

Het syndroom van Korsakov: méér dan geheugenstoornissen

Ineke Gerridzen, specialist ouderengeneeskunde

Sascha Adema, specialist ouderengeneeskunde

De auteurs werken bij de Atlant Zorggroep, locatie de Markenhof, Beekbergen

Inleiding

Het syndroom van Korsakov omvat meer dan drankmisbruik en geheugenproblemen. Executieve functiestoornissen, zich uitend in problemen met het starten, reguleren en stoppen van gedrag zijn het meest invaliderend. Permanente verpleeghuisopname volgt wanneer revalidatie naar een zelfstandige of beschermde woonvorm niet meer mogelijk is. Het aantal gediagnosticeerde korsakovpatiënten in Nederland is onduidelijk. Schattingen lopen uiteen van 5.000 tot 15.000.^{1,3} Over alcoholverslaving is meer bekend. Er is sprake van toename van patiëntenaantallen in de alcoholverslavingszorg, evenals een toename van het aantal ziekenhuisopnames voor een alcoholgerelateerde aandoening.⁴ Op basis van gegevens uit het Nemesis-2-onderzoek uit 2007-2009 wordt geschat dat 0,3-1,2 % van de bevolking van 18-64 jaar (meer dan 80.000 mensen) voldoet aan de diagnose alcoholafhankelijkheid uit de DSM-IV-R.⁴ Op grond van deze gegevens mag men veronderstellen dat de prevalentie van het korsakovsyndroom en daarmee de vraag naar verpleeghuisplaatsen voor korsakovpatiënten in de komende jaren waarschijnlijk niet zal afnemen. In Beekbergen bevonden zich tot voor kort twee verpleeghuizen (Hullenoord en Het Immendaal) met elk een aantal afdelingen voor patiënten met het syndroom van Korsakov. In 2007 is het nieuwe verpleeghuis de Markenhof in gebruik genomen, op de plek waar voorheen Hullenoord stond. De Markenhof biedt plaats aan 138 patiënten met niet-aangeboren hersenletsel, voornamelijk met het syndroom van Korsakov.

Bij gebrek aan richtlijnen wordt er door diverse disciplines voornamelijk *practice based* gewerkt, gebaseerd op allerlei aannames en persoonlijke ervaring. Er is dringend behoefte aan onderzoek naar comorbiditeit, benaderingswijze, wils- onbekwaamheid, thiaminesuppletie en alcoholbeleid.

In dit artikel beschrijven wij twee patiënten met het syndroom van Korsakov. De diversiteit en de overeenkomsten in de problematiek worden zo geïllustreerd.

Het ziektebeeld

Het syndroom van Korsakov werd in 1887 uitgebreid beschreven door de Russische psychiater Sergei Sergeievich Korsakov (1853-1900). Pas in 1947 werd de oorzaak van het syndroom van Korsakov ontdekt, namelijk een vitamine B1-deficiëntie. In Nederland komt een vitamine B1-deficiëntie voornamelijk voor bij alcoholisten ten gevolge van ernstige zelfverwaarlozing en ondervoeding. Er zijn aanwijzingen dat 30-80% van de chronische alcoholisten lijdt aan een thiaminedeficiëntie.² Vaak zijn ook andere vitaminedeficiënties aanwezig. Een ernstig thiaminetekort leidt tot celdood en veroorzaakt puntbloedingen en andere vaatveranderingen, vooral in de corpora mammillaria, de thalamus en rond het aquaduct en de derde en vierde ventrikel. Veelal manifesteert het ziektebeeld zich in eerste instantie als de wernicke-encefalopathie, een trias bestaande uit oogmotoriekstoornissen, loopstoornissen en verwardheid.⁵ De behandeling van het syndroom Wernicke-Korsakov bestaat uit onmiddellijke intraveneuze toediening van vitamine B1 in combinatie met oraal vitamine B-complex forte en 500 mg vitamine C.^{2,6} Na behandeling kunnen psychische stoornissen, met name geheugen- en gedragsstoornissen blijven bestaan: het syndroom van Korsakov. Dit gebeurt bij 2 tot 5% van de 'ernstig alcoholverslaafden'.^{1,2}

