

Een kunstenaar met neurolues en aids

J.M.W. SEGERS-VAN RIJN, J.D. BLOM

SAMENVATTING Neurolues is een neuropsychiatrische aandoening die ernstig invaliderend kan zijn en fataal kan verlopen, maar die historisch ook wordt geassocieerd met genialiteit en artistieke inspiratie. Wij zagen een kunstenaar met neurologische en psychiatrische symptomen die niet alleen zijn ziekteverschijnselen, maar mogelijk ook zijn artistieke te danken had aan neurolues. Het volledige klinische beeld van neurolues werd geleidelijk duidelijk bij onze patiënt. Daarnaast bleek hij aan aids te lijden. In een laat stadium werd het beeld gecompliceerd door opportunistische infecties en epilepsie. Patiënt overleed uiteindelijk aan de opportunistische infecties, ondanks een optimaal ingezette behandeling.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)4, 245-250]

TREFWOORDEN aids, artistieke, lues

Neurolues is een neuropsychiatrische aandoening die de meeste klinici alleen nog kennen uit de leerboeken. Dit is geen wonder, gezien de jaarlijkse incidentie van 2 tot 20 per miljoen (Conde-Sendín e.a. 2004; Nordenbo & Sørensen 1981). Aan het eind van de 19de eeuw, echter, had 15% van de algemene westerse bevolking lues en was neurolues verantwoordelijk voor 10% van de opnames in psychiatrische ziekenhuizen (Fournier 1879; Hook & Marra 1992).

De welhaast mythische reputatie van de aandoening hangt enerzijds samen met het klinische beeld en anderzijds met de associatie met genialiteit en artistieke inspiratie. Thomas Mann verwoordde deze associatie meesterlijk in zijn novelle *Doctor Faustus*, waarin de fictieve componist Adrian Leverkühn zowel zijn tragische levensloop als zijn genialiteit te danken heeft aan neurolues. Maar ook tal van historische figuren met neurolues hebben de gedachte gevoed dat deze ziekte tot uitzonderlijke prestaties kan leiden. Onder hen zijn Iwan de Verschrikkelijke (1530-1584), Heinrich Heine (1797-1856), Arthur Rimbaud (1854-1891), Charles Baudelaire (1821-1867), Bedřich

Smetana (1824-1884), Gaetano Donizetti (1797-1848) en Al Capone (1899-1947). Gespeculeerd wordt dat ook Friedrich Nietzsche (1844-1900), Oscar Wilde (1854-1900) en Adolf Hitler (1889-1945) in dit rijtje thuishoren. Onder de beeldend kunstenaars zijn de bekendste voorbeelden Francisco Goya (1746-1828), Paul Gauguin (1848-1903), Édouard Manet (1832-1883), Henri de Toulouse-Lautrec (1864-1901), Mikhail Vrubel (1856-1910) en – mogelijk – Vincent van Gogh (1853-1890) (Hayden 2003).

Wij beschrijven een kunstenaar die pas laat in beeld kwam bij de psychiatrie, maar bij wie achteraf niet alleen zijn ziekteverschijnselen, maar ook zijn artistieke toegeschreven zouden kunnen worden aan neurolues. Omwille van de privacy werden persoonlijke details waar nodig aangepast.

GEVALSBESCHRIJVING

Ziektegeschiedenis

Patiënt A, een kunstenaar van middelbare leeftijd, werd opgenomen met een inbewaring-

