

‘Theatrale persoonlijkheidsstoornis met regressie en conversie’; een meningeoom

A.M.L. OUDE ELBERINK, M.S. OUDIJN, V.I.H. KWA, H.L. VAN

SAMENVATTING Bij een 47-jarige vrouw bij wie gedacht werd dat er sprake was van regressie en conversie bij een theatrale persoonlijkheidsstoornis, werd uiteindelijk een frontaal meningeoom gediagnosticeerd. Frontale meningeomen kunnen zich met een verscheidenheid aan psychiatrische symptomen presenteren, soms zelfs voordat er neurologische symptomen zijn. De diagnostiek wordt vaak vertraagd doordat symptomen zich verraderlijk presenteren en het moeilijk blijkt een eenmaal gestelde psychiatrische diagnose bij te stellen. Wij bespreken de symptomen van een meningeoom, de oorzaken voor vertraging in diagnostiek en de indicaties voor beeldvormend onderzoek bij psychiatrische patiënten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)6, 371-376]

TREFWOORDEN beeldvormend onderzoek, meningeoom, persoonlijkheidsstoornis

Hersentumoren kunnen zich voor het eerst uiten in allerlei gedragsveranderingen. Desondanks worden ze geregeld te laat vastgesteld, hetgeen leidt tot vertraging in de behandeling. Zeker als er psychologische verklaringen zijn en een ingezette behandeling aanvankelijk ook enig succes lijkt te hebben, raakt een organische oorzaak uit zicht. Dergelijke situaties komen vooral voor bij langzaam groeiende frontale meningeomen.

Aan de hand van een gevalsoverzicht gaan we in op de symptomen waarmee een meningeoom zich kan presenteren, de mogelijke oorzaken voor vertraging in diagnostiek en de indicaties voor nader beeldvormend onderzoek van de hersenen bij psychiatrische patiënten.

GEVALSBESCHRIJVING

Reden van opname

Patiënte A, een 47-jarige vrouw, werd verwezen voor opname wegens regressie en conversie bij een theatrale persoonlijkheidsstoornis.

Patiënte was niet eerder in aanraking gekomen met de psychiatrie, totdat zij anderhalf jaar daarvoor in zorg kwam bij het ambulante behandelingssteam. Zij was dakloos geraakt en in een pension terechtgekomen, alwaar zij onaangepast gedrag vertoonde. Heteroanamnestisch leek er al lang sprake te zijn van persoonlijkheidsproblematiek. De laatste jaren kwam patiënte steeds meer in conflict met haar omgeving en werd het contact met haar familie verbroken.

Patiënte presenteerde zich bij het ambulante behandelingssteam theatraal en vertoonde regressief gedrag. Zij vertelde onder andere dat zij hersentumoren had en als gevolg daarvan blind was geworden. Deze blindheidsklachten konden niet

geobjectiveerd worden. Ook bleek ze niet bekend in de door haar opgegeven ziekenhuizen. Ze kreeg ‘aanvallen’, waarbij ze in verwarde en verstijfde toestand op bed lag, maar nog wel reageerde op aanspreken. Deze ‘aanvallen’ volgden elkaar steeds vaker op, waarbij ze ook haar urine en feces liet lopen en naakt onder haar bed ging liggen. Meerdere malen vond een bezoek plaats door de crisisdienst en de huisarts. Enkele dagen voor opname was zij kortdurend somatisch opgenomen in verband met dehydratie.

Vanwege de ontstane impasse in de behandeling en de onhoudbare situatie in het pension werd patiënte aangemeld voor psychiatrische opname.

