

# Katatonie: een veelvoorkomend, maar weinig herkend ziektebeeld

S.T.H. HONINGS, B.M.G. ARTS, J. VAN OS

**SAMENVATTING** Wij zagen een 63-jarige vrouw met een schizoïde stoornis die gedurende ruim twee maanden was opgenomen op twee verschillende afdelingen vanwege een onbegrepen psychiatrisch toestandbeeld. Uiteindelijk werd patiënte verwezen naar de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis, alwaar zij behandeld werd met ECT vanwege katatonie. Na drie behandelingen was er een volledige remissie van het toestandbeeld.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)3, 232-236

**TREFWOORDEN** behandeling, elektroconvulsie therapie, katatonie



ARTIKEL



Katatonie is een neuropsychiatrisch syndroom dat wordt gekenmerkt door motorische, vegetatieve, psychische en gedragsmatige symptomen (American Psychiatric Association 2013) en dat voornamelijk voorkomt bij psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen. Door de grote verscheidenheid aan symptomen kent de klinische presentatie een grote diversiteit waardoor herkenning van het ziektebeeld kan worden bemoeilijkt. In dit artikel beschrijven wij een casus waaruit blijkt dat katatonie in de praktijk niet altijd goed wordt herkend en dat adequate behandeling daardoor vertraging kan oplopen.

## GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 63-jarige vrouw met een schizoïde stoornis werd vanuit een gesloten opnameafdeling naar de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis (PAAZ) verwezen voor aanvullende diagnostiek bij een onbegrepen psychiatrisch toestandbeeld.

### Voorafgaand beloop

Patiënte werd aanvankelijk opgenomen op de open ouderafdeling vanwege een psychotische decompensatie met forse nachtelijke onrust, maar werd vanwege separatiebehoefte overgeplaatst naar de gesloten afdeling. Sinds de overplaatsing was er een progressieve achteruitgang van het klinische beeld van patiënte, die voorheen voor algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zelfstandig was. Adequate communicatie was vrijwel onmogelijk en er ontstond een grote zorgbehoefte omdat patiënte vrijwel geen intake meer had, veelal in bed lag en zich actief ver-

zette tegen verzorging. Er vonden diverse veranderingen in het medicamenteuze beleid plaats: lithium (900 mg/dag) werd gestaakt vanwege intoxicatie (spiegel 1,23 mmol/l) en zuclopentixol (depot van 500 mg/drie weken) werd vervangen door olanzapine (20 mg/dag). Vanwege het ontbreken van effect van olanzapine werd zuclopentixol herstart (oraal, 40 mg/dag) en werd er haloperidol (2 mg/dag) toegevoegd aan de behandeling. Tevens werd er eenmalig 1 mg lorazepam gegeven vanwege vermoeden van katatonie, echter zonder resultaat. Vanwege het onbegrepen toestandbeeld werd patiënte verwezen naar onze PAAZ.

### Opname op de PAAZ

Bij opname zagen we een matig verzorgde vrouw zittend in een rolstoel en onverstaaanbaar schreeuwend, die zich actief verzette tegen lichamelijk onderzoek. Tevens viel duidelijke echolalie op. Differentiaaldiagnostisch werd er gedacht aan katatonie en er werd een *Bush-Francis Catatonia Rating Scale* (BFCRS) afgenomen waarbij met name immobiliteit, verminderde verbale respons, staren, katalapsie, echolalie, rigiditeit, negativisme, *Gegenhalten* en ambitendentie opvielen (BFCRS: 24). Antipsychotica werden gestaakt en er werd routinelaboratoriumonderzoek verricht en er werden een CT-scan van het cerebrum en een röntgenopname van de thorax gemaakt.

Aanvullende diagnostiek toonde geen bijzonderheden behoudens elektrolytenstoornissen passende bij dehydratie, waarvoor behandeling middels glucose-infusie plaatsvond. De activiteit van creatinekinase (CK) was marginaal

verhoogd (200 U/l), maar aangezien er geen autonome instabiliteit of hyperthermie was, werden maligne anti-psychoticasyndroom (MAS) en letale katatonie als differentiaaldiagnoses uitgesloten.

Vanwege het sterke vermoeden van katatonie werd er gestart met lorazepam (1 mg 4 dd). Aangezien deze dosering slechts een minimale verbetering van het toestandbeeld veroorzaakte, werd de dosering geleidelijk opgetitreerd tot in totaal 23,5 mg/dag. Hierbij trad er slechts matige sedatie op, maar de katatone verschijnselen namen enigszins af (BFCRS: 20). Patiënte werd vervolgens gedurende zeven dagen behandeld met lorazepam 2,5 mg 4 dd zonder verbetering van het toestandbeeld.

