

Erik Oudman

Gz-psycholoog, senior onderzoeker, manager zorg

**Voorkomen is beter dan vergeten:
Over het vóórblijven van Wernicke-
encefalopathie en het syndroom van Korsakov**



Voorkomen is beter dan vergeten: Over het vóórblijven van Wernicke-encefalopathie en het syndroom van Korsakov

Dr. Erik Oudman, PhD

Korsakoff Expertisecentrum Slingsedael , Rotterdam

10-12-2025

Vraag

Wie komt er op welke manier weleens in aanraking met mensen in een Wernicke Encefalopathie?

Wat doet jullie organisatie hier nu mee?

Casusomschrijving

- 38- jarige vrouw
- Woont thuis (bij haar ouders)
- 10 dagen verlies van visueel vermogen/zicht
- Eet geleidelijk minder in de laatste drie maanden
- Drinkt 1 liter Wodka per dag
- Valt in het openbaar vervoer
- Met de ambulance naar de SEH



SEH

Ze is gedesoriënteerd in de tijd en plaats

Aandachtsproblemen: de aandacht is van korte duur

Ataxie van de benen : verlies van kracht en coördinatie



Neurologisch onderzoek



Bewustzijn :
verminderd



Desoriëntatie



Dysarthrie



Geheugen: 0/3
woorden



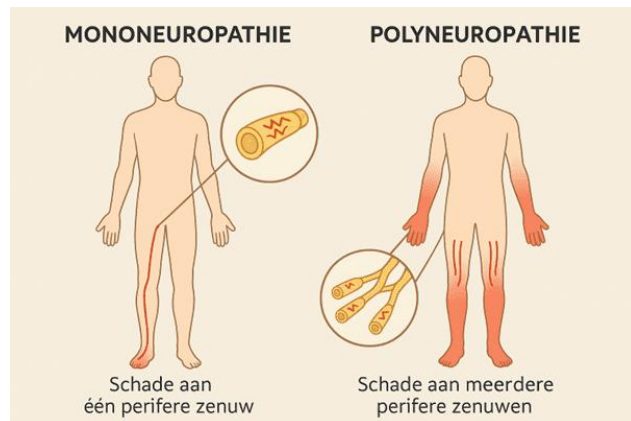
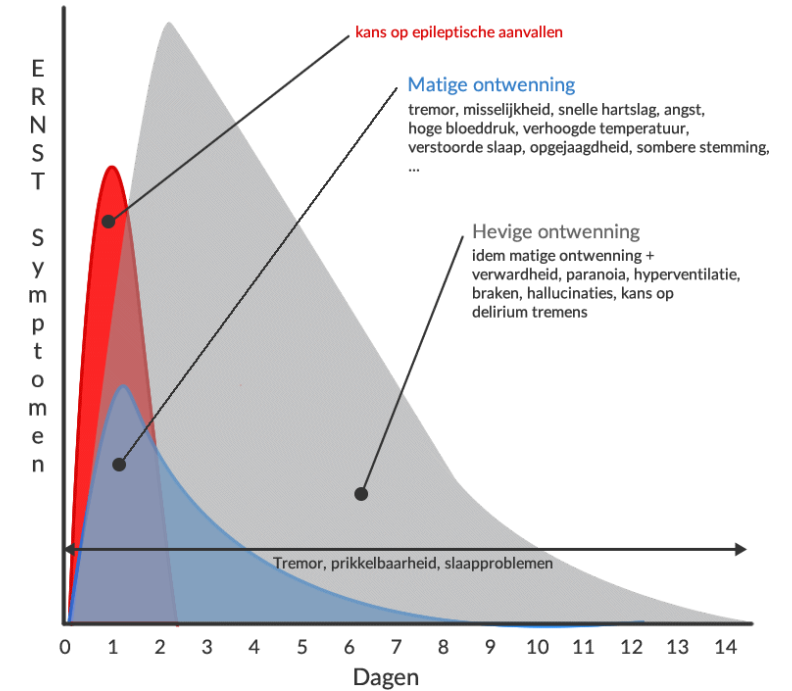
Perifere
zenuwen: intact



Horizontale
nystagmus

Differentiaal diagnose

- Wernicke's Encefalopathie
- DD alcoholonttrekkingsdelier
- DD Polyneuropathie
- DD Langer bestaande cognitieve problemen?





