# Opdrachten Week 4

## Casus 1:  Mohammed S. (eerste raadpleging)

**Eenvoudige Probleemlijst**

- Aortaklepvervanging  
- T = 38,5  
- Algemene gewrichtspijn (polsen, knieën en voeten)  
- Morfine  
- Hypertensie  
- Diabetes  
- Chronische nierinsufficiëntie  
- Dyslipidemie  
- Gedesoriënteerd in tijd  
- Verhoogde hartslag  
- Lichte crepitaties  
- Ictus cordi naar lateraal verplaatst  
- Knieën en polsen zijn warm, lichtrood, opgezet, gevoelig en hebben beperkte ROM door pijn  
- Roodheid, warmte en gevoelige plekken over de wreef van beide voeten

**Verwerkte Probleemlijst**

**Epidemiologie:**Een 85-jarige man met obesitas en diabetes die een recente aortaklepvervanging onderging met postoperatieve medicatie

**Tijdsverloop:**Acuut

**Syndroombeschrijving:**- Poly-arthralgie  
- Koorts (38,5°C)  
- Pijn aan polsen en knieën   
- Bilaterale pijn aan de voeten  
- Bilateraal polsen en knieën warm, gevoelig, opgezet en beperkte ROM door pijn, licht rood.   
- Roodheid, warmte en gevoelige plekken over de wreef van beide voeten.

**Antecedenten en andere:**- Hypertensie  
- Diabetes  
- Chronische nierinsufficiëntie  
- Dyslipidemie  
- Medicatie: Morfine, Insuline, Zestril, Aspirine, Simvastatine, Heparine, Profylaxe  
- Ictus cordi naar lateraal  
- Lichte bibasale crepitaties

**Probleembeschrijving**

Een 85-jarige obese man met dyslipidemie, hypertensie en chronische nierinsufficiëntie krijgt na een recente aortaklepvervanging last van poly-arthralgie, koorts, delirium en een lateraal verplaatste ictus cordi.

**Gerangschikte Differentiaal Diagnosen**

Rang I: Reumatoïde artritis  
Rang Ie: Endocarditis  
Rang II: Pseudojicht, Septische artritis  
Rang III: Jicht

**Illness Script: Epidemiologie, Tijdsduur, Syndroombeschrijving, Ziektemechanismen**

**Epidemiologie**

*Reumatoïde artritis*: De man/vrouwverhouding is leeftijdsafhankelijk. Tot 45 jaar is deze verhouding ongeveer 1:3, daarna neemt het verschil af

*Pseudojicht*: Treft vooral ouderen en komt iets vaker voor bij mannen dan bij vrouwen

*Jicht*: mannen ongeveer 25 per 1.000, vrouwen ongeveer 10 per 1.000

## Casus 2:  Trixie VD

**Eenvoudige Probleemlijst**

- AIDS met CD4=79  
- Chronische schizofrenie  
- T = 38,5  
- Hoofdpijn  
- Intermittent braken  
- Verwardheid sinds enkele dagen  
- Somnolent  
- Desoriëntatie in ruimte en tijd  
- Droge mucosae  
- Meningisme bij flexie nek  
- Fotofobie  
- Hyperactieve reflexen  
- Babinski bilateraal omhoog

**Verwerkte Probleemlijst**

**Epidemiologie:**

Een 32-jarige vrouw met T-cel immunodeficiëntie en schizofrenie die vroeger dakloos was

**Tijdsverloop:**

Subacuut

**Syndroombeschrijving:**

**-**Meningitis met intermitterende emesis   
-Volumedepletie  
-Delirium   
- Afasie   
- Bilateraal positief teken van Babinski

**Antecedenten:**

- AIDS  
- Schizofrenie  
- Heroïnemisbruik in twintiger jaren, niet meer in laatste 5 jaar  
- rookt 2 pakjes sigaretten per dag

**Probleembeschrijving**

Een 32-jarige immunodeficiënte en schizofrene vrouw met subacute tekenen van meningitis gepaard met delirium, aphasie en intermitterende emesis met volumedepletie tot gevolg.

