

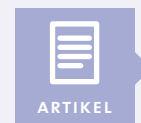
Een patiënte met de diagnose conversiestoornis die niet verbeterde

M.P. ROOBOL, S.N. SWOLFS, H.A.A.M. MAAS, C.P.M. VETH

SAMENVATTING Een 61-jarige vrouw werd door de neuroloog verwezen naar de polikliniek voor somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) wegens een conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis). Gedurende de behandeling werd het uitblijven van therapeutisch resultaat aanvaankelijk toegeschreven aan een comorbide stemmingsstoornis. Uiteindelijk bleek echter het progressieve beloop van zowel motorische als cognitieve symptomen meer te passen bij een zeldzame neurodegeneratieve aandoening, namelijk corticobasale degeneratie. Deze gevalsbeschrijving illustreert het belang van een herhaald neurologisch consult indien een patiënt met een conversiestoornis niet verbetert.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)10, 725-729

TREFWOORDEN conversiestoornis, corticobasale degeneratie (CBD), functioneel-neurologisch-symptoomstoornis (FNS), somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)



Het is bekend dat psychiatrische stoornissen zich kunnen manifesteren door middel van neurologische verschijnselen, zoals motorische of sensorische symptomen. Wanneer deze verschijnselen onverklaard blijken, spreken we van een conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) (APA 2013). De verschijnselen kunnen onder andere bestaan uit spierzwakte (parese of paralyse), spierspasmen, convulsies, moeite met praten, ongevoeligheid voor pijn, doofheid of visusverlies.

De conversiestoornis is een veelvoorkomende aandoening; de incidentie in de algemene populatie wordt geschat op 5 tot 10 per 100.000 en de prevalentie op 40 per 100.000 (Krem 2004). Schattingen van de incidentie op een (poli-) kliniek voor neurologie liggen hoger, namelijk tussen de 1-10% (Akagi & House 2002).

Omgekeerd is het niet ongebruikelijk dat neurodegeneratieve aandoeningen zich initieel uiten met psychiatrische symptomen, zoals agitatie, depressie of apathie (Bruns & Josephs 2013). Uit onderzoek blijkt dat tot bij 28% van de patiënten met een neurodegeneratief proces, voorafgaand aan de diagnose een psychiatrische aandoening werd vastgesteld, meestal een bipolaire stoornis of schizofrenie (Woolley e.a. 2011).

We beschrijven een casus van een 61-jarige vrouw met de diagnose conversiestoornis die niet verbeterde tijdens behandeling.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 61-jarige gepensioneerde lerares werd gezien op het centrum voor psychosomatiek van de afdeling Psychiatrie in een regionaal ziekenhuis. Zij werd verwezen door de neuroloog wegens een bewegingsstoornis, door de verwijzer geduid als een conversiestoornis. Middels het neurologisch onderzoek, beeldvormend onderzoek, aanvullend laboratoriumonderzoek en liquorpunctie waren geen neurologische aandoeningen aangetoond.

De medische voorgeschiedenis vermeldde hypertensie, osteoporose en de ziekte van Ménière. De psychiatrische voorgeschiedenis vermeldde een late-onset bipolaire stoornis, waarvoor patiënte op 58-jarige leeftijd werd opgenomen op de Medisch-Psychiatrische Unit (MPU) in verband met een maniform toestandsbeeld. Destijds stabiliseerde het beeld met valproïnezuur 1250 mg per dag. Na ontslag staakte patiënte echter haar medicatie en kwam zij niet meer op poliklinische controles.

Bij de poliklinische intake – 3 jaar later – op het centrum voor psychosomatiek vertelde patiënte last te hebben van controleverlies over haar linker lichaamshelft, waarbij ze met haar been sleepte en zich instabiel voelde. Ook viel haar stem soms weg. Volgens haar echtgenoot zou de laatste tijd het geheugen zijn verslechterd en het initiatief verminderd.

Patiënte gebruikte de volgende medicatie: acetylsalicylzuur, amlodipine, calciumcarbonaat/colecalciferol, propranolol en risedroninezuur. Zij dronk dagelijks 2-3 glazen wijn en ze was recent gestopt met roken. De familieanamnese vermeldde dementie op hoge leeftijd bij vader en mogelijk ook bij grootmoeder en tante.

