**ROLBESCHRIJVINGEN VOOR DE SIMULATIES VAN 4 FEBRUARI 2019, MANP18 TRACTUS ENDOCRIEN**

Algemene opmerkingen voor de docenten

Voor de tractus endocrien zijn 6 casussen beschikbaar

1. Diabetes mellitus type 2, Simon Tervuren, 60 jaar; Metabool syndroom polikliniek GGZ.
2. Hyperthyreoïdie, Angelique Verkade verzuimspreekuur bedrijfsarts; Burn-out of hyperthyreoïdie
3. Hyperthyreoïdie, Lianne ven der Veer, poli stemmingsstoornissen GGZ bij Lithiumgebruik met depressie
4. Hypothyreoïdie, José van Vliet tijdens spreekuur huisarts; Depressie?
5. Diabetes Mellitus controle bij overgewicht; Bente Wegstra
6. Diabetes mellitus, type 1, herkend als type 2 (LADA) bij Tinie van Zutphen

Geef iedere subgroep een andere casus die past bij de samenstelling van de studentengroep (GGZ!). Studenten nemen bij elkaar de anamnese af en geven elkaar daarop feedback. Als zij daarmee klaar zijn, vragen ze aan de docent aanvullende informatie. Er wordt hun ook gevraagd om verpleegkundig een oordeel te geven. Laat hen je uitleggen welke verpleegkundige diagnosen zij zouden zien en laat je overtuigen. Bij discussie of onduidelijkheid springen Wilbert, Desirée of ik graag even bij.

Aan het eind van de bijeenkomst rapporteren zij via de flap-overs 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. Bij casus 4 en 5 is geen expliciete DD, maar wel genoeg materiaal voor klinisch redeneren door comorbiditeit.

Ingekaderde tekst is de tekst die de student krijgt die de rol van patiënt speelt.

***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 Endocrinologie (GGZ)**

**Context:**Je bent verpleegkundig specialist in opleiding en je loopt stage op een polikliniek GGZ waar je patiënten begeleidt met chronische psychiatrische problemen.

**Persoonlijke gegevens:**Je ontmoet daar Simon Tervuren, een man van 60 jaar die door de begeleiding een redelijk stabiel bestaan kan leiden in een begeleid wonen project. Jou is gevraagd om het beleid bij deze man te evalueren.

**Voorgeschiedenis:** Simon komt uit het daklozenproject en is vroeger opgenomen geweest in verband met psychotische episoden. Hij is gediagnosticeerd met een paranoïde schizofrenie waarvoor hij Quetiapine 400mg/dag in twee giften. Een poging om hem in te stellen op Clozapine is niet gelukt omdat hij granulocytopenie kreeg als bijwerking en is daarom niet doorgezet. Hij functioneert goed op de Quetiapine in de zin dat zijn psychotische belevingen heel mild zijn. Enkele jaren geleden is bij hem Diabetes Mellitus type II vastgesteld waarvoor hij antidiabetica heeft gekregen.

**Anamnese:** Hij heeft nog wel een het idee dat de AIVD hem in de gaten houdt en houdt zich verre van internet omdat dit medium hem kan beïnvloeden. Hij moet vooral worden geactiveerd om apathie en een sedentaire leefstijl te voorkomen. Zijn voeding is redelijk maar gaat hij dagelijks langs de frietkraam bij ‘Sjors’ waar hij ‘bijsnackt’. Sjors is ook een maatje van hem met wie hij dan een praatje heeft.

**Informatie verpleegkundigen:** Simon moet gestimuleerd worden om zichzelf goed te verzorgen. Hij heeft de ondersteuning nodig om zichzelf niet te vervuilen en toch ook gezond te bewegen. Hij is moeilijk te motiveren tot een zinvolle dagindeling maar met name om zijn gewicht in de gaten te houden. De begeleiding van het beschermd wonen project krijgt minder vat op hem. Hij gaat langer weg en lijkt ook veel alcohol te gebruiken. Hij laat zich ook niet meer controleren.

**Medicatie:**Quetiapine 400 mg  
metformine 2x 1000 mg  
glimepiride 4 mg  
pantoprazol 20 mg

**Lichamelijk onderzoek:**Obese man met een BMI van 29. Hij heeft wat vage buikklachten (buikomvang 130 cm, heup 98 cm) maar voelt zich verder goed behalve het gevoel dat hij heeft op kussentjes te lopen sinds enkele maanden. Hij heeft meer eetlust en gaat daarom even bij Sjors langs.

**Lab:**HbA1c 102 mmol/mol   
Nuchtere glucose 11,5 mmol/l  
Totaal cholesterol 8,5 mmol/l  
LDL 5,7 mmol/l  
HDL 0.8 mmol/l  
Triglyceriden 7 mmol/l  
Hb 7,9   
MCV 101  
Bloeddruk 160/95 mm Hg  
ASAT 180  
ALAT 120  
gammaGT 237  
AF 98  
LDH 184  
Creat 160   
ureum 13  
Kalium 5,1  
Na 148

**Opdracht in kleine subgroep**Maak een probleemlijst en op basis daarvan een geïntegreerde beschrijvende diagnose als uitgangspunt voor beleid op zowel medisch als verpleegkundig gebied. Schrijf deze op een flap-over.