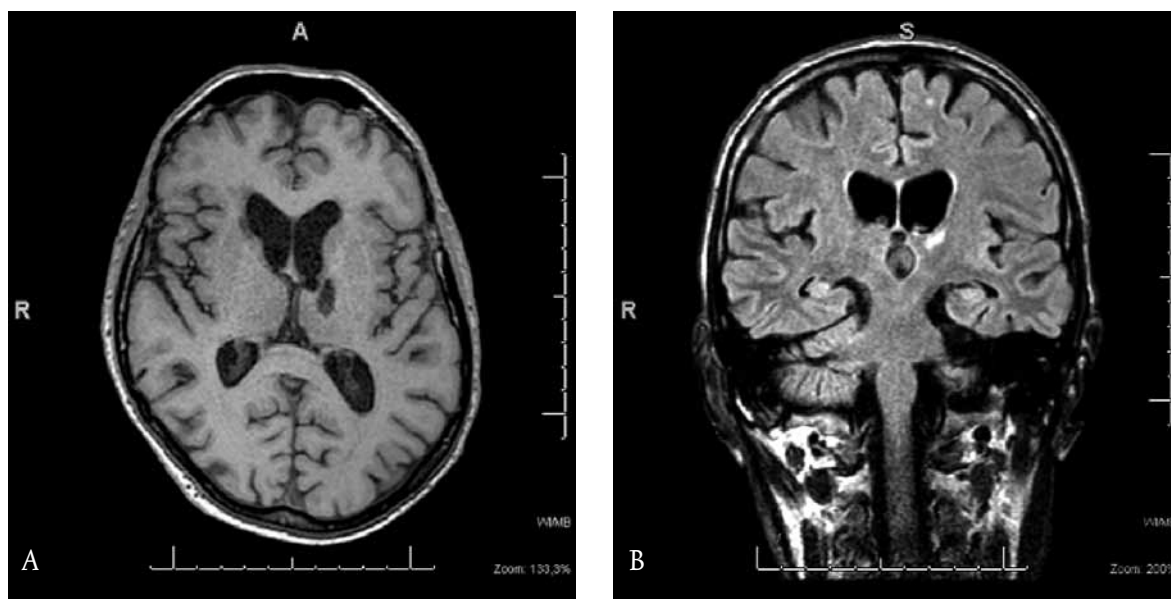
stelling nadat hij waardevolle eigendommen weggooid, onbekenden in huis haalde, geld weggaf en naakt masturbeerde in de tuin. Bij het opnamegesprek ontkende patiënt dit alles en zei naar huis te willen.

De psychiatrische voorgeschiedenis was blanco. De somatische voorgeschiedenis vermeldde periodes van hoofdpijn en duizeligheid twee jaar eerder, die werden toegeschreven aan vertebrobasilaire TIA's. Patiënt liet zich destijds niet nader onderzoeken. Enkele maanden later bezocht hij de spoedeisende hulp met een hemiparese rechts en een voorbijgaande fatische stoornis op basis van een herseninfarct links. Patiënt weigerde opnieuw nadere diagnostiek en verliet kruiwend het ziekenhuis. Eenmaal thuis bleek hij ernstig verward te zijn. Zo probeerde hij de batterijen van de afstandsbediening op te eten en bracht hij zichzelf door gebrek aan ziekte-inzicht en door zwakte aan de rechter lichaamshelft herhaaldelijk in gevaar. Een opname op een afdeling voor niet-aangeboren hersenletsel volgde. In twee maanden tijd nam de verwardheid af en verbeterde de parese. Patiënt weigerde echter medicatie en aanvullende diagnostiek (waaronder een MRI-scan