Beloop

- Mw. gaat vanuit het ziekenhuis na IV behandeling met thiamine naar de observatie- en screeningsafdeling van Slingsdael.
 - Na 6 weken blijken de cognitieve problemen sterk verminderd, maar zij heeft nog restproblemen t.a.v. overzicht houden en planning. Ook loopt zij met een hulpmiddel.
 - Mw. gaat vanuit de observatieafdeling terug naar huis met Korsakov Begeleiding Thuis (WMO), casemangement en ambulante verslavingsbehandeling (SGGZ Antes).
-

Vaststellen Wernicke Encefalopathie

Caine- criteria

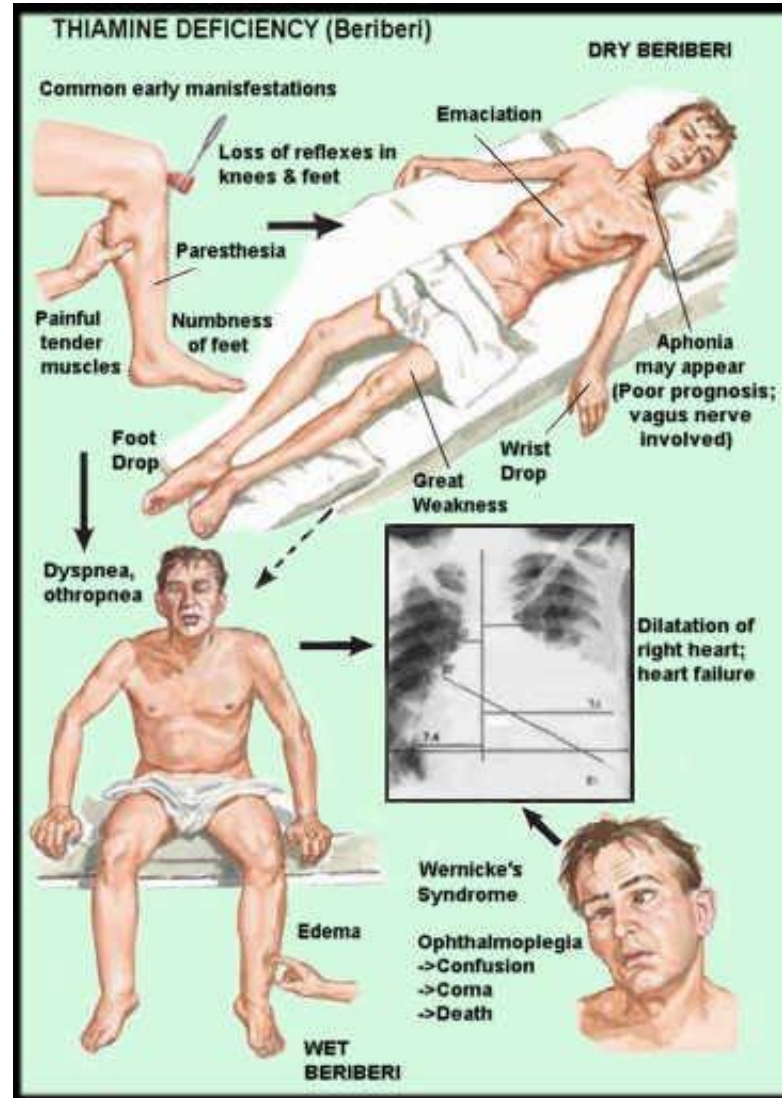
- Ondervoeding + 1 Wernicke kenmerk
- Oogbewegingsstoornissen
- Ataxie
- Verwardheid / bewustzijnsverandering / geheugenproblemen

Symptom or sign	As evidenced by one or more of the following
Dietary deficiencies	– Undernutrition (body mass index <2 SD below normal) – A history of grossly impaired dietary intake – An abnormal thiamine status
Oculomotor abnormalities	– Ophthalmoplegia – Nystagmus – Gaze palsy
Cerebellar dysfunction	– Unsteadiness or ataxia – Abnormalities of past pointing – Dysdiadokokinesia – Impaired heel-shin testing
Either an altered mental state	– Disorientation in two of three fields – Confused – An abnormal digit span – Comatose
or Mild memory impairment	- or – Failure to remember two or more words in the four-item memory test – Impairment on more elaborate neuropsychological tests of memory function

Notes: When two out of these four criteria apply, the clinical diagnosis of WE is made. The criteria are less sensitive in case of a co-occurring hepatic encephalopathy.