Omdat het klinisch beeld onvoldoende reageerde op behandeling met benzodiazepines werd er besloten om te starten met elektroconvulsiotherapie (ECT), hoewel patiënte bekend was wegens een cerebraal aneurysma waarvoor een expectatief beleid werd gevoerd. Tijdens de eerste ECT-behandeling ontving patiënte als anestheticum 12 mg etomidaat en als spierverslapper 50 mg succinylcholine. Tevens werd er 1 mg alfentanil intraveneus gegeven ter voorkoming van hypertensie. De elektroden werden bifrontotemporaal geplaatst en er werd een vastedosismethode gehanteerd.

De eerste behandeling gaf een lichte verbetering van het katatone beeld (BFCRS: 18): patiënte maakte meer oogcontact en gaf wisselend adequate antwoorden. De tweede en derde ECT-behandeling werden overeenkomstig de eerste behandeling uitgevoerd. Enkele dagen na de laatste ECT-behandeling was patiënte in staat tot adequate communicatie, zelfstandige orale intake en mobiliseerde ze met hulp van de verpleging (BFCRS: 0). Vanwege het onderliggende psychotische toestandbeeld werd er gestart met 1 mg haloperidol. Daarnaast werd valproïnezuur (1500 mg 1 dd) gestart als stemmingsstabilisator bij de schizoïde

## AUTEURS

**STEVEN HONINGS**, basisarts en promovendus, Maastricht University.

**BAER ARTS**, psychiater, Maastricht UMC.

**JIM VAN OS**, hoogleraar Psychiatrie, Maastricht UMC.

## CORRESPONDENTIEADRES

S.T.H. Honings.

E-mail: steven.honings@maastrichtuniversity.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

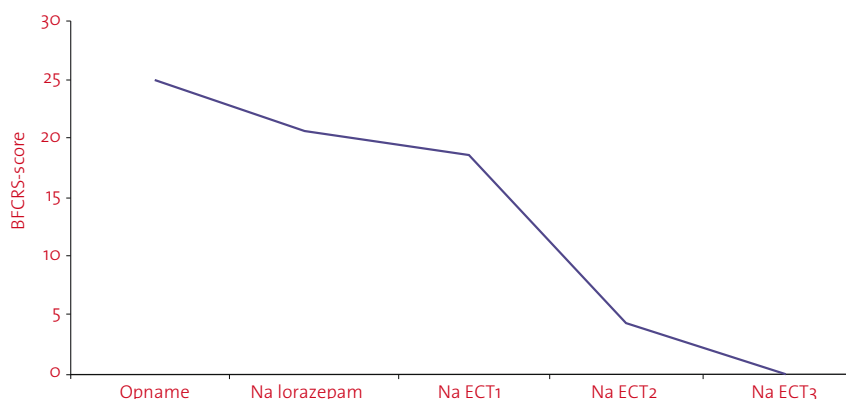
Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-8-2015.

stoornis. Na enkele dagen werd patiënte ontslagen naar de ouderenafdeling voor resocialisatie.

## BESPREKING

In de DSM-5 wordt de diagnose katatonie gesteld indien een patiënt drie van de symptomen heeft uit de lijst in **TABEL 1** (American Psychiatric Association 2013). De klinische presentatie kent daardoor veel variatie. Het is opvallend dat het beschreven psychiatrisch toestandbeeld door meerdere psychiaters niet werd herkend als katatonie, terwijl patiënte voldeed aan diverse DSM-5-criteria. Dit is echter geen unieke situatie. Onderzoek toonde aan dat psychiaters de DSM-diagnose katatonie slechts bij 2% van de patiënten stelden, terwijl 18% voldeed aan de DSM-criteria (van der Heijden e.a. 2005). Katatonie is echter geen zeldzaam ziektebeeld. De prevalentie van katatonie in een klinische patiëntenpopulatie wordt geschat op circa 10% (Seethalakshmi e.a. 2008).