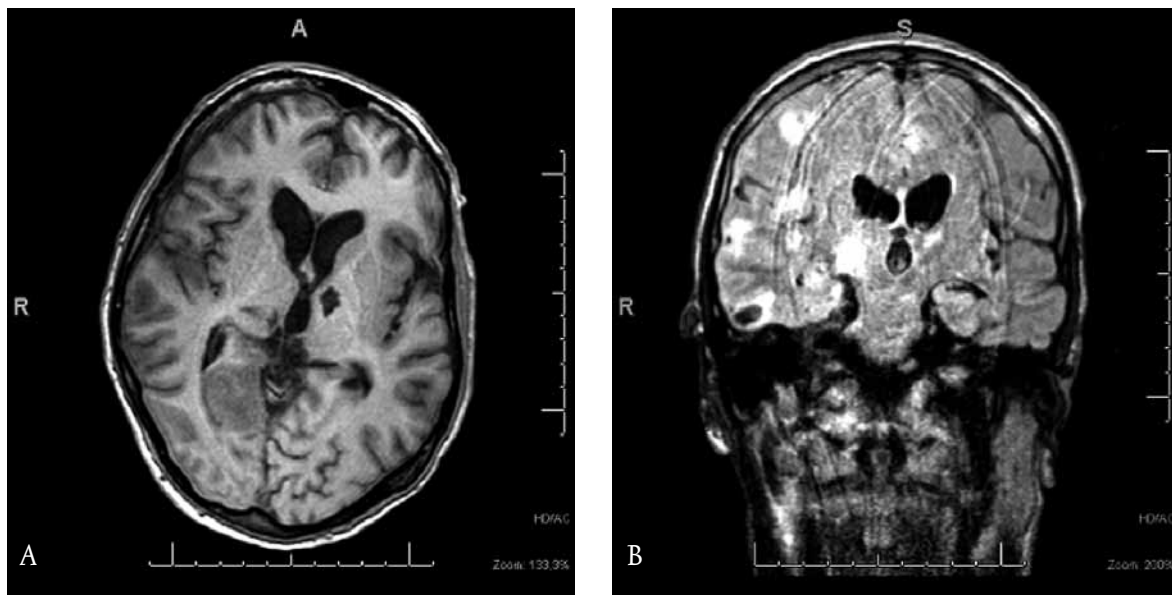
van het brein en serologisch onderzoek op lues) en ging opnieuw zelfstandig wonen, hetgeen lukte dankzij de hulp van zijn partner.

Bij onderzoek zagen wij een gezette man met striae, die in enkele weken fors bleek te zijn afgevallen en die zijn haar grotendeels had verloren. Hij had een excentriek uiterlijk, met veel make-up en bontgekleurde, zelfgemaakte kleding. Hij was vriendelijk, maar wees alle hulp af. Hij sprak met zachte stem en was snel geëmotioneerd. Zijn aandacht was ongestoord. Het denken was coherent en normaal van tempo, er waren geen wanen of hallucinaties. Bij het algemeen lichamelijk onderzoek werden behoudens een basaalcelcarcinoom op de rug en mycose aan de voeten geen bijzonderheden gevonden. Bij neurologisch onderzoek had hij een score op de 'Mini Mental State Examination' (MMSE) van 22/30 met een gestoorde tijdsoriëntatie en inprenting. Hij had ook stoornissen van het werkgeheugen en de mentale flexibiliteit en hij scoorde slecht bij inhibitietests, fluency en abstract redeneren. Voorts had hij een centrale facialisparese rechts, een lichte coördinatioestoornis van de rechter arm en sensibiliteitsstoornissen van beide benen met een gangspoor met een brede basis.

FIGUUR 1 MRI-opnames van patiënt A ten tijde van de diagnose neurolues bij aids; (A): T₁-gewogen opname, transversale snede; (B): FLAIR-opname, coronale snede. Rechts temporaal (op de afbeelding links) en beiderzijds in de basale kernen zijn meerdere infarctlittekens te zien



FIGUUR 2 MRI-opnames van patiënt A na het debuut van epileptische insulsten. (A): T₂-gewogen opname, transversale snede; (B): FLAIR-opname, coronale snede. Met name rechts (op de afbeelding links) zijn corticaal en subcorticaal multiple haardvormige afwijkingen zichtbaar met enige ruimte-innemende werking, passend bij toxoplasmosehaarden



Bloed- en liquoronderzoek lieten een onbehandelde, actieve luesinfectie zien. Hierop werd de diagnose neurolues (dementia paralytica) gesteld. Daarnaast bleek patiënt aids te hebben. Een MRI-scan van het brein liet bovendien infarctlittekens zien (figuur 1). Hij werd overgeplaatst naar een somatisch ziekenhuis, waar hij intraveneuze antibiotica kreeg vanwege de luesinfectie en antivirale therapie vanwege aids. Hierop herstelde hij aanvankelijk goed. Twee weken na zijn terugkomst in het psychiatrisch ziekenhuis kreeg hij echter gegeneraliseerde epileptische insulsten als gevolg van een intracerebrale toxoplasmose (figuur 2). Na intensieve behandeling in het algemeen ziekenhuis overleed hij aan de opportunistische infecties.