Abbreviation: WE, Wernicke encephalopathy.

Wernicke's Encefalopathie: niet op zichzelf staand



Problemen met vaststellen?

Tijdschrift voor Psychiatrie - Vignet 1

- Een 28-jarige Nederlandse primigravida wordt gezien op de SEH. Ze is 10 weken zwanger en is verwezen door de huisarts vanwege ernstige hyperemesis gravidarum. Ze is tot op heden onder controle bij de verloskundige en de zwangerschap verliep ongecompliceerd (gewenste zwangerschap, geen vaginaal bloedverlies, eerste echobeelden lieten een intra-uteriene zwangerschap zien). Patiënte is wankel op de been en u ziet een atactisch looppatroon. Zij heeft niet eerder last gehad van deze klacht. Lab (bloedonderzoek en urinestick) laat behoudens een lichte hypokaliëmie en hypochloremie en een licht verhoogd Hb geen afwijkingen zien. De vitale parameters en het ECG zijn niet afwijkend. Bij lichamelijk onderzoek van hart, longen en buik vindt u geen bijzonderheden. U besluit patiënte op te nemen op de afdeling Gynaecologie. Behoudens rehydratie, elektrolytherstellende interventies, het geven van dieetadviezen en antiemetica, werd bij opname geen andere behandeling gestart. Op dag 2 braakt patiënte minder, eet en drinkt zij beter en de laboratoriumwaarden herstellen zich. U wordt echter door de verpleegkundige erbij geroepen, omdat zij verward is. Er is sprake van angst, een korte concentratieboog, met momenten apathisch voor zich uit staren en problemen in het kortetermijngeheugen. Het atactisch looppatroon persisteert. De tensie en polsfrequentie zijn binnen de normaalwaarden. Terwijl u overlegt met uw achterwacht, komt de verpleegkundige opnieuw naar u toe. Zij vertelt u dat patiënte in paniek is, omdat 'ze niet goed kan zien'. Bij lichamelijk onderzoek ziet u nu ook een nystagmus.

Tijdschrift voor Psychiatrie - Vignet 1

Een 28-jarige Nederlandse primigravida wordt gezien op de SEH. Ze is 10 weken zwanger en is verwezen door de huisarts vanwege ernstige hyperemesis gravidarum. Ze is tot op heden onder controle bij de verloskundige en de zwangerschap verliep ongecompliceerd (gewenste zwangerschap, geen vaginaal bloedverlies, eerste echobeelden lieten een intra-uteriene zwangerschap zien). Patiënte is wankel op de been en **u ziet een atactisch looppatroon**. Zij heeft niet eerder last gehad van deze klacht. Lab (bloedonderzoek en urinestick) laat behoudens een lichte hypokaliëmie en hypochloremie en een licht verhoogd Hb geen afwijkingen zien. De vitale parameters en het ECG zijn niet afwijkend. Bij lichamelijk onderzoek van hart, longen en buik vindt u geen bijzonderheden. U besluit patiënte op te nemen op de afdeling Gynaecologie. Behoudens rehydratie, elektrolytherstellende interventies, het geven van dieetadviezen en anti-emetica, werd bij opname geen andere behandeling gestart. Op dag 2 braakt patiënte minder, eet en drinkt zij beter en de laboratoriumwaarden herstellen zich. U wordt echter door de verpleegkundige erbij geroepen, omdat zij **verward is. Er is sprake van angst, een korte concentratieboog, met momenten apathisch voor zich uit staren en problemen in het kortetermijngeheugen**. Het atactisch looppatroon persisteert. De tensie en polsfrequentie zijn binnen de normaalwaarden. Terwijl u overlegt met uw achterwacht, komt de verpleegkundige opnieuw naar u toe. Zij vertelt u dat patiënte in paniek is, omdat 'ze niet goed kan zien'. Bij lichamelijk onderzoek ziet u nu ook een **nystagmus**.

