**ROLBESCHRIJVINGEN VOOR DE SIMULATIES VAN 7 januari 2019, MANP Tractus digestivus**

**Algemene opmerkingen voor de docenten**

Vijf casus op 7 januari:

1. Maagbloeding: SEH (ambulance) (ook voor GGZ)
2. M. Crohn: huisarts
3. Cholecystitis: verpleeghuis
4. Pancreatitis: in psychiatrisch ziekenhuis

Geef iedere subgroep een andere casus. Aan het eind van de bijeenkomst rapporteren zij aan elkaar. Soms staat nog wat extra achtergrondinformatie in de casus, zoektips of hulpvragen (die de docent aan de studenten kan stellen) voor de docent bij.

Omlijnde tekst is de tekst die de student krijgt.

Deze wordt via onderwijsonline gepresenteerd op de dag van de werkgroep. Dit om heel veel printwerk te vermijden.

***Algemene opmerkingen voor de studenten die de rol van patiënt op zich nemen***

Neem even de tijd om de rol te bestuderen en je in de rol in te leven. Alle gegevens uit je hoofd leren, lukt niet in een paar minuten. En dat hoeft ook niet want je kunt de gegevens bij de hand houden.

De student in de rol van Vios krijgt ongeveer 10-15 minuten de tijd om een anamnese af te nemen, waarbij hij/zij de belangrijkste informatie moet zien te verkrijgen. Het gaat er om dat de Vios leert door te dringen tot de kern van de zaak. Geef daarom niet meteen alle informatie weg. Als de Vios vraagt wat er aan de hand is, noem je in eerste instantie alleen de hoofdklacht, zodat de Vios de kans krijgt om te oefenen in het stellen van meerdere (gerichte) vragen. Pas als de Vios actief doorvraagt, kun je wat meer van je klachten prijs geven.

Begin met het vertellen van de locatie en de leeftijd/ geslacht van de rol.

Als de Vios iets vraagt waarvan het antwoord niet in de casusomschrijving staat, bedenk dan zelf een antwoord dat zo goed mogelijk aansluit (en meestal dus geen extra klachten geeft; zo normaal mogelijk).

Na het gesprek is er 5-10 minuten gelegenheid voor feedback tussen simulatiepatiënt en het groepje studenten: wat viel op, wat ging goed, wat kan beter?

De docent kan soms de studenten vragen om hun verzamelde patiëntgegevens over te dragen en tevens kan de student uitslagen van lichamelijk onderzoek opvragen bij de docent.

Als de tijd het toelaat, kan de Vios tevens een voorlichtingsgesprek met de simulatiepatiënt voeren over de uit te voeren aanvullende onderzoeken.

***Casus 1***

Context van de situatie

Op SEH, met ambulance gebracht, het is nu maandag rond 10 uur in de ochtend.

Personalia

Dhr/mevr van Tegelen, 78 jaar

Burgerlijke staat: getrouwd met dhr/mvr van Tegelen (81 jaar)

Opleiding/werk: gepensioneerd directeur van een basisschool in Nijmegen

Voorinformatie

Overdracht van ambulance: pt 78 jaar, bloedbraken. HD stabiel, wel wat krappe tensie. Alleen waaknaald geplaatst.

Contextinformatie

Voorgeschiedenis:

Tot 5 jaar geleden ben je gezegend geweest met een goede gezondheid. Tot aan je 73e ben je nog nooit in het ziekenhuis geweest voor jezelf. Je partner is wel al regelmatig opgenomen geweest in verband met heftige problemen aan de longen (COPD). Echter, 5 jaar geleden ben je getroffen door een herseninfarct. Er bleek sprake te zijn van fibrilleren van je hartboezem waardoor er een stolsel is losgeschoten naar je hersenen. Door goede begeleiding van de fysiotherapeut heb je er weinig restverschijnselen aan over gehouden (iets minder kracht in je linkerarm en -been). Sindsdien gebruik je sintrom. Je gebruikt daarnaast metoprolol i.v.m. een hoge bloeddruk en simvastatine i.v.m. een hoog cholesterol. Dit is je allemaal niet in de koude kleren gaan zitten; zieke echtgenoot, zelf een CVA. Je had je je oude dag wel anders voorgesteld en dit alles heeft je wel somber gemaakt. De huisarts heeft je daarom Citalopram gegeven waar je wel wat van opknapte qua stemming.

Vorige week is het je in je rug geschoten. Je hebt hier erg veel last van en op advies van een bezorgde buurvrouw heb je bij de Kruidvat een pakje naproxen gehaald. Dit helpt goed tegen de pijn.

