

Complexe psychiatrische symptomatologie als begin van multiple sclerose

I. KNUTS, H. D'HAENEN

SAMENVATTING Een 51-jarige man wordt beschreven die zich met een onbegrepen complexe psychiatrische symptomatologie presenteerde en uiteindelijk bleek te lijden aan multiple sclerose. In deze gevalsbeschrijving wordt getoond dat multiple sclerose kan debuteren met een persoonlijkheidsverandering en subcorticale dementie. De diagnostische problemen, valkuilen en therapeutische implicaties worden besproken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 10, 629-633]

TREFWOORDEN dementie, multiple sclerose, persoonlijkheidsverandering

Bij multiple sclerose staan meestal neurologische verschijnselen op de voorgrond, maar ook psychiatrische symptomen kunnen op de voorgrond staan en zelfs de eerste manifeste symptomen zijn. Aan de hand van een gevalsbeschrijving worden het dan soms moeilijke diagnostische proces en de relevantie van een grondige (beloeps)anamnese geïllustreerd.

GEVALSBESCHRIJVING

In juni 1997 zocht een 51-jarige man hulp bij een neuropsychiater wegens een depressief syndroom. In april 1997 had zijn 19-jarige zoon volledig onverwacht suïcide gepleegd door zich voor de trein te werpen. De behandelaar stelde als diagnose een 'pathologische verlengde rouwdepressie, na het dramatische overlijden van zijn zoon, met naast de reactieve component ook een neurotische existentiële component' en koos voor de combinatie van psychotherapie en 20 mg paroxetine. In oktober 1998 kwam patiënt naar aanleiding van persisterende depressieve klachten in de ziektewet. Naar aanleiding van erectiestoornissen - die volgens een geconsulteerde uroloog geen

organische oorzaak hadden - werd hij in juni 1999 naar een psychiater-seksuoloog verwezen. Paroxetine werd toen verhoogd tot 40 mg per dag. In juli-augustus 1999 vertoonde patiënt impulsief, vreemd gedrag (zoals het vernielen van de tuin met chemische producten). Verder waren er concentratiestoornissen, gedroeg hij zich infantiel en stelde hij zich erg afhankelijk op. De behandelend psychiater dacht in de differentiële diagnose aan een nagebootste stoornis of conversiestoornis.

Naar aanleiding van het bizarre gedrag werd patiënt in september 1999 voor nader onderzoek naar onze universiteitskliniek verwezen en ter observatie opgenomen. Bij opname vertelde patiënt 'opnieuw normaal te willen worden, want nu doe ik een beetje raar'. Bij psychiatrisch onderzoek oogde patiënt conform kalenderleeftijd, maar leek hij erg vermoeid. Hij was vriendelijk, maar infantiel en theatraal in het contact. Hij sprak op monotone wijze, antwoordde net naast de vraag en zei hardop en letterlijk wat hij dacht en wat hij ging doen. Het ziektebesef was beperkt, er was geen ziekte-inzicht. Er was een desoriëntatie in tijd, er waren manifeste aandachts-, concentratie- en geheugenstoornissen. Het denken

was vertraagd, wijdlopig, verhoogd associatief, chaotisch, incoherent en concreetistisch (hij had het over 'de moordenaar' als hij over een trein sprak). Verder was er logorroë en waren er perseveraties. Het inhoudelijke denken werd gekenmerkt door preoccupaties met de dood van zijn zoon en 'terug een koppel worden'. Ook waren er oordeel- en kritiekstoornissen (patiënt presteerde erg slecht bij bepaalde sportactiviteiten, maar was ervan overtuigd dat hij de beste was). Depressieve symptomen werden ontkend, maar de stemming leek sterk te wisselen: van somber, via dysfoor naar eufoor. Het affect moduleerde inadequaet. In zijn handelen was hij chaotisch, rusteloos, ontremd en er was dadendrang. Patiënt had volgens zijn echtgenote, met uitzondering van de suïcide van zijn zoon (waarover we geen nadere gegevens hebben), een blanco persoonlijke en familiale neuropsychiatrische voorgeschiedenis.