Biografie

De biografische anamnese en heteroanamnese leverden de volgende opmerkelijke levensloop op.

Patiënt werd geboren als derde zoon van gezonde ouders. Als kind al hield hij van muziek

en sport. Na de middelbare school had hij verschillende banen, onder andere in de horeca. Ook verdiende hij geld met muziekoptredens en vechtsporten. Hij trouwde en kreeg een dochter. Toen hij ongeveer 30 jaar was, had hij onbeschermde seksuele contacten in clubs. Waarschijnlijk raakte hij in deze periode besmet met lues en het humaan immunodeficiëntievirus (hiv). Hij was echter weinig ziek en bezocht zelden een arts. Onderzoek naar seksueel overdraagbare aandoeningen werd nooit verricht. Toen hij in de veertig was raakte hij geïnteresseerd in spiritualiteit, kwantumfysica en Seth. Na enkele spirituele ervaringen, door hem beschreven als buitenlichamelijke ervaringen, ging hij voor het eerst schilderen. Aanvankelijk hanteerde hij een donker palet, maar gaandeweg werd dit steeds kleurrijker. Hij beschilderde zijn huis, waar alle plafonds, muren en vloeren werden overdekt; een kunstwerk dat nooit af was en waar hij doorlopend overheen schilderde. Hij breidde uit naar de openbare ruimtes er omheen. In het dorp was hij spoedig een bekende verschijning. Hij ging zijn eigen kleding maken, beschilderde zijn oogleden en lakte zijn nagels, naar verluidt

TABEL 1		Stadia van lues met bijbehorende symptomen
	Stadium	Symptomen
	Primaire lues (10-90 dagen na infectie)	Huidlaesie (zachte sjanker) op de plaats van de infectie, geneest spontaan in 4-6 weken Lokale lymfadenopathie Neurolues (meestal asymptomatisch)
	Secundaire lues (1-6 maanden na infectie)	Symmetrische rash (roseolae) op romp, extremiteiten, voetzolen en handpalmen Condylomata lata Koorts Keelpijn Gewichtsverlies Hoofdpijn Duizeligheid Meningisme Lymfadenopathie Neurolues (asymptomatisch, meningovasculair, tabes dorsalis, dementia paralytica) Zelden: acute meningitis, hepatitis, nierziekten, hypertrofische gastritis, colitis ulcerosa, artritis, periostitis, optische neuritis, iritis, uveitis, etc.
	Latente lues (enkele tot tientallen jaren)	
	Tertiaire lues (1-30 jaar na infectie)	Gummata Granulomata Neuropathische gewrichtsaandoeningen Cardiovasculaire lues (aortitis, aneurysma aortae, hartfalen) Neurolues (asymptomatisch, meningovasculair, tabes dorsalis, dementia paralytica)

om anderen te inspireren en blijheid uit te stralen. Het schilderen staakte hij na het herseninfarct; zijn opmerkelijke uiterlijk onderhield hij echter tot het einde.