Tabak: je hebt tot 5 jaar geleden gerookt (half pakje per dag), gestopt na herseninfarct

Alcohol: je drinkt elke avond 1 of 2 glaasjes port

Medicatie:

Sintrom volgens voorschrift (dit regelt de trombosedienst, voor de komende dagen is het schema 1 pil, 2 pillen, 1 pil, 2 pillen van 1 mg per dag),

Metoprolol 25 mg 1x per dag 1 tablet,

Simvastatine 20 mg 1x per dag 1 tablet,

Naproxen 250 mg 2dd 1 tabl (sinds ruim een week)

Citalopram 10mg 1dd 1tabl

Geen allergie

Laatste maaltijd: een uur geleden ontbeten. Je hebt nu dorst. Als je een goed moment vindt: vraag om wat te drinken.

De hoofdklacht(en) en hulpvraag

Bloedbraken.

Speciële anamnese

Na het ontbijt van vanochtend (een afbakbroodje uit de oven) samen met je partner werd je opeens niet lekker. Je werd erg misselijk en begon te zweten. De misselijkheid werd zo erg dat je ook moest braken. Je bent toen naar het toilet gegaan en daar zag je dat er heel veel bruinrood bloed bij je braaksel zat. Dit heb je nog nooit gehad. Het bloed bij het braaksel bevatte ook grote bloedstolsels. Toen je partner bij je kwam kijken, schrok hij/zij ook en heeft direct 112 gebeld. De ambulance was er gelukkig snel en heeft je meteen naar de SEH gebracht. Je partner kon niet meekomen en moet met het openbaar vervoer komen. Daarom is hij/zij er nog niet. Nu je hier bent, heb je niet meer hoeven braken, maar misselijk ben je nog wel. Je voelt je daarnaast ook nog erg zweterig, trillerig en wat licht in het hoofd. Je maakt je erg veel zorgen. Wat is er aan de hand?

Desgevraagd: de laatste tijd wel wat minder eetlust, continu een wat vage, zeurende pijn in de maagstreek en je voelt je sneller moe. Afgelopen dagen wat donkerder en anders ruikende ontlasting. Je weet niet precies hoe en wat want je let niet zo goed op jezelf.

Non-verbaal: Je bent erg geschrokken van hetgeen je overkomen is. Je maakt je daarnaast ook veel zorgen, want je moet voor je partner zorgen die i.v.m. zijn/haar longprobleem erg van je afhankelijk is.

De (screenende) tractusanamnese

Niet bijdragend.

Lichamelijk onderzoek

A: vrij (evt wat bloedrestjes in mond)

B: AF 16/min, sat 97% (kamerlucht), symm, VAG, geen bijgeluiden

C: p 68/min ra, RR 90/65, normale cortonen, geen souffles, CR 3 sec (normaal is bloeddruk bij jou 140/90 en je pols meestal 55-60)

D: EMV max, PEARRL, geen lateralisatie, geen meningisme, gluc 7,0 mmol/l

E: T 36.8 ˚C

Overig lichamelijk onderzoek

Bleke en klamme patiënt

Drukpijnlijk epigastrico (midden boven in buik), soepele buik.

Rectaal toucher: zwarte glanzende ontlasting = melena aan de handschoen

Aanvullend onderzoek (lab, ECG, beeldvormend onderzoek, vragenlijsten,… De studenten kunnen de uitslagen opvragen bij de docent)

Lab: Hb, MCV, Ht, trombocyten, INR, bloedgroep, rhesusfactor en kruisbloed, ASAT, ALAT, alk fosf, γGT,

bilirubine, K, ureum, creat.

(NB: in acute fase nog normaal Hb, dus herhalen)

Indien MCV laag is verdere diagnostiek inzetten in de niet acute fase omdat dan een ferriprieve anemie in de DD staat bv bij een maligniteit.

Differentiaal diagnose

Ulcus pepticum/ventriculum, bloedend (maagbloeding)

Maagcarcinoom

Oesofagusbloeding

Diagnose / werkhypothese

Bloedend ulcus

Behandeling en eventuele alternatieven daarvan. Relevante richtlijnen.

* Acuut (Hb stabiliseren): correcte interventies en reactie van pt hierop
* Infuus (grote naald), op geleide RR volume resusciteren: NaCl, gelofusine of andere plasma-expander: pt voelt zich minder licht in het hoofd na wat vulling en RR stijgt naar 105/70.
* Monitoren: pols en RR bewaken. Urineproductie (> 30 cc/ uur)
* NPO
* Overleg MDL-arts
* Als INR > 1.5: overleg over couperen anti-coagulantia met 4-stollingsfactorenconcentraat = laatste redmiddel bij een levensbedreigende bloeding. Stap 1 is Vitamine K druppels oraal (cave slechte resorptie bij braken). Vitamine K kan ook parenteraal wordentoegediend dus iv; een en ander afhankelijk van de klinische parameters en context.
* CAVE aspiratie bij hematemesis
* Stoppen van NSAID! Ook Citalopram kan mogelijk een effect hebben op de bloedingstijd dit is vrij zeldzaam echter naast gebruik coumarines zoals Sintrom moet zowel de stolling als stelping worden geoptimaliseerd bij een patient met een levensbedreigende bloeding. Check in deze context ook altijd gebruik van Ascal, ook dit middel geeft een remming van de thrombocytenaggregatie.