De verwijzend neuroloog beschreef de volgende bevindingen: de oogvolgbewegingen in verticale richting waren licht vertraagd, er waren wisselend gestoorde alternerende handbewegingen (diadochokinese), er was een spoor dystonie aan de linker hand, er waren subtiele coördinatieproblemen van de armen en benen en een licht gestoorde koorddansersgang. De dystonie verdween echter bij afleiden, de kracht was beiderzijds maximaal, de sensibiliteit was intact en de reflexen waren symmetrisch opwekbaar met beiderzijds een fysiologische voetzoolreflex. Een MRI-scan van het cerebrum toonde enkele kleine hyperintense afwijkingen, die duiden op lichte afwijkingen aan de witte stof en niet als pathologisch werden beschouwd (zie **FIGUUR 1**).

Bij het psychiatrisch onderzoek op onze polikliniek vielen op: aandachtsstoornissen, versneld en associatief denken, een dysfore stemming met labiel affect, een drukke psychomotoriek met versneld praten en een verminderde impulscontrole, waarbij patiënte voortdurend haar echtgenoot onderbrak. Er werd geconcludeerd dat er naast een conversiestoornis sprake was van een recidiverende manische episode.

Wegens de ontregelde stemming besloten we patiënte op te nemen op de MPU. Ze wilde niet starten met lithium, maar stemde in met herstarten van valproïnezuur 800 mg, wat conform de multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen werd verhoogd tot een therapeutische spiegel van 70-90 mg/l.

Wegens onvoldoende respons werd een laaggedoseerd antipsychoticum (risperidon 0,5 mg) toegevoegd. Daarnaast gebruikte zij kortdurend lorazepam 1 à 2 mg voor insomnia. Deze combinatie van medicijnen gaf slechts een beperkt stabiliserend effect op haar stemming.

Wat betreft de bewegingsproblematiek legden wij de hypothese conversiestoornis aan patiënte uit. Er werden geen duidelijke uitlokkende en/of onderhoudende psychologische factoren vastgesteld. Het volgen van psychotherapie gericht op somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) leek ten gevolge van de aandachtsstoornissen en de affectabiliteit niet goed mogelijk. Wel volgde patiënte fysiotherapie en psychomotore therapie op de polikliniek na haar ontslag uit de kliniek.

Vervolg

Hoewel patiënte en haar partner erg gemotiveerd waren voor de behandeling, verslechterde gedurende het daarop-

AUTEURS

MARTEN P. ROOBOL, tijdens het schrijven van het artikel arts in opleiding tot psychiater, GGZ Breburg; thans: psychiater, Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), Tilburg.
SABINE N. SWOLFS, psychiater, ETZ, Tilburg.
HUUB A.A.M. MAAS, klinisch geriater, ETZ, Tilburg.
NIELS VETH, ouderenpsychiater, ETZ, Tilburg.

CORRESPONDENTIEADRES

Marten Roobol, Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Postbus 90151, 5000 LC Tilburg.
 E-mail: m.roobol@etz.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-5-2019.

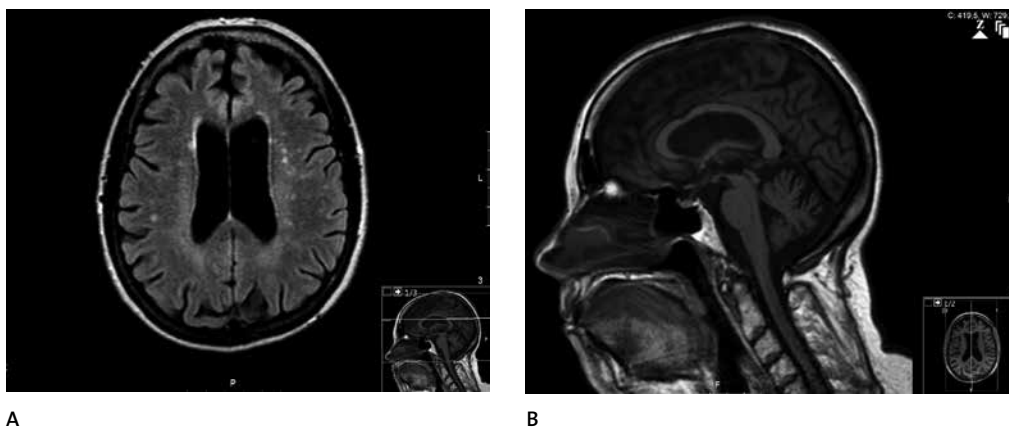
volgende jaar haar motoriek en ontstonden geleidelijk valpartijen. Hierop werd de differentiaaldiagnose heroverwogen. Infectieuze, auto-immune of ruimte-innemende neurologische aandoeningen werden voor verwijzing door de neuroloog niet aangetoond. We vroegen een gedragsneuroloog, verbonden aan de geheugenpoli binnen ons ziekenhuis, om een *second opinion*, die bij herhaald neurologisch onderzoek geen nieuwe bevindingen constateerde en daarmee de hypothese conversiestoornis ondersteunde.

