

‘Aids dementie complex als verrassende diagnose bij ouderen’

door G.A.M. Golijke-Willemsse en A.M.S. Thomaes

Gepubliceerd in 1994, no. 2

Samenvatting

Het betreft een beschrijving van een bejaarde patiënte met een organisch psychosyndroom. De oorzaak van dit ziektebeeld blijft lang onduidelijk, waardoor het enige tijd duurt voordat zij adequaat behandeld wordt. Voor dit ‘delay’ worden meerdere redenen aangegeven. Uiteindelijk wordt de diagnose AIDS gesteld en azydothymidine (AZT) therapie gegeven.

Inleiding

Oudere patiënten met een psycho-organisch syndroom worden regelmatig naar een algemeen psychiatrisch ziekenhuis verwezen zonder dat de organische oorzaak is achterhaald.

De diagnostiek kan complex zijn en soms blijft, ondanks zorgvuldig onderzoek, de aetiologie onduidelijk. Af en toe kan er echter een verrassende diagnose worden gesteld. Met de hierna volgende casus, waarmee wij enige tijd geleden werden geconfronteerd, willen wij dit illustreren.

Na de casusbeschrijving volgt een literatuuroverzicht van de uiteindelijke diagnose, waarna aan de hand van de literatuur de casus wederom wordt bekeken.

Casus

Het betreft een 70-jarige vrouw. Na een herpes zoster infectie in 1989 wordt patiënte somber en blijft ze last houden van algehele malaise en gewichtsverlies. In 1990 wordt ze volledig internistisch onderzocht, waarbij er levermetastasen van onbekende origine worden ontdekt. Na het vernemen hiervan klaart haar stemming aanzienlijk op. Ze neemt van iedereen afscheid en bereidt zich voor op de naderende dood.

Tegen alle verwachting in blijft haar lichamelijke toestand stabiel. Patiënte wordt echter toenemend vergeetachtig en gaat onzeker lopen. Ze wordt nu voor een second opinion opgenomen in een academisch ziekenhuis en er wordt vastgesteld dat er waarschijnlijk sprake is van een non-Hodgkin lymfoom van het lymfocytoïde type, gelokaliseerd in lymfeklieren rond de aorta abdominalis en vena cava superior, in de epifarynx en in de lever. Aangezien patiënte nauwelijks klachten heeft, wordt besloten haar voorlopig niet te behandelen. Ze begrijpt hieruit dat ze geen kanker heeft. Eenmaal weer thuis gaat de psychische conditie van patiënte snel achteruit. Ze wordt somber en apathisch, haar zelfzorg vermindert. De psychiater van onze polikliniek, naar wie zij in mei 1991 verwezen wordt, besluit patiënte eerst terug naar de internist te sturen, aangezien ze een vreemd aandoend ulcus op haar tong heeft ontwikkeld, waar ze veel last van heeft.

Ze wordt opnieuw opgenomen op de afdeling interne geneeskunde. Gedurende deze opname valt de sterk in ernst wisselende oriëntatie- stoornis op. De geconsulteerde psychiater twijfelt tussen een organisch psychosyndroom en een aanpassingsstoornis bij een claimende theatrale vrouw. De neuroloog kan geen afwijkingen vinden. Ook het electroencefalogram (EEG), de computertomografische hersenscan (CT scan) en lumbaalpunctie zijn niet afwijkend. Omdat het ulcus spontaan verdwijnt en haar lichamelijke conditie stabiel blijft, wordt ze voor nadere diagnostiek

verwezen naar onze psychiatrische kliniek.

Bij opname vertelt haar zoon dat zijn moeder de laatste jaren erg vereenzaamd is. In 1979 is haar enige dochter overleden aan een acute hartstilstand. Twee jaar later overleed haar echtgenoot. Hierna onderhield zij, naast haar zoon, vooral nog contact met haar enige kleindochter en een bevriende geestelijke. In 1989 overleed ook deze man en haar kleindochter kreeg serieuze verkering.

Bij onderzoek van patiënte zien we een magere, matig verzorgde 69-jarige vrouw met een grauwe gelaatskleur. Ze is weinig mededeelzaam. Ze ontkent alle problemen en er is sprake van een algehele desinteresse. Haar bewustzijn is helder. Haar oriëntatie in plaats lijkt af en toe gestoord, al tracht ze dit te verbloemen. Haar aandachtspanne is gering. Er zijn geen aanwijzingen voor hallucinaties. Het denken is iets vertraagd. Patiënte is niet psychotisch. Haar stemming imponeert somber bij een labiel, onecht aandoend affect. Gedurende de opname is de zelfzorg slecht; ze eet en drinkt nauwelijks en komt tot niets. Opvallend is haar slingerende gang, af en toe dreigt ze naar links te vallen. Bij lichamelijk onderzoek worden geen noemenswaardige afwijkingen gevonden, met name geen palpabele lymfomen en het neurologisch onderzoek is ongestoord.

Laboratoriumonderzoek levert op: Bezinking 77 mm, Hb 6,3 mmol/l, leucocyten $6 \times 10^9/l$ met een normale differentiatie en trombocytenaantal $174 \times 10^9/l$. Nierfunctie, leverfunctie, schildklierfunctie en mineralen zijn ongestoord.