**Docent instructie:**  
De afwijkingen in de leverwaarden passen bij klinisch relevant alcohol gebruik.   
De GammaGT is relatief hoog tov de andere gestoorde waarden.   
De ASAT is hoger dan ALAT wat beter past bij alcoholische leverschade dan door bv medikamenteuze of een virale hepatitis.  
De AF is normaal hetgeen een cholestatische component zoals bv galstenen onwaarschijnlijk maakt. Het iets verhoogde MCV past ook bij een leveraandoening, in dit geval alcoholische schade.   
Het lipidenprofiel is kenmerkend voor psychofarmaca gebruik en een mogelijk pre-existente lipiden stofwissseling stoornis.   
Bij psychofarmaca gebruik zie je frequent een daling van het HDL en een stijging van de triglyceriden. Indien de psychofarmaca gestaakt worden normaliseren deze waarden indien er geen pre-existente lipidenstofwisselings stoornis is.   
Kortom een aangeboren hyperlipidemie blijft uiteraard bestaan (ook na staken psychofarmaca).  
De bloedsuiker Nuchter is veel te hoog, evenals de HBa1c. Samen met de nierfunctie en ureum en electrolyten past dit bij een flinke ontregeling van zijn type II diabetes. Met een pre-renale nierinsuff component.  
Bij je probleem lijst hoort de ontregeling van de type II bovenaan te staan gezien de urgentie van een correctie daarvan.

**Voorbeeld medische probleem lijst:**

1. Ontregeling type II diabetes
2. Pre-renale nier insufficientie bij uitdroging echter “cave acuut on chronic” nierisufficientie. Oude lab waarden kunnen dan helpen.
3. Problematisch alcoholgebruik
4. Paranoide Schizofrenie
5. Afwijkend lipiden profiel bij psychofarmaca gebruik, leefstijl en mogelijk ook genetische pre-dispositie.
6. Hypertensie
7. De DM type II, buikomvang, hoge triglyc, hypertensie en hoge BMI met verhoogde “waist hip ratio” passen bij een metabool syndroom (Een metabool syndroom gaat gepaard met een insuline resistentie).
8. Alcoholische danwel diabetische polyneuropathie.

**Casus 2: ‘door allerlei klachten ziekgemeld en uitgeteld’**

**Context van de situatie**

Mw Angelique Verkade meldt zich op het verzuimspreekuur van de bedrijfsarts. De Vios doet het intakegesprek.

**Personalia**

Geslacht: vrouw

Leeftijd: 34 jaar

Burgerlijke staat: getrouwd, een in deeltijd werkende echtgenoot, 2 kleine kinderen ( 2 en 5 jaar).

Beroep: hoofdverpleegkundige; volledige baan, met elke dag een aanzienlijke reistijd om op je werk te komen.

Hobby’s: wandkleden maken, fotografie.

**Contextinformatie**

Allergie: voor zover bekend geen sprake van allergieën.

Medicatie: de pil en zo nu en dan een paracetamol.

Voorgeschiedenis: geen bijzonderheden. Altijd goed gezond geweest.

Tabak en alcohol: gestopt met roken toen je zwanger bleek van je eerste kind, sociaal drankgebruik (dus bv een glaasje wijn bij diner met vrienden).

Familie: geen bijzonderheden. Ouders leven en zijn gezond. Desgevraagd: er zijn geen schildklierziekten in de familie.

**De hoofdklacht(en) en hulpvraag**

Je hebt sinds een maand of zes malaiseklachten, hoofdpijn, slecht slapen, moeheid en een gejaagd gevoel. Je kunt je niet meer concentreren. Nu voel je je zo vermoeid, huilerig en prikkelbaar dat je niet meer in staat bent om je veeleisende werk goed te doen. Je hebt je in overleg met je leidinggevende volledig ziek gemeld. Terloops heb je je klachten al eens met je huisarts besproken, die je bezocht in verband met een consult voor je dochter. De huisarts ondernam toen echter geen actie.

Je werkt al enige jaren naar tevredenheid in je huidige functie, die gekenmerkt wordt door een hoge werkdruk, waarbij je je niet altijd goed ondersteund voelt door je leidinggevende. Je hebt een hoge arbeidsmoraal en je bent perfectionistisch; een harde werker met plezier in je werk.

Bij de bedrijfsarts geef je nu aan dat je klachten met je verantwoordelijke functie te maken hebben en met de problemen die je op het werk bezighouden. Je ervaart een verminderd gevoel van bekwaamheid en emotionele uitputting, gepaard gaande met de al eerder genoemde lichamelijke klachten.

Via je leidinggevende heb je reeds contact gelegd met een psychomotore therapeut. Daar ben je vorige week voor het eerst op gesprek geweest. Het plan is dat die therapeut jou verder gaat begeleiden.

Gisteren zat je met een vriendin te praten en bedachten jullie dat je wellicht vervroegd in de overgang zou zijn? Je menstrueert nog regelmatig, wel minder dan normaal.

**Speciële anamnese en (screenende) tractusanamnese**

Onderstaande klachten pas per stuk vertellen en alleen als hier specifiek naar gevraagd wordt:

Je draagt al meerdere maanden minder dikke kleding dan je collega’s omdat je het zo snel warm hebt (warmte-intolerantie). Je kleding valt de laatste tijd ruim (gewichtsverlies). Je hebt ook al meerdere maanden last van jeuk, (nacht)zweten, tintelingen in de handen, dunnere ontlasting. Geen oogklachten. Geen pijn op de borst, niet misselijk, geen braken. Soms periodes met hartkloppingen.

**Lichamelijk onderzoek**

Algemene indruk: vermoeide vrouw, maakt verder geen zieke indruk.

A-,C-,I-,D-,O-,T=n

A: vrij, normale kleur, warme huid

B: AF 16/min, SAT 100%, VAG bdz. Geen bijgeluiden, symmetrische thoraxexcursies

C: HF 110/min regulair aequaal, RR 139/88 mm Hg, 4-leads: sinustachycardie

D: gejaagd, onrustig, EMV max, PEARRL, glucose 6,8 mmol/L

E: T 37,0 ⁰C, diaforese ++

Inspectie sclerae: geen afwijkingen van sclerae en conjunctivae.

