

Angstklachten en epilepsie: niet onbekend, maar soms onverwacht

A. MAAT, H. J. VAN VLIET, J. M. L. HENSELMANS, A. M. A. BRANDS

SAMENVATTING Epileptische aandoeningen kunnen zich presenteren met angst- en panieklachten. In de praktijk blijkt het niet altijd gemakkelijk om tot een juiste diagnose te komen. In deze gevalbeschrijving gaat het om een veertigjarige man met angst- en panieklachten die wordt verwezen naar de ggz, maar bij wie op basis van aanvullend onderzoek epilepsie wordt gediagnosticeerd. Psychische klachten en in het bijzonder angstklachten bij epilepsie worden besproken. De psychiater moet bij angstklachten epilepsie overwegen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)9, 745-748]

TREFWOORDEN angst, epilepsie

Epileptische aandoeningen kunnen zich op verschillende manieren uiten (Levenson 2005) en zijn geassocieerd met een verhoogde kans op comorbide psychiatrische stoornissen (Marsh & Rao 2002). Angst- en panieklachten kunnen onderdeel zijn van een angst- of paniekstoornis, maar ook van epilepsie. In dit artikel wordt een volwassen man beschreven met onverklaarde, op paniek lijkende klachten, bij wie epilepsie kan worden vastgesteld. Dit illustreert dat het belangrijk is de aanwezigheid van epilepsie te overwegen bij het optreden van atypische psychische klachten, ook al is in een eerder stadium geen epilepsie vastgesteld.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 40-jarige gescheiden man met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis wordt door de huisarts verwezen naar de polikliniek van een ggz-instelling vanwege paniekaanvallen, geheugenstoornissen en problemen op het werk. Deze klachten zijn enkele maanden eerder ontstaan na een nachtelijke aanval waarbij hij ontwaakte met

een tongbeet en onvrijwillig urineverlies. Hij is hiervoor elders neurologisch onderzocht. Lichamelijk onderzoek, neurologisch onderzoek en laboratoriumonderzoek, een eeg en een CT-scan van de hersenen lieten toen geen afwijkingen zien. Epilepsie kon niet worden vastgesteld, waarna de neuroloog geen behandeling inzette en het contact afsloot.

De patiënt vertelt ons dat er dagelijks ongeveer zes 'angstaanvallen' zijn, die, soms in aansluiting op piekeren, soms uit het niets, op komen zetten. Bij een dergelijke aanval voelt hij zich misselijk, heeft hij de neiging om te braken en krijgt hij kippenvel, maar voelt hij zich niet angstig. Er is dan geen sprake van bewustzijnsverlies of desoriëntatie. Hij voelt zich niet somber, maar wel verdrietig. Zowel het inslapen als het doorslapen zijn gestoord. Hij klaagt over een tekort aan initiatief, maar hij heeft wel plezier in het leven. Zijn gedrag is veranderd, zo bakt hij soms wekelijks opeens dwangmatig 25 appeltaarten. Hij heeft een dagboek nodig als geheugensteun, omdat hij zelfs belangrijke zaken na enkele uren alweer is vergeten. Bovendien kan hij zich diverse vakanties niet

meer herinneren. Het tijdsbesef is gestoord en hij heeft moeite met zijn weg te vinden.

Psychosociale spanningsfactoren zijn de scheiding na een conflictueus huwelijk en de recente behandeling van zijn moeder wegens kanker. Na een aantal maanden zijn de klachten wel langzaam afgenomen, maar hij voelt zich nog niet in staat om te werken.

Bij het psychiatrisch onderzoek zien we een goed verzorgde man. Bewustzijn, aandacht en oriëntatie zijn ten tijde van het onderzoek ongestoord, tevens kan hij informatie vasthouden. De intelligentie lijkt (boven)gemiddeld. De waarneming en het denken zijn ongestoord, behalve de neiging tot wijdlopiegheid. De stemming is normofoor en het affect moduleert. Twee aanvallen tijdens het intakegesprek laten genoemde autonome reacties zien waarbij de patiënt niet angstig oogt.

De klachten zijn gedeeltelijk atypisch voor een aanpassingsstoornis, angststoornis of depressieve stoornis. De blanco voorgeschiedenis, de tongbeet en incontinentie bij de nachtelijke aanval zijn, naast de cognitieve problemen, redenen voor aanvullend onderzoek. Bij lichamelijk en neurologisch onderzoek worden opnieuw geen afwijkingen gevonden. Uit het neuropsychologisch onderzoek komen tekorten naar voren in werkgeheugen, uitgestelde herinnering, planning, snelheid van informatieverwerking en mentale flexibiliteit. Daarnaast is er een grote interferentiegevoeligheid en laat hij perseveraties zien bij diverse taken. Het totale profiel kenmerkt zich vooral door executieve functiestoornissen, die veelomvatter zijn dan men bij een aanpassingsstoornis, angststoornis of depressieve stoornis zou verwachten en die suggestief zijn voor frontale problematiek. Bij een MRI wordt links frontaal cranioventraal van de voorhoorn van het linkerzijkant van het cerebrum een kluwentje bloedvaten gezien. Dit leidt tot de hypothese dat er mogelijk epileptische activiteit is bij een cavernus hemangioom frontaal. Een regulier eeg laat lichte tot matig sterke irritatieve afwijkingen beiderzijds frontotemporaal zien zonder specifieke epileptische activiteit. Het

