

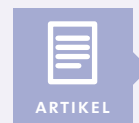
Psychose en gedragsproblemen als eerste symptomen van een hersentumor?

J. SCHILDERMANS

SAMENVATTING Een craniofaryngeoom is een zeldzame, traag groeiende tumor in de hypofyse. Hersentumoren presenteren zich meestal met duidelijke neurologische of andere fysieke symptomen. Psychiatrische symptomen als eerste tekenen komen weinig frequent voor. Ik beschrijf een 42-jarige man met een craniofaryngeoom bij wie psychose en gedragsproblemen overheersten. Hoewel de tumor een zeer grote omvang had ten tijde van het stellen van de diagnose, waren er geen voorafgaande neurologische tekenen of aanwijzingen in het bloedonderzoek. Beeldvormend en histologisch onderzoek bevestigden de diagnose van een hersentumor. Deze casus toont dat het belangrijk is om als psychiater waakzaam te zijn wanneer patiënten worden opgenomen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)1, 53-56

TREFWOORDEN hersentumor, psychiatrische symptomen



Hersentumoren, zeker wanneer ze groot in omvang zijn, komen meestal tot uiting door uitgesproken neurologische symptomen. Wanneer deze symptomen uitblijven en paranoia, een dysfore stemming en gedragsproblemen op de voorgrond staan, kan een verdere diagnose van een tumor vertraagd worden. We beschrijven een casus waarin dit proces bemoeilijkt werd door een complexe associatie van meerdere factoren. We bespreken in het bijzonder de psychiatrische component als mogelijke primaire risicofactor bij hersentumoren.

CASUSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 42-jarige man met een uitgebreide voorgeschiedenis van paranoïde psychoses, werd opgenomen op een forensische afdeling. Heteroanamnestisch zouden, volgens zijn behandelend psychiater, de psychotische symptomen sinds 6 maanden aanwezig zijn. Daarvoor was patiënt, met medicatie, vier jaar psychosevrij.

In het verleden was er sprake van middelenmisbruik, gaande van cannabis, cocaïne en ecstasy tot heroïne. Hij gaf tijdens de anamnese aan dat hij vanaf zijn 26ste jaar niet meer gebruikt had. Sindsdien zou hij nog 2 opnames hebben gekend wegens een psychotisch geagiteerd toestand na het stoppen van zijn antipsychotica.

Tijdens het psychiatrisch onderzoek zagen we een dysfore, ontremde man met paranoia en het vermoeden van auditieve hallucinaties. Naast psychotische symptomen vielen

ook concentratieproblemen, een omgekeerd dag- en nachtritme en gedragsproblemen op. Daar waar hij tijdens eerdere opnames meegaand was, was hij tijdens de opname op bepaalde momenten verbaal erg dreigend. Hij kon zijn aandacht moeilijk bij het gesprek houden en liep herhaaldelijk het gesprekslokaal in en uit. De patiënt had geen ziekte-inzicht en klaagde enkel over vermoeidheid en duizeligheid. Voorafgaande medicamenteuze interventies zouden geen verbetering gebracht hebben, hoewel het onduidelijk bleef of de inname op de juiste manier verlopen was.

Observaties gaven de eerste dagen prikkelbaar en ontremd gedrag aan. Zo liep hij tijdens vergaderingen binnen, deed zich voor als teamlid en kwam ook aan de tafel zitten. Wanneer hij hierin werd afgegrensd, herhaalde dit gedrag zich verder.

Differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan een psychotische decompensatie en olanzapine werd opgestart en verhoogd tot 20 mg. Er werd bloed afgenomen; hierin werden geen afwijkingen gevonden. Er waren wel antistoffen aanwezig die duiden op een doorgemaakte cytomegalovirusinfectie. Er werd ook via urinesticks gezocht naar eventuele aanwezigheid van drugs, maar deze bleken ook negatief te zijn.

Patiënt werd standaard voor een opnameonderzoek gezien door de neuroloog. De resultaten bleken normaal, alsook het afgenomen eeg.

In de eerste weken werd er geen verbetering gezien in het toestandsbeeld. De psychotische symptomen bleven aanwezig. Daarnaast leken de gedragsproblemen te escaleren naar verbale en fysieke agressie. Er was een incident met een medepatiënt waarbij hij zichzelf helemaal verloor en de andere persoon had geslagen. Soms waren enkele uren afzondering noodzakelijk.