**Gerangschikte Differentiaal Diagnosen**

-Rang I: Toxoplasmose van het CZS   
-Rang IE: Bacteriële meningitis  
-Rang II: Cryptococcen meningitis  
-Rang III: Progressieve Multifocale Leuko-encefalopathie, Herpes Simplex Encefalitis

**Illness Script: Epidemiologie, Tijdsduur, Syndroombeschrijving, Ziektemechanismen**

**Epidemiologie**

- *Toxoplasmose van het CZS*: Infectie kan opgelopen worden via horizontale overdracht (door het eten van rauw vlees of voesel met fecale contaminatie van katachtigen) of congenitale overdracht (waarbij de moeder tijdens de zwangerschap met de parasiet in contact kwam). Immuungecompromitteerde patiënten vormen een speciale risicogroep.

- *Cryptococcen meningitis*: Infectie kan opgelopen worden via contact met bomen, aarde en uitwerpselen van vogels. Immuungecompromitteerde patiënten vormen opnieuw een speciale risicogroep.

- *Progressieve Multifocale Leuko-encefalopathie*: Verhoogd risico voor patiënten met een verlaagde cell-gemedieerde immuniteit ten gevolge van AIDS, patiënten met problemen aan het reticuloendotheliale systeem (door leukemie of een lymphoma), patiënten met het syndroom van Wiskott-Aldrich en voor patiënten die een orgaantransplantatie ondergaan hebben.

## Casus 3:  Maria T.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DD voor klinisch syndroom** | **Ziektemechanisme** | **Epidemiologie** | **Tijdsverloop** | **Symptomen** | **Tekens** | **Bijkomende onderzoeken** | **Behandeling/**  **Prognose** |
| **Benigne paroxysmale positionele vertigo** | Er ontstaat een tijdelijke stoornis in het evenwichtsorgaan doordat er oorkristallen in het binnenoor aanwezig zijn, waardoor de stroming van het endolymfe vocht in de kanaaltjes verstoord wordt.  3 vormen: Posterieure, horizontaal en anterieur kanaal BPPV | 64/100.000  Meer bij vrouwen en oudere mensen  Na een otitis media of hoofdtrauma | Episodes die enkele seconden tot enkele minuten kunnen duren (voornamelijk ’s morgens) | Vertigo  Nausea  Braken | Typische oogbewegingen | -[Dix-Hallpike: maneuver](http://www.neus-keel-oor.be/nl/nko/evenwicht/onderzoeken/dix-hallpike/) waarbij de vertigo wordt uitgelokt door de patiënt van een zittende houding naar een liggende positie te brengen.  -[Supine Roll test](http://www.neus-keel-oor.be/nl/nko/evenwicht/onderzoeken/supine_roll/): horizontaal kanaal  - CT bij nystagmus | Semont maneuver,  Epley maneuver,  Barbecue roll maneuver, bruuske hoofdbewegingen vermijden, niet op aangetaste zijde slapen, oefenprogramma bij kinesist volgen |
| **Ziekte van Ménière** | Een ophoping van vocht in het binnenoor waardoor de druk te hoog is. Dit wordt veroorzaakt door lekken in het membraan van Reissner. | 10/10.000  Tussen 20 en 50 jaar  Evenveel bij mannen als vrouwen  Allergieën  Hoofd- oortrauma | Aanval kan 20 minuten tot enkele uren duren | Vertigo  Nausea  Braken  Gehoorverlies  Tinnitus | Stress  Vermoeidheid  Diarree  Ganginstabiliteit | Electrocochleogram: druk in binnenoor meten, echter dikwijls vals resultaat  Gehoortest  MR van hersenen | Kan niet genezen, maar klachten kunnen verminderen via aanpassing voeding, levensstijl, juiste brilglazen, geneesmiddelen, hoortoestel, cochleair implantaat, acupunctuur, operatie |
| **Hersenstaminfarct** | Door onvoldoende bloed in de hersenstam krijgt deze te weinig zuurstof. Hierdoor zullen de cellen afsterven wat kan leiden tot zeer ernstige klachten en sterfte | 20/1.000  Meestal bij oudere mannen  Risicofactoren zijn diabetes, roken, alcoholisme en hypercholesterolemie | Acuut | Vertigo  Nausea  Braken  Moeite met lopen  Bewustzijnsverlies  Sufheid  Moeite met praten en slikken | Hemi- of tetraparese  Nystagmus  Hik | CT  MR  Angiografie | Bij bloedklonter anticoagulantia  Operatie  Beperken van risicofactoren |



