

Manie na gebruik van een decongestivum

K. STUER, S. CLAES

SAMENVATTING Bij een 56-jarige vrouw met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis werd een manische episode geïnduceerd door het gebruik van een pseudo-efedrine bevattend decongestivum (secundaire of organische manie). In deze gevalsbeschrijving komen de etiologie, de differentiële diagnose, de behandeling en de risicofactoren van een secundaire of organische manie aan de orde. Tevens wordt er een overzicht gegeven van de al gepubliceerde gevalsbeschrijvingen betreffende door pseudo-efedrine geïnduceerde manie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)2, 125-129]

TREFWOORDEN decongestivum, manie, organisch, pseudo-efedrine, secundair

Allergische rhinitis is een IgE-gemedieerde ontsteking van de neusmucosa die wordt uitgelokt door contact met allergenen. Pseudo-efedrine is een sympathicomimetisch amine en wordt voorgeschreven als decongestivum bij deze aandoening (Wood 1994).

Er is tot nu toe zeer weinig gepubliceerd over een secundaire of organische stemmingsstoornis van het manische type na het gebruik van pseudo-efedrine (Evans e.a. 1995). In deze gevalsbeschrijving bespreken we een patiënte met een door pseudo-efedrine geïnduceerde manische episode.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 56-jarige dame met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis wordt naar de spoedeisende eerste hulp gebracht wegens een manisch beeld. De huisarts had haar al haloperidol 5 mg en diazepam 10 mg toegediend.

Bij klinisch onderzoek is er een regelmatige pols en is de bloeddruk 180/100 mmHg. De hart- en longauscultatie, evenals het abdominaal onderzoek zijn normaal. Er is een voorgeschiedenis van arteriële hypertensie. Uit het laboratoriumonderzoek blijkt er een gedaald natrium- (127 mmol/l;

referentie: 135,0-145,0 mmol/l) en kaliumgehalte (3,49 mmol/l; referentiewaarden: 3,5-5,1 mmol/l). Lever-, nier- en schildklierfunctie zijn normaal evenals de glykemiewaarden. Er zijn evenmin infectieparameters. Op de CT-scan van de hersenen zijn inflammatoire veranderingen ter hoogte van de rechter maxillaire sinus te zien.

Tijdens het klinisch psychiatrisch onderzoek is patiënte georiënteerd in plaats, tijd en ruimte. Ze is snel afgeleid en er is een duidelijke gedachtevlucht aanwezig. Haar stemming is eufor en ze vertoont een mate van zelfoverschatting. Ze ontkent hallucinaties of wanen. De eerder toegediende medicatie leidt tot toenemende sufheid. Ze vertelt dat ze de laatste dagen constant en in een versneld tempo praat, wat we ook tijdens het gesprek constateren. Ze zit vol energie en de laatste 36 uren heeft ze niet geslapen. Haar huisarts heeft haar sinds enkele dagen een pseudo-efedrinepreparaat voorgeschreven wegens allergische rhinitis. De echtgenoot onderstreept dat de symptomen sindsdien opgetreden zijn.

Uit de familieanamnese blijkt dat haar zus enkele depressieve episodes heeft doorgemaakt, er is geen sprake van hypomane of manische episoden.

Patiënte wordt opgenomen op de spoedeisende eerste hulp en de toediening van pseudo-efedrinepreparaten wordt gestopt. De volgende ochtend wordt de natriumspiegel opnieuw gecontroleerd (132,7 mmol/l). Tijdens het psychiatrisch onderzoek zijn er geen elementen van een stemmingsstoornis meer aanwezig. Een ontslag uit het ziekenhuis volgt op voorwaarde dat de patiënte een follow-upafpraak met de psychiater maakt.