Daarna:

* Opnemen op afdeling met adequate bewaking.
* Gastroscopie (oesofagogastroduodenoscopie). (Endoscopische therapie lijkt veilig bij INR < 2,5)
* Evt beeldvorming XBOZ of blanco CT scan ivm uitsluiten perforatie

Hulpvragen

Onderbouwing DD en aanvraag aanvullend onderzoek.

Urgentie?

V: Zou dit een maagperforatie kunnen zijn? Waarom (niet)?

A: ja, dit moet je uitsluiten want bloed in de buik geeft minder prikkeling van het peritoneum dan bv galzuren.

V: welke pols verwacht je bij deze tensie? Waarom is ie dan laag?

A: metoprololgebruik.

V: Wat vind je van het beleid van de ambulancebemanning?

A: vreemd dat ze geen vulling hebben gegeven.

V: Wat vind je van de medicatie en combinatie?

A: interactie van NSAID met SSRI geeft bij gebruik van vitamine K-antagonisten en NSAID’s kan soms een verlengde bloedingstijd door SSRI's. Daarom de studenten stimuleren om de bijwerkingen van de alle geneesmiddelen die patiënt gebruikt na te gaan evenals de mogelijke interacties van voorgeschreven en zelf medicatie.

***Casus 2***

Context van de situatie

Patiënte komt bij de huisarts. Gisteren gebeld en je kon vandaag terecht.

Personalia

Mevr Daale, 35 jaar. Blank.

Getrouwd, 1 kind (2 jaar oud).

Je werkt als wiskundelerares op een middelbare school (24 uur/week).

Voorinformatie

De huisarts kent deze patiënte nog niet echt. Patiënte is sinds drie jaar in uw praktijk. In haar dossier staan de ongecompliceerde zwangerschap en bevalling vermeld. En verder niet bijdragend.

Contextinformatie

Familie-anamnese:

Oma heeft darmziekte gehad, niet bekend welke. Ze is overleden op 60-jarige leeftijd. Je weet niet waaraan.

Moeder overleden aan borstkanker (op 65-jarige leeftijd).

Medicatie: paracetamol zo nodig bij hoofdpijn.

Allergieën:

Je kunt je herinneren dat je als kind vlekjes op je huid kreeg toen je van je toenmalige huisarts antibiotica kreeg voorgeschreven bij een flinke keelontsteking. Je weet niet welk antibioticum dat was.

Intoxicaties:

Roken: sigaretten sinds je 18e, 2 pakjes/week. Toen je zwanger bleek, ben je gestopt. Na de bevalling ben je weer begonnen maar je rookt nu wel minder (1 pakje/week) en niet waar je kind bij is!

De hoofdklacht(en)

Tijdens de zwangerschap ben je flink aangekomen en dat is er nog lang niet allemaal af. Daarom ben je een maand of twee geleden met een dieet begonnen; het Pioppi-dieet. Inmiddels ben je al zes kilo kwijt dus dat gaat goed. Maar je hebt de laatste weken regelmatig diarree en buikpijn dus je vraagt je af of je wellicht iets aan je dieet moet aanpassen?

Speciële anamnese

Je voelt je sinds enkele weken meer vermoeid. Als je thuiskomt van je werk, heb je eigenlijk geen puf meer om nog lekker te koken, iets wat je eerder graag deed.

Je moet ook vaker dan vroeger poepen, soms wel zesmaal per dag. De ontlasting is dunner dan voorheen (en dat wijt je aan je veranderd eetpatroon sinds je op dieet bent). Lijkt ook wel wat slijmerig. Bloed bij de ontlasting is je niet opgevallen (maar ja, daar let je ook niet echt op). Geen zwarte ontlasting gezien. Soms voelt je buik wat opgezet aan.

De buikpijn komt en gaat. Echter, de laatste tijd heb je er elke dag wel last van. De pijn zit vooral rechtsonder in je buik. Vlak na een maaltijd lijkt de pijn erger en de buik meer opgezet. Je bent niet misselijk en je hoeft niet te braken.

Sinds een week heb je weer aften in je mond. Heb je vroeger ook wel eens gehad. Heel irritant.

Je temperatuur heb je niet opgenomen maar je hebt je de laatste tijd niet koortsig gevoeld.

De (screenende) tractusanamnese

Niet bijdragend.