Vignet 2

Een 30-jarige man met een blanco somatische voorgeschiedenis meldt zich op de SEH na een val, waarbij hij een flinke hoofdwond opgelopen heeft. U heeft de wond gehecht. Vanwege bewustzijnswisselingen en fors afwijkende leverenzymen, besluit u patiënt op te nemen. Op een CT-scan van het cerebrum worden geen bloedingen of contusiehaarden gezien en het ECG is niet afwijkend. Patiënt praat onduidelijk, oogt verward en is gedesoriënteerd in tijd en plaats. U ruikt een alcoholfoetor. U heeft geen medicatie gestart, patiënt enkel gerehydrateerd. De volgende dag heeft patiënt nog altijd last van bewustzijnswisselingen. Ondanks de bewustzijnswisselingen lukt het u een deel van het neurologisch onderzoek te verrichten. Tijdens het onderzoek van de hersenzenuwen, ziet u dat er tevens sprake is van oogvolgbewegingsstoornissen. Tijdens het vervolgen van uw neurologisch onderzoek stelt u ook nog een ataxie vast.

Vignet 2

Een 30-jarige man met een blanco somatische voorgeschiedenis meldt zich op de SEH na een val, waarbij hij een flinke hoofdwond opgelopen heeft. U heeft de wond gehecht. Vanwege bewustzijnswisselingen en fors afwijkende leverenzymen, besluit u patiënt op te nemen. Op een CT-scan van het cerebrum worden geen bloedingen of contusiehaarden gezien en het ECG is niet afwijkend. Patiënt praat onduidelijk, oogt verward en is gedesoriënteerd in tijd en plaats. U ruikt een alcoholfoetor. U heeft geen medicatie gestart, patiënt enkel gerehydrateerd. De volgende dag heeft patiënt nog altijd last van **bewustzijnswisselingen**. Ondanks de bewustzijnswisselingen lukt het u een deel van het neurologisch onderzoek te verrichten. Tijdens het onderzoek van de hersenzenuwen, ziet u dat er tevens sprake is van **oogvolgbewegingsstoornissen**. Tijdens het vervolgen van uw neurologisch onderzoek stelt u ook nog een **ataxie** vast.

Hoeveel procent van de artsen herkent Wernicke?

Vignet 1: meer of minder dan 50 %

Vignet 2: meer of minder dan 50%

De kennis van a(n)iossen over diagnostiek, etiologie en behandeling van wernicke-encefalopathie

M.J.A.B. HEESTERBEEK, S.N. SWOLFS, D.A. DE WAARDT, C.P.M. VETH

RESULTATEN De klassieke trias van WE werd door 73% van de a(n)iossen niet herkend in het vignet met hyperemesis gravidarum en 29% miste WE in het vignet met een stoornis in het alcoholgebruik. Veel a(n)iossen konden een thiaminedeficiëntie als oorzaak van WE, de trias van WE, meer dan drie oorzaken van WE en behandeling met thiamine niet of onvoldoende benoemen. Van de a(n)iossen gaf 67% aan dat hun kennis over WE ontoereikend was en 76% had behoefte aan meer informatie over WE.