We overwogen medicamenteus veroorzaakte extrapiramidale symptomen (EPS) door valproïnezuur en risperidon. Het asymmetrische karakter van de symptomen maakte dit echter minder waarschijnlijk en veranderen van de medicatie bracht geen verbetering.

Psychiatrische aandoeningen zoals simulatie of een nagebootste stoornis vermoedden wij niet, vanwege het consistente complexe beeld en het ontbreken van (on)bewuste ziekte winst. Aanvullende (hetero)anamnestische informatie wees op het bestaan van pre-existente problemen in de emotieregulatie en impulscontrole, wat kon passen bij complicerende persoonlijkheidskenmerken die vaker worden gezien in samenhang met SOLK.

De combinatie van motorische en psychiatrische symptomen kon eveneens wijzen op een neurodegeneratieve aandoening. Screenend neuropsychologisch onderzoek (NPO) door de klinisch neuropsycholoog toonde aan dat er sprake was van verminderde aandacht, concentratie en een traag werk- en denktempo. Op het gebied van geheugen en executieve functies scoorde patiënte echter goed, waardoor we een beginnende dementie minder waarschijnlijk achtten.

FIGUUR 1 MRI-hersenscan van patiënt A. Axiale FLAIR-opname (A) en sagittale opname (B) toonden enkele kleine hyperintense afwijkingen die duiden op lichte afwijkingen aan de witte stof en niet als pathologisch werden beschouwd



Differentiaaldiagnostisch dachten wij nog aan het cerebellair-cognitief-affectief syndroom, gekenmerkt door zowel motorische, cognitieve als affectieve symptomen. Dit wordt echter voornamelijk gezien op kinderleeftijd of ontstaat bij volwassenen na afwijkingen in de achterste schedelgroeve, bijvoorbeeld na een infarct (Schmahmann & Sherman 1997), waardoor deze hypothese afviel.

In een poging de stemming en het affect meer te stabiliseren, besloten we valproïnezuur te vervangen door lithium 600 mg per dag, wat werd opgebouwd tot een onderhoudspegel van 0,6-0,8 mmol/l. Hierbij stabiliseerde de stemming enigszins, maar persisteerde de affectlabieleit.

In de periode daarna ging de motoriek geleidelijk verder achteruit en namen de valpartijen toe. Heteroanamnestisch kreeg patiënte daarbij toenemend last van apraxie, waarbij ze zichzelf vaker sneed bij het eten, kleiner ging schrijven en de afstandsbediening niet meer kon gebruiken. Ook de executieve functies gingen achteruit; planning en initiatief verminderden. Ten slotte werd het geheugen minder; uitleg kon patiënte minder goed onthouden.

Vanwege deze achteruitgang van zowel motorische als cognitieve functies werd nu het vermoeden van een neurodegeneratief proces sterker en volgde ruim 1,5 jaar na de intake een neurologische *third opinion* in een academisch centrum.

Op dat moment waren bij neurologisch onderzoek de oogvolgbewegingen toenemend gestoord; er waren saccaden en een verticale blikparese. Er werd apraxie aan de armen vastgesteld en er waren dystone kenmerken aan de linker arm en het linker been. De houdingsreflexen waren gestoord. Er werd geconcludeerd dat het klinisch beeld het meest paste bij corticobasale degeneratie (CBD), een atypisch parkinsonisme. De symptomen voldeden aan de criteria voor de 'waarschijnlijkheidsdiagnose' ('probable')

CBD. Hiermee bleek een zeldzame neurodegeneratieve aandoening een passender etiologische verklaring te bieden dan de eerder gestelde diagnose conversiestoornis.

DISCUSSIE

CBD is een progressieve neurodegeneratieve aandoening die wordt gerekend tot de tauopathieën. Kenmerkend is het progressieve ontstaan van asymmetrische rigiditeit en apraxie. Daarnaast kan er sprake zijn van dystonieën, myoklonieën, tremoren, spraakstoornissen en gestoorde oogvolgbewegingen (Armstrong e.a. 2013). CBD is zeldzaam; de incidentie wordt geschat op 0,62 tot 0,92 per 100.000 en de prevalentie op 4,9 tot 7,3 per 100.000 (Mahapatra e.a. 2004).

