

Psychiatrische symptomen als eerste manifestatie van tumor cerebri

door W. F. van Oudenaarden

Inleiding

Ondanks de vele publicaties over dit onderwerp lijkt het, gezien enige recente ervaringen, nuttig nogmaals de aandacht te vestigen op het optreden van psychiatrische afwijkingen bij tumor cerebri. Vaak immers worden de eerste verschijnselen van tumor cerebri miskend, omdat er alleen nog sprake is van psychopathologie.

Psychiatrische afwijkingen worden het meest frequent gevonden bij snel groeiende tumoren, zoals glioblastomen. Langzaam groeiende tumoren, zoals meningeomen, veroorzaken weliswaar in mindere mate psychiatrische afwijkingen, maar dan vaak wel als enig symptoom. Wat betreft de mate van voorkomen van cerebrale tumoren bij psychiatrische patiënten, geeft de literatuur uiteenlopende cijfers. De frequentie – gebaseerd op autopsiebevindingen – zou in psychiatrische en algemene ziekenhuizen ongeveer gelijk zijn (Selecki, 1965), in de staatspsychiatrische inrichtingen van de Verenigde Staten van Noord-Amerika variërend van 1 tot 13,5 %. Niet gebaseerd op autopsiemateriaal, zou de frequentie van cerebrale tumoren onder opgenomen psychotische patiënten variëren van 0,21 tot 1,7 % (Rubert en Remington, 1963). Shaffi en Lekias (1975) vonden in een retrospectief onderzoek dat van 78 PA-bewezen meningeomen er 60 gediagnostiseerd waren bij het leven. 10 van de 78 patiënten (13 %) hadden *alleen* persoonlijkheidsveranderingen. Van deze 10 is bij 6 het meningeoom post mortem gediagnostiseerd. Volgens Selecki (1965) wordt 55 % van de hersentumoren, die voorkomen bij opgenomen psychiatrische patiënten, niet herkend. Het betreft dan meestal meningeomen. Deze worden 4 maal zoveel bij patiënten, opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, als bij patiënten, opgenomen in een algemeen ziekenhuis aangetroffen. Dit blijkt ook uit de series van Avery (1971) en Hunter (1968).

Selecki (1965) beschrijft bij frontale tumoren in volgorde van frequentie de volgende symptomen: geheugenvermindering, vermin-

dering van concentratievermogen, depressie, verlies van interesse, verlies van het vermogen om te plannen, epilepsie, hoofdpijn, verlies van inzicht, euforie, waanvoorstellingen, dysgrafie en dysfasie. Hoewel frequent de diagnose depressie wordt gesteld, bestaat er volgens Rieke (1975) geen *specifiek* psychopathologisch syndroom bij hersentumoren. Vele vaagomschreven klachten worden vaak ten onrechte als psychogeen geduid. De oorzaken van deze miskenning kunnen zijn:

- a het ontbreken van neurologische uitvalsverschijnselen;
- b de onderling vaak geheel verschillende symptomatologie;
- c een voor de hand liggende 'psychogenese' van de klachten.

Ad a – Zodra er neurologische uitvals- of prikkelingsverschijnselen zijn, ligt een organische genese voor de hand. Zelfs dan nog blijkt een tumor miskend te kunnen worden, indien de patiënt eenmaal als psychiatrisch geboekt staat. Zo kan het voorkomen dat receptieve afasie als een psychotisch symptoom wordt geduid.

Ad b – De symptomatologie van tumoren van dezelfde aard en lokalisatie kan zeer verschillend zijn, afhankelijk van het ontwikkelingsstadium van de ziekte, de leeftijd van de patiënt en de premorbide persoonlijkheid.

Ad c – Psychosociaal of psychodynamisch onderzoek levert vrijwel altijd achteraf aanknopingspunten op, die als luxerende momenten voor een psychische decompensatie kunnen worden geduid.

Psychiatrische symptomen, die bij een patiënt met tumor cerebri kunnen voorkomen zijn:

I – Symptomen, die men in het *algemeen* ziet ontstaan als de balans tussen psychische draagkracht en draaglast verstoord dreigt te geraken, tezamen het aspecifieke 'neurasthene syndroom' vormend (Abraham e.a., 1972), ook wel omschreven als het hyperesthetisch-emotioneel syndroom en als het syndroom van de verminderde psychische spankracht (Janet).