Lichamelijk onderzoek

Mondinspectie: (foto laten zien bij vragen om LO)



Differentiaal diagnose

* Tgv verandering eetgewoontes
* IBD: M. Crohn of colitis ulcerosa
* Prikkelbare darmsyndroom (PDS)
* Intolerantie voor bepaalde voeding (bv coeliakie, lactose-intolerantie)
* Diverticulitis
* Obstipatie waardoor overloopdiarree

Aanvullend onderzoek (diagnostiek)

* Lab: Hb, Ht, CRP, L, diff, indien diaree anamneses langer dan 6 weken is, dan ook diagnostiek naar malabsorptie en deficienties inzetten. Zoals albumine, foliumzuur en vitamine B12.
* Coloscopie plus ileum ( + biopt bij zichtbare pathologie) is >95% sensitief voor stellen diagnose bij IBD en maligniteit: een coloscopie omdat de voorkeurlocalisatie het terminale ileum is. Een histologisch biopt is de hoeksteen van de diagnose bij inflammatoire darmziekten zoals M.Crohn (= ileitis terminalis) en colitis ulcerosa.
* Evt. faecesonderzoek: infectie met bacteriën, wormen of parasieten? Aanwezigheid van calprotectine? (Indien dit eiwit verhoogd is, kan dit duiden op een chronische darmontsteking).

Diagnose

M Crohn op basis van uitslag van het biopt.

Behandeling

* Huisarts: doorsturen naar MDL-arts.
* Zo nodig: medicatie
  + Milde ontstekingsremmers: mesalazine of sulfasalazine, remmen de darmontstekingen en kunnen soms nieuwe opvlammingen voorkomen.
  + Krachtige ontstekingsremmers (corticosteroïden): worden als korte kuur (enkele maanden) voorgeschreven bij hevige acute aanvallen. Ze remmen de ontstekingen in de darm, maar hebben vaak ook forse bijwerkingen (met name op de lange termijn). Bv prednisolon.
  + Immunosupressiva (remmen het afweersysteem, waardoor er minder ontstekingsreacties ontstaan). Wordt vaak voorgeschreven om de ziekte op lange termijn te onderdrukken. Bv: azathioprine, methotrexaat, ciclosporine.
  + TNF-alpha blokkerende middelen, meestal voorgeschreven als andere medicijnen niet of onvoldoende helpen (TNF speelt belangrijke rol speelt bij het ontstaan van ontstekingen). Bv: infliximab (toediening alleen per infuus en in het ziekenhuis), adalimumab (toediening per injectie, opname niet nodig).
  + Anti-integrine, als onvoldoende effect van anti-TNF of als dit niet verdragen wordt, dan is het biologische geneesmiddel Anti-integrine een optie; dit werkt meer lokaal in de darm en wordt toegediend per infuus in het ziekenhuis. Bv vedolizumab.
  + Medicijnen bij andere klachten: antibiotica (bijvoorbeeld bij fistels/abcessen of bij bacteriële overgroei), vitaminepreparaten, medicijnen tegen osteoporose, pijnstillers, diarreeremmers.
* Zo nodig: operatie.

Hulpvragen

Waarom

* Diarree? Omdat de ontstoken darm onvoldoende water resorbeert.
* Vermagering, bloedarmoede of groeiachterstand: de ontstoken darm neemt bepaalde voedingsstoffen onvoldoende op.
* Vermoeidheid?: doordat het lichaam voedingsstoffen niet goed gebruikt, zijn patiënten sneller en vaker moe. Ook komen door de ontsteking stoffen vrij in het bloed die dit soort algemene verschijnselen veroorzaken. Vermoeidheid is echter een te aspecifiek symptoom. In de gezonde populatie rapporteert 25% van volwassen populatie vermoeidheidklacten. Dus deze vraag is te weinig specifiek.
* Deficienties tgv malabsorptie bv foliumzuur, vitamine B12, laag albumine etc
* Bloedverlies: door de ontsteking kunnen wondjes in de darm ontstaan waardoor bloedverlies bij de ontlasting kan optreden. Dit kan ook onopgemerkt gebeuren. Daardoor ook toename vermoeidheid.
* Wat zijn de meest bekende complicaties bij M. Crohn?

***Casus 3***

Context van de situatie

Pt in verpleeghuis. Als Vios loop je in de middag langs bij de heer van Roesel, even kijken hoe het met hem gaat. Je vindt hem er minder fit uitzien dan de vorige keer dat je hem zag (twee weken geleden).

Personalia

De heer van Roesel, 76 jaar.

Weduwnaar, alleenstaand. Een zoon gehad (is als 2-jarige overleden na een ongeval).

Woont sinds vier maanden in verpleeghuis. Het lukte thuis niet meer alleen.

Patiënt heeft gewerkt als ambtenaar in het gemeentehuis.