De geheugenstoornissen betreffen meestal het expliciete, directe of bewuste geheugen, en dan meestal het autobiografische deel ervan, waar de herinneringen aan gebeurtenissen zijn opgeslagen. Aanleren van nieuwe vaardigheden kan wel plaatsvinden, maar dan alleen maar via het impliciete of indirecte geheugen. Korsakovpatiënten hebben vaak een anterograde en retrograde amnesie met vooral een ophaalstoornis. Daarnaast is er sprake van confabulaties, zowel spontaan als geprovoceerd.^{7,8} Het meest invaliderend voor de korsakovpatiënt zijn de centraal executieve stoornissen. De executieve functies zijn noodzakelijk voor het plannen en organiseren van gedrag, de zogenaamde regelfuncties. Stoornissen hiervan leiden tot moeite met starten, reguleren en stoppen van gedrag. De korsakovpatiënt wordt apathisch en komt tot niets. Dit wordt ook wel wilswakke genoemd. Dit dient goed onderscheiden te worden van een eventueel aanwezige depressie. Een andere opvallende executieve functiestoornis is het ontbreken van ziekte-inzicht.^{7,8} Bij het syndroom van Korsakov blijft de intelligentie in principe behouden.

Bovenstaande stoornissen veroorzaken uiteenlopende problemen, zoals desoriëntatie, angst en paniek, agressie, achterdocht, dwangmatig gedrag en perseveren, ontken-

nen en bagatelliseren, zelfoverschatting, ontremming en impulsief gedrag, snelle afleidbaarheid en kleptomane of verzameldrang.

Comorbiditeit en gevolgen van chronisch alcoholgebruik

Chronisch alcoholgebruik gaat veelal gepaard met somatische en psychiatrische comorbiditeit en heeft grote sociale impact. Door de tekorten aan essentiële vitamines en door de direct toxische werking van alcohol zijn meerdere orgaansystemen beschadigd en is de lichamelijke conditie zwak. Daarnaast is er vaak sprake van een ongezond leefpatroon en fors roken. De gevolgen daarvan kunnen divers zijn: hypertensie, hart- en vaatziekten, longaandoeningen, leververvetting/-cirrose, portale hypertensie en oesofagusvarices, ontstekingen van maag-/darmslijmvliezen, pancreatitis, cerebrale schade en polyneuropathie behoren alle tot de mogelijkheden. Beruchte complicaties van langdurig alcoholmisbruik (vaak gecombineerd met roken) zijn maligniteiten van mond, keel en slokdarm.³ Psychiatrische aandoeningen – ADHD, persoonlijkheidsstoornissen, depressie, psychose, angststoornissen en diverse gedragsproblemen – kunnen zowel de oorzaak als het gevolg van alcoholmisbruik zijn.^{8,9} De sociale gevolgen van chronisch alcoholgebruik en de daarmee gepaard gaande comorbiditeit zijn zeer ernstig: verbroken vriendschappen, relaties en familiebanden, financiële problemen. Van het beroepsleven en de oorspronkelijke maatschappelijke positie blijft vaak niets meer over.

Casuïstiek

Patiënt A, 54 jaar, wordt met een rechterlijke machtiging overgeplaatst vanuit het psychiatrisch ziekenhuis naar de korsakov-verpleeghuisafdeling.

Patiënt heeft ruim tien jaar excessief alcohol gebruikt. Sinds zijn echtscheiding leidde hij een zwervend bestaan, pleegde diefstallen en veroorzaakte brandjes. Er was sprake van ernstige zelfverwaarlozing. Wegens detentieongeschiktheid werd patiënt vanuit het Huis van Bewaring overgeplaatst naar het psychiatrisch ziekenhuis. Het aldaar verrichte neuropsychologisch onderzoek liet geheugenstoornissen en executieve functiestoornissen zien, passend bij het syndroom van Korsakov. De zucht naar alcohol, met gevaar voor stelen en brandstichting, was nog aanwezig. Een opname met rechterlijke machtiging op een (gesloten) afdeling voor psychiatrische patiënten in het verpleeghuis volgde. Bij opname in het verpleeghuis maakt het behandelteam met patiënt en zijn mentor afspraken en bespreekt sancties. Patiënt gaat dagelijks naar het dagactiviteitencentrum en de tuinkassen. Hij stelt zich sociaal en coöperatief op, houdt zich aan de afdelingsregels en verricht corveetaken. In overleg met patiënt en zijn mentor breidt men de vrijheden uit; in de weekenden mag patiënt voor een bepaalde periode zelfstandig naar het dorp. Gezien bovenstaand gunstig verloop werkt het team met patiënt toe naar overplaatsing naar een beschermde woonvorm voor patiënten met het syndroom van Korsakov, dan wel naar een (open) korsakov-verpleeghuisafdeling.

