

Tilburg University

Angst

van der Feltz-Cornelis, C.M.

Published in:

Probleemgeoriënteerd denken in de huisartsgeneeskunde. Een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek

Publication date:

2009

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

van der Feltz-Cornelis, C. M. (2009). Angst. In E. A. C. Beenakker, & H. J. Schers (Eds.), *Probleemgeoriënteerd denken in de huisartsgeneeskunde. Een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek* (pp. 41-47). (Probleemgeoriënteerd denken in de geneeskunde). De Tijdstroom.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

4 Angst

C.M. van der Feltz-Cornelis

Casus

De echtgenote van de heer Pietersen belt u in paniek op. Zij vertelt dat haar echtgenoot in de keuken op een stoel is neergezegen, erg bleek ziet, transpireert, zwaar hijgt en zegt dat hij een hartaanval heeft.

- Vraag 1** Welke diagnostische overwegingen heeft u bij een patiënt met kortademigheid en vegetatieve verschijnselen? Welke anamnestiche vragen kunt u via de telefoon stellen?
- Vraag 2** Welke verschijnselen pleiten bij de heer Pietersen voor of tegen een hartaanval?

Antwoord 1

Hier is kennelijk sprake van een acuut optredend klachtenpatroon dat patiënt en zijn echtgenote bang maakt. Zij denken aan een hartaanval; dat is inderdaad een mogelijkheid. Maar de differentiaaldiagnose van acute dyspneu, in combinatie met de vegetatieve verschijnselen bleekheid en transpireren, is breed. In tabel 4.1 is deze differentiaaldiagnose weergegeven.

Tabel 4.1 Differentiaaldiagnose bij acute dyspneu

Pulmonaal	
Longparenchym	Pneumonie
	COPD
Pleuraal	Pneumothorax
Vasculair	Pulmonale hypertensie
	Longembolie
Luchtwegen	Spasme
	Corpus alienum
Cardiaal	
Coronair	Myocardinfarct
Kleppen	Insufficiënties
	Stenoses
Myocard	Decompensatio cordis

Pericardiaal	Harttamponnade
Metabool	Ketoacidose
Intoxicaties	Benzodiazepinen
	CO
Psychisch	Angst

Psychogene dyspneu

In de *Telefoonwijzer* van het Nederlands Huisartsen Genootschap worden richtlijnen gegeven voor telefonische triage. Bij kortademigheid is daarbij een prioritering aan te brengen naar de ernst van de klachten, van 1: zeer urgent tot 4: niet urgent. Volgens uw inschatting is de patiënt in die prioritering tussen niveau 2 en 3 te plaatsen, omdat hij geen pijn op de borst lijkt te hebben. Er zou sprake kunnen zijn van een longembolie, maar er kan ook sprake zijn van een paniekaanval. Bij een cardiovasculair acuut moment of een longembolie raakt de circulatie dan wel oxygenatie over het algemeen echter dusdanig verstoord dat opstaan en iets doen nauwelijks mogelijk is. De klachten verergeren dan bij inspanning. Bij een hartaanval is de kans groot dat er ook pijn op de borst bestaat. Het is zinvol te informeren of de klachten na inspanning zijn opgetreden, of in rust. Daarnaast is het van belang om te vragen naar de duur van de klachten: een acuut cardiovasculair moment duurt meestal niet lang voordat verdere achteruitgang van de toestand van patiënt optreedt. U kunt dus vragen hoe de klachten zijn ontstaan, hoe lang ze al bestaan, of de patiënt het bewustzijn heeft verloren en of hij iets kan doen, bijvoorbeeld opstaan van zijn stoel, of niet. Met deze vragen is meestal een eerste onderscheid te maken tussen de verschillende aandoeningen.

Antwoord 2

Een hartaanval is mogelijk. Vaak gaat het hier om patiënten van 40 jaar of ouder, met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten: een positieve familieanamnese, eerdere manifestaties van atherosclerose, aanwezigheid van risicofactoren zoals hypertensie, hypercholesterolemie, roken, diabetes mellitus en overgewicht. Ook het transpireren en bleekheid passen hierbij als vegetatief verschijnsel. Hij lijkt echter geen pijn op de borst te hebben en dat is een belangrijk argument tegen.

