

Tijdige thiaminebehandeling kan verdere schade voorkomen

Wernicke lastig te herkennen

Jan Wijnia,
specialist ouderengeneeskunde

Gerrit Nieuwenhuis,
specialist ouderengeneeskunde

Beiden werkzaam bij Slingedael,
regionaal centrum voor korsakov
en psychogeriatricie, Rotterdam.

Correspondentieadres:
j.wijnia@zorggroeprijnmond.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Alcoholisten die na een collaps in een ziekenhuis terechtkomen, gaan vaak uiteindelijk de deur weer uit met de ontslagdiagnose 'alcoholonthoudingsdelier'.

Dat ze ook lijden aan wernicke-encefalopathie, blijft helaas onopgemerkt.

Wernicke-encefalopathie is een ernstige stoornis in de hersenen als gevolg van vitamine-B₁-tekort, die in Nederland vooral bij alcoholisten voorkomt. Bij adequate en tijdige toediening van vitamine B₁ (thiamine) is deze levensbedreigende aandoening reversibel. Het is dus belangrijk dat bij alcoholisten die zichzelf verwaarlozen, ook bij geringe verdenking onmiddellijk met thiaminebehandeling wordt gestart.¹⁻³ Het probleem is dat in de dagelijkse klinische praktijk de behandeling met thiamine plaatsvindt met inadequate doseringen, via een onjuiste (orale) toedieningsroute, en te laat. Dat

blijkt uit onze ervaringen met patiënten die werden aangemeld voor opname in Slingedael, regionaal centrum voor korsakov en psychogeriatricie, Rotterdam. Diagnostiek vond doorgaans plaats door een

psychiater, neuroloog en/of internist tijdens een voorafgaande opname in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis. Van de in totaal 128 korsakovaanmeldingen die we in vijf jaar kregen, bleken slechts 4 patiënten behandeld conform de in de CBO-richtlijn opgenomen adviezen.³

Acute presentatie

Bij een substantieel aantal van deze patiënten was de aanleiding tot de ziekenhuisopname een onwelwording of collaps. Dus niet zozeer een geleidelijke lichamelijke achteruitgang

of algehele malaise, die ook bij alcoholgerelateerde problemen kan voorkomen, maar een acute presentatie. De patiënten werden liggend op straat of thuis aangetroffen, na een kortere of langere tijd – van minuten tot enkele dagen. Ze werden opgenomen op uiteenlopende verpleegafdelingen

In het algemeen betrof het alleenstaande, ernstig verwarde patiënten met een voorgeschiedenis van alcoholisme, die zichzelf verwaarloosden. Vaak was het hun eerste ziekenhuisopname; na een lange periode van alcoholisme kwamen ze voor het eerst onder de medische aandacht. Er was vaak geen sprake van bekend korsakovsyndroom voorafgaande aan de opname, maar het beloop resulteerde wel in het korsakovsyndroom.

Diagnose gemist

Onderbehandeling komt mede door het ontbreken van de juiste diagnose. Uit de praktijk en uit de literatuur is bekend dat de diagnose wernicke-encefalopathie moeilijk te stellen is en vaak wordt gemist. Een specifiek symptoom als verwardheid kan de uiting zijn van wernicke-encefalopathie, maar dit wordt in het algemeen slecht herkend.¹ De verschillende syndromen met verwardheid, zoals wernicke, korsakov en alcoholonthoudingsdelier, kunnen niet worden onderscheiden in relatie tot de onderliggende stoornis: een thiaminegebrek of alcoholonthouding. In de literatuur wordt dit vooral beschreven vanuit het standpunt dat patiënten met een delirium tremens vaak ook wernicke-encefalopathie hebben.^{2 4}

De patiënten werden liggend op straat of thuis aangetroffen



Thiaminebehandeling is geïndiceerd voor alcoholisten die zichzelf verwaarlozen.

beeld: Rosa Media

SAMENVATTING

- De diagnose wernicke-encefalopathie wordt vaak gemist.
- De encefalopathie kan worden verward met alcoholonthoudingsdelier.
- Loopstoornis is een belangrijk kenmerk van wernicke-encefalopathie.
- Bij geringe verdenking moet onmiddellijk worden begonnen met thiaminebehandeling.