BESPREKING

Lues is een seksueel overdraagbare aandoening, veroorzaakt door de spirocheet *Treponema pallidum*. De ziekte wordt gekenmerkt door verschillende actieve en latente stadia (tabel 1). Tijdens ieder stadium kan het centrale zenuwstelsel worden aangedaan. Men spreekt dan van neuro-lues. Een vroege luetische meningitis kan zich weken tot maanden na de eerste infectie presenteren in de vorm van hoofdpijn, misselijkheid, braken, meningeale prikkeling, hersenzenuwuitval, epileptische insulten en karakterveranderingen. Wanneer ook de vascularisatie van het brein aangedaan is, kunnen infarcteringen van het hersenparenchym ontstaan, het frequentst in het stroomgebied van de A. cerebri media. Vaak gaat hieraan een prodromale fase vooraf met hoofdpijn, vertigo, psychische veranderingen en slapeloos-

heid (Del Mar Sáez de Ocariz e.a. 1996). Meestal is echter sprake van een asymptomatische neuro-lues, met positieve uitslagen van serologisch onderzoek op lues in bloed en liquor, maar zonder klinische verschijnselen. In 20% van de gevallen ontstaat een symptomatische neuro-lues.

Een late vorm van neuro-lues ontstaat bij een derde van de onbehandelde patiënten (Clark & Danbolt 1964), vaak na een jarenlange latente fase. Deze late vorm wordt tegenwoordig vrijwel uitsluitend gezien bij hiv-positieve patiënten (Johns e.a. 1987). Wanneer de achterstrengen in het myelium en de dorsale wortels zijn aangedaan, ontstaat tabes dorsalis. Hierbij staan ataxie en hevige pijnen op de voorgrond. Wanneer het hersenparenchym is aangedaan, ontstaat dementia paralytica (*general paresis*), met vergeetachtigheid en karakterveranderingen als beginsymptomen en later dementie, al dan niet gepaard gaand met dysartrie, hypotonie, afwijkende reflexen en een intentietremor. Psychiatrische beelden zoals depressie, manie en psychose worden ook beschreven (Roberts & Emsley 1995). Neuro-lues, vanouds 'de grote imitator' genoemd, heeft in combinatie met

hiv (de 'nieuwe grote imitator') vaker een foudroyant beloop (Goldmeier & Hay 1993; Musher e.a. 1990).

Over het exacte moment waarop de eerste tekenen van neurolues en/of aids zich bij onze patiënt manifesteerden, valt te debatteren. Opvallend is het ontstaan van een herseninfarct met fatische stoornissen en een hemiparese in de afwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren. In het licht van de later gestelde diagnoses maakt dit een meningovasculaire vorm van neurolues als oorzaak aannemelijk. De hieraan voorafgaande perioden van hoofdpijn en vertigo kunnen in dit kader worden geduid als prodromale symptomen. De cognitieve stoornissen en gedragsveranderingen passen goed bij een *general paresis*.

Toch zijn wellicht ook eerder aanwijzingen te zien geweest voor neurolues. Ongeveer 10 jaar na de periode van onbeschermd seksuele contacten onderging onze patiënt een karakterverandering, verloor hij zijn interesse in muziek, raakte hij geïnteresseerd in spiritualiteit, begon met schilderen en veranderde zijn uiterlijk. Achteraf zouden dit de eerste manifestaties van neurolues kunnen zijn geweest. Daar staat tegenover dat deze veranderingen ook vroege uitingen kunnen zijn geweest van frontale encefalitis door aids of van een combinatie van beide aandoeningen (Johns e.a. 1987). Indien frontale pathologische afwijkingen op basis van (een van) deze aandoeningen echter verantwoordelijk zijn geweest voor de beschreven veranderingen, dan kunnen we constateren dat deze niet alleen negatief uitpakten en dat de artistieke van onze patiënt zich hierdoor in een nieuwe richting kon ontwikkelen.