Na verloop van tijd vindt men echter toch alcohol in de fiets-tassen van patiënt. Hierop wordt besloten de vrijheden weer

fors te beperken. Patiënt lijkt geschrokken en is zich meer bewust van de consequenties van zijn drinkgedrag, in relatie tot zijn toekomst. Hij houdt zich weer aan gemaakte afspraken en voorzichtig probeert het team opnieuw toe te werken naar overplaatsing. Preventief start hij met disulfiram en acamprosaat en volgt gedragstherapie, gericht op het leren omgaan met alcoholverslaving. In het multidisciplinaire overleg komt echter naar voren dat patiënt weinig verantwoordelijkheid draagt voor zijn eigen gedrag, vaak uit dat hij het zat is, weg wil en erg bezig is met zijn toekomst. Hierbij valt op dat hij zelf weinig tot niets onderneemt ten aanzien van het werken aan zijn toekomst. Hij neemt de slachtofferrol aan en vertoont manipulatief gedrag. Hij wordt weer verdacht van alcoholgebruik, betrokkenheid bij diefstal en brand op de afdeling. Patiënt zelf ontkent, manipuleert en bagatelliseert. Patiënt blijkt niet goed om te kunnen gaan met de spanningen die de ophanden zijnde verhuizing met zich meebrengt. Bovendien blijkt hij bij een te grote mate van vrijheid en openheid terug te vallen in oud gedrag met alcoholgebruik, zelfverwaarlozing en delicten. Patiënt zal in de toekomst moeten blijven wonen in een besloten woonomgeving met veel structuur, een consequente, specifieke benadering en vaste dagactiviteiten. Op verzoek van de specialist ouderengeneeskunde wordt de rechterlijke machtiging verlengd. Patiënt krijgt een dwaaldetectiechip in zijn schoen. Thans verblijft hij op een open korsakovafdeling, en werkt vijf dagen per week in het restaurant van de instelling. De disulfiram en acamprosaat zijn vervangen door naltrexon.

Patiënt B, 37 jaar, verhuist naar de korsakov-verpleeghuisafdeling vanuit een psychiatrisch diagnostisch centrum.

Zijn voorgeschiedenis vermeldt tweemaal een zelfmoordpoging met medicatie. Tevens tweemaal een gegeneraliseerd epileptisch insult bij alcoholintoxicatie. Met dubbelzien, verwardheid en een afwijkend looppatroon, geduid als acute Wernicke-encefalopathie, belandt patiënt op de afdeling neurologie. Behandeling met thiamine volgt. Drie maanden later, patiënt verblijft nog steeds op de neurologieafdeling, valt toenemende heesheid op. Het roken en het alcoholgebruik, vormen risicofactoren voor maligniteit in de keel. De KNO-arts constateert een larynxcarcinoom (plaveiselcelcarcinoom) zonder aanwijzingen voor metastasen. Patiënt krijgt radiotherapie met curatief resultaat. Na ontslag uit het ziekenhuis komt patiënt terecht in de psychiatrie; enkele maanden later volgt een verhuizing naar de korsakov-verpleeghuisafdeling. Hij is een relatief jonge bewoner bij wie zowel de geheugenproblemen als de executieve stoornissen zeer ernstig zijn. Patiënt is zeer passief. Ondanks alle begeleiding is hij noch op het dagactiviteitencentrum, noch op individuele basis op de afdeling in staat enige activiteit te ontplooien. Voorheen zong patiënt in een bandje; muziektherapie lijkt een aanknopingspunt, maar levert niets op. Zijn dagen brengt hij liggend op de bank, dan wel op bed door. Hij rookt zijn shag. De enige activiteit bestaat uit het zetten van koffie in de huiskamer. Zijn stemming is echter goed, er zijn geen aanwijzingen voor depressie.