Het klinische syndroom CBD vertoont veel overlap met andere atypische parkinsonismen zoals progressieve supranucleaire parese (PSP) of meervoudige systeematrofie (MSA). Bij aanvang zijn deze aandoeningen vaak moeilijk te diagnosticeren. Niet zelden ontstaat een diagnostische delay omdat eerst een andere neurologische of psychiatrische diagnose wordt overwogen (van Meerkerk e.a. 2017). De zekerheidsdiagnose CBD wordt gesteld door middel van neuropathologisch onderzoek.

Conversiestoornissen komen frequent voor en de diagnose kan tegenwoordig betrouwbaar worden gesteld. Het aandeel van onterechte diagnoses wordt geschat op ongeveer 0,4-4%, een vergelijkbare betrouwbaarheid als voor somatische aandoeningen (Stone e.a. 2005; 2009). Psychische stressoren zoals emotionele verwaarlozing, fysiek of seksueel geweld komen weliswaar meer voor bij patiënten met een conversiestoornis, maar zijn niet altijd aanwezig (Ludwig e.a. 2018).

Psychische stressoren zijn met de komst van DSM-5 komen te vervallen als criterium, ten gunste van positieve bevin-

dingen bij neurologisch onderzoek. Er bestaat een veelvoud aan neurologische testen bij conversiestoornissen, die over het algemeen een lage sensitiviteit maar een hoge specificiteit hebben. Van deze testen is echter slechts een beperkt aantal gevalideerd (Daum e.a. 2014). In deze casus beschrijven we een dystonie die verdwijnt bij afleiden, wat zou kunnen worden beschouwd als een positieve bevinding die wijst op een conversiestoornis, echter zonder dat deze tot de gevalideerde testen behoort.

Behandeling

De behandeling van de conversiestoornis is goed onderzocht en het therapeutische aanbod bestaat uit psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, psychomotore therapie, katalepsie-inductie en psychosomatische fysiotherapie (Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ 2010). Het is aannemelijk dat adequate behandeling van eventuele psychotrauma's de conversieve klachten kan verbeteren (Roelofs e.a. 2005). Hypnotische interventies, waarbij wordt gewerkt aan klachtreductie en aan het oplossen van het onderliggende psychologische conflict, zijn bewezen effectief en worden steeds meer toegepast (Moene e.a. 2003).

Prognose

Over de prognose van conversiestoornissen zijn weinig gegevens beschikbaar. Een onderzoek naar SOLK in de eerste lijn toonde een afname van klachten bij 50-75% van de patiënten in het eerste jaar. Bij 10-30% namen de klachten echter toe (Olde Hartman e.a. 2009). In de tweede lijn is het beloop vermoedelijk ongunstiger. In onze casus schreven we het uitblijven van verbetering toe aan de onderhoudende invloed van het maniforme toestandsbeeld.

Neurodegeneratieve aandoeningen

De relatie tussen affectieve stoornissen en neurodegeneratieve aandoeningen is onzeker. Er zijn aanwijzingen dat met name tauopathieën vaker beginnen met psychiatrische symptomen voordat cognitief verval optreedt. In een retrospectief onderzoek van Shioya e.a. (2015) wordt mel-

ding gemaakt van een vergelijkbare casus waarbij een bipolaire stoornis zich eveneens ontwikkelde tot CBD.

Het is niet ondenkbaar dat in onze casus de conversiestoornis gelijktijdig voorkwam met een comorbide beginnend neurodegeneratief proces. Van neurologische aandoeningen is bekend dat ze gepaard kunnen gaan met onverklaarde of deels verklaarde verschijnselen. Stone e.a. (2012) beschrijven in een onderzoek naar patiënten met uiteenlopende neurologische diagnoses bij 12% een functionele (conversieve) component.

Hoewel bij de beschreven ziektegeschiedenis van begin af aan een brede neurologische differentiaaldiagnose werd overwogen, meenden wij lange tijd de meeste aanwijzingen te hebben voor een conversiestoornis. Het uitblijven van verbetering leidde ertoe dat we herhaaldelijk de diagnose moesten heroverwegen. In het algemeen is het 'de novo' ontstaan van psychiatrische aandoeningen op latere leeftijd een aanwijzing voor mogelijke organiciteit. Desondanks is het ons niet gelukt om in een vroeg stadium diagnostische helderheid te krijgen en bleek uiteindelijk het traag progressieve beloop doorslaggevend te zijn. Het eerder diagnosticeren van CBD zou weliswaar niet hebben geleid tot een betere prognose of therapeutische alternatieven, maar zou hebben voorkomen dat ten onrechte een psychiatrische verklaring werd gegeven voor neurologisch lijden.