Wat vaststaat, is niet meer dan de coincidentie in de tijd tussen het inslaan van een nieuwe artistieke richting en het waarschijnlijke ontstaan van neurolues en aids. Welbeschouwd geldt deze onzekerheid evenzeer voor de genoemde historische voorbeelden van kunstenaars met neurolues. In theorie is het zeer wel mogelijk dat dezen ook zonder neurolues tot opmerkelijke prestaties zouden zijn gekomen. In de tijd dat 15% van de bevolking besmet was met lues was de a-priorikans dat

zich onder deze patiënten enkele getalenteerde kunstenaars bevonden niet te verwaarlozen – en daarmee de kans dat sprake was van een louter toevallige samenloop van omstandigheden. Desalniettemin blijft het verband tussen neurolues en artistiek een intrigerende mogelijkheid, die zeker voor onze patiënt – in het huidige tijdvak van lage incidentiecijfers voor neurolues – als realistisch moet worden beschouwd.

LITERATUUR

- Clark EG, Danbolt N. The Oslo study of the natural course of untreated syphilis: An epidemiologic investigation based on a re-study of the Boeck-Bruusgaard material. *Med Clin North Am* 1964; 48: 613-21.
- Conde-Sendín MÁ, Amela-Peris R, Aladro-Benito Y, Maroto AAM. Current clinical spectrum of neurosyphilis in immunocompetent patients. *Eur Neurol* 2004; 52: 29-35.
- Del Mar Sáez de Ocariz M, Nader JA, Del Brutto OHH, Santos Zambrano JA. Cerebrovascular complications of neurosyphilis: The return of an old problem. *Cerebrovasc Dis* 1996; 6: 195-201.
- Fournier MA. La syphilis du cerveau. *Leçons cliniques recueillies par E. Brissaud*. Paris: Masson; 1879.
- Goldmeier D, Hay P. A review and update on adult syphilis, with particular reference to its treatment. *Int J STD AIDS* 1993; 4: 70-82.
- Hayden D. Pox. Genius, madness, and the mysteries of syphilis. New York: BasicBooks; 2003.
- Hook 3rd EW, Marra CM. Acquired syphilis in adults. *N Engl J Med* 1992; 326: 1060-9.
- Johns DR, Tierney M, Felsenstein D. Alteration in the natural history of neurosyphilis by concurrent infection with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1987; 316: 1569-72.
- Musher DM, Hamill RJ, Baughn RE. Effect of human immunodeficiency virus (HIV) infection on the course of syphilis and on the response to treatment. *Ann Intern Med* 1990; 113: 872-81.
- Nordenbo AM, Sørensen PS. The incidence and clinical presentation of neurosyphilis in Greater Copenhagen 1974 through 1978. *Acta Neurol Scand* 1981; 63: 237-46.
- Roberts MC, Emsley RA. Cognitive change after treatment for neurosyphilis. Correlation with CSF laboratory measures. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 305-9.

AUTEURS

J.M.W. SEGERS-VAN RIJN is arts in opleiding tot neuroloog bij het Haga Ziekenhuis, locatie Leyenburg te Den Haag.

J.D. BLOM is opleider psychiatrie bij de Parnassia Bavo Groep te Den Haag. Hij is tevens universitair docent bij de vakgroep Psychiatrie van de Universiteit Groningen.

Correspondentieadres: J.D. Blom, Parnassia Bavo Groep, Paradijsappelstraat 2, 2552 HX Den Haag.

E-mail: jd.blom@parnassiagroep.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-9-2010.

SUMMARY

An artist with neurosyphilis and AIDS – J.M.W. Segers-van Rijn, J.D. Blom –

Neurosyphilis is a neuropsychiatric disorder which can be severely incapacitating and even fatal, but which has been associated historically with genius and artistic inspiration. We describe an artist with neurologic and psychiatric complaints who owed not only his disease symptoms, but possibly also his artistic talent to neurosyphilis. Gradually, our patient developed all the clinical symptoms of neurosyphilis. In addition, he turned out to suffer from AIDS. At a late stage, the clinical picture was complicated by opportunistic infections and epilepsy. Although the patient received the best possible treatment, he ultimately died from opportunistic infections.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)4, 245-250]

KEYWORDS AIDS, artistry, syphilis