Oogbewegingen: volgbewegingen ongestoord.

Oogleden: geen afwijkingen.

Inspectie mondholte: mond/keelholte en tong geen afwijkingen.

Lymfeklieren: geen palpabele lymfeklieren.

Schildklier bij palpatie diffuus vergroot met in de rechte schildklierkwab een nodus..

CVD: niet verhoogd.

Inspectie thorax: symmetrisch bewegende thorax.

Pulm: sonore percussie, beiderzijds normaal bewegende longgrenzen. VAG bdz, expirium niet verlengd, geen bijgeruisen en geen pleurawrijven.

Cor: ictus cordis palpabel binnen MCL. S1S2, geen extra tonen of souffles.

Abd: geen afwijkingen zichtbaar. Normaal klinkende peristaltiek, geen souffles hoorbaar.

Wisselende tympanie, ruimte van Traube helder, lever en milt niet vergroot. Soepele buik, geen palpabele afwijkingen. Geen slagpijn in de nierloges.

Liezen: geen lymfeklieren palpabel in de liezen.

Palpatie rug: geen kloppijn of asdrukpijn.

Reflexen armen en benen: KPR +/+, BPR +/+, APR +/+: trage relaxatie APR, VZR ongestoord.

Sensibiliteit perifeer: normale en symmetrische sensibiliteit van armen en benen.

Gewrichten: geen zwelling, roodheid of bewegingsbeperkingen aantoonbaar.

Normale en symmetrische kracht van armen en benen.

Geen pretibiaal myxoedeem.

Normale perifere pulsaties aan de benen.

Gewicht: 65 kg (half jaar geleden 70 kg)

Lengte: 1.75 m

**Differentiaal diagnose**

* ‘burn-outsyndroom’(gedefinieerd als een ongedifferentieerde somatoforme stoornis met langer dan 6 maanden bestaande lichamelijke klachten en een relatie met het werk)
* hyperthyreoïdie

**Aanvullend onderzoek**

* Lab (bloedonderzoek):
  + CRP <5 mg/L, Hb 8,3 mmol/L, Ht 0,45, Ery’s 4,4 · 10¹²/L, Leuko’s 7,0 · 10⁹/L
  + TSH kleiner dan 0,01 mU/l,
  + T4 257 nmol/l (referentiewaarde: 54-154).

Interpretatie: het lage TSH in combinatie met het hoge T4 wijst op een primaire hyperthyreoïdie.

* ECG: Sinusritme 110 per minuut, normale hartas, normale geleidingstijden, geen tekenen van ischemie.
* Verwijzing endocrinoloog voor verdere beoordeling en echo schildklier, en eventueel planning schildklierscintigrafie: waar een multinodulair struma wordt gezien.

**Diagnose / werkhypothese**

Hyperthyreoïdie op basis van een multinodulair struma.

**Behandeling**

Volledige blokkade van de schildklierhormoon synthese door antithyreotica en na twee tot zes weken gevolgd door combinatie met volledige substitutietherapie. Bijvoorbeeld met methimazol = thiamazol 1 dd 30 mg. De substitutietherapie bestaat uit thyroxine 75ug per dag (optitreren o.g.v. labuitslagen en kliniek).

**Hulpvragen**

Wanneer evt radioactief jodium? Later (na >1 jaar) met radioactief jodium.

De impact op het functioneren is fors bij deze jonge vrouw. Wat zou haar geadviseerd moeten worden?

**Achtergrondinformatie**

Vermagering bij een goede of zelfs toegenomen eetlust, de gejaagdheid, hartkloppingen, warmte-intolerantie en diarree zijn allen effecten van een overmaat aan schildklierhormoon. Ook hypomenorroe kan bij vrouwen voorkomen. Deze klinische verschijnselen in combinatie met een verhoogd FT₄-gehalte en verlaagd (gesupprimeerd) TSH-gehalte leidt tot de diagnose primaire hyperthyreoïdie.

**Casus 3 Endocrinologie (GGZ)**

**Context:**Je bent verpleegkundig specialist in opleiding en je loopt stage op een polikliniek voor stemmingsstoornissen psychiatrie van een academisch ziekenhuis. Je krijgt ter controle Lianne van der Veer (42 jaar) op je poli die bekend is met een depressieve stoornis. Zij heeft bij de huisarts gevraagd om dit hernieuwde consult omdat zij na de zomervakantie voelt dat de stemming slechter wordt.

**Voorgeschiedenis:**2015:Persisterende depressieve stoornis, laat begin, ernstig.

**Anamnese:**  
Lianne is bekend met een ernstige depressieve stoornis en was het moeilijk om haar in te stellen op een antidepressiva. De combinatie met lithiumcarbonaat sinds vorig jaar heeft haar goed gedaan en kan zij weer gematigd van het leven genieten. Dat was ook de reden dat het contact met de poli werd afgesloten. De combinatie met cognitieve gedragstherapie waarin zij geleerd heeft om actief te worden en haar negatieve gedachten over zichzelf te toetsen met de medicatie was voor haar helpend.   
Lianne is moeder van twee kinderen in de lagere schoolleeftijd. Zij werkte als secretaresse in een onderwijsinstelling en was door haar depressie langer dan 2 jaar ziek waardoor zij ontslag heeft gekregen. Haar echtgenoot is vrachtwagenchauffeur en rijdt champignons naar de UK. Hierdoor heeft hij een vast weekritme maar is regelmatig drie dagen weg. Zij zorgt natuurlijk voor de kinderen maar dat is niet vanzelfsprekend. Het kost haar al veel moeite om haar eigen structuur vast te houden maar gelukkig eisen de kinderen zoveel aandacht dat zij wel moet. Toch levert zij daarop in. Lianne geeft aan dat zij erg moe is zoals dat ook was toen zij depressief werd. Zij kan zich slechter concentreren Sinds de vakantie naar noord Spanje gaat het minder met Lianne. Zij is daar een beetje ziek geweest maar het ging prima. Zij had vooral darmklachten (diarree) en ze had wel last van de warmte. Ze voelt dat zij minder kracht heeft omdat ze haar kinderen niet meer goed aankan. Het slapen gaat minder en worden haar dromen heftiger. Ook voelt zij zich meer somber worden. Ze gaat duidelijk meer piekeren en voelt zich afglijden. Zij is niet suïcidaal.

