06/03-38-Hovestadt 28-10-2003 11:09 Pagina 701

COMMENTAAR

Depressie en de ziekte van Parkinson

A. HOVESTADT

In 1817 is door James Parkinson (1817) voor het eerst het symptomencomplex beschreven dat nu bekend staat onder de naam ziekte van Parkinson. Hij besprak in totaal vijf patiënten, enkele had hij onderzocht, andere had hij alleen vanaf de overkant van de straat geobserveerd. Anno 2003 zou een dergelijk artikel door geen enkele redactie geaccepteerd worden: de ogenschijnlijk uit de losse pols opgeschreven observaties zijn niet gekwantificeerd en er is noch een controlegroep noch een follow-up.

Ondanks alle vooruitgang van de medische techniek werkt de neuroloog van vandaag – daar waar het gaat om de ziekte van Parkinson – in essentie niet anders dan James Parkinson. De diagnose wordt gesteld aan de hand van karakteristieke symptomen zoals tremor, rigiditeit, hypokinesie en bradykinesie (Hughes e.a. 1992). Het gaat dan om een klinische diagnose, wat niet noodzakelijkerwijs impliceert dat er in de basale kernen sprake is van een dopaminedeficiëntie of dat er sprake is van de aanwezigheid van zogeheten Lewy-lichaampjes in de substantia nigra, het pathologische kenmerk van deze ziekte. Onderzoek heeft uitgewezen dat bij ten minste 10% van de patiënten bij wie op klinische gronden de diagnose is gesteld, pathologisch onderzoek leert dat deze diagnose niet terecht gesteld is (Jellinger 2003).

Ook in het beloop zijn er de nodige variaties te constateren. Zo'n 20-25% van de patiënten krijgt na verloop van circa 5 jaar of langer te maken met een dementieel syndroom, terwijl, afhankelijk van de gebruikte criteria en de onderzochte populatie, 25-40% op enigerlei moment een depressie ontwikkelt. Bovendien is de mate waarin de klassieke symptomen in ernst toenemen variabel en voor de individuele patiënt feitelijk niet te voorspellen. Sommige onderzoekers zijn dan ook van mening dat er onder de noemer ziekte van Parkinson meerdere ziektes schuilgaan (Hely 1999). Bij het ontbreken van duidelijke biologische markers blijft dit vooralsnog een hypothese.

De neuroloog heeft over het algemeen geen moeite om bij de pas verwezen patiënt met het juiste symptomencomplex de (waarschijnlijkheids)diagnose ziekte van Parkinson te stellen. Zelden blijkt dat de patiënt volslagen verrast is door deze diagnose, vaak is dit slechts een bevestiging van iets dat door de patiënt en zijn familie al wel langer vermoed wordt. Afhankelijk van de ernst van het symptomencomplex kan medicatie voorgeschreven worden, altijd gericht op de correctie van de vermoede dopaminedeficiëntie (levodopa, een perifere decarboxylaseremmer of een dopamineagonist). In het beloop van de aandoening zal de medicatie aangepast worden, waarbij de neuroloog zich vooral zal richten op de behandeling van de motorische symptomen. Als zich psychotische symptomen ontwikkelen, dan zullen atypische antipsychotica voorgeschreven worden; als zich depressieve symptomen ontwikkelen, dan, ja: wat dan?

Collega Leentjens (2003) beschrijft in zijn artikel in dit nummer van het Tijdschrift voor Psychiatrie de stand van zaken bij depressies bij de ziekte van Parkinson. De conclusie moet somber zijn. Definitie en diagnose, epidemiologie, etiologie, pathofysiologie en behandeling: veel is onderzocht en nog steeds is veel onduidelijk. Eén verklaring kan zijn dat zowel de diagnose 'depressie' als de diagnose 'ziekte van Parkinson' feitelijk syndroomdiagnosen zijn en beide een spectrum van symptomen beslaan. Niet alle patiënten in

06/03-38-Hovestadt 28-10-2003 11:09 Pagina 702

beide categorieën ontwikkelen alle symptomen; bovendien zijn niet bij beide aandoeningen in het beloop van de ziekte altijd dezelfde symptomen aanwezig. Zonder een rigide definiëring van beide aandoeningen is onderzoek naar depressie bij de ziekte van Parkinson misschien wel het oplossen van één vergelijking met twee onbekenden.

Intussen moet de clinicus verder. Hoe stelt hij de diagnose depressie bij een patiënt met de ziekte van Parkinson; doet de neuroloog dat zelf; behandelt de neuroloog zelf de depressie; of verwijst hij de patiënt naar de psychiater? Getuige de door Leentjens aangehaalde literatuur moet dat wel iemand zijn die voldoende inzicht heeft in de ziekte van Parkinson om de daarbij behorende symptomen goed te kunnen differentiëren van een tevens aanwezige depressie. De vraag is of dit inzicht bij 'de' psychiater aanwezig is. Omgekeerd kan de vraag gesteld worden of er bij 'de' neuroloog voldoende kennis aanwezig is van de verschillende manieren en medicamenten om een depressie te behandelen. De richtlijn van de Nederlandse Vereniging van Neurologie geeft als algemeen advies een depressie bij de ziekte van Parkinson net zo te behandelen als een depressie zonder de aanwezigheid van de ziekte van Parkinson (Roos 1998). De ratio is simpel. Zoals Leentjens al aangeeft, is er eenvoudig geen onderzoek gedaan op grond waarvan specifiekere adviezen gegeven kunnen worden.

Naar schatting zijn er in Nederland circa 25.000 patiënten met de ziekte van Parkinson. Iedere neuroloog – en ik vermoed ook vrijwel iedere psychiater – kent patiënten met deze ziekte. Het artikel van Leentjens is een impliciet pleidooi voor nauwere samenwerking tussen beide behandelaars. De patiënt zal er wel bij varen.

LITERATUUR

Hely, M.A., Morris, J.G., Traficante, R., e.a. (1999). The Sydney multicentre study of Parkinson's disease: progression and mortality at 10 years. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 67*, 300-307.

Hughes, A.J., Daniel, S.E., Kilford, L., e.a. (1992). Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 55*, 181-184.

Jellinger, K. (2003). How valid is the clinical diagnosis of Parkinson's disease in the community ? *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 74*, 1005-1006.

Leentjens, A.F.G. (2003). Depressies bij de ziekte van Parkinson, *Tijdschrift voor Psychiatrie, 45*, 677-685.

Parkinson, J. (1817). An essay on the shaking palsy. London: Sherwood, Neely and Jones.

Roos, R.A.C. (Red.). (2001). *Richtlijnen diagnostiek en behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson.* Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Neurologie.

AUTEUR

A. HOVESTADT is neuroloog.
Correspondentieadres: dr. A. Hovestadt, Meander Medisch Centrum, Postbus 1502, 3800 BM Amersfoort.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-9-2003.

Geen strijdige belangen meegedeeld.