Meer mannen

Bewustzijnsverliers

Moeilijk slikken en praten

Diabetes

Slecht zien

Roken

Meer vrouwen

Typische oogbewegingen

Dix-Hallpike

[Supine Roll test](http://www.neus-keel-oor.be/nl/nko/evenwicht/onderzoeken/supine_roll/)

Stress

Vermoeidheid

Electrocochleogram

Gehoortest

Ganginstabiliteit

Tinnitus

Operatie

MR

Oudere mensen

Vertigo

Nausea

Braken

Benigne paroxysmale

positionele vertigo

Hersenstaminfarct

Ziekte van Ménière

**Ziekte illness scripts voor :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Illness Scripts** | **Diagnose 1:**  **Benigne paroxysmale positionele vertigo** | **Diagnose 2:**  **Ziekte van Ménière** | **Diagnose 3:**  **Hersenstaminfarct** |
| **Epidemiologie** | 64/100.000  Meer bij vrouwen en oudere mensen  Na een otitis media of hoofdtrauma | 10/10.000  Tussen 20 en 50 jaar  Evenveel bij mannen als vrouwen  Allergieën  Hoofd- oortrauma | 20/1.000  Meestal bij oudere mannen  Risicofactoren zijn diabetes, roken, alcoholisme en hypercholesterolemie |
| **Tijdsverloop** | Episodes die enkele seconden tot enkele minuten kunnen duren (voornamelijk ’s morgens) | Aanval kan 20 minuten tot enkele uren duren | Acuut |
| **Syndroomstelling** | Vertigo  Nausea  Braken  Typische oogbewegingen (nystagmus) | Vertigo  Nausea  Braken  Gehoorverlies  Tinnitus  Stress  Vermoeidheid  Diarree  Ganginstabiliteit | Vertigo  Nausea  Braken  Moeite met lopen  Bewustzijnsverlies  Sufheid  Moeite met praten en slikken  Hemi- of tetraparese  Nystagmus  Hik |
| **Ziektemechanisme** | Er ontstaat een tijdelijke stoornis in het evenwichtsorgaan doordat er oorkristallen in het binnenoor aanwezig zijn, waardoor de stroming van het endolymfe vocht in de kanaaltjes verstoord wordt.  3 vormen: Posterieure, horizontaal en anterieur kanaal BPPV | Een ophoping van vocht in het binnenoor waardoor de druk te hoog is. Dit wordt veroorzaakt door lekken in het membraan van Reissner. | Door onvoldoende bloed in de hersenstam krijgt deze te weinig zuurstof. Hierdoor zullen de cellen afsterven wat kan leiden tot zeer ernstige klachten en sterfte |

## Week 4 Toets

**Deel 1: Mevr Lisa T**

Kies de juiste diagnostische test

**Vraag 1**

Mevr Lisa T wordt door Dr Vanden Bossche onderzocht. Hij denkt dat het om aspecifieke buikpijn gaat. Hij wil echter zeker zijn dat hij niet ergs over het hoofd ziet voor hij ze naar huis stuurt. In dat geval is de ideale diagnostische test:

Meer Sensitief dan Specifiek

**Vraag 2**

Dr Deroost vreest dat mevr. T. een acute cholecystitis heeft. Voor zij de patiënte naar het OK laat gaan wil ze zo zeker mogelijk zijn dat er effectief een cholecystitis is. In dat geval is de ideale diagnostische test:

 Meer Specifiek dan Sensitief

Julie Vanden Abeele is een studente 3de master op stage heelkunde die mevr. T moet onderzoeken. De assistent heeft hem verteld dat zij denkt dat cholecystitis een Rang 1 Diagnose (waarschijnlijk) is. Zij vraagt aan Julie om na te gaan of het teken van Murphy positief is en wat dit dan betekent voor de diagnose van cholecystitis.   
  