**Medicatie:**Amitriptyline 100mg  
Lithiumcarbonaat 600mg

**Lichamelijk onderzoek:**  
Geen palpabele afwijkingen van de schildklier. Gewicht 85kg, Lengte 170. RR 120/85, pols 50. Uiterlijk, wat puffy, non-pitting oedeem aan de benen

**Aanvullend onderzoek:**Hamilton depression test: 16 (matig depressief)

**Lab:**Leucocyten: 7,0  
Calcium: 2,20 mmol/l   
Creatinine: 75 umol/l   
Glucose: 6,0 mmol/l  
TSH: 8 mU/l (normaalwaarden is 0,4 – 4,0)  
T4: 17 pmol/l (normaal 64-154 nmol/l)  
Lithium: 1,2 mmol/l

**Opdracht in subgroep**Maak een probleemlijst en differentiaaldiagnose op basis daarvan een geïntegreerde beschrijvende diagnose als uitgangspunt voor beleid op zowel medisch als verpleegkundig gebied. Geef aan welke diagnosen jullie in overweging hebben genomen. Schrijf de diagnosen en voorgestelde beleid op een flap-over en presenteer deze aan de grote groep.

**Casus 4 ‘Ik ben zo moe, heb geen energie meer’**

**Context van de situatie**

José van Vliet komt bij de huisarts.

**Personalia**

Geslacht: vrouw

Leeftijd: 59 jaar

Burgerlijke staat: gehuwd, 5 kinderen en 8 kleinkinderen. Je man is met pensioen, je bent zelf altijd huisvrouw geweest. Je had altijd veel sociale contacten, maar je kunt het de laatste tijd niet meer opbrengen om anderen te bezoeken.

Opleiding: fulltime huisvrouw.

Hobby’s: fietsen en vrijwilligerswerk in een bejaardentehuis.

**Voorinformatie**

Als voorgeschiedenis is bekend bij de huisarts:

18 jaar geleden: pneumonie behandeld door de huisarts

14 jaar geleden: hysterectomie ivm prolaps

6 jaar geleden: behandeling met radioactief jodium ivm hyperthyreoïdie obv M. Graves

4 jaar geleden: depressie

**Contextinformatie**

Allergie: voor zover bekend geen sprake van allergieën.

Medicatie: af en toe paracetamol tegen de spierpijn, maar dit helpt nauwelijks.

Tabak en alcohol: je rookt niet en drinkt slechts af en toe een glaasje wijn.

Familie: een broer op 62-jarige leeftijd recent overleden aan darmkanker. De andere broer is bekend met darmpoliepen. Je zus heeft diabetes mellitus (bij overgewicht). Vader is op 75-jarige leeftijd overleden aan een hartinfarct, moeder aan ‘ouderdom’ op 88-jarige leeftijd.

**De hoofdklacht(en) en hulpvraag**

Je bent sinds ongeveer zes maanden in toenemende mate moe, reeds bij geringe inspanning. Je vindt het maar vervelend dat je zo snel moe bent en tot niets kan komen. Je hebt het gevoel dat je “niet vooruit te branden” bent, en komt tot niets. Voorheen was je altijd heel actief, maar nu zie je overal tegenop. Je man helpt tegenwoordig met het stofzuigen, strijken en ramen lappen. Je man heeft je nu naar de dokter gestuurd, want ‘zo kan het niet langer’.

**Speciële anamnese**

Reeds bij geringe inspanning (traplopen, paar minuten fietsen) ben je al erg moe, en voel je je kortademig. Voorheen fietste je met gemak 1-2 uur. Je bent niet kortademig in rust. Geen pijn op de borst gehad. Je hebt naast de moeheid veel pijn in de spieren en gewrichten en ook regelmatig bij het lopen krampen in de benen. Met moeite kun je de trap oplopen. Je hebt het gevoel dat je geen kracht in de benen hebt, maar zakt er niet letterlijk doorheen. Ook heb je vaak pijn in de handen met tintelingen, links meer dan rechts, ook ’s nachts. Je moet dan schudden met je handen, of je doet ze in een teil met koud water om de pijn te doen verminderen. Het gevoel in je armen is verder normaal. Geen zwelling, roodheid of pijn aan gewrichten gehad.

Door de spierpijnen kun je ook het zwaardere huishoudelijke werk nauwelijks meer doen; je man helpt tegenwoordig met het stofzuigen, strijken en ramen lappen. Het vrijwilligerswerk dat je voorheen deed in een bejaardentehuis, heb je voorlopig afgezegd.

Je man maakt zich ernstig zorgen om je, want hij kent je zo niet. Hij is bang dat je kanker hebt, net als je broer. Jij denkt dat het wel mee zal vallen.

**De (screenende) tractusanamnese**

De afgelopen maanden is je gewicht 5 tot 6 kg toegenomen. Je eetlust is sinds een aantal maanden enigszins afgenomen. Je hebt om de dag harde, droge ontlasting, terwijl je voorheen altijd dagelijks ontlasting had. Je hebt geen slijm bij de ontlasting gezien. Je hebt geen zwarte of plakkerige ontlasting gehad. Wel zit er af en toe rood bloed aan de buitenkant; je wijt dit zelf aan de aambeien waar je de laatste tijd duidelijk meer last van hebt. Geen buikpijn.