24-uurs-eeg blijkt inderdaad afwijkend; er worden intermitterend beiderzijds frontotemporaal tijdens waken epileptiforme afwijkingen gezien met de nadruk op links. Geconcludeerd wordt dat de symptomatologie kan passen bij partiële elementaire aanvallen en dat er sprake is van partiële frontale epilepsie. Instelling op carbamazepine doet de klachten grotendeels verdwijnen, hoewel problemen op het gebied van aandacht en mentale flexibiliteit in lichtere mate aanhouden. De patiënt kan zijn werk weer hervatten, krijgt een controleafspraak bij de neuroloog en wil geen verdere psychiatrische behandeling.

BESPREKING

Op PubMed is gezocht met de trefwoorden 'anxiety' en 'epilepsy' naar Engelstalige artikelen, gepubliceerd tussen januari 1995 en oktober 2005. Dit leverde 683 artikelen op.

Epilepsie omvat een heterogene groep van stoornissen met meerdere oorzaken. Deze stoornissen hebben met elkaar gemeen dat er sprake is van een vorm van tijdelijke verstoring van het gedrag of de waarneming ten gevolge van een overmatige, abnormale elektrische ontlading van neuronen. Incidentiecijfers variëren van 40-70 per 100.000 mensen (Kotsopoulos e.a. 2002; Levenson 2005). Er wordt onderscheid gemaakt tussen generaliseerde insulden, waarbij de elektrische ontlading over de hele cortex plaatsvindt, en partiële/focale insulden, waarbij de ontlading zich beperkt tot een deel van de hersenen (Depaulis e.a. 1997). Partiële insulden kunnen complex (met verstoord bewustzijn) of enkelvoudig (zonder verstoord bewustzijn) zijn. Naast neurologische verschijnselen komen bij 50-60% van de patiënten met epileptische aandoeningen tevens psychiatrische symptomen voor (Marsh & Rao 2002). Depressieve stoornissen en angststoornissen beïnvloeden ongeveer een derde van de patiënten met epilepsie (Gaitatzis e.a. 2004; Levenson 2005). Meerdere factoren zoals hersenletsel, het type en de ernst van de epilepsie, iatrogene effecten, psychosociale factoren en cognitieve kenmerken en persoonlijkheidskenmer-

ken bepalen het risico op het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis bij een patiënt (Marsh & Rao 2002).

In het algemeen kan onderscheid gemaakt worden tussen psychiatrische symptomen die net voor (pre-ictaal), tijdens (ictaal) of net na (postictaal) een insult optreden (Kanner 2004). Bij sommige patiënten treden de symptomen tussen 2 insulten op (interictaal). Pre-ictaal kan stereotypische angst uren tot dagen voorafgaand aan een insult optreden (Vasquez & Devinsky 2003). Angst en paniek zijn de meest voorkomende ictale psychiatrische symptomen (Kanner 2004), maar ook een depressieve stemming, plotseling huilen of lachen, seksuele opwinding, paranoia, hallucinaties en illusies, déjà vu, dwanggedachten, verwardheid en gewelddadig gedrag kunnen voorkomen (Marsh & Rao 2002). Ictale paniek ontstaat los van een context, is doorgaans licht, kortdurend (< 30 seconden) en stereotypisch, en is geassocieerd met andere ictale fenomenen. Postictaal komen verwardheid, stemmingsklachten, agitatie, paranoia, hallucinaties en agressie voor, maar ook angstklachten die uren tot dagen kunnen duren (Kanner 2004; Vasquez & Devinsky 2003). Interictale stoornissen omvatten ernstige (soms iatrogene) stemmingsstoornissen, aanpassingsstoornissen, conversiestoornissen, angststoornissen, obsessieve compulsieve en psychotische stoornissen en agressie (Marsh & Rao 2002). Interictale paniekaanvallen komen bij ongeveer 25% van de patiënten voor en houden 15-20 minuten, soms uren aan, zijn zeer intens en geassocieerd met een verscheidenheid aan autonome symptomen, lijkend op de klachten van angststoornissen zonder epilepsie (Kanner 2004). Niet zelden ontwikkelt zich chronische anticipatieangst of een agorafobie. Bij alle insulten met emotionele symptomen dient differentiaal diagnostisch ook gedacht te worden aan syncope en een niet-epileptische aanvalsstoornis (Kanner e.a. 1999; Levenson 2005).

