

# Luchtwegaandoeningen; een gezinsgeschiedenis

PROF. DR. F. J. A. HUYGEN

Bij tal van aandoeningen bestaan duidelijke verbanden tussen de individuele leden van een gezin of familie. Dergelijke verbanden worden vooral waarneembaar, wanneer de huisarts een adequaat kaartstelsel hanteert en dat ook jarenlang consequent bijhoudt. Als vanzelf ontstaan dan allerlei patronen, die een extra dimensie verlenen aan zijn kijk op het optreden van ziekten en gezondheidsstoornissen. In deze – in college-vorm gegoten – bijdrage illustreert de auteur aan de hand van zijn gezinsdocumentatie de betekenis van het primaire leefmilieu voor het optreden van luchtwegaandoeningen.

## Een familiereünie

Vanmorgen vond er in mijn wachtkamer een toevallige familiereünie plaats. Ik hoorde druk praten en lachen, toen ik een patiënt de spreekkamer uitliet, wat ongewoon is sinds ik precies volgens afspraak werk. Toen ik de deur van de wachtkamer opende om de volgende patiënt te halen, zag ik daar ineens de familie G bij elkaar. De oudere, kortademige CARA-patiënt, die ik volgens mijn lijstje verwachtte, was kennelijk gebracht door zijn vrouw, die zelden ziek is. Zij waren in druk gesprek met hun, aan een andere kant van het dorp wonende zoon met zijn vrouw en drie kinderen. Dezen waren, zoals ik me op mijn lijstje kijkend realiseerde, wat vroeger gekomen, omdat een audiogram moest worden gemaakt van twee van hun kinderen in verband met recidiverende middenoorontsteking.

Drie patiënten met een luchtwegaandoening dus, uit één familie. Teruglopend naar de spreekkamer vroeg ik me af in hoeverre er verband zou kunnen worden gelegd tussen deze aandoeningen. Ik besloot de patiëntkaarten van deze familie opzij te leggen om ze vanaand eens te bestuderen.

## Luchtwegaandoeningen in de familie G

Dat heb ik nu gedaan, na alle kaarten bij elkaar te hebben gezocht. Deze analyserend op luchtwegaandoeningen kwam

ik tot de volgende bevindingen (zie ook *figuur 1*):

- *Grootvader* (geboren in 1920) heeft me in de loop van zijn leven heel weinig geraadpleegd. In 1943 had hij een fikse tonsillitis. In het voorjaar van 1956 werd hij op een zondag ernstig ziek met benauwdheid en koorts. Op zijn kaart staat genoteerd dat ik een forse astmatische bronchitis vaststelde. In de reconvalescentie bleef hij lang kortademig bij inspanning. Een week na genezing trad een recidief van de bronchitis op. In 1959 hoorde ik bij een check-up hier en daar ronchi. In hetzelfde jaar consulteerde hij mij wegens hardhorendheid en oorsuizen. De geraadpleegde KNO-arts vond vooral links een slecht door-gankelijke tuba Eustachii en een gestoord audiogram. Pollitzeren bracht verbetering.

Bij een algemeen lichamelijk onderzoek voor een levensverzekering in 1962 werd geen enkele afwijking geconstateerd, met name geen longafwijkingen. Desondanks bleek zich bij hem in 1966 een ernstige CARA te hebben ontwikkeld, die langzaam is verergerd. In 1971 stelde de longarts sterke obstructieve en restrictieve ademfunctiestoornissen vast. Patiënt staakte het roken van de vele sigaretten, maar heeft nu vrijwel geen ademreserve meer. In 1979 kreeg hij decompensatio cordis. Sindsdien staat hij onder geregelde controle in verband met het gebruik van digoxine en aminofylline en wordt hij jaarlijks gevaccineerd tegen influenza.

De kaarten nalezend kom ik tot de conclusie dat de eerste, plotselinge aanval van astmatische bronchitis hoogstwaarschijnlijk geluxeed is door een acute luchtweginfectie van zijn vrouw. Deze was twee dagen tevoren ziek geworden met het klinische beeld van een „griep”. Twee weken na het begin van haar man's ziekte bleek zij een (röntgenologisch bevestigd) infiltraat van de rechter bovenkwab te hebben, dat enkele weken later was verdwenen. Behalve voor een verkoudheid in het daaropvolgende jaar heeft zij verder nooit voor een luchtwegaandoening hulp ingeroepen.

- *De jonge vader* (geboren 1951) was als zuigeling verkouden, had in zijn tweede levensjaar een bronchitis en in zijn derde een pneumonietje, waarvoor hij penicilline kreeg. In zijn vijfde levensjaar kreeg hij een tonsillitis en in zijn zesde levensjaar bleek dat hij zeer hardhorend was en duidelijke verschijnselen had van tonsillo-adenopathie. De KNO-arts verrichtte tonsillectomie en adenotomie. Daarna heeft hij mij, afgezien van een enkel „griepje”, nooit meer voor een luchtwegaandoening geraadpleegd.