Je hebt wat last van dikke enkels, waardoor je ’s avonds je schoenen niet meer aan kunt trekken.

Geen klachten van dorst.

’s Nachts plas je 1-2 keer, dit is onveranderd. Frequentie overdag ongeveer 5x. Niet pijnlijk of branderig. De urine is geel van kleur en helder zonder bloedbijmenging. Menstruatie: niet meer sinds je baarmoeder is verwijderd (in verband met een prolaps).

Sinds je 2 maanden geleden verkouden bent geweest, ben je hees. Geen verandering in toonhoogte van je stem. Je hoest verder niet.

Geen hoofdpijn. Niet duizelig. Je ziet goed, hebt een leesbril.

Nooit epileptische toevallen gehad. Geen coördinatiestoornissen.

Je beeft niet en je hebt geen gejaagd gevoel. Wel valt je op dat je de laatste tijd veel minder plezier in je leven hebt dan vroeger. Alles wat er om je heen en in de rest van de wereld gebeurt, interesseert je niet meer zoveel. Zo las je vroeger dagelijks de krant of keek je naar het journaal, de laatste weken kun je dat echter niet meer opbrengen.

Je slaapt de laatste maanden langer; je gaat eerder naar bed omdat je zo moe bent.

Aan je huid is je opgevallen dat ie de laatste tijd droger is, en je hebt sinds enkele maanden wat toegenomen haaruitval.

**Lichamelijk onderzoek**

Algemene indruk: niet acuut zieke vrouw. Biologische leeftijd conform kalenderleeftijd.

A+,C-,I-,D-,O-,T=n

A: vrij

B: AF: 14/min SAT: 99%, VAG b.z. geen bijgeluiden, symmetrische thoraxexcursies, normale huidskleur.

C: HF 56/min regulair en aequaal, RR 146/88 mmHg

D: EMV max. PEARRL, gluc: 4.9 mmol/L. T: 36,2 (oor)

E: gezichtshuid is droog en schilferig.

Gewicht: 81 kg

Lengte: 1.71 m

Inspectie sclerae: geen afwijkingen van sclerae en conjunctivae.

Oogbewegingen: volgbewegingen ongestoord.

Oogleden: wat gezwollen met bdz xanthelasmata.

Inspectie mondholte: mond/keelholte en tong geen afwijkingen.

Lymfeklieren: geen palpabele lymfeklieren.

Schildklier niet palpabel en niet pijnlijk.

CVD: niet verhoogd.

Inspectie thorax: symmetrisch bewegende thorax.

Pulm: sonore percussie, beiderzijds normaal bewegende longgrenzen. VAG bdz, expirium niet verlengd, geen bijgeruisen en geen pleurawrijven.

Cor: ictus cordis palpabel binnen MCL. S1S2, geen extra tonen of souffles.

Abd: geen afwijkingen zichtbaar. Normaal klinkende peristaltiek, geen souffles hoorbaar.

Wisselende tympanie, ruimte van Traube helder, soepele buik, lever en milt niet palpabel. Verder geen palpabele afwijkingen. Geen slagpijn in de nierloges.

Inspectie anus: enkele hemorroïden zichtbaar en enkele skintags rond de anus.

Rectaal toucher: bruine, harde faeces in de ampul. Inwendig geen afwijkingen palpabel.

Liezen: geen lymfeklieren palpabel in de liezen.

Inspectie rug: normale beweeglijkheid van de rug.

Palpatie rug: geen kloppijn of asdrukpijn.

Reflexen armen en benen: KPR +/+, BPR +/+, APR +/+: trage relaxatie APR, VZR ongestoord.

Sensibiliteit perifeer: normale en symmetrische sensibiliteit van armen en benen.

Motoriek perifeer: palmair flexie van de handen is beiderzijds pijnlijk. Kloppen op traject n. medianus geeft tintelingen in de vingers.

Gewrichten: geen zwelling, roodheid of bewegingsbeperkingen aantoonbaar.

Normale en symmetrische kracht van armen en benen.

Tekenen van veneuze insufficiëntie benen beiderzijds.

Normale perifere pulsaties aan de benen.

Spoor oedeem aan beide enkels.

**Aanvullend onderzoek**

ECG: SR, frequentie 52/min, intermediaire as, normale geleidingstijden, normaal QRS-complex, ST-segment en T-toppen. Conclusie: bradycardie.

Lab:

* Urinesediment: enkele leukocyten en een spoor erythrocyten in het sediment. Eiwit: < 0.10 gram per liter. Geen myoglobine.
* Bloed(plasma):

Hb 8,9 mmol/l

Leuko’s 4,3 · 10⁹/L

Trombo’s 154 · 10⁹/L

Na 140 mmol/l

K 4,4 mmol/l

Ureum 6,4 mmol/l

Creatinine 90 mmol/l

Glucose 4.7 mmol/l

Ca 2,48 mmol/l

Bilirubine < 5 μmol/l

Cholesterol 12.5 mmol/l

Triglyceriden 1.4 mmol/l

CK 420 U/l

CK-MB fractie < 7 microgram/l

Haptoglobine 1.0 g/l

LDH 276 mmol/l

Vrij T4 thyroxine 0.5 pmol/l (N=8-22 pmol/l)

TSH 456 mE/l

Interpretatie: verhoogd TSH en verlaagd fT4. Hypercholesterolemie. Gestoorde leverfunctie.

**Differentiaal diagnose**

Bovenaan: hypothyreoïdie en depressie.