Wanneer de afdeling (in verband met nieuwbouw van de instelling) verhuist, ontplooit patiënt ineens duidelijk meer initiatief. Hij staat spontaan op, kleedt zich aan en is 's mor-

gens al op het terras te vinden, zittend in een stoel. Ook heeft hij op een avond het terrein verlaten. Een zeer onverwachte verandering. Mogelijk heeft de overgang van een donkere, gesloten afdeling, naar een open, ruime en lichte afdeling daarin een rol gespeeld. Door de eenpersoonskamer (voorheen driepersoonszaal) ervaart patiënt waarschijnlijk ook minder prikkels en dus minder chaos. Vijf jaar na het larynxcarcinoom treedt een recidief op. Heesheid is het eerste symptoom. Een laryngectomie, met moeizame wondgenezing van het voorheen bestraalde gebied volgt. Elke dag schrikt de patiënt opnieuw van de tracheostoma, als hij in de spiegel kijkt. Binnen een jaar na de operatie treedt een 2e recidief op dat onbehandelbaar is. Het onbegrip door de geheugenstoornissen, het gebrek aan ziekte-inzicht en toenemende klachten van pijn, onrust, cachexie en trekkingen leiden tot een moeizaam sterfbed. Zeer matige reactie op pijnstilling, slaapmedicatie en anti-epileptica zijn mogelijk te verklaren door inductie van leverenzymen als gevolg van het jarenlange alcoholmisbruik.

Conclusie casuïstiek

De blijvende zucht naar alcohol en de psychiatrische comorbiditeit van patiënt kunnen revalidatie naar (enige) zelfstandigheid ernstig verstoren. De executieve functiestoornissen zijn het meest invaliderend en maken het onmogelijk nog zelfstandig te wonen. Jarenlange opname, waarbij de nadruk ligt op aanbieden van begeleiding en structuur, kan bij somatische complicaties plaats moeten maken voor zeer intensieve en complexe verzorging. Dit vergt veel inzet en (ervarings)deskundigheid van de medewerkers.

De zorgvraag

In de behandeling van de patiënt met het syndroom van Korsakov staan terugvalpreventie, optimaliseren van lichamelijke en psychische conditie, rehabilitatie en regulatie van de gedragsproblematiek centraal.¹⁰ De arts op een korsakovafdeling dient te beschikken over specifieke kennis van de doelgroep, om zo tot een gerichte multidisciplinaire aanpak te kunnen komen. Hij/zij dient aandacht voor de autonomie van de korsakovpatiënt te hebben, maar moet ook om kunnen gaan met diens (partiële) wilsonbekwaamheid. De inzet van met name de psycholoog, fysiotherapeut, diëtiste en maatschappelijk werker zijn noodzakelijk. Het behandel- en begeleidingsklimaat vergen regelmatige multidisciplinaire afstemming.^{11,12} Gezien de psychiatrische en somatische comorbiditeit, gepaard gaande met gedragsproblematiek en noodzaak tot structuur, dagbesteding en specifieke benadering, dient de zorg voor de korsakovpatiënt bij voorkeur vanuit het zorgzwaartepakket ZZP-7 gefinancierd te worden.