Tabel 1: Het neurasthene syndroom (Abraham e.a., 1972)

Bewustzijn:	bemoeilijkt aandachtconcentratie, lichte vormen van depersonalisatie en derealisatie
Geheugen:	vergeetachtigheid
Denken:	vermindering van het intellectuele prestatievermogen
Waarnemen:	overgevoeligheid voor zintuiglijke prikkels
Voelen:	affectlabiliteit en prikkelbaarheid
Handelen:	vermindering van belangstelling en activiteit
Lichamelijke klachten:	moeheid, snelle vermoeibaarheid, libido- en potentiestoornissen

2 – Symptomen, die men ziet ontstaan als de balans tussen draagkracht en draaglast verstoord dreigt te geraken en die *specifiek* zijn voor de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt. Vaak komen bij een bedreiging van psychisch evenwicht de tot dan toe gecom-

penseerde karaktertrekken duidelijk naar voren (Abraham e.a., 1972). De ene mens trekt zich terug, wordt somber, de ander toont een toename van dwangmatige trekken; zo zouden zelfs wanen en hallucinaties kunnen optreden. Dit sluit aan bij de theorie van Jackson (Ey en Rouart, 1938; Taylor, 1958), die de psychische activiteit definieert als het totaal der *persoonlijke* evolutie op een gegeven moment. Een ziekelijk proces veroorzaakt terugvallen op een lager evolutieniveau (dyssolutie) van een bepaalde persoonlijkheid.

3 – Verlies van de intellectuele vermogens, geheugen- en oriëntatiestoornissen, tezamen het organisch-psychosyndroom genoemd. Zijn de stoornissen gering, dan komt het beeld overeen met hetgeen bij het neurastheen syndroom werd beschreven.

Casuïstiek

In de Ursula kliniek is sedert 1974 bij 5 primair psychiatrisch opgenomen patiënten een hersentumor gediagnostiseerd. Van deze 5 volgen hier 3 representatieve ziektegeschiedenissen, die de factoren aantonen die kunnen bijdragen tot een (te) late juiste diagnose.

Patiënte A – Een 49-jarige vrouw werd opgenomen wegens sedert 3 weken bestaande huilbuien en minderwaardigheidsgevoelens. De gedachten gingen aanvankelijk uit naar een reactieve depressie. Haar klachten debuteerden ongeveer 8 jaar geleden met hoofdpijn, misselijkheid en braken. Deze klachten verdwenen spontaan om ongeveer 1½ jaar geleden plaats te maken voor moeheid, lusteloosheid, vergeetachtigheid, concentratiestoornissen en soms incontinentia urinae. Voor dit laatste werd zij recent vergeefs door een uroloog geopereerd.

Patiënte gaf aan tijdens een vakantie 8 maanden geleden weer *geheel* klachtenvrij te zijn geweest tot het moment, dat zij met het vliegtuig de terugreis moest aanvaarden. Bovendien gaf zij aan dat zij bij iedere medicatiewisseling van de huisarts ongeveer een week klachtenvrij was. In het contact imponeerde patiënte als enigmatische inadequate. De stemming was wat uitgelaten, haar reacties waren soms alert en snedig. Het denken imponeerde als speels in de zin van moria.

Bij routine intern en neurologisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De stoornissen werden psychogeen geïdentificeerd: een neurastheen klachtenpatroon met vermoedelijk psychogene incontinentie, op hysterische wijze gepresenteerd. Bij het ingestelde gedragstherapeutische programma leek de incontinentie aanvankelijk toegankelijk voor training, zonder dat echter een absolute incontinentie kon worden verkregen.

Bij EEG-onderzoek rees het vermoeden voor het bestaan van een organische afwijking beiderzijds frontaal, overwegend ter linkerzijde. Hernieuwd en nu gericht neurologisch onderzoek leverde wederom in het geheel geen uitvalsverschijnselen op. Carotisan-

giografie gaf een groot ruimte innemend proces, hoog frontaal, te zien, zeer waarschijnlijk links parasagittaal gelocaliseerd met sterke uitbreiding over de mediaanlijn naar rechts. Bij operatie werd een zeer groot dubbelzijdig frontopariëtaal meningeoom (170 gr.) volledig geëxstirpeerd. Postoperatief was de incontinentie verdwenen. Er werden geen neurologische uitvalsverschijnselen gevonden. Patiënte werd klachtenvrij, ook psychisch sterk verbeterd, ontslagen.

Patiënte B – Een 66-jarige vrouw, werd in een algemeen ziekenhuis opgenomen wegens sterke verwaarlozing. Wegens een incoherente, paranoïd gekleurde gedachtengang werd patiënte overgeplaatst naar de psychiatrische kliniek. 5 jaar geleden bleek zij voor haar werk afgekeurd te zijn wegens 'overspannenheid'.