Contextinformatie

*VG*:

* leeftijd 10 jaar onderbeensfractuur rechts na val
* leeftijd 23 jaar liesbreuk OK links
* leeftijd 60 en 63 jaar niersteen rechts vergruisd
* leeftijd 66 jaar onderwandinfarct
* leeftijd 72 jaar pneumonie
* bekend met hypertensie
* bekend met arthrose rechter heup

*Medicatie*:

* Sintrom (acenocoumarol) nu 1dd1, sinds 8 jaar ivm status na MI.
* Lanoxin (digoxine) 0,125 mg 2dd1, sinds 8 jaar.
* Tenormin (atenolol) 50 mg 1dd1 ivm hypertensie, sinds 13 jaar.
* Losec (omeprazol) 10 mg 1dd1 ivm dyspepsieklachten 3 jaar.
* Paracetamol 1000 mg, 3dd, ivm pijnklachten heup

*Familie-anamnese*:

Ouders overleden (vader op 70-jarige leeftijd aan hartfalen, moeder op 80-jarige leeftijd aan complicaties na griep). Twee jongere zussen (71 en 66 jaar), beiden redelijk gezond.

Moeder was bekend met galstenen.

*Allergieën*: wespen.

*Intoxicaties*:

Alcohol 1 advokaatje ‘s avonds. Laatste dagen mee gestopt.

Je rookt meestal pijp, maar dit smaakt je de laatste dagen niet meer.

De hoofdklacht en speciële anamnese

Onaangenaam gevoel, pijnlijk, drukkend boven in de buik, rechts meer dan links. Ook rond de navel. Pijn straalt uit naar rechter schouderblad. Sinds vannacht, je werd er wakker van. Ook misselijk, geen eetlust, bewegingsdrang. Vanmorgen 1x gebraakt. De pijn lijkt enigszins op de pijn die je had tijdens je hartinfarct. VAS 6. Krampende pijn.

Geen invloed van houdingsveranderingen. De pijn is niet continu aanwezig, leek vanmorgen even helemaal verdwenen maar kwam na uurtje weer terug.

De pijn verergert door koffie drinken (dit pas melden bij verder uitvragen). Je houdt erg van koffie en toen de pijn vanmorgen verdween, wilde je meteen een bakje koffie.

Als je de vraag krijgt naar de invloed van inspanning: je hebt je niet ingespannen omdat je je niet goed voelde.

Geen koude rillingen. Je had het wel koud vannacht. Misschien toch wel koorts maar je hebt het niet gemeten. Nooit eerder zelf galstenen gehad.

Bij doorvragen benoemen dat de kleur van de ontlasting wat lichter is de laatste tijd zelfs stopverfachtig (dit wijst op afsluiting galwegen en dus eventueel op galsteen pathologie of een maligniteit/bv RIP pancreaskop). De urine is wat donkerder maar dit wijt je aan het feit dat je minder gedronken hebt en gebraakt hebt.

De (screenende) tractusanamnese

Niet kortademig of benauwd. Af en toe hartkloppingen, niet duidelijk veranderd in de laatste dagen. Vaak last van zuurbranden na de maaltijd, je neemt dan een rennie.

Lijkt de laatste weken wat afgevallen; broeken zitten ruimer. Maar je eet ook niet goed.

Je hebt pijn bij het lopen dus je loopt niet meer dan een paar honderd meter, dan moet je even stoppen zodat de pijn in je rechterbeen kan zakken.

Lichamelijk onderzoek

Matig zieke patiënt, helder en adequaat. Patient oogt grauw. RR 170/90 en pols 90. Saturatie 96%. Temp 38.0.

Twijfel of de sclerae icterisch zijn. Geen dyspnoe. Geen cyanose.

Cor: regelmatig hartritme, normale eerste en tweede toon, geen souffles.

Pulm: bdz VAG. Lichte crepitaties basaal.

Abd: litteken liesbreuk, bolle, iets opgezette buik. Ausc: P+. WT. drukpijn m.n. rechtsboven in de buik, dubieus loslaatpijn, Geen ascites, geen defense, geen abnormale weerstanden

Rectaal toucher: gevulde ampulla recti en alleen wat licht bruinbeige ontlasting aan de handschoen.

Rechterheup beperkte flexie en exorotatie. Rechts iets verkort t.o.v. links. Rechts geen pulsaties

arteria tibialis posterior.

Differentiaal diagnose

cholecystitis, niersteenkoliek, ulcuslijden, Myocardinfarct, pancreatitis, maagperforatie, refluxziekte, maligniteit.

Beleid op dit moment: insturen naar SEH.