BESPREKING

Een manische episode is het frequentst geassocieerd met een bipolaire stoornis. Men spreekt van een secundaire manie (Krauthammer & Klerman 1978) of een organische stemmingsstoornis van het manische type (American Psychiatric Association 1987), als er een onderliggende oorzaak van de manische episode vastgesteld wordt. Krauthammer & Klerman (1978) classificeerden deze categorie als een bipolaire stoornis van het type 4 (Evans e.a. 1995). Volgens de DSM-IV-classificatie kan de diagnose van een manische episode gesteld worden indien deze niet het directe fysiologische effect is van een middel of een somatische aandoening. In feite mogen we in deze casus dan ook niet spreken van een manische episode, maar van een stemmingsstoornis door een middel (American Psychiatric Association 2000).

Bij het vermoeden van een door medicatie geïnduceerde manische episode moet men deze diagnostisch differentiëren van een delirium (Peet & Peters 1995) en van een primaire idiopathische manie in het kader van een bipolaire stoornis. Dat laatste is op klinische basis moeilijk. De meest voorkomende karakteristieken van een organische manie zijn: een toegenomen activiteit (74%), een versnelde spraak (66%), een abnormaal en aanhoudend verhoogde of prikkelbare stemming (59%) en insomnia (51%). Wanen of hallucinaties treden in 35% van de gevallen op (Sultzer & Cummings 1989). Een organische manie komt meestal voor bij personen ouder dan 35 jaar, terwijl een bipolaire stoornis eerder bij patiënten van ongeveer 25 jaar optreedt (Larson & Richelson 1988).

Een voorgeschiedenis met stemmingsproblemen en het voorkomen van actuele symptomen van een stemmingsstoornis zijn eveneens belangrijk. In een onderzoek van Dalton (1990) had ongeveer de helft een psychiatrische voorgeschiedenis. Bij ongeveer twee derde van deze patiënten was de diagnose stemmingsstoornis en ongeveer een vijfde had een stemmingsstoornis bij het starten van de uitlokkende medicatie. De personen die een organische manie ontwikkelden, hadden een lagere prevalentie van een familiale predispositie voor stemmingsstoornissen dan personen die een bipolaire stoornis ontwikkelden, maar een hogere prevalentie dan de algemene bevolking (Sultzer & Cummings 1989).

Door medicatie geïnduceerde psychiatrische symptomen komen ook voor bij een standaarddosering en ze kunnen zich op elk moment van de behandeling voordoen (Levy e.a. 2001). De verwachting is echter dat ze eerder in een vroeger dan in een later stadium van de behandeling optreden (Peet & Peters 1995). Volgens het reviewartikel van Sultzer & Cummings (1989) trad 45% van de manische reacties op in de eerste week van de behandeling, 34% tussen de eerste en de zevende week en 12% daarna.

Als mogelijke etiologie van een organische manie zijn ook neurologische (onder meer neoplasma's, multiple sclerose, virale encefalitis) en systemische aandoeningen (hyperthyroïdie) genoemd (Larson & Richelson 1988). In een review van 128 gevalsbeschrijvingen (Sultzer & Cummings 1989) van door medicatie geïnduceerde manische episodes bleken sympathicomimetische aminen tot de groep van farmaca te behoren die dit het frequentst veroorzaken. In 1995 bleek echter minder wetenschappelijke evidentie hiervoor (Peet & Peters).

Gepubliceerde gevalsbeschrijvingen Patiënten met een stemmingsstoornis van het manische type na het gebruik van pseudo-efedrine, werden slechts sporadisch gerapporteerd. In 1987 publiceerde Hoaken een gevalsbeschrijving waarbij de manische episode volledig verdween na dis-

continuatie (Sultzer & Cummings 1989). In 1990 werd er een beschrijving gepubliceerd van een 13-jarig meisje dat in verband met nasale congestie een achttal tabletten pseudo-efedrine 60 mg had genomen. Ze sliep niet en was extreem labiel. Ze werd ontslagen nadat een door pseudo-efedrine geïnduceerde organische stemmingsstoornis was gediagnosticeerd. Zeven maanden na de initiële episode werd ze opnieuw opgenomen in het ziekenhuis in verband met een terugkeer van de symptomen. Ze had nu geen pseudo-efedrine-tabletten genomen en de diagnose van een gemengde bipolaire stoornis werd gesteld. De bipolaire stoornis werd niet direct veroorzaakt door het pseudo-efedrinegebruik, maar werd daardoor uitgelokt (Dalton 1990).