Neuropsychologisch onderzoek wijst op beperkte inprentingsmogelijkheden, stoornissen in de ruimtelijke oriëntatie en verstoorde planning. De resultaten worden echter sterk beïnvloed door de slechte inzet en de snelle vermoeibaarheid van patiënte, zodat er niet met zekerheid gesproken kan worden van een organisch psychosyndroom.

Differentiaal diagnostisch wordt er gedacht aan een organisch psychosyndroom mogelijk t.g.v. een non-Hodgkin lymfoom en/of een gevestigde reactieve depressie als reactie op een lichamelijke ziekte en verlies van dierbaren.

Op grond van deze differentiaal diagnose wordt er een proefbehandeling met clomipramine gestart. Haar toestandsbeeld wordt nauwlettend gevolgd. Regelmatige herhaling van zowel neurologisch als neuropsychologisch onderzoek wordt gepland. Behandeling van het non-Hodgkin lymfoom d.m.v. prednison geschiedt in nauw overleg met de internist, die patiënte zelf poliklinisch blijft volgen.

Na een korte opleving verslechtert de toestand van de patiënt snel. Ze ontwikkelt opnieuw een herpes zoster, koorts, een zeer uitgebreide recidiverende orale candida infectie en impetigo aan het linkerbeen. Haar bloedbeeld verslechtert: BSE: 121 mm, Hb: 5.1 mmol/l, leucocyten: $2,6 \times 10^9/l$ met een normale differentiatie, trombocyten: $111 \times 10^9/l$. Ze wordt bedlegerig, apathisch, raakt steeds meer gedesoriënteerd in tijd en plaats en de inprenting raakt fors gestoord.

In dit stadium, het is inmiddels maart 1992, vertelt haar zoon dat patiënte de laatste jaren erg bang is geweest om AIDS te hebben, omdat de bevriende geestelijke mogelijk aan AIDS gestorven is. De HIV-antistof test blijkt inderdaad tot tweemaal toe positief! De Magnetic Resonance Imaging (MRI) van de hersenen laat de typisch witte stof laesies zien welke gevonden worden bij het AIDS dementie complex.

Bespreking

Onze uiteindelijke conclusie is, dat er bij deze zeventigjarige vrouw sprake is geweest van een HIV-infectie beginnend met gewichtsverlies, algemene malaise en generaliseerde lymfoadenopathie danwel een non-Hodgkin lymfoom. Er ontwikkelden zich meerdere infecties, die

kunnen wijzen op een afweerstoornis: Herpes zoster, recidiverende candida infectie en impetigo. Langzamerhand ontstond er een AIDS- dementie-complex (ADC), mogelijk gecompliceerd door een depressie.

ADC

De diagnose ADC wordt gesteld op basis van het klinische beeld, de bevindingen bij neuropsychologisch onderzoek, afwijkingen op de MRI- hersenscan en aanwezigheid van HIV-antigeen in de liquor.

Het klinische beeld begint vaak met subtiele cognitieve stoornissen (korte termijn geheugenstoornissen, concentratieproblemen en traagheid van denken) zonder verdere neurologische symptomen. Later ontstaan gedragsveranderingen (interesse-vermindering, inactiviteit en terugtrekgedrag) en lichte coördinatiestoornissen bij lopen, schrijven en spreken. Verder in het beloop treedt een ernstige dementie op met incontinentie, mutisme en soms hallucinaties. Er ontstaat een atactisch looppatroon, tremoren, spontane myocloniën en uiteindelijk paraplegie (Navia e.a. 1986a).

Neuropsychologisch onderzoek geeft het beeld te zien van subcorticale dementie (Treisman e.a. 1993). Bij subcorticale dementie is er met name sprake van een vertraagde gedachtengang, geheugenstoornissen (vooral 'recall'-problemen) en moeilijkheden bij complexe intellectuele taken (b.v. planning) (Derix e.a. 1990).

Op de CT hersenscan ziet men meestal enige mate van corticale atrofie met ventriculaire dilatatie en soms aanwijzingen voor laesies van de witte stof. De MRI laat karakteristieke witte stofafwijkingen zien, te weten symmetrische, bilaterale, multifocale lesies van de subcorticale witte stof, thalamus en basale ganglia (T gewogen afbeeldingen).

Bij meer dan éénderde van de patiënten lijdend aan AIDS ontwikkelt zich een ADC als er geen therapie gegeven wordt. Het ADC openbaart zich meestal laat in het beloop van de HIV-infectie, doch bij een kwart van de patiënten is dit het eerste symptoom (Fernandez 1989).

Bij behandeling met AZT (een remmer van de replicatie van het HIV-virus), nemen de cognitieve stoornissen van patiënten lijdend aan ADC af. Dit is helaas een tijdelijk effect. Zonder behandeling overlijden ADC-patiënten binnen één tot negen maanden (Schmitt e.a. 1988).

Differentiaal diagnostisch moet men bij cognitieve stoornissen met of zonder neurologische symptomen bij AIDS-patiënten denken aan opportunistische infecties in cerebro, hersentumoren en metabole encefalopathiën.