**FIGUUR 1** Beloop van score op de Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) bij patiënte A tijdens opname



**TABEL 1** Symptomen van katatonie

Symptoom	Beschrijving
Stupor	Bewegingloosheid en mutisme bij helder bewustzijn
Katalepsie	Passief langdurig volhouden van ongewone lichaamshoudingen
Flexibilitas cerea	Ledematen blijven langdurig in de stand staan waarin de onderzoeker ze heeft gebogen, alsof zij van was zijn
Mutisme	Ontbreken van gesproken taal
Negativisme	Zonder duidelijk motief opdrachten weigeren
Postureren	Actief langdurig volhouden van ongewone lichaamshoudingen
Maniërismen	Dwaze of vreemde bewegingen die een doel hebben
Stereotypieën	Zich herhalende doelloze eigenaardige bewegingen
Agitatie	Rusteloosheid zonder externe stimulus
Grimassen	Gemaniëerde, bizarre, overdreven bewegingen van het gelaat die automatisch tot stand lijken te komen
Echolalie	Ongevraagd imiteren van woorden
Echopraxie	Ongevraagd imiteren van bewegingen

## Herkenning

Het laat herkennen van katatonie is niet risicoloos. Medische complicaties die kunnen optreden, zijn trombo-embolieën, contracturen en pneumonieën (Nazarian e.a. 2013). Ter voorkoming van deze complicaties werd onze patiënte profylactisch behandeld met nadroparine (2850 IE/dag) en werd de fysiotherapeut in consult gevraagd. Bovendien kunnen patiënten in het geval van letale katatonie – gekenmerkt door hyperthermie, autonome ontregeling en laboratoriumafwijkingen (onder andere een verhoogde CK-activiteit en leukocytose) – binnen korte tijd overlijden. Letale katatonie is klinisch zeer moeilijk te onderscheiden van MAS. In beide gevallen moeten antipsychotica echter worden gestopt.

Hoewel bij onze patiënte letale katatonie en MAS waren uitgesloten, was antipsychoticagebruik toch gecontra-indiceerd. Antipsychotica kunnen bij katatonie namelijk een toename van katatone klachten en MAS veroorzaken (Francis 2010), vooral indien er zoals in deze casus tevens sprake is van dehydratie (Freudenreich 2011).

## Benzodiazepine

Het is opvallend dat katatonie aanvankelijk werd uitgesloten toen het klinische beeld niet verbeterde na toediening van 1 mg lorazepam. Hoewel gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van lorazepam bij katatonie ontbreekt (Gibson & Walcott 2008), is er veel klinische ervaring met het behandelen van katatonie met benzodiazepines. Eenduidigheid over de dosering ontbreekt echter. In de literatuur worden startdoseringen van 2-6 mg per dag geadviseerd, waarbij er geen verschil in effectiviteit is tussen orale of parenterale toediening (Francis 2010).

Wij hebben de patiënte in de casus behandeld volgens een recent behandelalgoritme (Blom & Slotema 2014), waarbij de lorazepam geleidelijk opgetitreerd wordt totdat het katatone toestandbeeld opklaart of sedatie optreedt. Benzodiazepines leiden bij circa 70% van de patiënten tot verbetering of remissie van het toestandbeeld (Bush e.a. 1996; Francis 2010; Payee e.a. 1999). De kans op een behandelrespons bij gebruik van lorazepam neemt echter af indien de katatonie reeds langere tijd bestaat (Payee e.a. 1999), zoals bij onze patiënte het geval was.

## ECT

Vanwege het persisterende katatone beeld ondanks behandeling met lorazepam, hebben we besloten om te starten met ECT, hoewel er geen gerandomiseerd onderzoek is dat aantoonst dat ECT effectiever is dan benzodiazepines bij katatonie (Gibson & Walcott 2008). Wel is er uitgebreide klinische ervaringen retrospectief onderzoek dat aantoonst dat ECT effectief is indien het katatone beeld onvoldoende reageert op benzodiazepines (Bush e.a. 1996; Payee e.a. 1999).

Hoewel ECT vanwege het optreden van hypertensie tijdens de procedure een risicofactor vormt voor cerebrale bloedingen bij patiënten met cerebrale aneurysma's, is het geen absolute contra-indicatie. Er zijn diverse gevallen bekend waarbij ECT zonder complicaties werd toegepast bij patiënten met cerebrale aneurysma's (van Herck e.a. 2009). Hierbij is het wel belangrijk dat de bloeddruk medicamenteus goed wordt gecontroleerd, bij voorkeur middels een bètablokker zoals esmolol (van den Broek e.a. 2010). De anesthesioloog die betrokken was bij de behandeling van onze patiënte koos echter voor alfentanil. Hoewel dit niet

conform de richtlijn is, is er wel literatuur die aantoont dat alfentanil in combinatie met etomidaat gebruikt kan worden om de bloeddruk tijdens ECT te verlagen (van den Broek e.a. 2004). Om het aantal ECT-behandelingen en zodoende het risico op cardiovasculaire complicaties te beperken werd er gekozen voor een bifrontotemporale elektrodeplaatsing zonder dosistitratiemethode, aangezien er aanwijzingen zijn dat deze plaatsing effectiever is dan unilaterale plaatsing (UK ECT Review Group 2003).