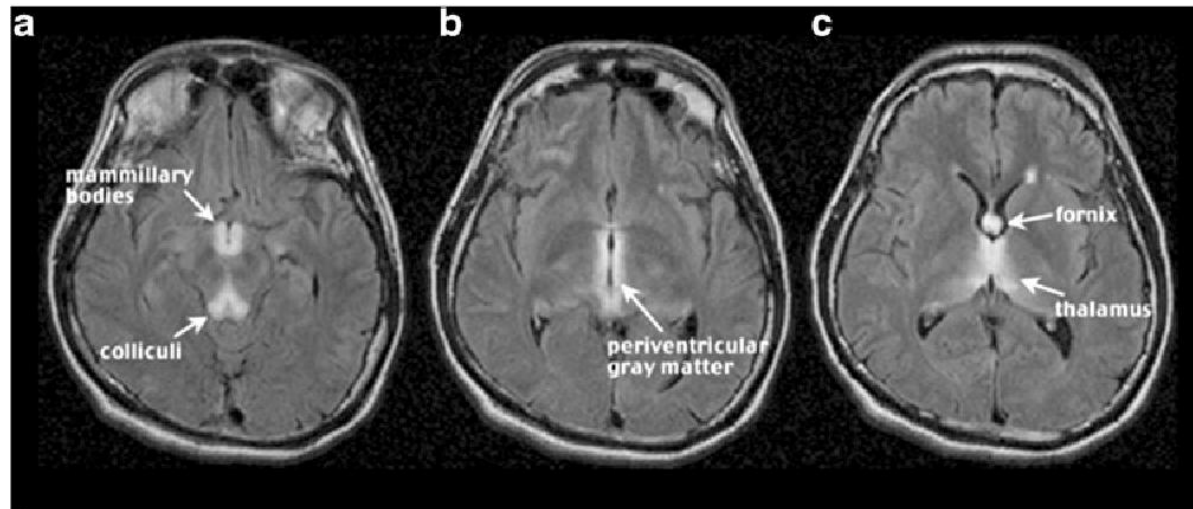
Klassieke Wernicke- encefalopathie MRI

- Periaqueductale grijze stof
- Corpus Mammilaire
- Mediale thalamus

Hoge specificiteit : 93%

**Lage gevoeligheid :
53%**

Start de behandeling bij 1 symptoom van de triade

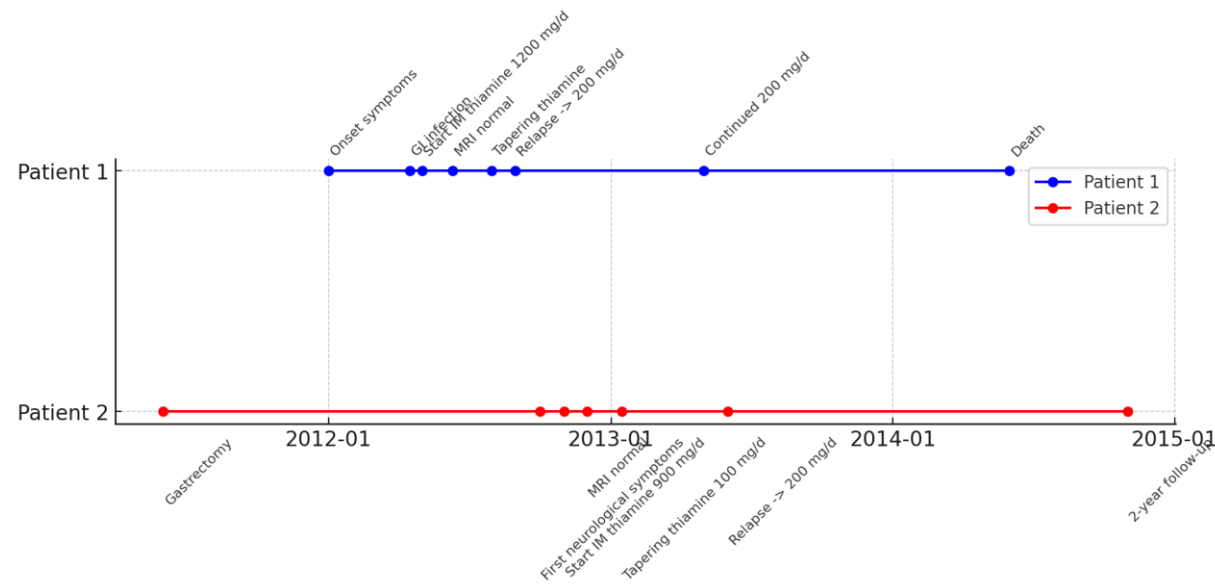


Behandeling

- Vitamine B1 -injecties , 3 x daags 500 mg IV
- 5 dagen behandeling (Engelse richtlijn: tot symptomen beter worden)
- 1 Caine criterium: 3-5 dagen 250 mg IV/IM ter preventie

Infante et al. 2016 – verlengde thiamine ?