Klinisch onderzoek

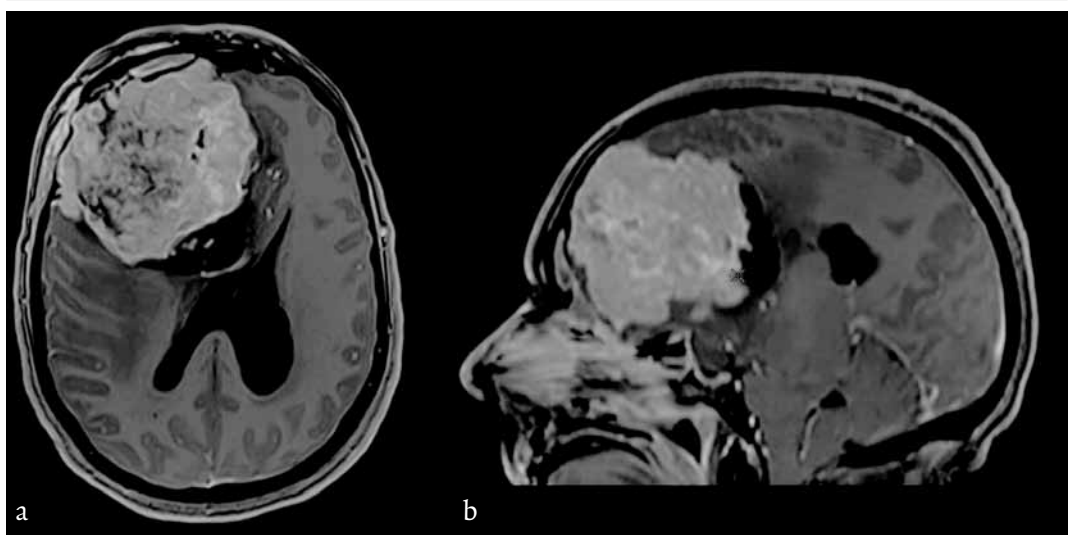
Wij zagen een onverzorgde vrouw met een kinderlijke en theatrale presentatie. Hoewel patiënte aangaf blind te zijn, vertoonde zij gedrag waaruit bleek dat zij wel degelijk kon zien. Het bewustzijn en de aandacht waren ongestoord. De

oriëntatie was in plaats gestoord, in tijd en in persoon intact. Het geheugen was door loochening van gebeurtenissen moeilijk te beoordelen. De intelligentie imponeerde als bovengemiddeld. Er was sprake van enig ziektebesef, maar ziekteinzicht ontbrak. Er waren geen aanwijzingen voor hallucinaties. Het denken was bradyfreen en wijdlopig. Inhoudelijk waren er geen wanen. De stemming was normofoor tot somber met een neutraal, incongruent affect; patiënte vertoonde geen lijdensdruk. De psychomotoriek en de impulscontrole waren ongestoord.

Bij lichamelijk en neurologisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Er werd geen fundoscopie of reuktest verricht.

Er werd, mede op basis van het eerdere beloop en heteroanamnestische gegevens, geconcludeerd dat er sprake was van een theatrale persoonlijkheidsstoornis, waarbij de ogenschijnlijk neurologische klachten het meest leken te passen bij een nagebootste stoornis of een conversiestoornis.

FIGUUR 1 Axiale (a) en sagittale (b) T1-gewogen MRI-beeld van de hersenen met gadolinium van patiënte. Rechts frontaal is een groot meningeoom zichtbaar met een diameter van 7 cm, omgeven door een zone oedeem. Het geheel geeft massawerking en verdringt het hersenweefsel, hetgeen te zien is aan de occlusie van de voorhoorn van de rechter zijventrikel en verplaatsing van de falx en linkerfrontaalkwab naar links (a).



Beloop

In de eerste weken na opname namen de klachten met een steunende en activerende bejegening langzaam af. Patiënte gaf aan steeds beter te kunnen zien, zij liep al snel zelfstandig en de eerder beschreven ‘aanvallen’ werden op de afdeling niet gezien. Het contact met familie werd hersteld.

Na vier weken namen de gedragsstoornissen echter zonder duidelijke aanleiding weer toe. Twee weken later werd patiënte in comateuze toestand aangetroffen in bed. Bij beeldvormend onderzoek werd een groot frontaal meningeoom gevonden (figuur 1). De chirurg verrichtte een craniotomie, waarbij 90-95% van de tumor werd verwijderd. Een half jaar na de operatie was er sprake van een persistent frontaal syndroom, waardoor patiënte niet zelfstandig kon functioneren.