Ziektebeelden om daarnaast aan te denken: anemie (maar Hb bij deze pte is goed), infectie (L normaal), maligniteit en cardiale of pulmonale oorzaken van moeheid.

Diagnose hypothyreoïdie kan gemist worden als geen acht slaan op vroegere ziektes: belangrijke aanwijzing (naast de specifieke klachten) is de behandeling met radioactief jodium in het verleden. Zonder deze behandeling zou het ook een hypothyreoïdie tgv een auto-immune thyreoïditis kunnen zijn.

**Diagnose / werkhypothese**

Samenvattend uit onderzoek, laboratorium, aanvullend onderzoek: een hese stem, droge huid, gezwollen oogleden met xanthelasmata, langzame pols, dikke enkels, TSH sterk verhoogd, vrij thyroxine verlaagd, verhoogd CK en LDH, hypercholesterolemie, ECG: bradycardie.

Diagnose: (ernstige) hypothyreoïdie wordt vastgesteld op basis van het aanvullend onderzoek, waarbij uitsluiting van: anemie, maligniteit, infectie, pulmonale of cardiale oorzaken.

**Behandeling**

Doorverwijzen naar polikliniek Interne Geneeskunde.

Behandelen met levothyroxine; lage startdosis en langzaam verhogen vanwege de ernst van de hypothyreoïdie. Bij te snel starten en verhogen van de levothyroxine kunnen ritmestoornissen en angina pectoris ontstaan. Start met 12,5 microgram, en dit iedere 2 weken verhogen met 12,5 microgram op geleide van de kliniek. TS-waarden controleren na 6 weken (echter effect pas zichtbaar 6 weken na laatste dosisaanpassing!).

Patiënte blijkt uiteindelijk goed ingesteld te zijn op levothyroxine bij een waarde van 1,6 microgram/kg lichaamsgewicht = 125 microgram/dag (alleen tabletten van 100, 50 en 25 microgram beschikbaar, kunnen gehalveerd worden). Dosis afhankelijk van TSH, vrij T4 en algeheel welbevinden. Na behandeling is de verwachting dat het CK en LDH volledig normaliseren.

**Achtergrond info**

Etiologie hypothyreoïdie:

Congenitale vormen, bijvoorbeeld cretinisme (hypothyreoïdie kan een onderdeel zijn van multipele auto-immune endocrinopathie). Bij volwassenen (voornamelijk vrouwen) na thryreoïditis, auto-immuunproces, strumectomie, na overdosering met antithyreoïdea (voorbijgaand), na behandeling met radioactief jodium bv in kader van multi-nodulair struma. Voorts secundaire hypothyreoïdie (zeldzaam) door hypofysaire insufficiëntie (tumoren, hypopituïtarisme en Sheehan-syndroom). Jodium tekort (In NL niet wsch gezien wettelijke toevoeging van jodium aan broodproducten).

**Therapie:**

Langzaam, over verschillende weken, stijgende doses thyroxine. Voorzichtig zijn bij cardiale complicaties (decompensatio cordis, angineuze bezwaren).

De behandeling met schildklierhormoon moet het gehele leven worden voortgezet. Kliniek en plasma-TSH (bij primaire hypothyreoïdie) laten toe de optimale substitutiedosis te bepalen.

**Casus 5 Endocrinologie MANP**

**Context**

Je bent verpleegkundig specialist in opleiding en je loopt stage op een polikliniek interne geneeskunde waar je patiënten begeleid met diabetes. Je ontmoet daar Bente Wegstra, een vrouw van 49 jaar . Zij heeft diabetes en komt voor haar 3 maandelijkse controle. Jou is gevraagd om het beleid met patiënte te evalueren en zo nodig aanpassingen te doen. Patiënte heeft voor het consult 20 min aan de automatische bloeddrukmeter gelegen.

**Voorgeschiedenis**

22 jr geleden : Diabetes Gravidarum. 1e zw schap. Ingesteld op 4 dd insuline.

2 jr geleden : Hervatting co DM 2e lijn. 5 jaar niet ter controle geweest in 1e lijn.

2 jr geleden : Hypertensie, Dyslipidemie, Onrustige DRP

2 jr geleden : Verhoogd VitB6

**Anamnese**

“Het gaat uitstekend”. Geen klachten. Nooit hypo’s of hyper’s. Het dagboekje en de glucose meter zijn niet mee want er zijn problemen met vergoeding van glucose teststrips voor de huidige glucosemeter. Vraagt hoe dit op te lossen. Spuit DegludecU200 44 E bij ontbijt en NovoRapid 28- 14- 32 E voor de maaltijden. Vraagt naar Hba1c waarde. Patiënte brengt het uitslag briefje van de automatische bloeddruk meting mee. Heeft gezien dat de bloeddruk hoog is. Geen verklaring voor. Begrijpt er niets van. Enige tijd geleden is de hond overleden waarvan veel verdriet en stress. Benoemd voorts geen pijnlijke benen meer te hebben sinds ze op advies van de internist is gestaakt met Vit B suppletie.

**Medicatie**

Ezetimib 10mg , 1dd1  
Losartan fo  50mg , 1dd2  
Insuline Degludec 200e/ml injvlst pen 600e=3ml vv

Insuline NovoRapid flexpen injvlst 100e/ml wwsp 3ml vv  
Metformine 850mg , 3dd1  
Rosuvastatine fo 20mg , 1dd 0.5

**Lichamelijk onderzoek**

Lengte: 158cm, Gewicht: 113,6kg, BMI 45,5 kg/m², BSA: 2,23 m²,

Bloeddruk automatische bloeddruk meting: 179/84 - 208/89.