Psychiatrisch onderzoek: alleenstaande vrouw, wier wereld kennelijk is ingestort na het overlijden van de door haar verafgode, inwonende vader. Zij was licht gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon, gedachtenvluchtig, breedspakig, verkeerde in een grootheidswaanachtige gedachtenwereld met paranoïde belevingen: een paranoïde psychose op bodem van zelfverwaarlozende vereenzaming bij afhankelijke persoonlijkheid. Uit de verdere anamnese bleek, dat zij sedert 9 jaar klaagde over zeurende hoofdpijn, diffuus gelocaliseerd in achterhoofd en nek. Indertijd werd zij vaak 's morgens wakker met hoofdpijn. Misselijkheid, braken en/of visusdalingen traden niet op. In de loop der jaren was de hoofdpijn geleidelijk afgenomen. Het laatste jaar is patiënte min of meer hoofdpijnvrij geweest. Wel klaagde zij over urge-incontinentie en nervositeit.

Neurologisch onderzoek: opticusatofie rechts. Atactische gang.

EEG: aanwijzingen voor een ruimte-innemend proces rechts frontaal.

Schedeltomometrie: groot proces (6 x 5 cm) frontobasaal vrijwel mediaan gelocaliseerd, met nog een tweede proces, 3 cm groot, direct achter het eerste gelegen rechts paramediaan.

Operatie: radicale extirpatie van een olfactorius-meningeoom. Gedeeltelijke extirpatie van een intra-sellair meningeoom, mogelijk zeer mediaan gelocaliseerd rechtszijdig sfenoïd meningeoom. Geen onderlinge samenhang van beide gezwellen. P.A.: endotheliomateus meningeoom.

Postoperatief was er een linkszijdige parese en een ernstige apathie. Het bewustzijn werd soporeus. Patiënte werd overgeplaatst naar een verpleegtehuis.

Patiënte C – Een 59-jarige vrouw werd overgeplaatst vanuit een algemeen ziekenhuis. Sedert 1½ jaar, na het overlijden van haar echtgenoot, werd zij in toenemende mate apathisch, vergeetachtig en gedesoriënteerd. Bovendien werd zij incontinent voor urine. Patiënte werd naar een uroloog verwezen, die – overigens zonder resultaat – een interne urethrotomie verrichtte. Hij wilde patiënte – gezien het psychische beeld – overplaatsen naar een

psychiatrisch verpleegtehuis. Het tehuis achtte echter een screening vooraf noodzakelijk en daarom werd patiënte eerst overgeplaatst naar de psychiatrische kliniek.

Er waren geen klachten van hoofdpijn en braken. Bij psychiatrisch onderzoek bleek een amnestisch syndroom, inprentingsstoornissen en desoriëntatie in tijd en plaats te bestaan. Tevens waren er oordeels- en kritiekstoornissen.

Neurologisch onderzoek: reuk beiderzijds gestoord, constante valneiging naar rechts, tremor rechterhand. Coördinatie rechts licht gestoord.

EEG: suspect voor een proces links frontaal.

Schedeltomometrie: groot proces (5 x 7 cm) links frontaal, waarschijnlijk een meningeoom.

Operatie: zeer groot falxmeningeoom, uitbreiding vrijwel alleen links frontaal frontopolair. P.A.: meningeoom, overwegend van het gemengde, deels van het fibreuze type.

Postoperatief was de incontinentie verdwenen. Er werden geen neurologische afwijkingen meer gevonden. Patiënte was in psychisch opzicht duidelijk verbeterd.

Tabel 2: Samenvattend overzicht van de besproken patiënten

	pat. A	pat. B	pat. C
geslacht	vr.	vr.	vr.
leeftijd	49	65	59
duur van de klachten	8 jaar?	9 jaar	1½ jaar
psych. symptomen	++	++	++
„psychogenese”	±	+	+
incontinentia urinae	+	±	+
neurologische anamnese	+	+	—
neurologisch onderzoek	—	+	+
EEG-afwijkingen	+	+	+

Factoren die bijdragen tot de te late diagnostiek bij genoemde patiënten zijn:

bij patiënte A: (1) 'reactief-psychogene' momenten, (2) het psychiatrisch geboekt staan, zowel door de hysterische presentatie van de klachten als door het niet slagen van de somatisch gerichte therapie (urologische operatie), (3) het geheel ontbreken van neurologische uitvalsverschijnselen;

bij patiënte B: (1) het psychiatrisch geboekt staan, (2) het aannemen van een reactief moment (overlijden van vader);

bij patiënte C: (1) het psychiatrisch geboekt staan, (2) het aannemen van een reactief moment (overlijden van echtgenoot), (3) het falen van de somatisch gerichte therapie (urologische operatie).

