

# Informatie bij casus "Onbegrepen buikpijn en jeukklachten"

maart 2016 CONSULT internist en reumatoloog

## Anamnese

Patiënt is in 2008 geanalyseerd in verband met **jeuk en buikklachten**.

Dit ontstond rondom een diverticulitis waarbij patiënt geopereerd is. Sindsdien is hij nooit meer de oude geworden. Met regelmaat heeft hij aanvallen van buikpijn, diarree, en jeuk diffuus (verspringend!) over het lichaam. Deze drie dingen treden altijd tegelijkertijd op en patiënt verliest dan ook altijd enkele kilogrammen lichaamsgewicht. Na enkele dagen (3-4 dagen) gaat dit over en is alles weer normaal en trekt ook het gewicht weer bij.

De laatste keer was in december 2015; patiënt had toen een luchtweginfectie en kreeg hierbij ook klachten van buikpijn, diarree en de bekende jeuk. Hij voelde zich hierbij griepiger. Maar ditmaal verdwenen de klachten niet zo snel als anders en hielden langer aan, tot ruim een week. De ontlasting is sinds 2008 nooit meer helemaal normaal geworden, altijd dunzig, tot 2 maal per dag, brijig, enkele keer keuteltjes. Er was geen sprake van bloed bij de ontlasting, wel altijd slijm. Dit slijm is er al sinds 2008. Geen nachtelijke ontlasting. De buikpijn zit met name rond de navel; er net boven of onder, en aan de linker kant van de buik. De buikhuid is dan ook extreem koud. Krijgt na eten snel buikpijn en dan binnen een kwartier diarree. Sinds 2008 nooit meer vaste ontlasting gehad, wel slijmerig met name, flink. Melkproducten vallen niet goed en ook een biefstuk betekent gegarandeerd diarree binnen een kwartier. De jeuk verspringt over het lichaam, inclusief armen en benen, en altijd onder de voetzolen. Afkoelen kan helpen, echter een warm bad werkt eerder averechts. De jeuk voelt als speldenprikken die 2-5 seconden aanhouden en dan ergens anders optreden. Kan zelfs in oog voelbaar zijn. Er zijn nooit zichtbare afwijkingen geweest aan de huid.

Patiënt heeft sterk het idee dat deze klachten van buikpijn, diarree, jeuk en gewichtsverlies optreden op momenten van stress of verminderde weerstand. Geen aften, geen gewrichtsklachten anders dan artrose, geen huidafwijkingen behoudens jeuk.

Algemeen: Gewicht stabiel, geen koorts, geen nachtzweeten. Tractus anamnese

Circulatorius: Geen pijn op de borst, geen palpaties, geen dyspnoe d' effort, geen nycturie.

Respiratorius: Geen hoesten, geen sputum, geen pijn vast aan de ademhaling, geen piepende ademhaling.

Digestivus: Geen slikklachten (verslikt zich vaak), geen ructus, geen pyrosis, geen misselijkheid, geen braken.

Urogenitalis: Geringe pollakisurie, geen strangurie, geen hematurie, geen nycturie, geen LUTS-klachten.

Endocriene status: Geen pollakisurie, geen slechte wondgenezing, geen gejaagd / traag gevoel, geen koude / warmte intolerantie. Hematologische status: Geen onverklaarde hematomen, geen epistaxis, niet lang nabloeden.

Locomotorius / reuma: Soms siccaklachten van de mond, niet van de ogen (m.n. bij airco). Geen haaruitval, geen zonlichtovergevoeligheid, geen orale of genitale aften. CZS: Geen hoofdpijn, wel soms duizeligheid (bij lage bloeddruk), geen krachtsverlies, geen sensibiliteitsstoornissen.

FA: Broer CVA, zus tweemaal longembolie gehad, hypercholesterolemie zussen en broer. Geen maligniteiten, (i.h.b. geen darmcarcinoom), geen nierziekten.

Reisanamnese: Sri Lanka vorig jaar februari. Latijns Amerika 2008. Allergie: Geen bekende allergie voor jodium, antibiotica of pleisters. Getest in 2008, negatief.

Intoxicatie: Alcohol enkele glazen wijn in weekend, rookt niet, gebruikt geen drugs.

## Lichamelijk onderzoek:

Niet-zieke patiënt. Rustig. Geen anemie, geen cyanose, geen icterus, geen dyspnoe, geen oedemen, normale turgor. RR 120/75 mmHg (zit), gewicht 74,6 kg, lengte 172 cm

Hoofd/hals: Kleine lymfeklier links submandibulair, iets pijnlijk bij palpatie.

Thorax: Geen zichtbare afwijkingen. Cor: S1,S2, geen souffles.

Puimones: Vesiculair ademgeruis beiderzijds, geen Abdomen: Klein litteken onder de navel (status na OK i.v.m. diverticulitis). Normale peristaltiek, geen soufflés. Wisselende tympanie; iets demping linker hemi-abdomen.

Diepe palpatie niet mogelijk in verband met forse défense links en rechts, met uitstralende pijn richting de navel. Deze plek is bij palpatie ook evident drukpijnlijk. Geen zwellingen bij oppervlakkig onderzoek palpabel.

Geen loslaatpijn. Extremiteten: Warm, goede vascularisatie. Geen tekenen van arterio-veneuze insufficiëntie.

Pulsaties: a.dorsalis pedes +/-+. Geen axillaire of inguinale lymfadenopathie. Huid en nagels: Geen zichtbare afwijkingen; iets lineaire streepvorming van de nagels aan de handen. Geen evidente xerosis cutis.