**Lab: 2 weken voor het consult bepaald:** Leucocyten 16.1/nl , VitB6 90 nmol/l, Chol 3.8 mmol/l, HDL 1.6 mmol/l, LDL 1.6.mmol/l Glucose veneus 7.8 mmol/l Hba1c 59 mmol/mol.

Urine: Kreat 13.5 umol/l, Micro alb 410 mg/l, ALB/KR rat U: 30.6 mg/mmol

**Opdracht in kleine groep**

Maak een probleemlijst en op basis daarvan een geïntegreerde beschrijvende diagnose als uitgangspunt voor beleid op zowel medisch als verpleegkundig gebied. Schrijf deze op een flap-over.

**Docent instructie:**

Patiënte met hoog cardiovasculair risico door Morbide obesitas, DM2, roken en nu forse hypertensie. Het voorkomen van cardiovasculair risico is naast klachten behandeling de doelstelling van behandeling DM.

DM2 : 2017 zijn antistoffen aangevraagd vanwege zwangerschapsdiabetes bij destijds matig overgewicht. Morbide obesitas is na zwangerschap ontstaan. Fam anm is positief voor DM2. Antistoffen negatief . Diagnose blijft DM2. Bariatrische chirurgie door pte afgewezen. Stop roken poli afgewezen alsook hulp van een psycholoog.

Diabetes is acceptabel gereguleerd. Beter zou zijn Hba1c op streefwaarde maar is bij deze patiënte alleen te bereiken door fors verhogen insuline dosering hetgeen veelal toename van het gewicht tot gevolg heeft.

Dyslipidemie: met behandeling op streef

Microalbuminurie is langer bestaand en stabiel.

Nu onverklaarbare stijging van de bloeddruk. Zonder klachten.

Geen recent lab nierfunctie. Drie maanden geleden was de nierfunctie binnen streefwaarde.

**Probleemlijst**

1. Opgelopen hypertensie bij al bestaande stabiele microalbuminurie
2. DM2 bij morbide obesitas .
3. Diabetische retinopathie (DRP)
4. Dysplipidemie
5. Rookt
6. B6 deficientie Vitm : supp gestaakt ; volgen na staken suppletie

**Aanvullende vragen tractus anamnese en lichamelijk onderzoek.**

* Tractus anm: Oedemen- , Dyspnoe défort- , podb-, palp -, duizelig-, hoofdpijn + na overlijden hond. hoesten-, gewicht 3 mnd + 1 kg, eetpatroon ongewijzigd: snoept niet, geen chips, geen ( extra) zout, geen maggi, mosterd. 2 mnd geleden hond laten inslapen; stress en hoofdpijn gehad. Nu niet meer actueel.
* Neemt medicatie in zoals voorgeschreven. Geen vrije verkoop.
* Lichamelijk onderzoek
* Verzorgd. Bolle buik, relatief slankere ledematen.
* COR: S1S2 geen souffles
* Pulm: VAG bdz
* Abd: Zeer adipeus. Art fem dbz palpabel
* Gewichts toename 1 kg
* Extremiteiten: Overgewicht. Geen fors oedeem. Mogelijke toename niet te beoordelen.
* Labwaarden

Aanvullende vragen over labwaarden: Microalbuminurie stabiel. Hba1c was vorig consult éénmalig verhoogd naar 63 mmol/mol. Nu dus weer gedaald. Streefwaarde volgens protocol is < 54 mmol/mol. Patiente is zelf erg tevreden met deze 59 mmol/mol.

**Behandeling:**

* Medicatie optioneel: toevoegen hydrochloorthiazide of Amplodipine. Gekozen is voor start hydrochloorthiazide 12.5 mg.
* Lab : GFR KNUK
* Adviezen gezonde leefstijl : stoppen met roken, afvallen, bewegen, gezonde voeding (specifiek geen zout, voldoende drinken) blijven van kracht.
* Voor nu dosering Insuline ongewijzigd.
* Aangemeld bij hulpmiddelen speciaalzaak voor nieuwe teststrips > gaat dagcurves prikken.

R/ 1 week na start opnieuw gewicht, en aut RR controle

Optioneel start Amlpdipine 10 mg / 24 uurs bloeddrukmeting/ echo nieren

**Casus 6 Endocrinologie MANP**

**Context**

Je bent verpleegkundig specialist in opleiding en je loopt stage op een polikliniek interne geneeskunde waar je patiënten begeleid met diabetes. Je ontmoet daar Tinie van Zutphen, een vrouw van 51 jaar . Zij is door de huisarts verwezen op haar verzoek wegens onvoldoende ingestelde DM type 2. Zij komt voor de eerste keer naar de poli en jij ziet haar als nieuwe patiënt.

**Voorgeschiedenis**  
33 jr geleden: Zwangerschapdiabetes; dieet zoon prematuur (4000 gr) gezond  
30 jr geleden: Zwangerschapsdiabetes; dieet zoon (6000 gr) gezond  
29 jr geleden: ASTMA  
29 jr geleden: Essentiële hypertensie.  
10 jr geleden: Carpaal tunnel beiderzijds.  
13 jr geleden: Carpaal tunnel rechts + Triggervinger  
3 jr geleden: Hypertensie  
2 jr geleden: DM2.

**Anamnese**

Patiënte denkt niet goed te worden behandeld voor haar diabetes. De bloedsuikers zijn het laatste jaar snel oplopend en zeer wisselend. Ze is afgevallen, moe en heeft vaak dorst ondanks veel water drinken. Volgt dieet zoals geadviseerd door de diëtist.

Afgelopen jaar heeft ze 1 keer van de longarts een prednisolonkuur gehad voor ASTMA. Hogere waarden tot 20 mmol/l werden geaccepteerd omdat het tijdelijk was. Ze is nu zonder klachten. Er komt in de familie geen diabetes voor. Vader is op 52 jarige leeftijd overleden aan hartinfarct, moeder op hoge leeftijd TIA's.