Olanzapine werd een paar dagen intramusculair gegeven, zonder dat dit tot enige verbetering leidde. Paliperidon werd toegevoegd, evenals ondersteunende medicatie overdag. Ook dit gaf geen enkele positieve ontwikkeling. Aangezien de symptomen atypisch waren en medicatie geen verbetering bracht, werd na enkele weken een CT-scan aangevraagd om andere oorzaken uit te sluiten. Hierop werd een massa gezien in de pons en het mesencefalum met een tweede component ter hoogte van de fossa temporalis tot aan de laterale ventrikel. Een craniofaryngeoom was de meest voor de hand liggende diagnose.

Er werd contact genomen met de afdelingen Neurologie en Neurochirurgie om met spoed een NMR-scan te verrichten. Initieel werd gevraagd om de psychiatrische symptomen te behandelen, omdat patiënt onvoldoende rustig kon blijven bij het NMR-onderzoek. Dit vertraagde het verdere verloop. Ondanks verscheidene medicamenteuze interventies leken de psychiatrische symptomen therapieresistent. Daarnaast bleek op een voorgaande NMR-scan, verricht op 32-jarige leeftijd, geen tumor aanwezig te zijn waardoor er voldoende argumenten waren om een NMR-scan onder sedatie te doen (FIGUUR 1A en B). Hierop werd gezien dat het craniofaryngeoom drukte op verscheidene belangrijke

AUTEUR

JOLIEN SCHILDERMANS, ten tijde van het schrijven van dit artikel: arts in opleiding tot psychiater; thans: psychiater, UPC Sint-Kamillus, Bierbeek en strafinrichting Merksplas.

CORRESPONDENTIEADRES

J. Schildermans, UPC Sint-Kamillus,
Krijkelberg 1, 3360 Bierbeek, België.
E-mail: jolien.schildermans@fracarita.org

Geen strijdige belangen meegedeeld.

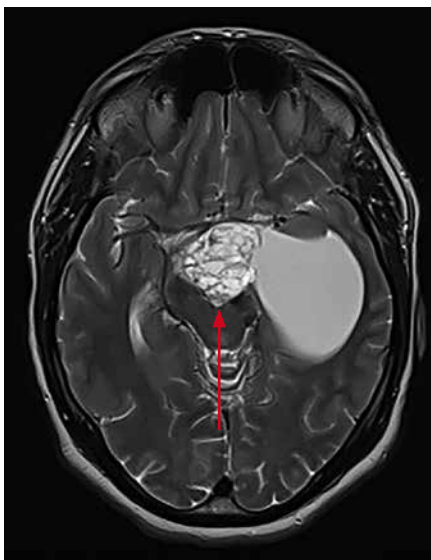
Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-7-2018.

hersensstructuren: pons, mesencefalum en cerebellaire pedunkels. De cystische uitbreiding had een massa-effect op de linker laterale ventrikel en de derde ventrikel met een beperkte deviatie naar rechts.

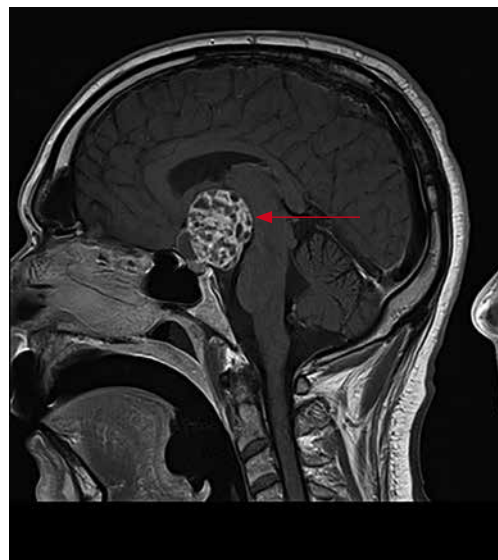
Er werd een trepanatie verricht met een biopsie. Het latere resultaat gaf aan dat het ging om een adamantinomaatous craniofaryngeoom. Er werd een omaya-canule geplaatst voor drainage van de cyste, waardoor we een verbetering zagen bij patiënt wat betreft verwardheid, paranoia en agitatie. Wel zagen we een apathischer houding en patiënt was uitgesproken vermoeid, waardoor hij voornamelijk op zijn kamer verbleef.

Na enkele weken escaleerde het toestandsbeeld opnieuw en maakte patiënt een epilepsieaanval door. In de tussen-

FIGUUR 1 NMR-scan (A: horizontale doorsnede; B: verticale doorsnede) toont craniofaryngeoom (pijl) bij patiënt A



A



B

tijd werd er een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) gehouden waarin besloten werd dat een operatieve ingreep niet mogelijk was, omdat er invasie was van de hypothalamus. Een ingreep zou enkel de achteruitgang versnellen. Ook radiotherapie was geen optie door de uitgesproken gedragsproblemen en de schade ter hoogte van de hersenen was al te groot. Een palliatief beleid werd ingesteld.

