

Over klinisch redeneren, tunnelvisie en atypische en/of subsyndromale presentaties

J.N.M. Schieveld, J.J.M.H. Strik

Zie Wouters e.a. Laattijdige herkenning van anti-NMDA-receptorencefalitis: interdisciplinaire tunnelvisie? op pag. 221 van dit nummer.

Het enige probleem voor ons mensen is om onze fouten zo snel mogelijk te maken

(John A. Wheeler, 1911-2008, theoretisch fysisus)

In den beginne is de relatie. In deze behandelrelatie is het klinisch redeneren door de behandelaar een van de belangrijkste kerncompetenties. Dit omvat het systematisch verzamelen van kwalitatieve en kwantitatieve data, het vastleggen van het beloop over de tijd, 'patroon-/ Gestaltherkenning' en het opstellen van de belangrijkste differentiaaldiagnosen. Consistentie van logisch en kritisch doorredeneren en een besef van 'trial-and-error' zijn daarmee onlosmakelijk verbonden. Klinische ervaring ter zake, multidisciplinaire samenwerking, in combinatie met diagnostische classificatiesystemen, multidisciplinaire richtlijnen en algoritmes zijn daarbij onmisbaar. Tot zover is alles relatief simpel, maar... Maar lang niet altijd lukt het in de dagelijkse praktijk, ondanks het volgen van deze werkwijze, om een diagnose te stellen. Immers: uiteindelijk zijn de genoemde principes allemaal mensenwerk, en regelmatig werkt 'Moeder Natuur' daar niet aan mee. Dit geldt niet alleen voor de psychiatrie, maar voor alle andere medische disciplines. Iedere internist kan u vertellen dat bijvoorbeeld de klas-

AUTEURS

Jan N.M. Schieveld, kinder- en jeugdpsychiater, afd. Psychiatrie, MUMC+, Maastricht.

Jacqueline J.M.H. Strik, kinder- en jeugdpsychiater, afd. Psychiatrie, MUMC+, Maastricht.

Correspondentie

Jan N.M. Schieveld (jan.schieveld@mumc.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-2-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(4):186-187

sieke trias van een infiltraat bij pneumonie regelmatig níet voorkomt bij bewezen longontstekingen. En zo is het ook in de neuropsychiatrie, en het is daar eveneens regelmatig een groot probleem.

Klinisch redeneren

Het artikel over klinisch redeneren, tunnelvisie en atypische klinische presentaties van onze gewaardeerde Belgische collegae Wouters e.a. is daarom waardevol en welkom.¹ De didactisch en klinisch sterke punten zijn: Ten eerste dat de auteurs onomwonden beschrijven hoe de multidisciplinaire samenwerking en diagnostische 'worsteling' hen toch maar niet echt verder helpen. Ten tweede dat uitspraken als: 'het is psychiatrisch' of 'het is niet neurologisch' betekenisloos zijn, als deze niet helder onderbouwd zijn.

En ten derde dat in retrospect alles altijd zo veel makkelijker is, zo ook hier. Want terugkijkend op het beloop kan de oplettende/gewaarschuwde lezer 'ineens wel' allerlei aanwijzingen/'red flags' vinden van 'niet-pluis'.

De valkuil: prodromale, subsyndromale en atypische presentaties

Er bestaan prodromale beelden die soms heel lang kunnen duren, en/of nooit verder tot klinisch-diagnostische ontwikkeling komen, en zo resulteren in subsyndromale en/of atypische presentaties. Deze beelden kunnen ons misleiden en/of het erop doen lijken er niet te zijn, en dus geen rol te spelen. Zo kunnen tunnelvisie en blinde vlekken ontstaan. Maar deze presentaties bestaan dus wel, en kunnen zo, bijna ‘ondergronds’, van groot klinisch en/of therapeutisch belang zijn.

MMSE

Wij menen, ook uit eigen ervaring, dat bij ieder vermoeden van een ‘organisch psychosyndroom’ wij ons steeds moeten realiseren dat voor de executieve functies geldt: ‘De aandachtsfuncties gaan het eerst uitvallen, en komen pas als laatste weer terug’. Om dit, vaak subtiel, disfunctioneren van de executieve functies zo snel mogelijk zowel kwantitatief als kwalitatief op te kunnen sporen, is de *Mini Mental State Examination* (MMSE) ontwikkeld. Is deze score afwijkend, dan leidt dit tot een serieus vermoeden van het aanwezig zijn van een organisch psychosyndroom. De MMSE is snel en simpel af te nemen, in 5-15 minuten, en de test-hertestcores zijn goed. Voor velen is deze test daarom nog steeds de gouden standaard en daarom wordt deze hoogfrequent gebruikt.