BESPREKING

Symptomen

Meningeomen vormen 13-26% van alle intracranieële tumoren. De meeste meningeomen zijn benigne en groeien (zeer) langzaam. De incidentie onder de algemene bevolking is circa 3/100.000/jaar. Ze komen het meest voor tussen het 60e en 80e levensjaar (Marosi e.a. 2008). Gezien het frequent voorkomen van psychiatrische symptomen bij meningeomen is het aannemelijk dat de incidentie in psychiatrische populaties hoger ligt, daar zijn echter geen precieze gegevens over bekend.

Frontale tumoren veroorzaken in 90% van de gevallen psychiatrische symptomen (Gupta & Kumar 2004; Madhusoodanan e.a. 2007). Vooral meningeomen in de frontale kwab kunnen echter een aanzienlijk formaat bereiken voordat neurologische symptomen optreden (Marosi e.a. 2008). In een retrospectief onderzoek bij 72 patiënten met een meningeoom was bij 21% enkel sprake van psychiatrische symptomen, zonder neurologische afwijkingen (Gupta & Kumar 2004).

Frontale tumoren leiden vanwege hun lokalisatie tot symptomen in cognitie en gedrag (Madhusoodanan e.a. 2007; Tucha e.a. 2003). Karakteristieke kenmerken zijn apathie, disinhibitie en impulsiviteit. Verder kunnen optreden: desoriëntatie, stoornissen in de aandacht, geheugenstoornissen, oordeels- en kritiekstoornissen, onverschilligheid, interesseverlies, perseveraties, verlies van abstractievermogen, hallucinaties, euforie of depressie, emotionele labiliteit en ontremd gedrag (Madhusoodanan e.a. 2007; Panzer e.a. 1991; Wertenbroek e.a. 2006). Hoewel depressies geregeld beschreven worden, blijkt na het stellen van de diagnose meningeoom dat het veelal ging om apathie en niet om somberheid (Hengeveld 2010). Bovengenoemde symptomen worden ook vaak als persoonlijkheidsveranderingen gerapporteerd.

Indien patiënten met frontale meningeomen neurologische symptomen krijgen, gaat het meestal om: visusstoornissen (54%), hoofdpijn (48%), anosmie (40%), mentale veranderingen (34%) en insulden (20%) (Marosi e.a. 2008). Tevens kunnen urine- en fecesincontinentie ontstaan (Maurice-Williams & Dunwoody 1988).

Symptomen van toegenomen hersendruk zijn onder andere misselijkheid, braken, hoofdpijn, papiloedeem en insulden (Chandana e.a. 2008; Marosi e.a. 2008; Maurice-Williams & Dunwoody 1988). Deze symptomen komen echter pas laat in het ziektebeloop voor.

Vertraging in diagnostiek

Er is een aantal oorzaken waardoor er vertraging kan optreden in het stellen van de diagnose meningeoom. Daar meningeomen veelal langzaam groeien en het hersenparenchym niet invaderen, treden de symptomen zeer sluipend op en wordt de ruimte-innemende aard van de aandoening pas laat duidelijk, als de hersendruk toeneemt (Madhusoodanan e.a. 2007; Wertenbroek e.a. 2006). In de fase dat neurologische verschijnselen ontbreken of niet op de voorgrond staan, ligt het niet voor de hand te denken aan een hersentumor als oorzaak van de gedragsveranderingen.