In 1994 rapporteerde Wood over een 72-jarige patiënte met een bipolaire stoornis die gestabiliseerd was onder lithium. Ze werd plotseling zeer spraakzaam, sliep slecht en vertoonde tekenen van zelfoverschatting. Ze had gedurende een maand pseudo-efedrinehydrochloride 60 mg ingenomen in verband met een nasale congestie. Het pseudo-efedrinepreparaat werd gestopt en binnen 2 weken was ze normofoor.

En is ook een beschrijving van een 37-jarige vrouw die 100 tot 150 tabletten pseudo-efedrine 30 mg innam wegens het licht euforische gevoel dat het medicijn veroorzaakte, maar ook om haar chronische vermoeidheid en depressie tegen te gaan. Aanvankelijk begon ze met pseudo-efedrine tegen haar sinusitis, maar het gebruik groeide uit tot een ernstige verslaving (Diaz e.a. 1979).

Ten slotte was er een 37-jarige vrouw die gedurende 4 dagen dagelijks 480 mg pseudo-efedrine genomen had in verband met een luchtweginfectie. Men diagnosticeerde een acute manie. Het pseudo-efedrinepreparaat werd gestopt en na 4 uur kon ze ontslagen worden. Retrospectief hield men rekening met een mogelijk serotoninesyndroom, aangezien ze dagelijks fluoxetine 20 mg nam. Er is één gevalsbeschrijving over de interactie tussen fluoxetine en pseudo-efedrine (Wilson & Woods 2002).

Behandeling van de organische manie De behandeling van een organische manie start met het – zo mogelijk – corrigeren van de onderliggende stoornis (Evans e.a. 1995; Larson & Richelson 1988). In de praktijk wordt meestal gekozen voor een combinatie met farmaca, waarbij discontinuatie of reductie van de medicatie wordt aangeraden omdat dat effectief blijkt. Antipsychotica worden het frequentst gebruikt om manische symptomen te behandelen (Peet & Peters 1995; Sultzer e.a. 1989). Anticonvulsiva zijn ook een goed alternatief: valproïnezuur bleek effectief en werd goed verdragen in open onderzoeken bij ouderen en andere patiëntengroepen met secundaire manie. Als de medicatie die een manische episode geïnduceerd heeft noodgedwongen geïntroduceerd moet worden, dan zou behandeling met lithium het risico op een terugkeer van een door medicatie geïnduceerde manie kunnen verminderen (Evans e.a. 1995; Peet & Peters 1995). Aangezien bij het vaststellen van een door medicatie geïnduceerde manische episode er steeds sprake kan zijn van een onderliggende overgevoeligheid voor een bipolaire stoornis, is een psychiatrische follow-up dan ook een onontbeerlijk aspect van de behandeling (Baar 1994).

Bij het starten van een pseudo-efedrinepreparaat moet men voorzichtig zijn, zeker bij patiënten met een bipolaire stoornis. Een anamnese van de voorgeschiedenis kan de arts helpen (Mendez 1992; Waters & Lapierre 1981).

De leeftijd is een belangrijke risicofactor. Oudere patiënten nemen gewoonlijk meerdere medicijnen waardoor medicatie-interactie meer waarschijnlijk is. Bovendien is de kans op aandoeeningen die het metabolisme van de medicatie vertragen verhoogd, waardoor een concentratiestijging eerder kan optreden. Kinderen, en personen met een organisch hersensyndroom zijn het meest gevoelig voor het ontwikkelen van psychiatrische symptomen door het gebruik van sympathicomimetica (Levy 2001). De aanwezigheid van een stemmingsstoornis en een familiale voorgeschiedenis van een manische episode zijn risicofactoren (Dalton 1990).