Een andere mogelijk ernstige aandoening is een longembolie. Dat wordt waarschijnlijker naarmate de patiënt meer benauwd is, wanneer aderen in de nek zijn opgezwollen en de tong enigszins blauw ziet. Het 'hijgen' zou hierbij kunnen passen.

Een derde voor de hand liggende mogelijkheid is een paniekaanval. Deze treedt op in rust, naar aanleiding van een onprettig life event, of tijdens duurzame mentale overbelasting. Een paniekaanval treedt meestal voor het eerst op rond de leeftijd van 20 jaar, maar het kan ook later gebeuren, naar aanleiding van een sociale rolwisseling die grotere verantwoordelijkheden met zich meebrengt. Paniekaanvallen kunnen ook latent aanwezig zijn gedurende langere tijd en opeens verergeren. Indien u patiënt al langer kent met vage klachten of angstklachten, zou dat het geval kunnen zijn.

Heteroanamnese

Van de echtgenote hoort u dat de heer Pietersen nu weer van zijn stoel is opgestaan. Hij dringt aan op een huisbezoek. Zij vertelt dat hij door de keuken loopt en van alles roept. U hoort dat op de achtergrond ook. Desgevraagd heeft hij geen pijn op de borst, maar hij denkt een hartaanval te zullen krijgen. U kent de heer Pietersen. Hij is een wat nerveuze man van 50 jaar, die flink rookt en bekend is met lichte hypertensie. In zijn familie komen geen hartklachten voor. Zijn vrouw vertelt dat hij ziek thuis zit van zijn werk sinds enkele dagen. Tijdens dit gesprek is de heer Pietersen gekalmeerd en hij zegt tegen zijn vrouw dat het kennelijk over is wat hij had.

Vraag 3 Wat is uw differentiaaldiagnose op basis van deze gegevens?

Antwoord 3

Eigenlijk blijven er maar twee mogelijke diagnoses over:

- voorbijgaande cardiale ischemie;
- paniekaanval.

Een voorbijgaande cardiale ischemie kan zeker niet worden uitgesloten. Een man van deze leeftijd met hypertensie en roken in de voorgeschiedenis heeft een reële kans op symptomatische coronairsclerose. Er tegen pleiten uiteraard dat hij geen typische pijn had en dat het kennelijk geheel overging binnen een minuut of vijf, ondanks dat patiënt is gaan rondlopen. Volgens de NHG-standaard *Angina pectoris* wordt bij aanwezigheid van de drie volgende symptomen de diagnose typische angina pectoris gesteld:

- retrosternale klachten (beklemming, drukkend, samensnoerend gevoel op de borst);
- provocatie van de klachten door inspanning, kou, warmte, emotionele of fysieke inspanning;
- verdwijning van de klachten in rust binnen vijftien minuten en/of door het gebruik van sublinguaal toegediende nitraten binnen enkele minuten.

Bij aanwezigheid van twee van deze drie symptomen is er atypische angina pectoris. De angina pectoris is stabiel indien er geen of een geringe neiging bestaat tot progressie van de klachten. Bij pijn op de borst die aan één of geen van bovenstaande drie symptomen voldoet, spreekt men van specifieke thoracale pijn. Bij de heer Pietersen zijn er geen duidelijke aanwijzingen in de richting van een stabiele of instabiele angina pectoris.

Een paniekaanval is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose: kennelijk nemen de klachten al af, en een paniekaanval duurt meestal maar een minuut of tien. Het feit dat patiënt alweer rondloopt en dingen roept, betekent dat zijn circulatie niet gecompromitteerd is en dit pleit ook sterk tegen een longembolie.

Bij een paniekaanval horen het acute begin en het gegeven dat de patiënt denkt dood te zullen gaan of gek te zullen worden dan wel flauw te zullen vallen. Een paniekaanval komt vaak schijnbaar uit de lucht vallen. Hyperventilatie kan daarbij optreden, maar hyperventilatie speelt in tegenstelling tot wat men vroeger dacht geen oorzakelijke rol in het ontstaan van een paniekaanval.