De literatuurlijst vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

Eigenlijk zou de classificatie van het delier bij mensen met een voorgeschiedenis van alcoholmisbruik niet uit moeten maken als het gaat om adequate thiaminesuppletie, omdat iedere patiënt met alcoholmisbruik routinematig behandeld zou moeten worden, ongeacht de aan- of afwezigheid van een delier. Maar in de praktijk zien we dat een delier doorgaans als alcoholonthoudingsdelier wordt aangemerkt. Blijkbaar beïnvloedt de voorgeschiedenis met alcoholisme de diagnose zodanig dat een andere belangrijke oorzaak van het delier, namelijk wernicke-encefalopathie, niet als eerste diagnose wordt overwogen.

Bij het analyseren van anamnestiche gegevens blijkt soms achteraf dat er op het moment van de opname van de delirante patiënt in het ziekenhuis in het geheel geen relatie met alcoholonttrekking was.

Loopstoornis

Betere signalering van wernicke-encefalopathie begint met vaststelling van de loopstoornis. Hoewel de formele kenmerken van een ataxie, als onderdeel van een wernicke-encefalopathie, bij deze ernstig zieke patiënten vaak niet goed testbaar zijn, valt wel op dat er een loopstoornis is. De patiënt zit in een rolstoel of ligt in bed, en kan niet lopen. Als hij inmiddels wel weer kan lopen, bestaat er valgevaar. De differentiaaldiagnose van loopstoornissen is uitgebreid: alcoholintoxicatie, alcoholische polyneuropathie, alcoholische myopathie, centrale pontiene myelinolyse, subduraal hematoom, enzovoort. Maar als kenmerk past de loopstoornis ook bij een wernicke-encefalopathie.

Verder stelde Carl Wernicke zelf in zijn casusbeschrijvingen de vraag of het alcoholdelier moest worden opgevat als een complicatie, of

als een zelfstandig, algemeen symptoom van de door hem beschreven ziekte.⁵ Niet zelden zien we tijdens het bezoek in het ziekenhuis een delirante patiënt, dus niet met 'enige verwardheid', maar met alle kenmerken van een delier. De ervaring dat – behalve de loopstoornis – een delier als goed beschreven toestandbeeld mogelijk de enige neuropsychiatrische uiting van de wernicke-encefalopathie kan zijn, vinden we nauwelijks in de literatuur terug. Ook in de CBO-richtlijn betreffende alcoholgebruik wordt een delier bij wernicke-encefalopathie niet als zodanig benoemd. Er wordt wel gesproken over een (sub)acute bewustzijnsverandering of cognitieve stoornissen, maar niet over een delier.³

Verdere schade voorkomen

Wij veronderstellen dat het juist zou zijn een delier vooral en veel concreter te benoemen als de mogelijke uiting van de wernicke-encefalopathie zelf, met als beloop een delier, dat vervolgens overgaat in het chronische syndroom van Korsakov. Een dergelijk patroon met delirante symptomen voorafgaande aan de ontwikkeling van het korsakovsyndroom, stelden we vast bij ten minste 46 van de 128 korsakovpatiënten die we in het kader van aanmelding voor de korsakovafdeling bezochten. Het klassieke profiel van de wernicke-encefalopathie, met oogsymptomen, ataxie en verwardheid, kwam voor bij 32 van de 128 patiënten. Het is belangrijk om wernicke-encefalopathie ook als zodanig te behandelen om verdere schade door neurologische complicaties van thiaminegebrek te voorkomen. De ontslagdiagnose 'alcoholonthoudingsdelier' die nu vaak aan het delier wordt gekoppeld, wordt daarmee waarschijnlijk vaker een 'behandelde wernicke-encefalopathie'. 

Literatuur

1. Arts NJM. Wernicke-encefalopathie: een niet te stellen diagnose. Tijdschrift voor Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie 2007; 4: 106-7.
2. Thomson AD, Cook CC, Touquet R, Henry JA. The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and Emergency Department. Alcohol Alcohol 2002; 37: 513-21.
3. Van den Brink W, Jansen PLM. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Trimbos-instituut, Utrecht, 2009: 16.
4. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008; 79: 854-62.
5. Thomson AD, Cook CC, Guerrini I, Sheedy D, Harper C, Marshall EJ. Wernicke's encephalopathy revisited. Translation of the case history section of the original manuscript by Carl Wernicke 'Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Aerzte und Studierende' (1881) with a commentary. Alcohol Alcohol 2008; 43: 174-9.