Epilepsie is boven alles een klinische diagnose waarbij aanvullend onderzoek in de vorm van een eeg, beeldvormende diagnostiek en bloedonderzoek onontbeerlijk is, zoals de gevalsbeschrijving

laat zien. Een normaal eeg sluit epilepsie echter niet uit. Een kleinschalig onderzoek van Weilburg e.a. (1995) toonde aan dat 33% van de mensen met atypische paniekaanvallen paroxysmale eeg-veranderingen had gedurende ten minste één aanval. De kans dat een paniekaanval bij een routine-eeg van ongeveer een uur wordt gezien, is klein. Zoals ook uit de gevalsbeschrijving blijkt, kan een eeg met slaapdeprivatie aanvullende informatie geven. Bij beeldvormende diagnostiek heeft MRI de voorkeur, omdat dit onderzoek bij een hoog percentage van de patiënten pathologie kan vaststellen (Levenson 2005). Neuropsychologisch onderzoek kan verricht worden, omdat epilepsie soms gepaard gaat met specifieke cognitieve functiestoornissen, vooral in de aandacht en de geheugenfuncties (Lezak e.a. 2004). Insulten vanuit de temporaalkwab zijn vaak het moeilijkste te diagnosticeren, maar de temporaalkwab is wel de meest voorkomende locatie van epilepsie (Levenson 2005).

Voor de behandeling van epilepsie wordt gebruikgemaakt van anti-epileptica. Vermeld moet worden dat bij ongeveer een derde van de patiënten met epilepsie anti-epileptica niet in een adequate insultreductie resulteren (Levenson 2005). Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) kunnen het optreden van interictale paniekaanvallen voorkomen; het effect op ictale en postictale psychiatrische klachten is niet bewezen (Kanner 2004). Andere behandelmogelijkheden zijn cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en zelfhulpgroepen (Vasquez & Devinsky 2003). Marsh & Rao (2002) pleiten voor goede psycho-educatie aan patiënten met epilepsie om de psychische lijdensdruk en de morbiditeit geassocieerd met epilepsie te verlagen. Te vaak nog worden psychische klachten gezien als 'begrijpelijke' reacties op de ziekte.

CONCLUSIE

Zowel lichamelijke als psychische klachten kunnen voorkomen bij epilepsie. Angst- en panieklachten zijn symptomen die zowel kunnen wijzen op angststoornissen als op epilepsie. Dit

gegeven is op zich niet onbekend, maar illustreert het belang om bij angstklachten alert te blijven en zo nodig gebruik te maken van aanvullend onderzoek, zodat de diagnose epilepsie niet gemist wordt. De consequenties voor de verdere behandeling zijn immers verstrekkend zoals ook deze gevalsbeschrijving laat zien.

LITERATUUR

- Depaulis, A., Helfer, V., Deransart, C., e.a. (1997). Anxiogenic-like consequences in animal models of complex partial seizures. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 21, 767-774.
- Gaitatzis, A., Trimble, M.R., & Sander, J.W. (2004). The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110, 207-220.
- Kanner, A.M. (2004). Recognition of the various expressions of anxiety, psychosis, and aggression in epilepsy. *Epilepsia*, 45, 22-27.
- Kanner, A.M., Parra, J., Frey, M., e.a. (1999). Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizure outcome. *Neurology*, 53, 933-938.
- Kotsopoulos, I.A., van Merode, T., Kessels, F.G., e.a. (2002). Systematic review and meta-analysis of incidence studies of epilepsy and unprovoked seizures. *Epilepsia*, 43, 1402-1409.
- Levenson, J.L. (Red.). (2005). *Textbook of Psychosomatic Medicine*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Lezak M.D., Howieson D.B., & Loring D.W. (2004). *Neuropsychological Assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- Marsh, L., & Rao, V. (2002). Psychiatric complications in patients with

epilepsy: a review. *Epilepsy Research*, 49, 11-33.

- Vazquez, B., & Devinsky, O. (2003). Epilepsy and anxiety. *Epilepsy & Behavior*, 4, S20-S25.
- Weilburg, J.B., Schachter, S., Worth, J., e.a. (1995). EEG abnormalities in patients with atypical panic attacks. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 358-362.

AUTEURS

A. MAAT is als psychiater werkzaam in de Psychiatrische Consultatieve Dienst van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis en op de polikliniek van het Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden.

H.J. VAN VLIET is als psychiater en psychotherapeut werkzaam op de polikliniek en de deeltijdbehandeling van het Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden.

J.M.L. HENSELMANS is gepromoveerd neuroloog en werkzaam in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis te Woerden.

A.M.A. BRANDS is als neuropsycholoog werkzaam in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis en het Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden.

Correspondentieadres: A. Maat en H.J. van Vliet, Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden, Blekerijlaan 3, 3447 GR Woerden.

E-mail: a.maat@altrecht.nl / h.van.vliet@altrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-3-2006.

SUMMARY

Anxiety and epilepsy: not unknown, but sometimes unexpected. A case study – A. Maat, H.J. van Vliet, J.M.L. Henselmans, A.M.A. Brands –
Epileptic disorders can manifest themselves with symptoms of anxiety and panic. In clinical practice it is not always easy to achieve a correct diagnosis. The subject of this case study is an adult with symptoms of anxiety and panic who was referred to the mental health care service but who was diagnosed as having epilepsy when subjected to a supplementary examination. Psychological and in particular anxiety symptoms in epilepsy are discussed. The psychiatrist needs to consider the possibility of epilepsy in a patient presenting with anxiety symptoms.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)9, 745-748]

KEY WORDS anxiety, epilepsy