

Subduraal hematoom en depressie

J.A. BRUNEKREEFT, S.M. PEERDEMAN, D. RHEBERGEN

SAMENVATTING De diagnostiek van het chronisch subduraal hematoom (CSDH) is moeilijk door de sterk variërende klinische presentatie, vooral bij ouderen. Een 89-jarige man met een doorgemaakt CSDH presenteert zich met ernstige depressieve klachten met psychotische kenmerken; bij hem wordt uiteindelijk een recidief-CSDH vastgesteld. De casus illustreert het belang van integrale, multidisciplinaire diagnostiek bij ouderen met een doorgemaakt CSDH, die zich presenteren met vallen en psychiatrische problemen. Bij een dergelijke presentatie dient men alert te zijn op de aanwezigheid van een (recidief van) CSDH.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)5, 295-299]

TREFWOORDEN chronisch subduraal hematoom, depressieve stoornis

Chronisch subduraal hematoom (CSDH) heeft een sterk variërende klinische presentatie, vooral bij ouderen. De diagnostiek wordt bemoeilijkt indien het klinische beeld hoofdzakelijk bepaald wordt door psychiatrische symptomen. Wij beschrijven een bejaarde man met een doorgemaakt CSDH die zich presenteert met ernstige depressieve klachten met psychotische kenmerken.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 89-jarige man wordt in maart opgenomen op onze psychiatrische ouderenafdeling wegens ernstige depressieve klachten. Drie maanden voor deze opname had patiënt een chronisch subduraal hematoom (CSDH) gekregen nadat hij, op basis van een hartritmestoornis, meerdere malen was gecollabeerd. Dit CSDH was toen succesvol gedraineerd. In de periode hierna kreeg patiënt in toenemende mate depressieve klachten. Hij werd aangemeld voor ambulante begeleiding in de ouderenpsychiatrie en er werd behandeling gestart met een antidepressivum. Wegens de ernst van de klachten werd echter toch snel besloten tot opname op een psychiatrische afdeling. Tijdens

deze opname was patiënt gestruikeld bij een wandeling, waarbij hij op zijn hoofd was gevallen. Bij oriënterend neurologisch onderzoek werden toen geen afwijkingen gevonden en er werd besloten een expectatief beleid te volgen. De depressieve klachten klaarden geleidelijk op en uiteindelijk werd patiënt ontslagen. De score op de Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) bij ontslag was 4/60 en die op de Mini Mental State Examination (MMSE) 24/30. De MMSE-score bij ontslag werd geduid als een restverschijnsel van het doorgemaakte CSDH en er werd geadviseerd dit onderzoek te zijner tijd te herhalen.

Binnen een week na het ontslag wordt patiënt, in maart, echter opnieuw voor opname aangemeld. Hij is somber, kan nergens van genieten en is in toenemende mate achterdochtig jegens zijn vrouw. Hij heeft het idee dat hij weinig geld heeft en dat zijn vrouw op zijn geld uit is. Er is sprake van agitatie en hij is verbaal dwingend en agressief. Zijn concentratie is verminderd: het lezen gaat moeilijk en hij voelt zich vaak moe.

Bij heropname zien wij een nerveuze man, persevererend in zijn achterdochtige ideeën. De stemming is somber en angstig, met een onrustige