- *Bij de jonge moeder* (geboren 1953) ligt het heel anders. Ik ken haar slechts vanaf haar huwelijk (in 1972). Haar kaart vermeldt problemen over ongewenste infertiliteit, die opgelost werden toen zij zwanger werd, prompt nadat haar man was geopereerd voor een fikse varicokèle. In 1974 had zij een aanval van astmatische bronchitis, wat zich in de volgende jaren vijfmaal herhaalde. Zij vertelde mij dat in haar familie veel hooikoorts voorkwam, en zij heeft hier zelf in de daaropvolgende jaren zoveel last van gekregen, dat herhaaldelijk een injectie met een langwerkend corticosteroid preparaat noodzakelijk was om haar door het graspollenseizoen te helpen. Vermeldenswaard is verder dat zij recidiverend last heeft van verschijnselen van eczeem. Zij heeft dus zeker een atopische constitutie.

- *Het oudste kind* (geboren 1976) had reeds in zijn eerste levensjaar viermaal een aanval van een acute luchtweginfectie met koorts, wat tweemaal aanleiding heeft gegeven tot verschijnselen van bronchitis. Dit laatste herhaalde zich tweemaal in zijn tweede levensjaar, in welk jaar ook duidelijk werd dat hij aan ernstig constitutioneel eczeem leed, waarvan hij nu nog steeds last heeft. In 1978 had hij een aanval van bronchitis

Figuur 1. Episoden van luchtwegaandoeningen in de familie G, 1951-1982.

	'51	'52	'53	'54	'55	'56	'57	'58	'59	'60	'61	'62	'63	'64	'65	'66	'67	'68	'69	'70	'71	'72	'73	'74	'75	'76	'77	'78	'79	'80	'81	'82			
Grootvader (geboren 1920)		o				x			o						x							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Grootmoeder (geboren 1917)						o																													
Vader (geboren 1951)		x	x	x			o																												
Moeder (geboren 1954)																																			
♂ (geboren 1976)																																			
♀ (geboren 1977)																																			

O = aandoening van de bovenste luchtwegen (neus, keel en oor)

X = aandoening van de onderste luchtwegen (trachea, bronchi, long)

met koorts, waarbij het sputum duidelijk groen was. In dat jaar kreeg hij recidiverende neusbloedingen. Bij onderzoek op het spreekuur viel op dat er een eenzijdige foetide rinorroe bestond. De KNO-arts, naar wie ik hem verwees, vond en verwijderde een vies oud watje uit deze neusholte en stelde tevens vast dat het adenoid niet vergroot was.

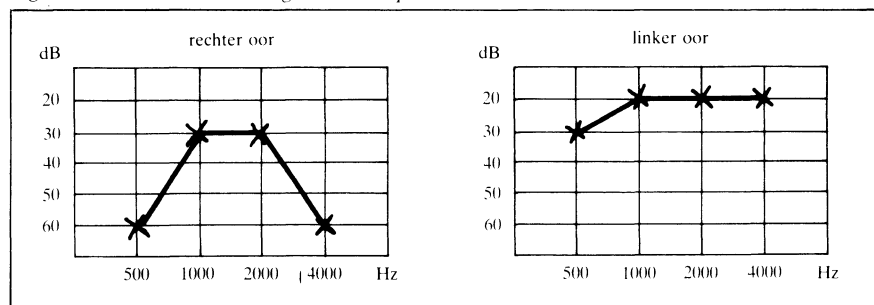
Zijn bronchitis heeft zich nog eenmaal herhaald, in 1979, waarbij ditmaal het expirium duidelijk verlengd was. Nadien is hij echter met zijn oren gaan tobben (recidiverende otitis media acuta). Aandrang van de moeder leidde tot verwijzing naar de KNO-arts, die thans adenotomie en tonsillectomie verrichtte. Desondanks bleven de luchtweginfecties en ook de otitis media acuta recidiveren. Het werd duidelijk dat hij een flinke achterstand kreeg in spraakontwikkeling, waarvoor logopedische hulp werd ingeroepen. Hij heeft het klinische beeld van een hardnekkige otitis media serosa ontwikkeld en heeft daarom nu beiderzijds trommelvliesdrantjes gekregen.