BESPREKING

Psychiatrische symptomen zijn niet uitzonderlijk bij hersentumoren. Ze worden beschreven bij 50 tot 78% van de gevallen (Madhusoodanan e.a. 2007). De symptomen kunnen een hele waaier van psychiatrische ziektebeelden omvatten: depressie, persoonlijkheidsveranderingen, apathie, auditieve en visuele hallucinaties, paniekaanvallen, manie en amnesie (Moise & Madhusoodanan 2006). In de meeste gevallen worden ook duidelijke neurologische of andere lichamelijke symptomen gezien, waardoor er sneller een 'niet-pluis'-gevoel ontstaat.

Veel minder frequent worden psychiatrische symptomen als eerste verschijnselen gezien bij een hersentumor, zoals in deze casus vermoedelijk het geval was. Toch zouden er in 21% van de gevallen bij een hersentumor psychiatrische symptomen kunnen bestaan zonder enige neurologische aanwijzingen volgens Gupta en Kumar (2004). Doordat dit interfereert met psychiatrische diagnoses, verhoogt het de complexiteit om een correcte inschatting te maken en de juiste diagnose te stellen. Dit geldt temeer wanneer er al een psychiatrische voorgeschiedenis aanwezig is, zoals bij onze patiënt (Madhusoodanan e.a. 2004). Vaak is het dan een toevallige vondst of wordt er pas na het verschijnen van niet-psychiatrische symptomen een beroep gedaan op beeldvormend onderzoek.

Er is ook beperkt onderzoek gedaan naar het bestaan van een link tussen psychiatrische symptomen en een bepaalde locatie in de hersentumoren. In een studie van Filley en Kleinschmidt-DeMasters (1995) werden 8 patiënten onderzocht, die maanden tot jaren psychiatrische problemen hadden voordat een diagnose van een hersentumor gesteld werd. In hun onderzoek naar de locatie van de hersentumor zagen zij dat patiënten met een tumor in de temporale lob auditieve en visuele hallucinaties, manie, paniekaanvallen of amnesie konden hebben. De personen met een tumor in de frontale kwab meldden zich met apathie, persoonlijkheidsveranderingen of depressie. Het nadeel van deze studie is het kleine aantal patiënten, waardoor de gegevens niet veralgemeend kunnen worden. In ander onderzoek geven Madhusoodanan e.a. (2015) een overzicht van casussen van hersentumoren waarin ook psychiatrische symptomen gezien werden, in de periode tussen 1956 en 2014. Er werden 172 casussen gevonden. In

deze studie werd psychose als symptoom van de tumor gezien voornamelijk wanneer de tumor gelokaliseerd was in de hypofyse, cerebrale cortex, epifyse en posterieure locaties. Dit is in tegenstelling tot de genoemde studie van Filley en Kleinschmidt-DeMasters (1995). Schade aan de frontale kwab of ventriculaire cysten zou dan volgens de studie van Madhusoodanan e.a. weer leiden tot persoonlijkheidsveranderingen, zoals disinhibitie, hyperseksualiteit en agressief gedrag. Het onderscheiden van psychiatrische symptomen op basis van tumorlocatie lijkt nog een onbetrouwbaar gegeven te zijn (Tibrewal e.a. 2017). Verder diepgaand onderzoek is aangewezen.

Wanneer we terugkijken naar de CT- en de NMR-scan van onze patiënt, vermoeden we dat de psychiatrische symptomen en gedragsproblemen zowel direct als indirect kunnen voortkomen vanuit de hersentumor. Door invasie van de tumor, de cystische uitbreiding met massa-effect en de algemeen verhoogde intracraniale druk, zijn verscheidene hersenstructuren bekneld geraakt, waaronder amygdala, hypothalamus, hippocampus, basale ganglia, septale kernen en nucleus caudatus. Al deze belangrijke structuren spelen onder andere een rol in affect, cognitie en gedrag (Kiev e.a. 1962; Clark e.a. 2005).

Daarnaast staan deze hersenstructuren in verbinding met de frontale hersenen waardoor ook frontale functiestoornissen kunnen ontstaan (zoals ontremming, agressie en andere gedragsproblemen), zelfs zonder aanwezigheid van frontale laesies op een CT- of NMR-scan (Vandermeulen e.a. 2012).

Bovendien zorgt de intracraniale druk voor verminderd abstract denken en vertraagde informatieverwerking, waardoor secundair een verstoorde realiteitsinschatting ontstaat, maar ook paranoia, denkstoornissen en agressie (Vandermeulen e.a. 2012; Smits e.a. 2016).