TABEL 1 Indicaties voor beeldvormend onderzoek in de psychiatrie

- | | |
|---|---|
| 1 | Nieuwe of onverklaarbare neurologische symptomen (vooral anosmie, papiloedeem, visusstoornissen) |
| 2 | Vermoeden van behandelbare neurochirurgische aandoening bij dementie; of behoefte aan meer diagnostische zekerheid over de diagnose dementie |
| 3 | Eerste psychiatrische verschijnselen na het 40ste levensjaar, vooral: <ul style="list-style-type: none"> – psychose; – persoonlijkheidsverandering (zich vooral uitend in regressieve beelden en apathie, disinhibitie en/of impulsiviteit) |
| 4 | Het aanhoudend uitblijven van effect van psychiatrische behandeling op welke leeftijd dan ook of een atypisch beloop ervan |

Patiënten worden daarom vaak eerst verwezen naar de psychiater (Maurice-Williams & Dunwoody 1988). Auteurs van gevalbeschrijvingen merken geregeld op dat als gedragsveranderingen eenmaal als psychiatrisch bestempeld zijn, een mogelijke somatische etiologie geheel uit beeld raakt. Dit wordt versterkt door de aanwezigheid van op het eerste gezicht logische psychologische verklaringen (Hengeveld 2010; Maurice-Williams & Dunwoody 1988; Panzer e.a. 1991; Wertenbroek e.a. 2006; Wessling e.a. 2006). Dit was ook bij onze patiënte het geval.

Indicaties beeldvormend onderzoek bij psychiatrische patiënten

Aangezien een late diagnose van meningeom bij psychiatrische patiënten regelmatig voorkomt en leidt tot aanzienlijke morbiditeit, is het nodig een subgroep te identificeren die in aanmerking komt voor beeldvormend onderzoek van de hersenen. Hollister en Shah (1996) stellen op basis van CT- en MRI-onderzoek bij psychiatrische patiënten als duidelijkste indicatie voor beeldvormend onderzoek nieuwe of onverklaarbare neurologische symptomen. Vaak hangen de neurologische symptomen samen met een neurologische aandoening in de voorgeschiedenis, zoals een CVA. Als dat het geval is, moet men afwegen in hoeverre het van belang is om een afwijking te lokaliseren en te documenteren die klinisch evident aanwezig is en waarvoor verdere behandeling waarschijnlijk niet mogelijk is. Tevens geven zij aan dat een vermoeden van de ziekte van Alzheimer of vasculaire dementie een indicatie is voor beeldvormend

onderzoek. Hierbij gaat het er vooral om een behandelbare neurochirurgische oorzaak voor de dementie uit te sluiten of meer diagnostische zekerheid te verkrijgen over de diagnose dementie (Richtlijn dementie 2005).

Bij aanvang van psychiatrische symptomen, vooral een eerste psychose of persoonlijkheidsverandering, na het 40ste jaar moet men volgens Hengeveld (2010) altijd eerst zoeken naar een lichamelijke oorzaak en is beeldvormend onderzoek geïndiceerd (Gupta & Kumar 2004).

Naast deze indicaties hebben veel gevalbeschrijvingen van laat gediagnosticeerde meningeomen gemeen het uitblijven van effect van psychiatrische behandeling. Wessling e.a. (2006) concludeerden op basis hiervan dat het niet-reageren op een behandeling, op welke leeftijd dan ook, toegevoegd moet worden aan de lijst van criteria voor beeldvormend onderzoek bij psychiatrische patiënten.

Aan de hand van deze literatuurbevindingen en onze klinische ervaringen hebben wij de voornaamste indicaties voor beeldvormend onderzoek in tabel 1 samengevat.

CONCLUSIE

Achteraf bezien pasten de symptomen van onze patiënte bij een frontaal syndroom en toegenomen hersendruk ten gevolge van een meningeom. Frontale meningeomen kunnen zich door hun langzame groei en niet-invasieve karakter zeer verraderlijk presenteren, met een verscheidenheid aan psychiatrische symptomen, waarbij neurologische symptomen aanvankelijk kunnen

ontbreken. Het is niet bekend hoe vaak vertraging in de diagnostiek voorkomt, maar gevalsbeschrijvingen laten zien dat, ook door aanvankelijk plausible psychologische verklaringen, de diagnose meningeoom regelmatig pas in een laat stadium gesteld wordt. Dit illustreert hoe belangrijk het is om deze differentiaaldiagnose na afronding van de intake te blijven overwegen en om gedurende het beloop eventueel beeldvormend onderzoek te verrichten.