Aanvullend onderzoek

* ECG ter uitsluiting recidief myocardinfarct.
* Lab: bloedbeeld, CRP, bilirubine, alkalisch fosfatase, gamma-GT, ASAT, ALAT, amylase/lipase, stollingsparameters, troponinen.
* Urine: urobilinogeen en bilirubine. Hiermee kun je excellent differentieren of galwegafvoer belemmerd is. Bij galwegafsluiting is urobilinogeen afwezig in de urine. Er is bij een galwegafsluiting wel bilirubine in de urine. Onder normale omstandigheden is er geen bilirubine in de urine.
* Beeldvormend onderzoek: ECHO bij verdenking galstenen of CT-scan bij verdenking op cholecystitis en andere pathologie.
  + Echo abdomen: galstenen in galblaas? Tekenen van cholecystitis? Gedilateerde galwegen? Stenen in ductus choledochus? NB: sensitiviteit en specificiteit van echografie voor aantonen van galstenen in de galblaas is respectievelijk 84% en 99%; voor aantonen van cholecystitis respectievelijk 81% en 83%.
  + Bij hoge verdenking op galsteenlijden en negatieve echo abdomen: MRCP of EUS (endoscopische echografie).
  + Bij hoge verdenking op cholecystitis en negatieve echo abdomen: CT-abdomen of herhalen echo abdomen na 12 uur.
* Uitslagen
  + ECHO rechterbovenbuik: Forse galblaas met verdikte wand, multipele stenen in galblaas. Ductus hepatocholedochus niet goed a vue, beginnend infiltraat rond galblaas.
  + CT abdomen: beeld past bij cholecystitis. Geen RIP in pancreaskop. Geen pathologische lymfklierpakketen. Homogeen aspect van de lever. Gen focale pathologie lever. Nieren en pancreas normaal.
  + ECG: (deze wordt ook apart bijgeleverd in print)



Bevindingen passend bij linkerventrikelhypertrofie.

Tekenen van een oud onderwandinfarct.

Geen tekenen van een recent infarct.

* + Lab: CRP 198, Leuko’s 18,5, amylase 470, geconjugeerde bilirubine 51, ongeconjugeerd bilirubine 10, ASAT 45, ALAT 60, gamma GT 209, AF 220.
  + In sommige ziekenhuizen wordt de amylase bepaling vervangen door een lipase bepaling = specifieker voor pancreas pathologie. Amylase wordt ook door speekselklieren gemaakt.

Leverenzymen

ALAT, gamma-GT, ASAT, AF (alle vier verhoogd, maar cholestatische component overheerst dus AF en Gamma GT zijn meer verhoogd dan de transaminasen ASAT en ALAT)

Galblaas/galwegen/lever: bilirubine (wat de lever nog moet omzetten, is verhoogd), geconjugeerd

bilirubine (al omgezet door de lever, kan verhoogd zijn, hoeft niet), alkalische fosfatase

(cholestase, verhoogd)

ALAT percentueel veel meer verhoogd dan bilirubine → oorzaak in de lever, ALAT percentueel veel minder verhoogd dan bilirubine → oorzaak in de leverafvoer. Het bilirubine is zo hoog dat er verdenking is op galwegobstructie. Derhalve aanvullend diagnostiek inzetten (afhankelijk van context ERCP of CT abdomen)

Hartenzymen

CK (komt vrij bij afbraak van spierweefsel, licht verhoogd) en CK-MB fractie (normaal < 4-5 %

van totale CK, verhoging wijst op afbraak hartspierweefsel, MI), LDH (algemeen weefselafbraak, verhoogd) Troponine I is verhoogd wanneer het om een acuut myocard infarct gaat (nu normaal).

Een verhoogde concentratie CK in het plasma, maar een lage CK-MB fractie en een herhaald

ECG kunnen een hartinfarct uitsluiten.

Bloedstolling

INR: 4,2.

Diagnose / werkhypothese

Suspect acute cholecystitis, galstenen, dd pancreatitis, mesenteriaal thrombose. Recidief myocardinfarct nu niet meer waarschijnlijk.

Behandeling

Opname.

Indien acute presentatie zoals in deze casus dan “afkoelen” pas na weken is een laparoscopische cholecystectomie haalbaar.

Cholecystectomie “a froid”. Eerst INR normaliseren! Couperen met vitamine K. Afhankelijkvan indicatie antistolling “bridging” met laagmoleculair heparine sc.

Antibiotica alleen bij hoog risico cholecystitis (sepsis, perforatie, immuundeficiëntie, ASA III/IV). Een cholecystitis is meestal niet tgv een bacterieel infect (zie leerboek).

~~Furosemide/Lasix vanwege de stuwing.~~

Infuus: het infuus ~~remt de eetlust en~~ voorkomt uitdroging gedurende periode dat patient NPO heeft.

ACE-remmers: de bloeddruk moet eerst normaliseren voordat geopereerd kan

worden. Patiënt gebruikt al Tenormin en kan ACE-remmers als aanvullende medicatie krijgen.

Patient wordt ontslagen na stabilisering van infectieparameters en zal vanuit de poliklinische setting worden opgeroepen voor OK. Een laparoscopische Cholecystectomie.