Sociaal: Weduwe, woont alleen, 2 uitwonende volwassen kinderen. Ze is sportief. Werkzaam horeca maar sinds de diagnose diabetes heeft ze geen late diensten meer. Ze rookt niet, drinkt in het weekend 2 glazen wijn. Geen allergieën

Meet af en toe zelf een bloedsuiker. Krijgt zelfcontrole niet vergoed.

**Medicatie:**

Enalapril tablet 20mg , 1dd1  
Candesartan 4 mg 1dd1

Metformine tablet  500mg , 2dd2;

Gliclazide 30 mg, 1dd4

Terbuline 0.5 inhaler vs

**Lichamelijk onderzoek**  
Lengte 161 cm, Gewicht: 59,0 kg, BMI 24 Bloeddruk li: 140 / 80mmHg,

Droge mond/lippen

Ausc cor VAG bdz  
Ausc pulm ; Geen rhonchi geen crepitaties

Abd hepar niet palpabel

COR: S1S2 geen souffles

**Laboratorium**

Kreatinine 68 umol/l , GFR vlg.MDRD 78 ml/min , Kalium 4.8 mmol/l , Cholesterol 5.7 mmol/l, Triglycer. N 2.5 mmol/l , HDL-Chol. 1.0 mmol/l , LDL-Chol 3.6 mmol/l , Chol/HDLC 5.7 , Glucose Nu. 11.3 mmol/l , HbA1c 76 mmol/mol , Kreat  U 6.4 mmol/l , Micro Alb. U 5.5 mg/l , ALB/KR rat.U 0.9 mg/mmol , U Neg. , leuco's   U Neg. , nitriet   U Neg. , pH        U 5.0 , Opmerking :  Pt. niet nuchter.

**Opdracht kleine groep**

Maak een probleemlijst en op basis daarvan een geïntegreerde beschrijvende diagnose als uitgangspunt voor beleid op zowel medisch als verpleegkundig gebied. Schrijf deze op een flap-over.

**Docent instructie:**

* BMI 24 is niet direct passend bij DM2.
* Mogelijk is ze door dieet afgevallen.
* Ook patiënten met DM1 zijn in niet per definitie meer slank.
* Van zwangerschapsdiabetes sprake bij nog onbekende DM2.
* Mogelijk is er een tijdelijk een forse ontregeling geweest bij prednisolon gebruik hetgeen bij zowel DM2 als DM1 past.
* Negatieve familie anamnese voor DM is niet passend bij DM2
* In korte tijd snel toenemende insulinebehoefte is niet passend bij DM2
* Hyperglycemische klachten passen bij DM1 en DM2
* Lipidenprofiel past bij DM2
* Hypertensie past bij DM2

Dus voldoende ingrediënten om te twijfelen aan de diagnose DM2 .

‘Latent Autoimmune Diabetes in Adults’. (LADA)

Van de nu gediagnostiseerde patiënten met DM2 blijken 15% een DM type LADA te zijn. Een LADA is een vorm van diabetes type 1 die eerst lijkt op diabetes type 2 doordat hij heel geleidelijk begint. Een DM type LADA is, met uitzondering van een SU een contra-indicatie voor andere orale antidiabetica zoals Metformine, SGLT2, DPP4 en bij overgewicht GLP1. Met de toenemende insulinebehoefte loopt een patient ingesteld op orale anti-diabetica een risico op een ketoacidose. Uit studies is gebleken dat de pancreas functie juist gespaard kan worden door tijdig te behandelen met insuline ( Pieralice&Pozzilli, 2018)

Om een diagnose LADA (DM type1) te bevestigen is lab onderzoek (auto-antistoffen) nodig.

Wanneer één van de auto-antistoffen positief is er zonder twijfel sprake van DM1 of LADA.

Wanneer de auto-antistoffen negatief zijn kan een diagnose niet bevestigd worden nog ontkracht en is de klinische presentatie en het beloop doorslaggevend voor de (werk)diagnose.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auto- antistoffen** |  | **Type 1 DM**  **Kinderen** | **Type 1 DM**  **Volw.** | **Gezonde individuen** |
| **ICA** | Eilandjes van Langerhans | 80%-90% | 60% | < 1% |
| **IAA** | Insuline | 40%-69% | 20%-40% | <2% |
| **IA2** | Insulinoma antigen 2 | 40%-70% | 35%-60% | <1% |
| **GAD65** | Glutamaat decarboxylase | 70%-80% | 65%-85% | <1% |
| **ZnT8** | Zink transporter 8 | 20%-17% | 1-8 % | <1% |

Bron; de

[www.sanquin.nl](http://www.sanquin.nl  )

**Voorbeeld medische probleemlijst:**

* Onvoldoende gereguleerde diabetes geduid als type 2: DD DM type LADA
* Dyslipidemie : onbehandeld
* Hypertensie : met medicatie op streef
* Patiente is ontevreden over huidige behandeling.

**Beloop**

* Antistoffen waren positief: GAD65 : positief 50 U/ml, IA2 : positief, > 250 U/ml23.
* Metformine stop
* Start langwerkende insuline. SU was nog een jaar bijdragend
* Dyslipidemie : Start Simvastatine 20 mg 1dd1
* Na 1 jaar werd SU gestaakt en kortwerkende insuline toegevoegd.
* Patiënte is recent over gegaan op een insulinepomp.
* Patiënte is tevreden over de behandeling.

|  |
| --- |
| **Bron:** Pieralice, S., Pozzilli, P. Latent Autoimmune Diabetes in Adults: A review on clinical Implications and management. Diabetes Metab J. 2018 Dec;42(6):451-464. DMJ Dec 17, 2018. |