Observatie op de afdeling toonde stoornissen in de executieve functies (hij kon niet organiseren of plannen) maar er was geen agnosie, afasie of apraxie. Op de afdeling stond 'overacteren' op de voorgrond: er was een vreemde 'kinderlijke opgewektheid' die in sterk contrast stond met de ernst van zijn (lichamelijke) toestand. Er waren evenwichtsstoornissen. Het neurologische onderzoek toonde een teken van Babinski rechts, coördinatiestoornissen en instabiliteit bij de éénlijns-gang. Het neuropsychologisch onderzoek wees in de richting van een organische aandoening. Er werd een algemene mentale vertraging geconstateerd, verminderd vermogen om de aandacht te verdelen over meerdere taken en een toegenomen interferentiegevoeligheid. Het geheugen (vooral de evocatie) bleek verzwakt, er was een neiging tot persevereren en confabuleren.

Bij verdere navraag herinnerde de echtgenote van patiënt zich plotseling dat patiënt, ruim vijftien jaar eerder, een neuroloog had geconsulteerd naar aanleiding van gevoelsstoornissen in de rechterlichaamshelft. De CT-scan van de hersenen, het oftalmologische onderzoek, en onderzoek met geëvoqueerde potentialen waren toen negatief, maar liquoronderzoek toonde vijf oligo-

clonale banden bij elektroforese. Als werkdiagnose werd toen multiple sclerose gesteld, maar één jaar later werd, naar aanleiding van een quasi-normaal neurologisch onderzoek, deze diagnose toch minder waarschijnlijk geacht en werd gedacht aan 'neuromusculaire overprikkelijkheid met cryptotetanie ten gevolge van stress'. Verder had patiënt een zestal jaren geleden een periode van erectiestoornissen gehad en had hij recent, kort voor de huidige opname, enkele keren in bed geplast.

Tijdens de huidige opname toonden laboratoriumonderzoek en EEG geen bijzonderheden. Liquoronderzoek toonde een sterk verhoogde index voor intrathecale immunoglobuline-G-synthese en zes oligoclonale banden. De geëvoqueerde potentialen waren gestoord. Een MRI-scan van de hersenen toonde een gevorderd stadium van demyelinisering en matige atrofie van het corpus callosum. Als diagnose werd multiple sclerose gesteld.

In verband met de maniforme symptomen werd bij opname besloten de paroxetine af te bouwen. Daarna werd patiënt rustiger en één maand later was de stemming normofoor. Het overacteren (de kinderlijke opgewektheid), het inadequate affect en de cognitieve functiestoornissen bleven echter aanwezig. Patiënt werd voor verdere behandeling naar de dienst neurologie verwezen en kon, zo'n vijf weken na opname in het ziekenhuis, naar huis terugkeren.

BESPREKING

Multiple sclerose (MS) is een ziekte van het centraal zenuwstelsel (CZS), anatomisch gekenmerkt door haarden van demyelinisering, gevolgd door gliose. Bij 70% van de patiënten treden de eerste verschijnselen op tussen het 20ste en 40ste levensjaar. Met een prevalentie van 50/100.000 op het westelijk halfrond is MS in de gematigde en koude luchtstreken tussen het 15de en 50ste levensjaar de meest frequente chronische ziekte van het centraal zenuwstelsel. Er bestaan aanwijzingen voor de rol van genetische, infecti-

euze en auto-immuunfactoren. De neurologische verschijnselen zijn afhankelijk van de plaats waar de witte stofafwijkingen zich voordoen en het klinische beeld wordt dan ook gekenmerkt door ziekteverschijnselen met multiële lokalisaties.

De eerste symptomen kunnen soms zeer vluchtig en recidiverend optreden, waardoor zij moeilijk als symptomen van MS te onderkennen zijn. Eerste verschijnselen zijn vaak visusstoornissen, sensibele stoornissen, mictiestoornissen en klachten van vermoeidheid. Ook cerebellaire verschijnselen, hersenstamverschijnselen, motorische verschijnselen en seksuele stoornissen kunnen zich voordoen (Deelman e.a. 2000; Feinstein 1999; Lishman 1998; Oosterhuis 1992). Cognitieve functiestoornissen zijn frequent (Rao e.a. 1991). Ook subcorticale dementie (Filley e.a. 1989) wordt beschreven.