* Een mesenteriaal thrombose is uiterst lastig om TIJDIG te diagnosticeren en wordt relatief vaak gemist.
* Bij een mesentariaal thrombose is vaak sprake in de pre-terminale fase van een metabole acidose (vlak voor overlijden is er meestal een lactaat acidose).
* Dd Cardiale oorzaak minder waarschijnlijk bij de goede uitslagen van tropT en dit ECG

***Casus 4***

Context van de situatie

Patiënt is sinds een dag opgenomen op de MDL afdeling van een algemeen ziekenhuis vanwege heftige buikpijn daarnaast zit patient in een manische fase en is bekend met een psychotische decompensaties bij een bipolaire I stoornis. De VS is medebehandelaar. Bij ochtendrapport hoor je dat patiënt zich slechter voelt dan bij opname en de verpleging vraagt of je hem wilt beoordelen.

Personalia

Pt, man is 59 jaar. Woont alleen, is recent ontslagen op zijn werk als postbode.

Veel problemen op de werkvloer gehad omdat hij zich niet aan zijn afspraken hield en regelmatig dronken was.

Voorinformatie

Patiënt is vorig jaar eerder manisch ontregeld. Heeft in zijn psychose diverse electrische dure apparatuur gekocht voor in zijn huis (oa breedbeeld tv, dolby suround etc) en ging dit mis omdat hij deze aanschaf niet financieel kon dekken. Na de vorige manische periode is patiënt goed hersteld met behulp van medicatie (Lithium). Is sinds vier maanden uit eigen beweging met medicatie gestopt omdat hij vond dat het goed ging en teveel bijwerkingen had.

Contextinformatie

*VG:*

5 jaar geleden Na val met scooter gebroken ribben.

2 jaar geleden Gebroken pols na vechtpartij op straat.

*Medicatie:*

Af en toe een paracetamol tegen de kater. Thiamine 50 mg 2dd1.

Tot nog toe weiger je antipsychotica of stemmingsstabilisatoren.

*Familie-anamnese:*

Ouders leven nog en zijn relatief gezond voor 80-plussers. Moeder is ooit geopereerd aan galstenen. Oudere broer heeft op jonge leeftijd (32 jaar) een hartinfarct doorgemaakt. Vader heeft ook een alcohol verslavingsprobleem.

*Allergieën:*

Geen bekend.

*Intoxicaties:*

Tot je opname (dus tot een week geleden) dronk je dagelijks fors bier en wijn. Je weet niet precies hoe veel. Maar meer dan 12 eenheden per dag.

Je rookt niet. In het verre verleden wel eens een jointje gerookt maar verder nooit drugs gebruikt.

De hoofdklacht(en) & speciële anamnese

Eergisteren niet lekker geworden met misselijkheid, braken en buikpijn. Pijn zit in epigastrio en de rechterbovenbuik. Sinds gisteren toegenomen. De pijn straalt sinds gisteren ook uit naar de rug. Je hebt ongeveer 2x gebraakt, waarvan 1x met beetje helderrood bloed, verder alleen maaginhoud dan wel gal. Pijn is continu aanwezig en soms heviger in steken. ~~Daarbij ook bewegingsdrang.~~ Je hebt geen last van zuurbranden. Geen eetlust. Wel veel dorst, daarom drink je soms kleine beetjes water. Ontlasting dagelijks (gisteren en vandaag nog niet), normaal van kleur en consistentie, geen bloedverlies. Mictie niet pijnlijk, wel frequenter. Vanochtend is je temperatuur gemeten (37.9) en vannacht heb je koude rillingen gehad. Voorkeurshouding: voorover zitten. En als je in bed ligt dan het liefst met ronde rug.

De (screenende) tractusanamnese

Niet bijdragend.

Lichamelijk onderzoek

Alg indruk: ziek. Gave huid. Geen bloedinkjes in de huid. Geen icterus.

Droge tong en slijmvliezen. Turgor wat verminderd.

Pulm: bdz VAG. Linksachter over de long is een 3 cm grote matheid te percuteren. Boven de matheid is een kleine zone van crepitaties. AF 20/min. Sat 96% zonder O2.

Cor: normale cortonen, geen souffles.

Abd: de buik is matig opgezet. Geen verkleuringen in de flanken of om de navel. Geen oedeem. Spaarzame darmperistaltiek. Drukpijn in de bovenbuik (in epigastrio en RBB). Soepele buik, geen defence. Geen abnormale weerstanden voelbaar. Geen matheid in de flanken.

Slanke extr, geen oedeem, geen erytheem, soepele kuiten.

RR 105/75. P 110/min reg

T 38.4

EMV max, gluc 20, ketonen positief op vinger

Differentiaal diagnose

Acute pancreatitis, cholecystitis, symptomatisch galsteenlijden, nierstenen, pyelonefritis, gastritis, cardiaal (MI), maagulcus, duodenumulcus met gedekte perforatie.