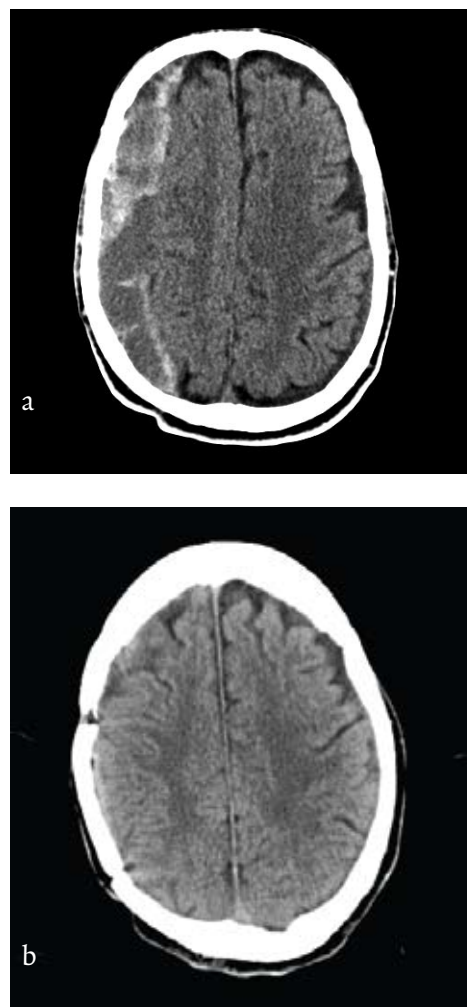
psychomotoriek. Bij lichamelijk en oriënterend neurologisch onderzoek worden geen afwijkingen gevonden. De MADRS-score is gestegen naar 18/60 en de MMSE-score is 24/30. De dosering van het antidepressivum wordt verhoogd, echter zonder effect. Gedurende enkele weken vertoont patiënt in toenemende mate depressieve klachten, waarbij initiatiefverlies en achterdocht op de voorgrond staan. Eenmalig meldt patiënt duizelig te zijn, hetgeen na een dag verbetert. Hij heeft hierbij geen last van hoofdpijn, noch is hij suf. Gezien de progressie van het psychiatrisch beeld, wordt aanvullend onderzoek verricht. Laboratoriumonderzoek vertoont geen afwijkingen. Een neuropsychologisch onderzoek (NPO) toont lichte cognitieve problemen, bestaande uit een verminderde eenvoudige en verdeelde aandacht, een traag werktempo en enige traagheid bij het inprenten van onsamenhangende informatie bij een redelijk tot goede reproductie en goede herkenning. Planning, visuele functies en taal lijken ongestoord. Er wordt gesteld dat de gevonden cognitieve problemen goed kunnen samenhangen met stemmingsproblematiek. Of daarnaast ook een organische component een rol speelt, is niet met zekerheid te zeggen. Heronderzoek wordt geadviseerd als de stemming is opgeklaard.

Begin april wordt tevens een CT-scan verricht. Er blijkt een recidief van het CSDH te zijn, rechts frontaal. De ventrodorsale lengte is circa 13 cm. De dikte van de schil is 3 cm. Er is verplaatsing van de middellijn van 7 mm naar links; ook is er een geringe contralaterale ventrikelvergroting (zie figuur 1a).

Er wordt besloten het CSDH opnieuw te ontlasten, waarvoor hij in mei opgenomen wordt op de afdeling Neurochirurgie. Opnieuw worden bij preoperatief neurologisch onderzoek geen afwijkingen gevonden: het bewustzijn is helder en er zijn geen afwijkingen in de hersenzenuwen, noch in motoriek, sensibiliteit en reflexen. Er is geen lateraliserend. Middels craniotomie wordt het hematoom ontlast. De operatie verloopt ongecompliceerd.

Postoperatief ontwikkelt zich bij patiënt een

FIGUUR 1 (a) Axiale CT-scancoupe van beschreven patiënt: rechts over de convexiteit is een chronisch subduraal hematoom zichtbaar, met verschillende densiteiten en verschuiving van de middellijn naar links; (b) axiale CT-scancoupe van de beschreven patiënt, 3 maanden na craniotomie



delier, waarvoor hij met succes met haldol wordt behandeld. Na terugplaatsing naar de afdeling voor ouderenspsychiatrie kan de behandeling met haldol spoedig gestaakt worden. De psychotische belevingen, zoals patiënt had voor de operatie, verdwijnen binnen twee weken na de operatie. Gedurende de weken hierna knapt ook de stemming op. Patiënt toont meer initiatief en de anhedonie verdwijnt. Voor het eerst sinds een half jaar is hij weer in staat te lezen.