Julie zoekt Murphy’s sign op in Wikipedia en vindt het volgende: *“Classically Murphy's sign is tested for during an abdominal examination; it is performed by asking the patient to breathe out and then gently placing the hand below the costal margin on the right side at the mid-clavicular line (the approximate location of the gallbladder). The patient is then instructed to inspire (breathe in). Normally, during inspiration, the abdominal contents are pushed downward as the diaphragm moves down (and lungs expand). If the patient stops breathing in (as the gallbladder is tender and, in moving downward, comes in contact with the examiner's fingers) and winces with a 'catch' in breath, the test is considered positive. In order for the test to be considered positive, the same maneuver must not elicit pain when performed on the left side. Ultrasound imaging can be used to ensure the hand is properly positioned over the gallbladder”.* <http://en.wikipedia.org/wiki/Murphy's_sign>, geraadpleegd op 19/10/2015   
  
Een artikel over het teken van Murphy bij fysiek onderzoek wijst op een sensitiviteit van 97% en een specificiteit van 48%.

**Vraag 3**

Bij een **positieve** Murphy zal de waarschijnlijkheid van acute cholecystitis bij mevr. T (op basis van heuristische vuistregel) van **waarschijnlijk** bijgesteld worden naar:

zeer waarschijnlijk

**Vraag 4**

Bij een **negatieve** Murphy zal de waarschijnlijkheid van acute cholecystitis bij mevr. T (op basis van heuristische vuistregel) van **waarschijnlijk** bijgesteld worden naar:

onzeker

**Deel 2: Men. Mohammed S.**   
Men. Mohammed S. is een 85 jarige man die zich bij de huisarts aanbiedt omwille van kortademigheid bij inspanning en een droge hoest sinds drie dagen. Hij heeft een gekende aortaklepstenose. Bij het fysiek onderzoek zijn er verschillende tekens die overeenstemmen met congestief hartfalen. De huisarts denkt ook aan de mogelijkheid van een community acquired pneumonie. Om zijn diagnose te bevestigen wil de huisarts BNP (brain natriuretic peptide) laten bepalen. De sensitiviteit van BNP voor CHF is 90% als BNP > 100 is. De specificiteit van BNP voor CHF is 74% wanneer BNP < 100 is. De LR (+) voor CHF bij een BNP > 100 is 3.8. De LR (-) voor CHF bij een BNP < 100 is 0,13.

**Vraag 5**

Als de huisarts denkt dat CHF een Rang I oorzaak is voor de inspanningsdyspneu met een pretest probabiliteit van 80% en het resultaat van de BNP is 200, wat is dan de post test probabiliteit?

 ongeveer 94%

**Vraag 6**

Als de huisarts denkt dat CHF een Rang I oorzaak is voor de inspanningsdyspneu met een pretest probabiliteit van 80% en het resultaat van de BNP is 50, wat is dan de post test probabiliteit?

 ongeveer 30%

**Vraag 7**

Mevr. Saida S, de echtgenote van men S., is ook kortademig. Ze heeft geen voorgeschiedenis van hartproblemen en haar fysiek onderzoek toont geen tekens van congestief hartfalen. Voor haar denkt de huisarts dat CHF een Rang III oorzaak is met een pretest probabiliteit van ongeveer 10 %. Per vergissing wordt BNP ook bij mevr. S bepaald met een resultaat van 102. Wat is de post test probabiliteit voor Mevr. S.?

 ongeveer 21%

**Deel 3: Sofie L.**

Toen Sofie L. zich aanmeldde met pijn en roodheid in het been, was Diep veneuze trombose een van de mogelijke diagnosen met een lage waarschijnlijkheid. D-dimeren worden vaak aangevraagd om een DVT te evalueren.   
LR (+) voor gestegen D-dimeren is 3.14  
LR (-) voor normale D-dimeren is 0.16.  
Sensitiviteit is 88% en specificiteit is 72%

**Vraag 8**Gebruik het Fagan Nomogram om de post test probabiliteit te bepalen bij DVT als Rang III (20%) differentiaal diagnose en normale D-dimeren :

 ongeveer 2%

**Vraag 9**

Met een Rang III differentiaal diagnose (onwaarschijnlijk) en een Sensitiviteit van 88% en specificiteit van 72% voor D-dimeren, verschuift het klinisch vermoeden met normale D-dimeren naar:

zeer onwaarschijnlijk