- 2 beschrijvingen van niet- alcoholische Korsakovs:
 - 77 jaar oude vrouw met non- hodgkinlymfoom en Wernicke -encefalopathie
 - 45 jaar oude vrouw met gastrectomie en Wernicke -encefalopathie



[Get Access](#)[Share](#)[Export](#)[Search ScienceDirect](#)

Outline

[Background](#)[Objective](#)[Method](#)[Results](#)[Conclusions](#)[Key words](#)[Introduction](#)[Method](#)[Results](#)[Discussion](#)[Conclusions](#)[Appendix A. Supplementary Materials](#)[References](#)[Show full outline](#)

Figures (2)



Psychosomatics

Volume 57, Issue 6, November–December 2016, Pages 624–633



Original Research Reports

Severe Infections are Common in Thiamine

Infecties werden gemeld bij 35 van de 68 patiënten tijdens de acute fase van het syndroom van Wernicke- Korsakoff : meningitis (1), longontsteking (14), urineweginfecties (9), acute [abdominale infecties](#) (4), sepsis (5) , [empyeem](#) (1) en infectie ["van onbekende oorsprong"](#) (4). [De resultaten van de neuropsychologische test lieten significant lagere scores zien op het niet- geheugengedeelte van het Cambridge Cognitive Examination bij toenemende aantallen witte bloedcellen \(Spearman-rangcorrelatie, \$\rho = -0,34\$; 95% BI: -0,57 tot -0,06; 44 patiënten\) en op de "key search test" van de gedragsbeoordeling van het \[dysexecutieve syndroom\]\(#\) met toenemende absolute neutrofielenaantallen \(\$\rho = -0,85\$; 95% BI: -0,97 tot -0,42; 9 patiënten\).](#) [By itself, it is unknown whether infections also modify the long-term outcome in patients developing \[Korsakoff syndrome\]\(#\).](#)

Objective

Recommended articles

Hepatitis C Virus and Sch

Psychosomatics, Volume 57,

[Purchase PDF](#)

Thiamine Deficiency Seco

Pediatric Neurology, Volume

[Purchase PDF](#)

Thiamine and magnesium

Medical Hypotheses, Volume

[Purchase PDF](#)

Citing articles (11)