Een patiënt met MS kan zich ook presenteren met een breed scala van psychiatrische stoornissen. Zowel depressie (Chwastiak e.a. 2002) als manie kan optreden (Hutchinson e.a. 1993; Van Rooij & Van Gent 2003; Schiffer e.a. 1986). Ook worden in de literatuur stoornissen in de emotionele controle (pseudobulbaire huilen/lachen; Feinstein e.a. 1997), persoonlijkheidsveranderingen (*puerilisme mental*; Finger 1998) en psychotische symptomen (Feinstein e.a. 1992) genoemd.

Omdat deze patiënt tot 49-jarige leeftijd goed gefunctioneerd had, waren er geen argumenten om aan een persoonlijkheidsstoornis te denken. Ook nadat de stemming normofoor geworden was, bleef de persoonlijkheidsverandering – met op de voorgrond het overacteren en de kinderlijke opgewektheid – bestaan. Een persoonlijkheidsverandering kan een symptoom zijn van een (subcorticaal) dementieel beeld, maar het ontremde type – *puerilisme mental* – is specifiek beschreven bij MS. Het feit dat de manische episode ontstaan is na het verhogen van paroxetine én het feit dat de stemming normofoor werd na het stoppen van paroxetine pleitten voor een door een antidepressivum geïnduceerde stemmingsstoornis. Als diagnose volgens DSM-III-criteria (American Psychiatric Association 1994) noteer-

den we verder een dementie door een somatische aandoening (multiple sclerose) met gedragsstoornissen en een vroeg begin én een persoonlijkheidsverandering (door multiple sclerose) van het ontremde type.

Bij 80% van de patiënten met MS is het ziektebeloop aanvankelijk gekenmerkt door remissies en exacerbaties. Bij 10-20% is het verloop van meet af aan min of meer progressief. De aandoening kan ook gedurende jaren stationair blijven. Als op klinische gronden verdenking van MS is ontstaan, kan de diagnose worden ondersteund door het aantonen van multiële witte stoflaesies door MRI (magnetische kernspinresonantie) van de hersenen, door een verhoging van het immunoglobulinegehalte in de liquor, door de aanwezigheid van oligoclonale banden bij elektroforese en door geleidingsstoornissen die aan de hand van geëvoqueerde potentialen kunnen worden aangetoond.

Bij de behandeling van MS hebben zowel corticosteroïden als interferon een plaats. Deze geneesmiddelen hebben echter veel neuropsychiatrische bijwerkingen, zoals cognitieve functiestoornissen, stemmingsstoornissen en psychotische symptomen. De symptomen van stemmingsstoornissen bij patiënten met MS reageren in principe even goed op standaardbehandelingen met psychofarmaca. Omdat er een grotere gevoeligheid lijkt te bestaan voor het ontwikkelen van extrapiramidale verschijnselen, genieten atypische antipsychotica de voorkeur. Verder is behandeling met elektroconvulsietherapie bij een bipolaire stoornis beschreven, met een positief effect op zowel psychiatrische als neurologische symptomen. De psychiatrische bijwerkingen van MS-medicatie kunnen met psychofarmaca behandeld worden. Bij het overwegen van een behandeling met psychofarmaca moet men een balans vinden tussen de mogelijke bijwerkingen en de beoogde verwachtingen (Van Rooij & Van Gent 2003). Omdat de manische episode bij deze patiënt door antidepressiva geïnduceerd leek, werd besloten geen stemmingsstabilisator te starten.

CONCLUSIE

Deze gevalsbeschrijving illustreert dat het bij iedere onbegrepen psychiatrische symptomatologie van belang is ook een organische origine te overwegen. Door de ernstige psychopathologie worden neurologische symptomen vaak gemist en is er de kans dat patiënten lange tijd beschreven worden als 'hysterisch of neurotisch'. Informatie over het beloop is daarbij essentieel. Naast een anamnese, die door (cognitieve) beperkingen onbetrouwbaar kan zijn, is een (betrouwbare) heteroanamnese noodzakelijk waarin men aandacht moet hebben voor eventuele gedrags- of karakterveranderingen, cognitieve functiestoornissen, stemmingsstoornissen, waarnemingsstoornissen en veranderingen in het functioneren. Indien, op grond van deze gegevens, het vermoeden van een organische aandoening bestaat, is multidisciplinair overleg met neuroloog en neuropsycholoog essentieel. Mentaal, neurologisch en algemeen onderzoek, (neuro-) psychologisch onderzoek en MRI-onderzoek van de hersenen behoren dan tot het basale onderzoek. Als deze onderzoeken de verdenking op een organische aandoening bevestigen, dan is aanvullend onderzoek aangewezen. Bij het vermoeden van MS moeten liquoronderzoek en geëvoqueerde potentialen worden uitgevoerd.