Omdat het bestaan van cardiale problematiek de nodige consequenties zou hebben, zet u deze diagnose voorzichtigheidshalve toch nog niet aan de kant. U vindt een tweesporenbeleid wenselijk waarbij u cardiale problematiek uitsluit, en daarnaast aandacht heeft voor een eventuele angststoornis.

Huisbezoek

Op grond van telefonisch verzamelde gegevens besluit u dat er geen sprake is van een spoedgeval. Het spontaan verbeteren van de klachten, het ontbreken van pijn op de borst en het verdwijnen van de kortademigheid, samen met de blanco cardiale voorgeschiedenis, stellen u voorlopig gerust. Een paniekaanval is waarschijnlijk. Toch besluit u tot een huisbezoek zodra de praktijk dat toelaat. U vervolgt uw spreekuur, dat nog een halfuur duurt. Na uw spreekuur gaat u langs. U treft de heer Pietersen en zijn echtgenote in de keuken aan een kop koffie. De heer Pietersen vertelt u dat dit de eerste keer is dat hij zo'n aanval heeft en dat hij erg geschrokken is. Maar dat het nu eigenlijk over is, tot zijn verbazing. Hij weet niet wat hij ervan moet denken. Zijn vrouw vertelt dat hij erg gestrest is door ernstige problemen op zijn werk. Daar loopt hij zich over op te vreten, al maanden, en nu zit hij thuis nadat een reorganisatie is aangekondigd. Dat deed voor hem de deur dicht.

- Vraag 4** Welke vragen stelt u om nog om verder te differentiëren tussen een paniekaanval en voorbijgaande cardiale ischemie?
- Vraag 5** Welk lichamelijk onderzoek doet u en wat is de waarde van het lichamelijk onderzoek bij verdenking op een paniekaanval?

Antwoord 4

U vraagt of de patiënt de afgelopen tijd nog andere klachten heeft gehad: of hij zich snel zorgen maakt, of hij zich goed kan concentreren, of hij snel vermoeid is, of hij pijnklachten heeft of gespannen spieren. U vraagt of er behalve de werksituatie ook andere situaties zijn waarin hij zich ongemakkelijk voelt, en of hij situaties vermijdt. U vraagt of hij nog wel kan genieten van dingen en hoe hij slaapt. U stelt deze vragen om meer zicht te krijgen op de omvang van de angstklachten en om inzicht te krijgen in eventuele comorbiditeit. Indien dit inderdaad een paniekaanval was, dan is het relevant om te weten of er ook vermijdingsgedrag bestaat. Bij paniekaanvallen kan bijvoorbeeld agorafobie voorkomen, of een sociale fobie. Ook is het relevant om te weten of er een gegeneraliseerde angststoornis bestaat. Gezien het feit dat u de heer Pietersen kent als een nerveuze man, zou het kunnen dat hij al langer een gegeneraliseerde angststoornis heeft die nu is geëxacerbeerd in een paniekaanval naar aanleiding van een stressor op het werk. Vandaar de vragen naar concentratie, snelle vermoeidheid, zorgen, pijnklachten en spierspanning. Tot slot kan ook een comorbide depressie bestaan. Vandaar de vraag naar verminderd genieten van dingen en naar het slaappatroon.

Antwoord

In het kader van een bloeddruk van een c vooraf om hartritme: relevant o nenheid k se paniek: evidence. I de dokter of er welli de aanpak te doen, m

Lichameli

Bij het lich kele rhonc en een lich hoort geen

- Vraag 6** Wat zijn u derzoek?