Article Metrics

Citations

Don't miss out on r

Register for weekly article and

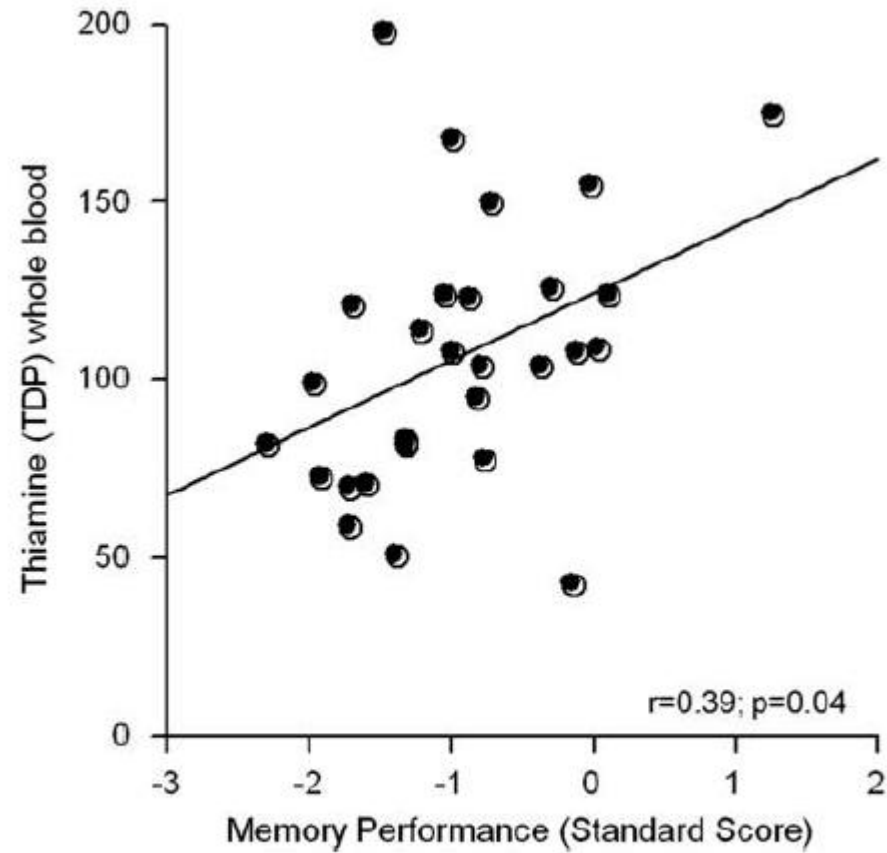


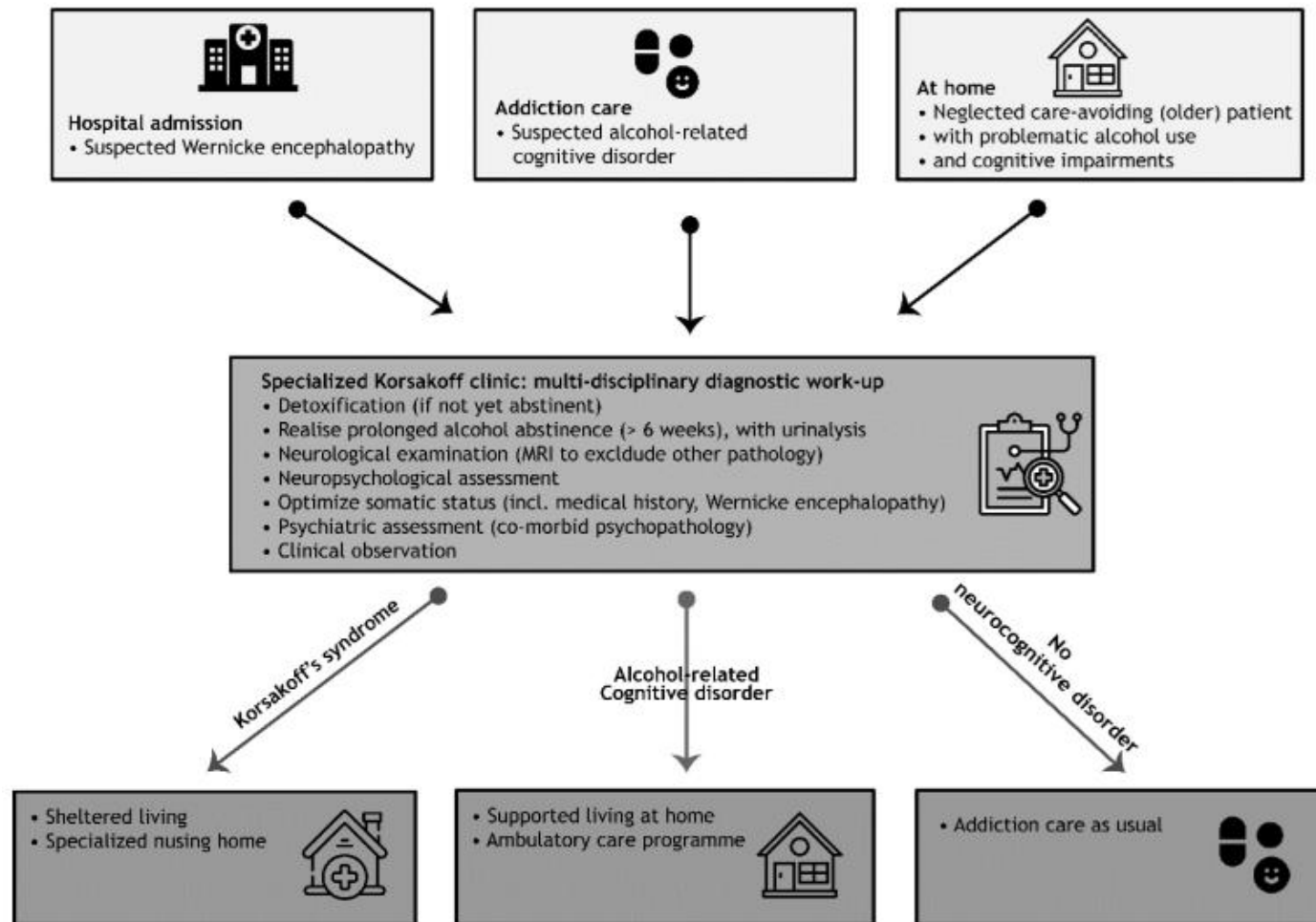
Figure 4 Relationships between thiamine measures and memory performance in the total group of alcoholics* (*bloods were collected from $N=28$ alcoholics).