In het geval van een afwijkende MMSE-score, of bij onbegrepen en/of refractaire beelden kan in overleg met de neuroloog ook een SPECT-scan geïndiceerd zijn. Deze kan nuttig zijn om afwijkingen in het cerebraal metabolisme, in de vorm van hypo- of hyperperfusie, in kaart te brengen. Een SPECT-scan duurt 2 x een halfuur: het eerste halfuur is voor het intraveneus laten inlopen van de radioactieve isotoop en de verdeling over het lichaam af te wachten, en aansluitend is het tweede halfuur nodig om te scannen. Een rustige, coöperatieve patiënt is hierbij essentieel.

Wat de toegevoegde waarde van de MMSE in de omgekeerde volgorde van beloop – dus van ernstig ziek naar herstel – ook kan zijn, toont bijvoorbeeld de casus van een 15-jarig meisje aan. Bij haar werd in eerste instantie een psychotische stoornis gediagnosticeerd waarvoor zij ook behandeld werd, maar toen dit beeld niet opklaarde en het meisje ook somatisch verslechterde (inclusief insulten) werd ten slotte een anti-NMDA-receptorencefalitis vastgesteld. Het klinische beeld, en haar vooruitgang tot en met haar herstel, werden vervolgens geïllustreerd door vier, zich steeds meer doorontwikkende tekeningen van haar hand, met als extra onderbouwing tevens andere meetinstrumenten, waaronder MMSE-scores.²

Katatonie

De actuele casus leert ons ook opnieuw dat bij iedere presentatie met katatone symptomen de *Bush-Francis Catatonia Rating Scale* (BFCRS) en de MMSE dienen te worden afgenomen. Bij een afwijkende score op een katatonieschaal dient dan ook het klassieke artikel van Gelenberg, ‘*The catatonic syndrome*’, direct in gedachten te springen.³ Immers, dit artikel leert ons steeds opnieuw dat er een belangrijke somatische differentiaal-diagnose bestaat die het katatone beeld kan aandrijven en in stand houden.

Conclusie

Een goed uitgevoerd onderzoek van de mentale status, inclusief MMSE, kan richting geven bij vaak complexe, onbegrepen, casuïstiek. Vooral intermitterende vertroebeling van het bewustzijn is zeer ongebruikelijk bij zuivere psychiatrische stoornissen zonder somatische oorzaak (zoals bijvoorbeeld bij het delier wel het geval is). Bij een combinatie van psychiatrische symptomen met executieve functieproblemen, vermindering van kortetermijngeheugen en/of fluctuatie van het bewustzijn dient dus *altijd* een organische oorzaak hoog in de differentiaaldiagnose te – blijven – staan.

Wij menen dat bij onbegrepen en/of refractaire beelden, zeker ook in combinatie met katatone symptomen, altijd een verwijzing naar een gespecialiseerd en/of academisch centrum overwogen dient te worden. Multidisciplinaire samenwerking en uitgebreide beeldvorming, inclusief bijvoorbeeld SPECT-onderzoek, kunnen (naast bloed- en liquoronderzoek) vervolgens verder richting geven aan de diagnostiek en eventueel direct aansluitend ook aan een geïndiceerde superspecialistische/academische behandeling.

Tot slot delen we graag met onze Belgische collegae woorden die voor ons allen gelden: ‘Je gaat het pas zien, als je het door hebt’ (Johan Cruijff, 1947-2016).

LITERATUUR

- 1 Wouters S, Van Laere K, De Winter F.-L. Laattijdige herkenning van anti-NMDA-receptorencefalitis: interdisciplinaire tunnelvisie? *Tijdschr Psychiatr* 2024; 66: 221-5.
- 2 Esseveld MM, van de Riet EH, Cuypers L, Schieveld JN. Drawings during neuropsychiatric recovery from anti-NMDA receptor encephalitis. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 21-2.
- 3 Gelenberg AJ. The catatonic syndrome. *Lancet* 1976; 307: 1339-41.