Antwoord 1

Op grond v ecg zal wei nen, een ge afwijkend e Redenen or ken, en de bloeddruk r zijn echtger dioloog zou verhaal als t U heeft toch

Diagnose

U bespreekt angstaanjage

Antwoord 5

In het kader van het tweesporenbeleid luistert u naar het hart, voelt de pols en meet de bloeddruk. Het lichamelijk onderzoek heeft beperkte waarde, zowel bij de diagnostiek van een dreigend hartinfarct als van een paniekaanval. Toch heeft het enige waarde, vooral om bepaalde afwijkingen zoals een soufflé passend bij een hartklepgebrek, een hartritmestoornis of hypertensie uit te sluiten. Indien de bloeddruk verhoogd is, is het relevant of dit vooral de diastolische dan wel de systolische bloeddruk betreft; gespannenheid kan met name leiden tot een verhoogde systolische bloeddruk. Bij de diagnose paniekaanval geeft het lichamelijk onderzoek daardoor voornamelijk *circumstantial evidence*. Toch is het een stap die niet overgeslagen mag worden. Zowel de patiënt als de dokter zullen zich rustiger voelen indien serieus aandacht is besteed aan de vraag of er wellicht een lichamelijke oorzaak voor de klachten is, en dat zal de overgang naar de aanpak van de paniekaanvallen voor beiden vergemakkelijken. Het is dus zinvol om te doen, maar niet in de eerste plaats om een lichamelijke disfunctie op te sporen.

Lichamelijk onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek van de heer Pietersen vindt u geen afwijkingen behalve enkele rhonchi over de longen, die u interpreteert als passend bij zijn fors sigarettenroken, en een licht verhoogde bloeddruk van 150/90 mmHg. De hartslag is regelmatig en u hoort geen souffles.

Vraag 6 Wat zijn uw diagnostische overwegingen op dit moment? Verricht u aanvullend onderzoek?

Antwoord 6

Op grond van de door u verzamelde gegevens maakt u een aantal overwegingen. Een ecg zal weinig conclusief zijn om cardiaal zuurstofgebrek in het verleden aan te tonen, een gedaald ST-segment is meestal alleen bij acute ischemie zichtbaar; een niet-afwijkend ecg sluit de diagnose angina pectoris dus niet uit.

Redenen om toch een ecg te laten maken zijn: het geslacht, de leeftijd, het vele roken, en de gestrestheid van patiënt die zich uitte in een iets verhoogde systolische bloeddruk maar ook in paniekerig gedrag, dat kennelijk erg aanstekelijk was, want zijn echtgenote heeft u daarom gebeld. Een ecg kan geruststellend werken. Een cardioloog zou ook een inspanningstest kunnen doen. Maar bij een dermate atypisch verhaal als bij de heer Pietersen en een lage voorafkans biedt dat weinig meerwaarde. U heeft toch sterk de indruk dat het hier om een paniekaanval gaat.

Diagnose

U bespreekt uw overwegingen met de heer Pietersen. U vertelt dat het allemaal erg angstaanjagend was, en dat u daarom ook langsgelopen bent. U vertelt dat u nu geen

aanwijzingen kunt vinden voor een hartaanval, en dat het zou kunnen gaan om een paniekaanval.

Vraag 7 Welke uitleg geeft u over een paniekaanval? Heeft u aanvullende adviezen?

Antwoord 7

U vertelt dat een paniekaanval een soort vanzelf optredende automatische reactie van het lichaam is op stress, die ongeveer vijf tot tien minuten duurt en gepaard gaat met lichamelijke verschijnselen zoals hij die heeft gehad. U legt uit dat de stress die op zijn werk speelt hem parten zou kunnen spelen.

Tevens vertelt u dat sigaretten roken en koffie drinken in de mate die hij doet in deze fase niet zo'n goed idee is. Als het hem zou lukken om te minderen, dan zou hij zich zeker beter voelen.

U wilt dat de heer Pietersen in een opschrijfboekje elke dag bijhoudt hoe hij zich voelt en of hij nog aanvallen heeft gehad. Daar moet hij ook bij aantekenen in welke situatie die aanvallen optreden en wat hij heeft gedaan om het op te laten houden.

Vervolg casus

U vertelt de heer Pietersen dat u een ecg wilt laten maken, omdat hij rookt en een licht verhoogde bloeddruk heeft. De volgende dag krijgt u van het functielaboratorium de schriftelijke beoordeling van het ecg door de cardioloog binnen. Hij schrijft dat het ecg niet afwijkend is; er zijn geen aanwijzingen voor coronarialijden.