- *Het tweede kind* (geboren 1977) heeft nooit verschijnselen van eczeem gehad. Het was in haar eerste levensjaar enkele malen verkouden, kreeg in 1979 een aanval van otitis media en in 1981 zowel een tonsillitis als een otitis media. *Enige weken geleden viel het de ouders op dat dit kind hardhorend was.* Het

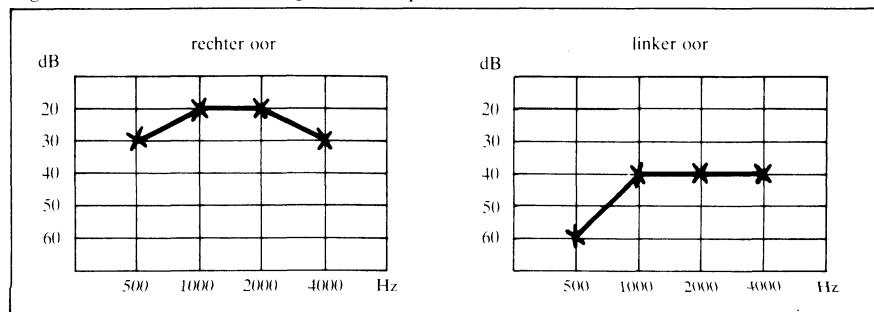
screeningsaudiogram liet zien dat er inderdaad bij het rechter oor sprake was van een verlies van 60 decibel bij zowel de hoogste als de laagste gemeten toonhoogte (figuur 2). Vandaag is het audiogram nog eens opgenomen. Er is een zeer sterke verbetering opgetreden in het gehoor rechts, maar er zijn nu flinke stoornissen links (een verlies van 40-60 decibel op alle toonhoogten) (figuur 3).

- *Van het jongste kind* (geboren 1980) valt te vermelden dat zij, evenals haar broertje, lijdt aan constitutioneel eczeem. Voor luchtwegaandoeningen is tot nu toe nooit medische hulp ingeroepen. Dit kind heeft wel tweemaal een urineweginfectie gehad. Na behandeling met ampicilline blijft de urinekweek echter bij herhaaldelijk uitgevoerde controles negatief.

Figuur 2. Het eerste audiogram (14 april 1982).



Figuur 3. Het tweede audiogram (29 april 1982).



## Bespreking

Wat heeft de bestudering van de patiëntenkaarten van deze familie mij nu geleerd? Welke lessen zouden wij hieruit kunnen trekken? Ik zal proberen dit puntsgewijs samen te vatten:

1. In de medische levensgeschiedenis van deze familie zijn vele en veelsoortige aandoeningen van de luchtwegen voorgekomen. De familie kan, wat dit betreft, niet uitzonderlijk worden genoemd. Elke huisarts weet dat er zich in praktisch iedere familie series van luchtwegaandoeningen voordoen, vooral bij jonge kinderen. Iedere huisarts met enige ervaring weet echter ook dat er in deze grote verschillen zijn tussen het ene gezin en het andere.

In mijn boekje *Family medicine* heb ik aangetoond dat er in de frequentie van luchtwegaandoeningen duidelijke statistische verbanden bestaan tussen de leden van gezinnen onderling.

2. Er zijn ook in deze familiegeschiedenis aanwijzingen voor interacties tussen de familieleden op dit gebied. Deze interacties zijn echter in twee categorieën te onderscheiden:

Het ongeveer tegelijkertijd optreden van luchtwegaandoeningen bij verschillende leden van hetzelfde gezin wijst op een directe interactie, vermoedelijk te wijten aan onderlinge besmetting. Dit verband lijkt heel duidelijk bij de eerste bronchitis van de grootvader en de pneumonie van de grootmoeder in 1956. Hetzelfde kan gezegd worden ten aanzien van verschillende luchtweginfecties van de moeder en haar twee oudste kinderen in het jonge gezin. Ook hier was er dikwijls sprake van gelijktijdigheid.

In mijn proefschrift (Huygen 1948) heb ik kunnen aantonen dat bij de verbreding van een aandoening van de lagere luchtwegen als pneumonie het gezin een belangrijke rol vervult. Bots (1964) deed dit voor een aandoening van de bovenste luchtwegen als tonsillitis.

Afgezien van een verband in de tijd tussen (infectieuze) aandoeningen van de luchtwegen zijn er in deze familiegeschiedenis gegevens die wijzen op een verband in dispositie tussen de generaties. De atopische constitutie van de moeder vinden wij terug in de neiging tot eczeem en astmatische bronchitis bij haar kinderen. Deze constitutie zal vermoedelijk een rol gespeeld hebben bij het ontstaan van hun middenoorontstekingen. Hun voorgeschiedenis is echter wat dit betreft ook van vaders zijde belast. Misschien zullen zij, zoals hun

moeder, in de toekomst ook hooikoorts krijgen, een verschijnsel dat meestal pas later in het leven optreedt. Zullen zij een grotere kans lopen nóg later invalide te worden door progressieve longfunctiestoornissen zoals hun grootvader?