Een inschatting van alle risicofactoren is belangrijk omdat meerdere factoren additief kunnen zijn (Levy 2001). Toch zou zelfs een nauwkeurige inschatting van de risicofactoren niet verhinderd hebben dat de besproken patiënte behandeld werd met pseudo-efedrine.

CONCLUSIE

Een pseudo-efedrinebevattend decongestivum kan een secundaire of organische stemmingsstoornis van het manische type induceren. Bij het optreden van een acute manie is het belangrijk hier oog voor te hebben.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de, herziene versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Baar, J.M. (1994). Organic mood disorder, manic type, associated with hyponatremia: a case report. *Internal Journal of Psychiatry in Medicine*, 24, 223-228.
- Dalton, R. (1990). Mixed bipolar disorder precipitated by pseudoephedrine hydrochloride. *Southern Medical Journal*, 83, 64-65.
- Diaz, M.A., Wise, T.N., & Semchyshyn, G.O. (1979). Self-medication with pseudoephedrine in a chronically depressed patient. *The American Journal of Psychiatry*, 136, 1217-1218.
- Evans, D.L., Byerly, M.J., & Greer, R.A. (1995). Secondary mania: diagnosis and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 31-37.
- Krauthammer, C., & Klerman, G. (1978). Secondary mania: manic syndromes associated with antecedent physical illness or drugs. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1333-1339.
- Larson, E.W., & Richelson, E. (1988). Organic causes of mania. *Mayo*

Clinic Proceedings, 63, 906-912.

- Levy, S., Abaza, M.M., Hawkshaw, M.M., e.a. (2001). Psychiatric manifestations of medications commonly prescribed in otolaryngology. *Ear, Nose, & Throat Journal*, 80, 266-268, 270-271.
- Mendez, M. (1992). Mania self-induced with cough syrup. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 173-174.
- Peet, M., & Peters, S. (1995). Drug-induced mania. *Drug Safety, an international journal of medical toxicology and drug experience*, 12, 146-153.
- Sultzer, D.J., & Cummings, J. (1989). Drug-induced mania-causative agents, clinical characteristics and management. A retrospective analysis of the literature. *Medical Toxicology and Adverse Drug Experience*, 4, 127-143.
- Waters, B.G., & Lapierre, Y.D. (1981). Secondary mania associated with sympathomimetic drug use. *The American Journal of Psychiatry*, 138, 837-838.
- Wilson, H.J., & Woods, D. (2002). Pseudoephedrine causing mania-like symptoms. *The New Zealand Medical Journal*, 115, 86.
- Wood, K.A. (1994). Nasal decongestant and psychiatric disturbance. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 164, 566-567.

AUTEURS

K. STUER was ten tijde van het schrijven van het artikel arts in opleiding tot psychiater en is nu als psychiater werkzaam in het Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart te Ieper.

S. CLAES is psychiater en hoogleraar psychiatrie en is verbonden aan de Dienst Psychiatrie van het Universitair Ziekenhuis Leuven.

Correspondentieadres: K. Stuer, Poperingseweg 16, 8900 Ieper (België). Tel: +32-57-239111.

E-mail: katrien.stuer@gmail.com.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-6-2006.

SUMMARY

Mania following the use of a decongestant. A case study – K. Stuer, S. Claes –
We report on the case of a 56-year-old woman with no psychiatric history who had a manic episode after taking a decongestant containing pseudoephedrine (a secondary or organic mania). The aetiology, differential diagnosis, treatment and risk factors for a manic episode are discussed. In addition, we review published articles on the subject of mania induced by pseudoephedrine.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)2, 125-129]

KEY WORDS decongestants, pseudoephedrine, mania, mood disorders, organic, secondary