De dag daarna komt de heer Pietersen op uw spreekuur. Hij heeft weer een aanval gehad, maar dit keer minder erg. Hij is rustig gaan ademhalen en heeft vijf keer tot zestig geteld, omdat u had verteld dat de meeste paniekaanvallen vijf tot tien minuten duren. Toen voelde hij de aanval afzakken. Hij heeft het opschrijfboekje mee en daaruit komt naar voren dat hij erg veel zorgen heeft over zijn werk.

Vraag 8 Wat is nu uw definitieve diagnose? Welke behandeling is geïndiceerd?

Antwoord 8

Het gaat hier om paniekaanvallen, geluxeerd door dreigende reorganisatie bij een nerveuze man. Paniekaanvallen komen vaak voor en zijn goed te behandelen. Eerste stap is het geven van uitleg over de klachten en het aanraden van een zelfhulpboek waarin de patiënt leert de klachten in kaart te brengen, de aanvallen op te vangen en ontspanningsoefeningen te doen teneinde het algemeen stressniveau te verlagen. De tweede stap is met de patiënt te bespreken wat aan eventuele stressoren te doen is. In het geval van de heer Pietersen is thuis zitten afwachten terwijl op het werk een reorganisatie gaande is, vermijdingsgedrag dat de stress verhoogt. Het is waarschijnlijk beter snel weer gedeeltelijk aan het werk te gaan. Indien gewenst kan hij daarbij een coach of therapeut raadplegen om te zien hoe hij het beste om kan gaan met de werksituatie. Indien de klachten niet binnen enkele weken afnemen, of indien ze ook

's nachts optreden en duurzaam het slaappatroon verstoren, kan een antidepressivum baat hebben. Antidepressiva zijn goed werkzaam tegen paniekaanvallen en zijn niet verslavend en daarom te verkiezen boven benzodiazepinen. Een antidepressivum kan worden voorgeschreven voor een periode van zes weken, waarin de patiënt dagelijks bijhoudt hoeveel paniekaanvallen hij heeft. Het is te verwachten dat de aanvallen vanaf twee weken na aanvang van het gebruik geleidelijk beginnen af te nemen, en dat na zes weken het effect goed duidelijk wordt. Indien het antidepressivum goed aanslaat, is het wenselijk het gedurende een halfjaar te continueren en dan geleidelijk af te bouwen als de klachten inderdaad in remissie zijn en de omstandigheden, in dit geval de werksituatie, niet meer zo stresserend zijn dat een terugval te verwachten is. Daarnaast is een verwijzing naar de cognitief gedragstherapeut een mogelijkheid. Deze kan in acht tot zestien sessies een functionele analyse maken van de klachten met de patiënt, en de patiënt vervolgens leren met de klachten om te gaan. In veel gevallen verdwijnen de klachten daardoor. Ook de combinatie van een antidepressivum en cognitieve gedragstherapie kan wenselijk zijn; er zijn aanwijzingen dat daardoor de kans op een terugval in de toekomst, als de medicatie is afgebouwd, afneemt. Afbouwen kan in enkele weken tijd door de dosering geleidelijk te verlagen en te kijken of geen terugval optreedt.

Literatuur

- Boeijen C van, Boeke J, Oppen P van, Blankenstein N, Cherpanath A, Dyck R van, et al. Effect van zelfhulpbehandelingen voor angststoornissen in de eerstelijnszorg. *Huisarts Wet* 2006;49:182-6
- Boeijen C van, Oppen P van, Boeke J, Visser S, Kempe P, Blankenstein N, et al. Angststoornissen in de eerste lijn vaak goed te behandelen - een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. *Huisarts Wet* 2007;50:315-20.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Nederlands Triage Systeem. Op weg naar eenduidige triage. Utrecht: NHG, 2006.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Telefoonwijzer. Een leidraad voor triage en advies. Utrecht: NHG, 2008.
- Rutten FH, Bohnen AM, Schreuder BP, Popping MDA, Bouma M. NHG-Standaard stabiele angina pectoris, tweede herziening. *Huisarts Wet* 2004;47:83-95.
- Terluin B, Heest FB van, Meer K van der, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2004;47:26-37. Ook via www.nhg.artsennet.nl.

Website

<http://www.angstklachten.nl/>