Eerder aanvullend onderzoek

**CWZ: PET (2008)** Normale PET-scan. Geen pathologische lymfomen zichtbaar.

December 2015: X thorax (bij HA): niet afwijkend.

**Lab (2-2-2016):** Hemocytologie niet afwijkend. Kreat niet afwijkend. ALAT 47, overig niet afwijkend. Coeliakie negatief. TSH 3,58. Echo abdomen (3-3-2016): Zeer veel lucht in darmstructuren zonder aanwijzingen voor pathologische darmwandverdichtingen. Geen verklaring voor klachten.

Lactose ademtest (14-3-2016): Niet afwijkend.

### Bespreking

Wij zagen een 60-jarige man in verband met aanvallen van buikpijn, welke gepaard gaan met jeuk, een veranderd ontlastingspatroon en tijdelijk gewichtsverlies. Hij was hiervoor in 2008 al elders geanalyseerd. Bij lichamelijk onderzoek werd een drukpijnlijke buik gevonden zonder andere afwijkingen. Het aanvullend onderzoek leverde geen nieuwe aanknopingspunten, behoudens veel lucht in de darmen bij echografisch onderzoek. Differentiaal diagnostisch wordt thans nog gedacht aan angio-oedeem, porfyrie of mastocytose, waarvoor aanvullend onderzoek in staat. Bij nieuwe bevindingen ontvangt u uiteraard bericht. Conclusie Aanvalsgewijze buikpijn met veranderd ontlastingspatroon en jeuk; aanvullende diagnostiek is ingezet.

---

## juni 2016 ACUTE OPNAME na coloscopie; verslag eerste hulp,

Voorgeschiedenis: Presbycusis, retinadegeneratie

2008 Buikklachten, jeukklachten eci waarvoor analyse interne / CWZ en 2nd opinion Radboudumc 2011

Meniscuslaesie 2011 Diverticulitis

- Hereditair angio-oedeem uitgesloten met normaal Cl esteraseremmer
- Porfyrie uitgesloten middels metabole diagnostiek
- (Pseudo-)Obstructie bij aanval op SEH middels CT niet waargenomen!
- Lactose intolerantie uitgesloten
- Coeliakie uitgesloten

### Thuismedicatie:

oxycodon smelttablet (oxynorm) 5 mg, oraal,zn6xdd

### Anamnese

Patiënt heeft 27/7 een coloscopie gehad, welke zonder problemen is verlopen. Daarna weer een ernstige buikpijn aanval gekregen. Ligt huilend in bed van de pijn. Enige misselijkheid erbij. Geen braken. Geen koorts. Geen diarree. Ontlasting laatste dagen ook normaal geweest. Herkent de aanval van eerdere aanvallen. Heeft vannacht nog zo'n aanval gehad. Komt dan meestal paar uur na het eten. Klachten gaan dan ook spontaan weer weg. Gewicht is wisselend.

### Onderzoek:

Patiënt met duidelijk veel pijn.

Ademfreq: 20 l/min, Saturatie O2: 98 % pols 56/minuut, bloeddruk

123/77mmHg. Temperatuur: 36,3C

Geen meningeale prikkeling,

Cor: normale tonen zonder soufflés

Pulm: normaal ademgeruis, geer. bijgeluiden

Abd: levendige normaal klinkende peristaltiek, forse pijn bij onderzoek buik. Stethoscoop op buik doet al pijn, forse drukpijn. Laboratoriumonderzoek

Ontstekingswaarden: CRP <1 mg/l.

Natrium 137 mmol/l; Kalium 4.0 mmol/l; Ureum 4.7 mmol/l; Kreatinine 78 mmol/l; MDRD-GFR 87 AF 54 U/1;

ALAT 41 U/1; ASAT 29 U/1; Gamma GT 32 U/l; LDH 185 U/l; Bilirubine totaal 20 mmol/l\*; Bilirubine direct

(geconjugeerd) 6 mmol/l\*

### Bespreking

Deze 61 jarige man, kerend met sinds een aantal jaren intermitterende buikpijn zonder tot op heden duidelijke diagnose bezocht op 27-07-2016 de eerste hulp in aansluiting op een poliklinisch uitgevoerde coloscopie eerder die dag. Patiënt had zeer hevige buikpijn. Bij aanvullend laboratorium onderzoek en CT abdomen kon hiervoor geen onderliggend substraat ter verklaring van de klachten worden gevonden, met name nu geen aanwijzingen voor een perforatie, invaginatie of ontsteking. Hij werd opgenomen ter observatie waarbij de klachten spontaan afzakten naar voor patiënt herkenbare chronische klachten.

Op 28-07 had ik overleg met zijn poliklinisch hoofdbehandelaar, waarbij werd besloten patiënt op korte termijn te bespreken in een multidisciplinair overleg ten aanzien van vervolg diagnostiek, tevens werd gestart met colchicine op proef. Patiënt kon op 28-07-2016 in klinisch stabiele conditie onze kliniek verlaten, waarbij hij op korte termijn poliklinisch retour gezien zal worden.

### Conclusie

Hevige buikpijn zonder afwijkingen in laboratorium onderzoek, op CT abdomen behoudens afname van eerdere vastgestelde afwijkingen mogelijk passend bij xxxxxxxxxx geen andere afwijkingen. Gestart met colchicine op proef, poliklinisch vervolg is reeds gepland.