### Na het herstel van de katatonie

Nadat de katatone verschijnselen waren verdwenen, startten wij met valproïnezuur i.p.v. lithium vanwege het kleinere risico op intoxicatie. Tevens werd er gestart met haloperidol en werd de lorazepam (1 mg 3 dd) gecontinueerd. Herstart van antipsychotica na remissie van de katatonie dient voorzichtig te gebeuren onder voortdurende controle op nieuwe katatone symptomen. Benzodiazepi-

nes kunnen gedurende deze fase het best worden gecontinueerd (Rosebush & Mazurek 2010). Er is geen literatuur beschikbaar die aantoont dat de kans op een recidief van katatoon beeld kleiner is bij atypische dan bij klassieke antipsychotica. Vanwege de somatische comorbiditeit van patiënten hebben wij gekozen voor een lage dosering haloperidol.

### CONCLUSIE

Katatonie is een veelvoorkomend psychiatrisch toestandsbeeld dat in de praktijk vaak niet wordt herkend. Hierdoor worden patiënten met katatonie dikwijls inadequaat behandeld en kunnen er medische complicaties optreden. Hoewel gerandomiseerd onderzoek van goede methodologische kwaliteit naar de behandeling van katatonie ontbreekt, is er veel patiëntencasusstiek en klinische ervaring die aantoont dat katatonie succesvol kan worden behandeld met benzodiazepines of ECT.

### LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- Blom JD, Slotema CW. Katatonie en dissociatie. Houten: AccreDidact; 2014.
- Broek W van den, Birkenhäger TK, de Boer D, Burggraaf JP, van Gemert B, Groenland THN, e.a. Richtlijn elektroconvulsietherapie. 2de, herz. ed. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.
- Broek WW van den, Groenland TH, Kusuma A, Mulder PG, Bruijn JA. Double-blind placebo controlled study of the effects of etomidate-alfentanil anesthesia in electroconvulsive therapy. *J ECT* 2004; 20: 107-11.
- Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 137-43.
- Francis A. Catatonia: diagnosis, classification, and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12: 180-5. doi: 10.1007/s11920-010-0113-y.
- Freudenreich NS, Francis A, Fricchione GL. Textbook of psychosomatic medicine: psychiatric care of the medically ill. (2de ed.). Washington: American Psychiatric Publishing; 2011.
- Gibson RC, Walcott G. Benzodiazepines for catatonia in people with schizophrenia and other serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD006570. doi: 10.1002/14651858.CD006570.pub2.
- Heijden FM van der, Tuinier S, Arts NJ, Hoogendoorn ML, Kahn RS, Verhoeven WM. Catatonia: disappeared or underdiagnosed? *Psychopathology* 2005; 38: 3-8.
- Herck E van, Sienaert P, Hagon A. Elektroconvulsietherapie bij patiënten met intracraniele aneurysmata: gevalbespreking en overzicht van de literatuur. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 43-51.
- Nazarian RS, Liebman LS, Kellner CH. Electroconvulsive therapy (ECT) for catatonia: delay may be risky. *Lupus* 2013; 22: 336.
- Payee H, Chandrasekaran R, Raju GV. Catatonic syndrome: treatment response to lorazepam. *Indian J Psychiatry* 1999; 41: 49-53.
- Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and its treatment. *Schizophr Bull* 2010; 36: 239-42. doi: 10.1093/schbul/sbp141. Epub 2009 Dec 7.
- Seethalakshmi R, Dhavale S, Suggu K, Dewan M. Catatonic syndrome: importance of detection and treatment with lorazepam. *Ann Clin Psychiatry* 2008; 20: 5-8.
- UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361: 799-808.

## SUMMARY

# A case-report on catatonia: a prevalent but under-recognised psychiatric illness

S.T.H. HONINGS, B.M.G. ARTS, J. VAN OS

We describe the case of a 63-year-old female patient with schizoaffective disorder who spent more than two months in two different psychiatric wards because of an unrecognised psychiatric illness. Ultimately, the patient was referred to the psychiatric ward of the university hospital where she was treated for catatonia with electroconvulsive therapy (ECT). Three treatments with ECT led to a full recovery of the patient.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)3, 232-236

**KEY WORDS** catatonia, electroconvulsive therapy, treatment