Voorspellingen in dezen zijn moeilijk te maken. De voorgeschiedenis van de familie kan echter zowel van vaders- als van moederszijde belast worden genoemd. Er is dus extra reden hen aan te raden nooit met roken te beginnen.

3. Het bestuderen van verbanden zoals hierboven beschreven kan het beste door huisartsen gebeuren. Zij nemen hiervoor een ideale positie in, door hun begeleidende rol van gezinnen en families. Het is dan wel zaak een goede en nauwkeurige registratie van gegevens jarenlang vol te houden en wel zodanig, dat anderen hierop kunnen voortbouwen. Als groepen huisartsen hiertoe de handen ineen zouden slaan, zouden wij een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling en wetenschappelijke onderbouwing van een levensloop- en gezins- c.q. familiegeneeskunde.

Bots, A. W. De keelontsteking in de huisartspraktijk. *Diss. Leiden*, 1965.

Huygen, F. J. A. Family medicine. The medical life history of families. *Dekker & Van de Vegt, Nijmegen*, 1978.

Huygen, F. J. A. Lobaire pneumonie als besmettelijke ziekte. *Diss. Utrecht*, 1948.

## Vervolg literatuur p. 65

Weel, C. van. Luchtwegaandoeningen in de huisartspraktijk. Incidentie, prevalentie, therapie en verwijzingen in het monitoringproject. (1982) *Huisarts & Praktijk* 6, 12-19.

Wellen, J. Medicalisering van de samenleving. (1981) *Metamedica* 60, 197-209.

Wulff, H. Rational diagnosis and treatment. *Blackwell, Oxford*, 1976.

## Vervolg literatuur p. 68

Colley, J. R. T., J. W. B. Douglas and D. D. Reid. Respiratory disease in young adults: influence of early childhood lower respiratory tract illness, social class, air pollution, smoking. (1973) *Brit. med. J.* III, 195-198.

Feenstra, L., L. van Delden, W. Leene en A. J. P. Veerman. Het immotiele cilia syndroom. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 340-343.

Graat, T. De wijkverpleegkundige. Wat kan en mag de Cara-patiënt verwachten? (1982) *Contrastma* 20, 1-5.

Huygen, F. J. A., J. van Eijk, H. van de Hoogen e.a. Een praktijk doorgelicht op CARA (1977) *Huisarts en Wetenschap* 20, 383-386.

Jansveld, C. A. F. en J. H. Dijkman.  $\alpha_1$ -anti-trypsin deficiëntie en Cara. *Nederlands Astma Fonds, Leusden*, 1975.

Kuzemko, J. A. Natural history of childhood asthma. (1980) *J. Pediat.* 97, 886-892.

Kerrebijn, K. F., H. C. A. Hoogeveen-Schroot and M. C. van der Wal. Chronic non-specific respiratory disease in children: a five year follow-up study. (1977) *Acta paediat. (Uppsala)*, suppl. 261.

Lende, R. van der. Voorkómen is beter dan genezen. Inaugurele rede Groningen. *Van Gorcum, Assen*. 1975.

Martin, A. J., L. A. McLennan, L. I. Landau and P. D. Phelan. The natural history of childhood asthma to adult life. (1980) *Brit. med. J.* 280, 1397-1400.

Neijens, H. J. De klinische betekenis van bronchiale hyperreactiviteit. In: K. F. Kerrebijn, Chr. Hilvering, H. J. Sluiter en H. W. A. Wams (red.). De relatie tussen respiratoire aandoeningen in de jeugd en op volwassen leeftijd. *Excerpta Medica, Amsterdam*, 1981.

Peckham, C. and N. Butler. A national study of asthma in childhood. (1978) *J. Epidemiol. community Hlth* 32, 79-85.

PiMZ phenotype: is it a significant risk factor for the development of obstructive lung disease?. The. Editorial (1978) *Amer. Rev. resp. Dis.* 118, 649-652.

Quanjer, Ph. H. Longfunctie bij kinderen. In: K. F. Kerrebijn, Chr. Hilvering, H. J. Sluiter en H. W. A. Wams (red.). De relatie tussen respiratoire aandoeningen in de jeugd en op volwassen leeftijd. *Excerpta Medica, Amsterdam*, 1981.

Schilte, P. P. M., H. J. Neijens, M. Sinaasappel e.a. Cystic fibrosis: de huidige stand van zaken. In: Het medisch jaar 1982. *Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1982.

Woerden, C. B. van. Longfysiologische metingen in de algemene praktijk. In: K. F. Kerrebijn, Chr. Hilvering, H. J. Sluiter en H. W. A. Wams (red.). De relatie tussen respiratoire aandoeningen in de jeugd en op volwassen leeftijd. *Excerpta Medica, Amsterdam*, 1981.