginal notes on physical examination of the aged patient. The majority of the aged in The Netherlands are treated by the general practitioner, whose training and refresher training in geriatrics cannot be described as optimal, while on the other hand the available literature is unsuitable for rapid orientation. A general physical examination was made of 289 aged patients; among other things, malignant skin tumours were found in 11 cases. Some practical hints are given with regard to a number

of eye and ear abnormalities frequently found in the aged. Cardiotel is recommended with a view to the common dysrhythmias found in this group. In view of the type of changes found, for example in the region of the head and neck, it is recommended that part of the examination be made by a (district) nurse.

- Brocklehurst, J. C. (redactie) Textbook of geriatric medicine and gerontology. Churchill Livingstone, Edinburgh & London, 1973.
- Burger, A. K. C. Een algemeen lichamelijk en electrocardiografisch onderzoek bij een groep bejaarden in een huisartsenpraktijk. Van Gorcum & Comp. n.v., Assen, 1971.
- Burger, A. K. C. (1973) Ned. T. Geront. 4, 3a.
- Dekkers, N. W. H. M. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 649
- Doesschate, J. ten. (1963) Ned. T. Geneesk. 107, 2046.
- Dongen, J. A. van. Maligne en premaligne processen van de huid. In: Oncologie. Stafleu's wetenschappelijke uitgevermaatschappij, Leiden, 1973.
- Ferguson Anderson, W. Management of the elderly. Blackwell, Oxford. 1971.
- Fisch, L. The aging auditory system. In: J. C. Brocklehurst (redactie) Textbook of geriatric medicine and gerontology. Churchill Livingstone, Edinburgh & London, 1973.
- Fuldauer, A. Bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk. Proefschrift, Hengelo, 1966.
- Fuldauer, A. (1972) huisarts en wetenschap 15, 465.
- Geriatrische Boekenlijst (1975) huisarts en wetenschap 18, 90.
- Henkes, H. E. (1970) Ned. T. Geneesk. 114, 1140.
- Henkes, H. E. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 672.
- Howell, T. H. A. Student's guide to geriatrics. Staples Press, London, 1965.
- Janssens Capriles, G. J. A. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 658.
- Kuipers, F. C. Obductiebevindingen bij ouden van dagen. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v. deel 41, Leiden, 1968.
- Kwast, W. A. M. van der. (1972) Ned. T. Geneesk. 116, 1321.
- Mast, F. A. C. de, P. W. M. Remmerswaal & J. M. A. Munnichs. Atlas van de ouder wordende Nederlandse bevolking. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1972.
- Meyler, L. (1972) Ned. T. Geneesk. 116, 497.
- Neubauer, H. von. Augenkrankheiten. In: G. Schettler (redactie) Alterskrankheiten, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.
- Oldhoff, J. Mondholtecarcinomen. In: Oncologie. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden, 1973.
- Oliemans, A. P. Morbiditeitsonderzoek in de huisartsenpraktijk. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1969.
- Pathy, M. S. (1967) Brit. Heart J. 29, 190.
- Prakken, J. R. Leerboek der praktische dermatologie. Scheltema en Holkema n.v., Amsterdam, 1963.
- Proosdy, C. van. Het spijsverteringskanaal bij bejaarden. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmij n.v., Leiden, 1966.
- Schettler, G. (redactie) Alterskrankheiten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.
- Steigleider, G. K. von. Veränderungen und Erkrankungen der Haut im Alter. In: G. Schettler (redactie) Alterskrankheiten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.
- Tonino, F. J. M. Bejaarden thuis. Proefschrift, Breda, 1969.
- Veelen, A. W. C. van, G. F. Kinds, H. S. Wijnands en H. Bouma. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 664.
- Wedgwood, J. (1968) Practitioner 200, 778.

Gezinsgeneeskundige colloquia (VI): Astma*

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

INLEIDING DOOR DE CO-ASSISTENT

Mijn status betreft een man, C, van 39 jaar met een astmatische bronchitis, die onder behandeling is van een longarts. Hij kwam op het spreekuur van mijn huisarts omdat hij problemen had met zijn medicatie. Hij klaagde over bot- en spierpijnen, die volgens hem het gevolg waren van het gebruik van de hem door de longarts voorgeschreven medicijnen, met name prednison. Toen hij hierover telefonisch contact opnam met de specialist bleek deze met vakantie te zijn. De assistente beloofde hem een receptje te sturen. Inderdaad kreeg hij de volgende dag een recept thuisgestuurd, maar toen hij bij de apotheek navroeg waarvoor dat was, bleek het een middel tegen maagklachten te zijn. Hij belde toen de assistente opnieuw op om te vertellen dat hij helemaal geen last van zijn maag had

maar van bot- en spierpijnen. Deze assistente wist het toen ook niet meer en adviseerde hem te wachten tot de longarts terug zou zijn van vakantie. Omdat de patiënt hier weinig zin in had zocht hij nu zijn toevlucht tot de huisarts.

De bronchitisklachten van de heer C dateren reeds vanaf zijn kinderjaren. Hij heeft op de lagere school soms wat moeten verzuimen in verband met deze ziekte, maar tegen de puberteit is de benauwdheid vanzelf verdwenen. Hij heeft er daarna langdurig geen last meer van gehad. Op twintigjarige leeftijd is hij in militaire dienst gegaan en heeft daar in het geheel geen problemen gehad. Hij behoorde tot de mensen met een zeer goede lichamelijke conditie. Na de militaire dienst nam hij het beroep weer op dat hij voordien had uitgeoefend, banketbakker. In 1963 is hij getrouwd. Een jaar na zijn huwelijk is hij van werkkring veranderd: van een klein éénmansbedrijfje ging hij over naar een groot bak-

kersbedrijf. Hier was het werk eentoniger door het fabrieksmatige karakter en moest hij werken in wisselende ploegendiensten, hetgeen voordien niet het geval was. Toch vond hij het best prettig en hij beviel in het bedrijf zo goed, dat hij na drie maanden bedrijfsleider werd. Het karakter van zijn werk was nu minder eentonig omdat hij ook organisatorische taken te doen kreeg. De verhouding met zijn collega's verkoelde wel wat omdat hij uit hun midden gepromoveerd was tot afdelingschef en als zodanig werd gezien als een verlengstuk van de baas. Dit heeft hem echter geen ernstige problemen opgeleverd.

Ongeveer vier maanden na zijn promotie kreeg hij evenwel voor het eerst weer aanvallen van benauwdheid. Het viel hem op dat deze aanvallen steeds op het werk optraden, als hij ongeveer een uur bezig was, en dat de benauwdheid vrijwel onmiddellijk verdween als hij van zijn werk naar huis ging. Enige malen

* Zie voor de inleiding op deze serie (1974) huisarts en wetenschap 17, 362-363.