We kunnen aannemen dat het een uitdaging is om op basis van overheersende psychiatrische tekenen een snelle en correcte diagnose van een hersentumor te stellen. Het blijft daarom belangrijk om een goede anamnese en klinisch onderzoek te doen naar atypische gegevens (Ouma 2004). Zo pleiten Madhusoodanan e.a. (2015) voor beeldvormend onderzoek bij patiënten die zich aanmelden met een nieuw ontstane psychose, persoonlijkheidsveranderingen en het voorkomen van atypische symptomen. Müller (2015) voegt hieraan toe dat wanneer psychiatrische symptomen therapieresistent zijn - zoals in onze casus - of als er symptomen zijn die diagnostisch niet in een duidelijke categorie geplaatst kunnen worden, er alertheid moet zijn en verdere beeldvorming aangevraagd zou moeten worden.

We moeten er rekening mee houden dat in de gerefereerde artikelen niet-symptomatische symptomen niet onderzocht werden, waardoor de resultaten beïnvloed kunnen

zijn. Tevens is het niet uitgesloten dat een beperkt aantal symptomen verklaard kan worden door een psychiatrisch toestandsbeeld onafhankelijk van de tumor of door kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis.

CONCLUSIE

In deze casus werden verscheidene argumenten verzameld om het vermoeden van psychiatrische symptomen als

eerste verschijnsel van een hersentumor te kunnen onderbouwen. Het is daarom belangrijk om waakzaam te zijn tijdens anamnese en klinisch onderzoek. Wanneer er een atypische uiting is zoals therapieresistente psychose of symptomen die niet helemaal diagnostisch gecategoriseerd kunnen worden, is verder onderzoek noodzakelijk om een passende behandeling te kunnen starten. Beeldvorming is hierbij een belangrijk hulpmiddel.

LITERATUUR

- Clark DL, Boutros NN, Mendez MF, red. The brain and behavior. An introduction to behavioral neuroanatomy. Cambridge: University Press; 2005.
- Filley CM, Kleinschmidt-DeMasters BK. Neurobehavioral presentations of brain neoplasms. *West J Med* 1995; 163: 19-25.
- Gupta RK, Kumar R. Benign brain tumours and psychiatric morbidity: a 5-years retrospective data analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38: 316-9.
- Kiev A, Chapman LF, Guthrie TC, Wolff HG. The highest integrative functions and diffuse cerebral atrophy. *Neurology* 1962; 12: 385-93.
- Madhusoodanan S, Danan D, Brenner R, Bogunovic O. Brain tumor and psychiatric manifestations: a case report and brief review. *Ann Clin Psychiatry* 2004; 16: 111-3.
- Madhusoodanan S, Danan D, Moise D. Psychiatric manifestations of brain tumors: diagnostic implications. *Expert Rev Neurother* 2007; 7: 343-9.
- Madhusoodanan S, Ting MB, Farah T, Ugur U. Psychiatric aspects of brain tumors: A review. *World J Psychiatry* 2015; 5: 273-85.
- Moise D, Madhusoodanan S. Psychiatric symptoms associated with brain tumors: a clinical enigma. *CNS Spectr* 2006; 11: 28-31.
- Müller HL. Craniopharyngioma. *Endocr Rev* 2014; 35: 513-43.
- Ouma JR. Psychotic manifestations in brain tumour patients: 2 case reports from South Africa. *Afr Health Sci* 2004; 4: 189-93.
- Smits P, Ponds R, Farenhorst N, Klaver M, Verbeek R, red. Handboek neuropsychiatrie. Amsterdam: Boom; 2016.
- Tibrewal P, Loo YJ, Dhillon R, Bastiampillai T, Parthasarathy BR. Neuropsychiatric aspects of frontal lobe meningioma. *Asian J Psychiatr* 2017; 30: 37-8.
- Vandermeulen JAM, Derix MMA, Avezaat CJJ, Mulder ThW, van Strien JW, red. Niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen. Amsterdam: Reed Business; 2012.

SUMMARY

Psychosis and behavioural problems as first symptoms of brain tumour?

J. SCHILDERMANS

A craniopharyngioma is a rare, slow-growing tumour in the pituitary gland. Brain tumours usually present with obvious neurological or other physical symptoms, whereas psychiatric symptoms as primary signs are rare. The presented case, in which psychosis and behavioural problems predominated, concerned a 42-year-old patient. Although the tumour was very large when diagnosed, there were no prior neurological signs or signs in the blood sample. Final imaging and histology confirmed the diagnosis of a craniopharyngioma. This case indicates the importance of being sufficiently alert as a psychiatrist when patients are admitted.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)1, 53-56

KEY WORDS brain tumour, psychiatric symptoms