- Pitel et al., 2011 - Tekenen van preklinische Wernicke-encefalopathie, thiamine en uitkomst
- Niveaus als voorspellers van neuropsychologische tekorten bij alcoholisme zonder Korsakov's Syndroom

Thiamine x uitkomst

- Retrospectief : Sneller En beter resultaat verwant naar thiamine dosering en timing (behandelingsvertraging)

	Thiaminedose		
	3d300mg IV	5d300mg IV	1d100mg PO
Age (years)	65.6 (8.8)	51.6 (18.2)	65.8 (9.1)
Sex (male)	62 (87%)	7 (64%)	46 (87%)
Wernicke diagnosis	70 (99%)	9 (82%)	51 (96%)
Bariatric surgery	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)
Liver disease	64 (90%)	9 (82%)	50 (94%)
Kidney disease	41 (58%)	3 (27%)	29 (55%)
PPI use	34 (48%)	4 (36%)	28 (53%)
Diuretic use	32 (45%)	1 (9%)	13 (25%)
MoCA score (mean, SD)	23.7 (1.9)	26.7 (0.6)	22.3 (2.8)
DOS score (mean, SD)	4.2 (0.7)	15.0 (21.9)	3.5 (1.0)
Recovery (mean, SD)	3.7 (1.5)	16.8 (33.3)	7.9 (2.2)



Beoordeling, diagnose, zorg en ondersteuning voor individuen met Korsakov's syndroom in Nederland door Kessels, RPC; Janssen, GTL; Rensen , YCM (2025)

Preventie in Australië

- 1980 Beverley Wood: “We kennen niet de gehele omvang van het thiamine probleem, maar het lijkt veel te kosten” -> pathologie onderzoek, meer geld voor onderzoek
- 1989 Harper: “bij ons 65 per miljoen mensen, New York: 8 per miljoen mensen. 15% van onze psychiatrisch patiënten heeft Korsakov. Wij hebben het grootste thiamine probleem ter wereld”
- 1991: Australian Health Ministers’ Council: toevoegen thiamine aan brood (6.4mg per kilo)
- 1998: Harper: “bij 2212 autopsieën, slechts bij 1.1% gevonden” (>4x zo weinig als in 1989. Toevoegen aan bier: 20-40x zo effectief.

Preventie in Nederland

Thiamine beslisboom bij alcoholgebruik

Preventie acute Wernicke/Korsakov:

- Goede voedingstoestand
- Geen GI klachten (diarree, braken, gewichtsverlies).
- Geen polyneuropathische klachten (tintelingen/pijn voeten/handen)
- Geen nystagmus
- Geen geheugenproblematiek



R/ Thiamine 50 mg oraal, 2 dd 1; + vitamine B complex forte 1 dd 1 (max 8 dagen) en Ascorbinezuur (vitamine C) 500 mg 1 dd 1.

Preventie in Nederland -2 (vervolg beslisboom)

- Richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol'
- Federatie Medisch Specialisten, NvvP (psychiatrie)
- *Bij een verhoogd risico op een Wernicke encefalopathie (WE) is het aan te bevelen gedurende drie tot vijf dagen thiamine 200-250mg intramusculair te geven. Er is een verhoogd risico op een WE bij één positief Caine-criterium.*

Preventie Green Top NR 69 hyperemesis gravidarum

- *Dextrose-containing solutions can precipitate Wernicke's encephalopathy in thiamine-deficient states (see section 7.1); hence, each day intravenous dextrose is administered, high (e.g. 100 mg) doses of parenteral thiamine should be given to prevent Wernicke's encephalopathy*

Workshop

- 4 groepen
- Groep 1: De Beleidsmakers
- Groep 2: De Huisartsen
- Groep 3: De Casemanagers / thuisbegeleiders
- Groep 4: De Consultatieve Professionals vanuit REC/DEC Korsakov

3 Vragen (10 minuten)

- 1. Hoe kunnen we de preventie van Wernicke Encephalopathie en syndroom van Korsakov verbeteren?
- 2. Wie moet(en) hier wat gaan doen?
- 3. Welk effect verwachten we van onze interventie?
- 10 minuten; dan terugkoppelen

Stelling

- Het KKC zou meer moeten doen aan preventie van Wernicke Encefalopathie?

Vragen?