Achteraf zouden bij onze patiënte fundoscopie en een reuktest bij opname ons op het spoor van het meningeoom hebben kunnen zetten. Zij had mogelijk zogenaamde obscuraties bij het papiloedeem, waardoor ze bij momenten werkelijk blind was.

Gestructureerd intercollegiaal overleg met een neuroloog en laagdrempelige consultatie zijn nodig om neurologische verschijnselen in een vroeg stadium te herkennen en de indicaties voor beeldvormend onderzoek te stellen, waarbij de in dit artikel gepresenteerde tabel als leidraad kan dienen.

LITERATUUR

- Chandana SR, Movva A, Arora M, Singh T. Primary brain tumors in adults. *Am Fam Physician* 2008; 77: 1423-30.
- Gupta RK, Kumar R. Benign brain tumours and psychiatric morbidity: a 5-years retrospective data analysis. *Aus NZ J Psychiatry* 2004; 38: 316-9.
- Hengeveld MW. Psychiatrische diagnostiek: waar gaat het eigenlijk over? *Maandbl Geest Volksgezondh* 2010; 5: 377-87.
- Hollister LE, Shah NN. Structural brain scanning in psychiatric patients: a further look. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 241-4.
- Madhusoodanan S, Danan D, Moise D. Psychiatric manifestations of brain tumors: diagnostic implications. *Exper Rev Neurotherapeutics* 2007; 7: 343-9.
- Marosi C, Hassler M, Roessler K, Reni M, Sant M, Mazza E, e.a. Meningioma. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008; 67: 153-71.
- Maurice-Williams RS, Dunwoody G. Late diagnosis of frontal meningiomas presenting with psychiatric symptoms. *BMJ* 1988; 296: 1785-6.
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2005. p. 47-51.
- Panzer MJ, DeQuardo JR, Abelson JL. Delayed diagnosis of a frontal meningioma. *Ann Clin Psychiatry* 1991; 3: 259-62.
- Tucha O, Smely C, Preier M, Becker G, Paul GM, Lange KW. Preoperative and postoperative cognitive functioning in patients with frontal meningiomas. *J Neurosurg* 2003; 98: 21-31.
- Wertenbroek AAACM, Kuiters RRF, Bruijn SFTM de, Woerkom TCAM van. Een meningeoom als oorzaak van ingrijpende veranderingen in gedrag en levensloop. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150: 2733-8.
- Wessling H, Simosono CL, Escosa-Bagé M, Heras-Echeverría P de las. Anton's syndrome due to a giant anterior fossa meningioma. The problem of routine use of advanced diagnostics imaging in psychiatric care. *Acta Neurochir* 2006; 673-5.

AUTEURS

- A.M.L. OUDE ELBERINK, arts in opleiding tot psychiater, Arkin te Amsterdam.
- M.S. OUDIJN, psychiater, Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.
- V.I.H KWA, neuroloog, Slotervaartziekenhuis te Amsterdam.
- H.L. VAN, psychiater en A-opleider, Arkin te Amsterdam.
- Correspondentieadres: A.M.L. Oude Elberink, Arkin, Secretariaat Opleiding Psychiatrie, WG-plein 416, 1054 SH Amsterdam.
- E-mail: opleiding.psychiatrie@arkin.nl.

Geen strijdige belangen meedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-2-2011.

SUMMARY

'Histrionic personality disorder with regression and conversion': a meningioma –
A.M.L. Oude Elberink, M.S. Oudijn, V.I.H. Kwa, H.L. Van –

A 47-year-old woman, who was believed to be suffering from histrionic personality disorder with regression and conversion, was finally diagnosed with a frontal meningioma. Patients with meningiomas can present with a variety of psychiatric symptoms, sometimes even before neurological symptoms occur. The diagnosis is often delayed because the symptoms are misleading and it is difficult to modify a psychiatric diagnosis once this has been made. Discussion focuses on the characteristic signs of a meningioma, the reasons for delays in diagnosis and the indications for brain-imaging on psychiatric patients.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)6, 371-376]

KEY WORDS imaging, meningioma, personality disorder