Een maand na de operatie kan patiënt naar huis ontslagen worden. De MADRS-score is inmiddels gedaald naar 4/60 en de MMSE-score is gestegen tot 29/30. Er zijn geen psychotische belevingen meer. De CT-scan 3 maanden na operatie laat een sterk verbeterd beeld zien (zie figuur 1b). Wel blijft patiënt zich moe voelen en vertoont hij minder initiatief dan voorheen, hetgeen tot op heden persisteert.

BESPREKING

Een subduraal hematoom ontstaat meestal ten gevolge van een bloeding uit de parasagittale venen, resulterend in een afgegrensde vloeistofop-hoping tussen de dura mater en de arachnoidea. Indien het langer bestaat, wordt het omhuld door een kapsel, een fibrineus membraan (Sie & Snijders 1992). Dit membraan vormt de bron voor multiple recidiverende kleinere bloedingen, die tot gevolg hebben dat het hematoom langzaam in grootte toeneemt en uiteindelijk tot klinische symptomen kan leiden (Chen & Levy 2000; Lee 2004). Men spreekt van een chronisch SDH indien de verschijnselen zich meer dan 3 weken na een schedeltrauma openbaren.

De incidentie van het CSDH is moeilijk te bepalen, gezien de frequente onderdetectie. Geschatte incidenties variëren van 1 per 100.000 individuen per jaar (Chen & Levy 2000) tot 1,7 per 100.000 per jaar (Fogelholm & Waltimo 1975). Bij 70- tot 79-jarigen neemt dit aantal toe tot 7 per 100.000 personen per jaar (Chen & Levy 2000). Diverse factoren kunnen de kwetsbaarheid van de parasagittale venen en de bloedingsneiging bij ouderen vergroten, zoals cerebrale atrofie en anticoagulantiegebruik. Alcoholgebruik kan hierbij cumulatief werken. Daarnaast leidt de grotere valneiging bij ouderen tot een grotere incidentie (Sie & Snijders 1992). Geschat wordt dat in circa 75% van alle gevallen trauma hierbij een rol speelt, al dan niet opgemerkt en ongeacht of er sprake was van direct hoofdtrauma (Karnath 2004). Niet zelden is er een lang interval tussen het initiële trauma en het ontstaan van de symptomen. In een enkel geval

betreft het een periode van meer dan een jaar (Lishman 1987). Een deel van de CSDH resorbeert spontaan. Na chirurgische behandeling zijn recidiefkansen tot 50% beschreven (Weigel e.a. 2003).

CSDH kan zich presenteren met een grote verscheidenheid aan klinische syndromen en het wordt in de literatuur ook wel aangeduid als 'de grote imitator' (Potter & Fruin 1977). Deze sterk variërende presentatie bemoeilijkt in grote mate de diagnostiek, in het bijzonder bij oudere patiënten. Op basis van analyse van 114 patiënten met SDH zijn drie symptoomclusters beschreven waarmee een CSDH zich kan presenteren: (a) verminderd bewustzijn en hemiparese, (b) verandering in persoonlijkheid en intelligentie en (c) tekenen van intracraniële drukverhoging, zoals misselijkheid, braken en hoofdpijn (Cameron 1978).

De diagnostiek wordt echter bemoeilijkt indien het klinische beeld hoofdzakelijk bepaald wordt door psychiatrische symptomen, zoals delier, dementie of affectieve of psychotische stoornissen. Reeds lang is bekend dat CSDH gepaard kan gaan met psychiatrische verschijnselen. Black (1984) citeert Bedfords beschrijving uit 1958 van een patiënt met SDH: 'a mentally confused old person with some impairment of intellectual capacity, who may be somewhat or deeply drowsy'. Delier en dementie worden het frequentst beschreven als psychiatrisch symptoom van CSDH. Affectieve en psychotische stoornissen worden daarentegen zelden beschreven. In een retrospectieve studie met 79 patiënten toont 58% van de patiënten met CSDH psychiatrische symptomen, waarvan 80% bestond uit een delirante episode of dementie. Bij 3 patiënten (6,5%) waren er affectieve stoornissen, steeds met neurologische uitvalsverschijnselen (Black 1984).