Beschouwing

Het verdient nog steeds aanbeveling de somatiek binnen de psychiatrie ruime aandacht te blijven geven naast de socio- en psychogenese (een schijnbaar luxerend moment kan blijikbaar vrijwel al-

tijd worden gevonden: retroactieve falsificatie). Elke verstoring van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast, zich manifesterend door een neurastheen syndroom of door een verandering van de persoonlijkheidsstructuur, moet de verdenking doen rijzen op een lichamelijke ziekte, te meer als een en ander gecompliceerd wordt door incontinentia urinae (!). Het ontbreken van neurologische uitvalsverschijnselen evenwel mag niet als bewijs dienen voor de psychogenese. De arts dient hier bij uitstek 'tumor-conscious' te zijn.

Naast een uitgebreide – ook somatisch gerichte – anamnese, algemeen lichamenlijk en neurologisch onderzoek, dient bij de psychiatrische patiënt routinematig een EEG te worden gemaakt. Uit de literatuurgegevens (o.a. De Morsier, 1974) blijkt het EEG niet altijd waardevol bij de vroege detectie van tumor cerebri. Er zal dan ook in toenemende mate gebruik moeten worden gemaakt van de schedeltomometrie, waardoor zelfs bij onrustige, weinig coöperatieve patiënten een goed onderzoek gedaan kan worden. Ook psychologische testen dienen deel uit te maken van het gerichte psycho-organische onderzoek (o.a. Wechsler Memory Scale en andere geheugentesten, alsmede de Grassi). Reeds in een vroeg stadium kunnen deze testen aanwijzingen geven in een bepaalde richting.

Volgens het dualistische standpunt zouden neurologische ziekten bepaald zijn door een organische, relatief eenvoudige aandoening, de psychiatrische door een algemene geestelijke stoornis zonder een voor de hand liggende organische genese. Het moeilijke en tussenliggende grensgebied trachtte en tracht men vaak te overbruggen met het weinig zeggende woord 'functioneel'. Juist het exploreren van dit grensgebied lijkt een taak voor zowel de neuroloog als de psychiater, waarbij tijdige verwijzing – soms óók door de uroloog – van essentieel belang is.

Literatuur

- Abraham, R. E., Raggars-v. d. Zaal, P. (1972), Hysterie en andere psychiatrische diagnoses bij patiënten met een tumor cerebri. *Ned. T. Geneesk.*, 116, 2329-33.
- Assal, G., Zander, E. and Hadjiantoniou, J. (1975), Les troubles mentaux au cours des tumeurs de la fosse postérieure. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr.* 116, 17-27.
- Avery, T. L. (1971), Seven Cases of Frontal Tumour with Psychiatric Presentation. *Brit. J. Psych.* 119, 19-23.
- Buchanan, D. C., Abraham, H. S. (1975), Psychotic Behavior resulting from a lateral ventricle meningeoma: a case report. *Dis. Nerv. System.* 36, 400-401.
- De Morsier, G. (1974), Meningeoma Olfactif sans troubles de la vision ni de l'olfaction opéré et guéri. *Acta Neurol. Belg.* 201-07.
- Du Boulay, G. H., Marshall, J. (1975), Comparison of E.M.I. and radio isotope imaging in neurological disease. *The Lancet* 2 (7948), 1294-97.
- Ey, H. et Rouart, J. (1938), *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuropsychiatrie*. Doin, Paris.
- Eysberg, R., Van Ree, F. (1977), Hysterie en medische inbreng. *Ned. T.*

Geneesk., 27, 1083-87.

Hunter, R., Blackwood, W. and Bull, J. (1968), Three cases of frontal meningiomas presenting psychiatrically. *British Medical Journal*. iii, 9-16.

Jancar, J. (1975), Neurocutaneous Disorder and Mental Functioning. *Brit. J. Psychiat.* 126, 105-13.

Kirschberg, G. J., Epstein, I., Strasberg, Z., White, N. F. (1976), Normal pressure hydrocephalus due to tentorial meningioma. *Can. Med. Association J.* 115, 154-5.

Rieke, J. (1975), Über depressive Psychosen im Verlaufe von Hirntumorerkrankungen. *Nervenarzt*, 46, 152-59.

Rubert, S. L. and Remington, F. B. (1963), Why Patients with Brain Tumors come to a Psychiatric Hospital. A 20 years Survey. *Psychiat. Quart.* 37, 253.

Selecki, B. R. (1965), Intracranial space-occupying lesions among patients admitted to mental hospitals. *Med. J. Austr.* i, 383-90.

Shaffi, C. N., Lekias, J. S. (1975), Meningiomas: treated and untreated. *Med. J. Austr.* 1, 589-94.

Taylor, J. (1958), *Selected Writings of John Hughlings Jackson*. Vol. 2. Basic Book Inc., New York.

Walter-Büel, H. (1951), *Die Psychiatrie der Hirngeschwulste*. Springer Verlag, Wien.