Aanvullend onderzoek

Lab: CRP 230, L 23 Thrombo 450, Amylase 2050 U/l. Hb 10 mmol/l. Leuko’s 10.3, neutrofielen 8.37, ABG (zonder O2) pH 7.54, pCO2 4.1, pO2 14.0, HCO3 24.4, BE 3.4, Na 139, K 3.4, Ur 5 , kreat 140 μmol/l., MDRD 76, Glucose 6.2, lactaat 1.8, Bili 33, ASAT 57, ALAT 25, gamma GT 450, INR 1.1, Ca 2.35, albumine 32 , triglyceriden 1,73. ASAT is vaak hoger dan ALAT bij alcoholisten.

Urinescreen: leuko’s +, nitriet –, amylase urine 895.

Echografie van de pancreas: Gezwollen pancreas. Geen ascites zichtbaar. Wordt apart als print uitgereikt)

X thorax: pleuravocht links. Verder normaal mediastinum en intrapulmonaal geen afwijkingen.



CT-buik: Gezwollen pancreas. Geen ascites zichtbaar.



Punctie pleuravocht: Amylasegehalte in het pleuravocht is 600 U/l.



ECG: SR, HF61/min, intermediaire hartas, PQ 160 m/s, QRS 80 m/s, geen pathologische Q’s, normale R top progressie, vlakke ST segmenten in I, II, II, aVF, V1, V4, V5, V6. Conclusie: afgevlakte ST segmenten over de voorwand en lateraal. Geen aanwijzingen voor MI.

Diagnose / werkhypothese

Alcoholische pancreatitis

Behandeling

* Opname in somatisch ziekenhuis medebehndeling VS psychiatrie/psychiater.
* Infusie 3 L NaCl 0.9/24u + 90mmol KCl
* Start niets per os beleid (NPO).
* Pijnstilling: PCM 4 dd 1 gr, Pethidine zn
* Thiamine continueren
* Indien klinisch beeld verslechterd is er een indicatie voor een maagsonde.
* Lab herhalen volgende dag.

Hulpvragen

V: waar duiden de droge slijmvliezen en een verminderde huidturgor op?

A: uitdroging.

V: hoe verklaar je het hoge hemoglobinegehalte?

A: een verhoogd hemoglobinegehalte wijst bij deze patiënt op uitdroging met prerenale functievermindering. Vandaar dus ook verhoogd plasma creatinine. Maar ook moet men denken aan een ATN (acute tubulus necrose) bij deze lage bloeddruk

V: hoe verklaar je de amylase in het pleuravocht?

A: als het pleuravocht op collateraal vocht van een pancreatitis berust, is ook het amylase in het vocht duidelijk verhoogd.

In deze casus ging het om de diagnose alcoholische pancreatitis.

Bij alcoholische pancreatitis staan meestal klachten van hevige buikpijn en ziek zijn op de voorgrond. Ook rugpijn kan aanwezig zijn.

De acute pancreatitis heeft in 70% tot 90% van de gevallen een mild verloop en de sterftekans als gevolg van deze aandoening is daarbij laag (ongeveer 3%). Maar de aandoening kan ook een minder gunstig verloop hebben. Bij achteruitgang van het klinisch beeld (paralytische ileus, ascitesvorming) of bij ernstige bacteriële superinfectie van het necrotische pancreasweefsel moet overleg met de chirurg plaatsvinden i.v.m. verwijdering

van necrotisch weefsel met drainage. De prognose wordt bij een dergelijke ontwikkeling een stuk slechter.

Meestal kan de diagnose pancreatitis gesteld worden op grond van het verhaal van de patiënt, het lichamelijk onderzoek, het laboratoriumonderzoek en een niet-ingrijpend beeldvormend onderzoek, zoals echo of CT-scan.

Als therapie zal altijd eerst geprobeerd worden met een 'conservatief' beleid de ontsteking tot rust te laten komen. Dat gebeurt door het maagdarmstelsel niets aan te bieden en alle maagsappen via een slang, die door de neus in de maag wordt gebracht, te laten aflopen. Vocht wordt toegediend via een infuus en zo nodig ook voeding.

*Klinisch redeneren (dit deel zou ik weg laten… want epidemiologie, incidentie bevolking, sensitiviteit en specificiteit van aanvullend onderzoek, betrouwbaarheid cq volledigheid anamnese en LO (bv melaena bij bloedend ulcus duodeni) niet meegenomen in deze lijst… dat doe in praktijk wel als je klinisch redeneert)*

*• Alcoholische Pancreatitis*

*o Zithouding*

*o CT-buik*

*o Echo buik*

*o Groot alcoholgebruik*

*Echter galstenen kunnen ook een pancreatitis veroorzaken.*

*• Maagulcus*

*o Geen bovenbuikpijnen gerelateerd aan maaltijden*

*o Geen NSAID gebruik (geen medicatieverleden)*

*• Duodenumulcus met gedekte perforatie*

*o Geen buikpijnen gerelateerd aan maaltijden*

*o Geen NSAID gebruik (geen medicatieverleden)*