Wij verrichtten een zoekactie in PubMed met als zoektermen 'depression', 'depressive disorder', 'psychosis', 'psychiatry', 'psychiatric symptoms', 'subdural hematoma', 'chronic subdural hematoma', 'subdural hemorrhage' naar het vóórkomen van een depressieve stoornis (met of zonder psychotische verschijnselen) als symptoom van CSDH. Deze

leverde een beperkt aantal gevalsbeschrijvingen op met verschillende klinische presentaties.

Een 79-jarige patiënt kreeg na een val snel toenemende gedrags- en stemmingsveranderingen, met paranoïde en suïcidale gedachten (Tabet & Fraser 2001). Bij neurologisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden en patiënt kreeg een antidepressivum en een benzodiazepine voorgeschreven. Enkele dagen na opname werd de patiënt in toenemende mate suf, ook na staken van de benzodiazepine. Op een CT-scan bleek een groot CSDH aanwezig te zijn. De patiënt kon slechts conservatief behandeld worden voor zijn CSDH wegens een pneumonie en overleed enkele dagen later.

Bij een 82-jarige man met een blanco psychiatrische en somatische voorgeschiedenis die zich presenteerde met ernstige depressieve klachten met psychotische kenmerken toonden uitgebreid lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek geen afwijkingen (Elie e.a. 1996). Ondanks adequate medicamenteuze behandeling verslechterde zijn toestand en daarop werd een CT-scan verricht. Deze toonde een groot CSDH in de linker hemisfeer met verdringing van de middellijn en compressie van de laterale ventrikel. Na craniotomie namen de paranoïde gedachten langzaam af, maar de depressieve klachten persisteerden en patiënt werd verder medicamenteus behandeld.

Ten slotte werd een 56-jarige vrouw beschreven met een ernstige atypische depressie met fatische stoornissen (Alarcon & Thweatt 1983). Ook bij haar bleek, na uitgebreid onderzoek, sprake van een CSDH. Na neurochirurgische ontlasting van het CSDH namen de depressieve klachten af, maar patiënte had nog wel lichte neurologische restverschijnselen in de vorm van afasie.

Deze gevalsbeschrijvingen kenmerken zich door variatie in het psychiatrische klachtenpatroon en het klinische beloop. In geen van de gevallen werd in eerste instantie aan een CSDH gedacht. Dit duidt op de moeilijke herkenning wanneer het CSDH zich presenteert als een psychiatrisch ziektebeeld. Opvallend in onze casus is het beloop in de tijd, waarbij de klachten persisteren en toe-

nemen onder antidepressieve behandeling en een spoedige verbetering vertonen na ontlasting van het CSDH. Het valt moeilijk te bepalen wanneer het recidief-CSDH is ontstaan en in hoeverre er een puur causale relatie is, dan wel comorbiditeit. Het beloop illustreert dat men, zeker bij een CSDH in de recente voorgeschiedenis, alert moet zijn op een neurologische genese van de psychiatrische klachten.

In onze gevalsbeschrijving werd de relatief lage MMSE-score geduid als een restsymptoom van het doorgemaakte CSDH, of als passend bij de depressieve episode. Vaak persisteren cognitieve beperkingen na de behandeling van het CSDH (Lishman 1987). Gezien het klinische beloop kan de verminderde score op de MMSE gecombineerd met de uitslag van het NPO bij deze patiënt, bij wie er premorbide geen aanwijzing was voor cognitieve achteruitgang, toch een vingerwijzing zijn geweest richting een recidief-CSDH.