CONCLUSIE

Uit deze casus blijkt dat zeldzame neurodegeneratieve aandoeningen zoals CBD zich initieel kunnen uiten als veelvoorkomende psychiatrische stoornissen. Zoals Vermeulen en Swinkels (2018) recent nog in dit tijdschrift betoogden, is een onderscheid tussen neurologische en psychiatrische ziekte vaak niet goed mogelijk. Deze casus onderstreept daarom het belang van een nauwe multidisciplinaire samenwerking tussen psychiaters, neurologen en geriaters, waarbij zij in het geval van een progressief ziektebeeld of stagnerende behandeling de diagnose ter discussie moeten stellen.

LITERATUUR

- Akagi H, House A. The clinical epidemiology of hysteria: vanishingly rare, or just vanishing? *Psychol Med* 2002; 32: 191-4.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Armstrong MJ, Litvan I, Lang AE, Bak TH, Bhatia KP, Borroni B, e.a. Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. *Neurology* 2013; 80: 496-503.
- Bruns MB, Josephs KA. Neuropsychiatry of corticobasal degeneration and progressive supranuclear palsy. *Int Rev Psychiatry* 2013; 25: 197-219.
- Daum C, Hubschmid M, Aybek S. The value of 'positive' clinical signs for weakness, sensory and gait disorders in conversion disorder: a systematic and narrative review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014; 85: 180-90.
- Krem MM. Motor conversion disorders reviewed from a neuropsychiatric perspective. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 783-90.

- Ludwig L, Pasma JA, Nicholson T, Aybek S, David AS, Tuck S, e.a. Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 307-20.
- Mahapatra R, Edwards M, Schott J, Bhatia K. Review: corticobasal degeneration. *Lancet Neurol* 2004; 3: 736-43.
- van Meerkerk-Aanen PJ, de Vroeghe L, Khasho D, Foruz A, van Asseldonk JT, van der Feltz-Cornelis CM. La belle indifférence revisited: a case report on progressive supranuclear palsy misdiagnosed as conversion disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017; 13: 2057-67.
- Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, van Dyck R. A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *Int J Clin Exp Hypn* 2003; 52: 29-50.
- Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010. <https://www.ggzrichtlijnen.nl/solk-en-somatoforme-stoornissen>
- Olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PLBJ, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder, and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 2009; 66: 363-77.
- Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene FC, Hoogduin KA. The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 508-14.
- Schmahmann JD, Sherman JC. Cerebellar cognitive affective syndrome. *Int Rev Neurobiol* 1997; 41: 433-40.
- Shioya A, Saito Y, Arima K, Kakuta K, Yuzuriha T, Tanaka N, e.a. Neurodegenerative changes in patients with clinical history of bipolar disorders. *Neuropathology* 2015; 35: 245-53.
- Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, e.a. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and 'hysteria'. *BMJ* 2005; 331: 989.
- Stone J, Carson A, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Warlow C, e.a. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain* 2009; 132: 2878-88.
- Stone J, Carson A, Duncan R, Roberts R, Coleman R, Warlow C, e.a. Which neurological diseases are most likely to be associated with 'symptoms unexplained by organic disease'. *J Neurol* 2012; 259: 33-8.
- Vermeulen M, Swinkels JA. Conversiestoornis: voor de neuroloog, de psychiater of allebei? *Tijdschr Psychiatr* 2018; 11: 738-40.
- Woolley JD, Khan BK, Murthy NK, Miller BL, Rankin KP. The diagnostic challenge of psychiatric symptoms in neurodegenerative disease; rates of and risk factors for prior psychiatric diagnosis in patients with early neurodegenerative disease. *J Clin Psychiatry* 2011; 72: 126-33.

SUMMARY

A patient diagnosed with conversion disorder who did not respond to therapy

M.P. ROOBOL, S.N. SWOLFS, H.A.A.M. MAAS, C.P.M. VETH

A 61-year-old woman with a conversion disorder (functional neurological symptom disorder) was referred by her neurologist to the outpatient psychiatric clinic for medically unexplained somatic symptoms. She did not respond well to our treatment, which we initially related to a comorbid mood disorder. Eventually, a progression of both motor and cognitive symptoms were found to be consistent with corticobasal degeneration, a rare neurodegenerative disorder. This case report illustrates the importance of a revised neurological examination when a patient with conversion disorder does not improve.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)10, 725-729

KEY WORDS conversion disorder, corticobasal degeneration (CBD), functional neurological symptom disorder, medically unexplained somatic symptoms (MUSS)