Door het aspecifieke en sluipende karakter zijn de beginsymptomen van het ADC ook vaak moeilijk te differentiëren van depressieve verschijnselen. Bovendien vertoont ongeveer 17% van de AIDS-patiënten een depressie (Fernandez 1989).

Overwegingen bij deze casus

Terugkijkend naar bovenstaande casus wees de symptomatologie van patiënte duidelijk op AIDS. Toch werd de diagnose pas in een laat stadium gesteld. We kunnen hiervoor verschillende verklaringen bedenken. Het non-Hodgkin lymfoom werd in eerste instantie verondersteld de organische oorzaak van het psycho-organische syndroom te zijn. Onder andere door de hoge leeftijd van patiënte werd de intimiteit van haar vriendschappelijke relatie door ons verkeerd ingeschat. De sterk in ernst wisselende cognitieve stoornissen en theatrale presentatie wezen meer op een aanpassingsstoornis. Ook werd bij patiënte een depressie overwogen.

Omdat we uit gingen van de waarschijnlijkheidsdiagnose psycho-organisch syndroom bij een non-Hodgkin lymfoom werd patiënte behandeld met prednison. Deze therapie heeft, ten gevolge van een immuno- suppressief effect, mogelijk bijgedragen aan de verslechtering van haar toestandsbeeld.

Het blijft echter de vraag in hoeverre er bij patiënte alleen sprake van een ADC is geweest. Misschien heeft ze daarnaast aan een vitale depressie geleden. Psychologische verklaringsmodellen zijn ook denkbaar.

In hoeverre heeft patiënte zich in eerste instantie niet teruggetrokken uit angst AIDS te hebben met het gevaar voor discriminatie, stigmatisatie en afwijzing (Dew e.a. 1990). Een aanwijzing hiervoor is haar positieve reactie op het eerste bericht dat ze kanker heeft en dus geen AIDS. Ook het verlies van een aantal dierbaren kan meegespeeld hebben. Aangetekend moet hierbij worden dat verlieservaringen op hoge leeftijd frequent voorkomen, zonder dat ze direct verband hoeven te houden met het psychiatrische toestandsbeeld. Voor deze patiënte blijven het speculaties.

Beloop

Patiënte werd overgeplaatst naar een academisch ziekenhuis, waar ze behandeld wordt met azidothymidine (AZT). Ze verbetert dusdanig dat er weer redelijk contact met haar mogelijk is. Toch blijft ze dermate verpleegbehoefstig dat overplaatsing naar een verpleeghuis noodzakelijk is.

Conclusie

Met deze klinische les hopen wij aandacht te vragen voor de moeilijke diagnostiek van de psycho-organische syndromen bij ouderen en het gevaar van voorbarige verklaringen en vooronderstellingen. Dat ook seksueel overdraagbare aandoeningen en de diagnose AIDS bij ouderen in de differentiaaldiagnose thuishoren, zullen we hopelijk niet meer vergeten. Vaak is het, met name bij ouderen, zo dat niet één maar meerdere factoren meespelen, zoals deze casus overduidelijk illustreert.

Literatuur

Derix, M.M.A., J. de Gans, J. Stam en P. Portegies (1990), Mental changes in patients with AIDS. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 92
, 215-222.

Dew, M.A., M.V. Ragni en P. Nimorwicz (1990), Infection with Human Immunodeficiency Virus and Vulnerability to Psychiatric Distress. *Archives of General Psychiatry* 47, 737-744.

Fernandez, F. (nov. 1989), Anxiety and the neuropsychiatry of AIDS. *Journal of Clinical Psychiatry* 50, supplement 11.

Navia, B.A., E.S. Cho, C.K. Petito en R.W. Price (1986), The AIDS dementia complex I. *Clinical Features Annuals of Neurology* 19, 517-524.

Schmitt, F.A., J.W. Bigley en R. McKinnis (1988), Neuropsychological outcome of Zidovudine (AZT) treatment of patiënts with AIDS and AIDS-related complex. *The New England Journal of Medicine* 319, 1573-1578.

Treisman, G., C. Lyketsos, M. Fishman en M. Folestica (1993), Neuropsychiatric research on HIV-infected patients. *Current Opinion in Psychiatry* 6, 96-100.

Summary: AIDS dementia complex as a surprising diagnosis in the elderly

This article is about a description of an elderly patient who suffers from an organic psychosyndrome. The cause of this disease is uncertain for a long time. That's why a lot of time is lost before she is adequately treated. The reasons for this delay are discussed.

At last AIDS is diagnosed and azidothymidine (AZT) treatment is given.

De auteurs zijn drs. A. van de Ven, internist en drs. F. Rinia, neuropsychologe erkentelijk voor hun constructieve bijdrage aan de totstandkoming van dit artikel.

De auteurs zijn respectievelijk als klinisch geriater en opleider Klinische Geriatrie, en als arts-assistent psychiatrie in opleiding werkzaam op het Vincent van Gogh Instituut, Postbus 5, 5800 AA Venray.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 28-9-1993.