Al is er geen causale therapie voor MS, vroege diagnostiek blijft van belang. Het is namelijk wel mogelijk de neurologische en psychiatrische symptomen te behandelen. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met de (verhoogde) kans op bijwerkingen van zowel MS-medicatie als van psychofarmaca. Tevens wordt door (vroeg)tijdige diagnostiek de onzekerheid weggenomen en is er de mogelijkheid om een aangepaste begeleiding te organiseren. Het 'ziektelabel' behoedt tevens familie én patiënt voor schuldgevoelens/zelfverwijten. Het is daarnaast belangrijk zich te realiseren dat patiënten met MS zich moeten aanpassen aan de progressief toenemende beperkingen, die gepaard gaan met hun ziekte – tegen een achtergrond van intellectuele achter-

uitgang en een verminderd aanpassingsvermogen. Hiermee moet dan ook rekening gehouden worden tijdens rehabilitatie en revalidatie.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Chwastiak, L., Ehde, D.M., Gibbons, L.E., e.a. (2002). Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1862-1868.
- Deelman, B.G., Eling, P.A.T.M., de Haan, E.H.F., e.a. (2000). *Klinische neuropsychologie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Feinstein, A. (1999). *The clinical neuropsychiatry of Multiple Sclerosis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Feinstein, A., du Boulay, G., & Ron, N.A. (1992). Psychotic illness in multiple sclerosis. A clinical and magnetic resonance imaging study. *British Journal of Psychiatry*, 161, 680-685.
- Feinstein, A., Feinstein, K., Gray, T., e.a. (1997). Prevalence and neuro-behavioral correlates of pathological laughing and crying in multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 54, 1116-1121.
- Filley, C.M., Heaton, R.K., Nelson, L.M., e.a. (1989). A comparison of dementia in Alzheimer's disease and multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 46, 157-161.
- Finger, S. (1998). A happy state of mind: a history of mild elation, denial of disability, optimism, and laughing in multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 55, 241-250.
- Hutchinson, M., Stack, J., & Buckley, P. (1993). Bipolar affective disorder prior to the onset of multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 88, 388-393.
- Lishman, W.A. (1998). *Organic Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science.
- Oosterhuis, H.J.G.H. (1992). *Klinische Neurologie*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Rao, S.M., Leo, G.J., Bernardin, L., e.a. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. I. Frequency, patterns and prediction. *Neurology*, 41, 685-691.
- Rooij, W.P.A. van, & van Gent, E.M. (2003). De relatie tussen de manisch-depressieve stoornis en multiple sclerose. Een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 45, 75-86.
- Schiffer, R.B., Wineman, N.M., & Weitkamp, L.R. (1986). Association between bipolar affective disorder and multiple sclerosis. *American Journal of Psychiatry*, 143, 94-95.

AUTEURS

I. KNUTS is psychiater in opleiding en momenteel werkzaam in het Medisch Centrum St.-Jozef in Munsterbilzen.

H. D'HAENEN is diensthoofd psychiatrie in het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit Brussel.

Correspondentieadres: prof. dr. H. D'haenen, A.Z.-V.U.B., Dienst Psychiatrie, Laarbeeklaan 101, B-1090 Brussel.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-7-2003.

SUMMARY

A complex psychiatric symptomatology as the first manifestation of multiple sclerosis. A case study – I. Knuts, H. D'haenen –

A 51-year old man is described who presented with complex psychiatric symptoms of unknown origin, but who eventually proved to be suffering from multiple sclerosis. The case history shows that the first symptoms of the disease can be a mood disorder (manic episode), personality change and subcortical dementia. Diagnostic problems arising in this case and implications for treatment are discussed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 10, 629-633]

KEY WORDS dementia, multiple sclerosis, personality change