CONCLUSIE

Indien psychiatrische klachten de uitingsvorm zijn van het CSDH, blijkt herkenning moeilijk. Multidisciplinaire samenwerking tussen psychiater, neuroloog, geriater, radioloog en neurochirurg is hierbij van groot belang. Aandacht voor psychiatrische en neurologische symptomen met een goede evaluatie van de cognitie is nodig om de 'grote imitator' te ontmaskeren. Het is bekend dat een CSDH na operatieve behandeling kan recidiveren. Het verdient dan ook aanbeveling om, indien bij deze patiënten psychiatrische of cognitieve symptomen persisteren of verergeren, beeldvormend onderzoek te herhalen teneinde een eventueel recidief-CSDH te signaleren.

LITERATUUR

- Alarcon, R.D., & Thweatt, R.W. (1983). A case of subdural hematoma mimicking severe depression with conversion-like symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 1360-1361.
- Black, D.W. (1984). Mental changes resulting from subdural hematoma. *The British Journal of Psychiatry*, 145, 200-203.

- Cameron, M. (1978). Chronic subdural hematoma. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 41, 834-839.
- Chen, J.C.T., & Levy, M.L. (2000). Causes, epidemiology, and risk factors of chronic subdural hematoma. *Neurosurgery Clinics of North America*, 11, 399-406.
- Elie, M., Primeau, F., & Cole, M.G. (1996). Chronic subdural hematoma in the elderly: a case report. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 9, 100-101.
- Fogelholm, R., Waltimo, O. (1975). Epidemiology of chronic subdural haematoma. *Acta Neurochirurgica*, 32, 247-50.
- Karnath, B. (2004). Subdural hematoma: presentation and management in older adults. *Geriatrics*, 58, 18-23.
- Lee, K.S. (2004). Natural history of chronic subdural hematoma. *Brain Injury*, 18, 351-358.
- Lishman, W.A. (1987). *Organic psychiatry - The psychological consequences of cerebral disorder*. London: Blackwell Scientific Publications..
- Potter, J., & Fruin, A.H. (1977). Chronic subdural hematoma - the 'great imitator'. *Geriatrics*, 32, 61-66.
- Sie, L.T.L., & Snijders, C.J. (1992). Het chronische subdurale hematoom. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136, 2401-2404.
- Tabet, N., & Fraser, C. (2001). Psychotic depression after a fall. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94, 83-84.
- Weigel, R., Schmiedek, P., & Krauss, J.K. (2003). Outcome of contemporary surgery for chronic subdural haematoma: evidence based review. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 74, 937-943.

AUTEURS

J.A. BRUNEKREEFT was coassistent en is thans als arts in opleiding tot psychiater verbonden aan het VU medisch centrum in Amsterdam.

S.M. PEERDEMAN is neurochirurg en werkzaam bij het VU medisch centrum in Amsterdam.

D. RHEBERGEN is psychiater en werkzaam op de Ouderenafdeling van de Valeriuskliniek, GGZ Buitenamstel in Amsterdam.

Correspondentieadres: D. Rhebergen, GGZ Buitenamstel, lokatie Valeriusplein, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

E-mail: didir@ggzba.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-9-2007.

SUMMARY

Subdural hematoma and depression – J.A. Brunekreeft, S.M. Peerdeman, D. Rhebergen – Chronic subdural haematoma (CSDH) is difficult to diagnose because patients with this disorder, in particular the elderly, present with such a wide variety of symptoms. The subject of this case study is an 89-year-old man with a history of CSDH who presented with severe depressive symptoms with psychotic features and who in the end turned out to have a recurrence of CSDH. An integrated multidisciplinary approach is advocated in the case of older patients who have had a CSDH in the past and who present with psychiatric problems and fall frequently. When a patient presents with such symptoms, one needs to be on the look-out for a recurrence of CSDH.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)5, 295-299]

KEY WORDS chronic subdural haematoma, depressive disorder