Terugvalpreventie

De zucht naar alcohol kan nog (latent) aanwezig zijn. Essentieel is het voorkomen van terugval in het oude patroon van alcoholmisbruik en zelfverwaarlozing; dit verergert de ernst van het syndroom van Korsakov. Bovendien heeft het gebruik van alcohol een nadelige invloed op het gedrag van de patiënt en zijn medepatiënten. Middelen die men kan gebruiken om de zucht naar alcohol af te remmen zijn acam-

prosaat en naltrexon. Een middel dat men kan gebruiken om het nuttigen van alcohol te ontmoedigen is disulfiram. Nuttigen van alcohol leidt dan binnen vijf tot tien minuten tot met name misselijkheid en braken. Er dient een zeer terughoudend alcoholbeleid te zijn, rekening houdend met wet- en regelgeving en BOPZ-status. In principe is het verpleeghuis/de verpleeghuisafdeling voor korsakovpatiënten alcoholvrij. Op individueel niveau kunnen in overleg met het behandelteam afspraken worden gemaakt over alcoholgebruik (bijvoorbeeld gecontroleerd toestaan van één glas alcohol), maatregelen ter controle van gebruik (bijvoorbeeld bloed- en urinetesten) en eventuele sancties. Bij constatering van alcoholgebruik kan bijvoorbeeld besloten worden dat de patiënt op zijn kamer moet blijven en niet welkom is op de dagbesteding.

Het optimaliseren van lichamelijke en psychische conditie

Behandeling van lichamelijke en psychiatrische problematiek is belangrijk. Met hulp van fysiotherapie wordt de lichamelijke conditie verbeterd. De oorzaak van mobiliteitsstoornissen, meestal polyneuropathie en cerebellaire ataxie, dient vastgesteld en zo mogelijk behandeld te worden. Adequate voeding met diverse vitaminesuppleties dient blijvend aandachtspunt te zijn. Een aangepast dieet kan overgewicht voorkomen bij ontremd eetgedrag. Na de acute fase wordt geadviseerd om door te gaan met thiaminesuppletie in een dosering van 2 dd 50 mg per os. Het is nog niet duidelijk hoelang deze suppletie therapie dient te worden voortgezet.² In de Markenhof krijgen patiënten gedurende minimaal twee jaar thiaminesuppletie. Bij normale voedingsintake wordt het daarna gestaakt. Medicamenteuze behandeling van het syndroom van Korsakov is verder niet mogelijk. Bij voorkeur worden er geen benzodiazepines voorgeschreven omdat deze negatieve effecten hebben op het geheugen en andere cognitieve functies.

Rehabilitatie

De behandeling van korsakovpatiënten richt zich op training van dagelijkse activiteiten via training van het impliciete geheugen. Het doel van deze behandeling is het behoud en aanleren van nieuwe vaardigheden, en het leren omgaan met de cognitieve stoornissen. Daarmee beoogt men de zelfredzaamheid van de korsakovpatiënt te vergroten. Het is van belang dat het aanleren en trainen van (nieuwe) vaardigheden foutloos plaats vindt.¹³ Dit om te voorkomen dat fouten via het impliciete geheugen geconsolideerd worden. De patiënt met het syndroom van Korsakov behoeft een aangepaste woonomgeving en een specifieke benadering.¹⁴ Doel is het bieden van ondersteuning, zekerheid en veiligheid, en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Voorheen was de benadering met de 4 K's (kort, concreet, continu, en consequent) in gebruik.¹⁵ Tegenwoordig betreft het de zogenaamde empatisch-directieve benadering (meegaand en tegemoetkomend naast sturend en directief).¹⁶ De woonomgeving dient rustig, weinig veranderlijk en goed gestructureerd te zijn. Door gebruik te maken van stickers, naambordjes, kleuren, agenda, whiteboard, en klokken wordt de herkenbaarheid vergroot. Een gestructureerd dagprogramma voor de kor-

sakovpatiënt is van groot belang. Het doel is meervoudig: bieden van structuur, rust en een zinvolle dagbesteding, voorkomen van gedragsproblematiek en onderhouden of uitbreiden van aangeleerde vaardigheden. Voorbeelden van dagactiviteiten zijn assemblagewerkzaamheden, film-bezoek, koken, kaarten, biljarten, sport en muziektherapie. Op het terrein van de Markenhof bevindt zich het Dag Activiteiten Centrum (DAC) waar dagelijks aan bijna honderd korsakovpatiënten arbeidsmatige activiteiten, zoals industriële inpakwerkzaamheden, worden aangeboden. Daarnaast bevindt zich in het DAC een kaarsen-, zeep en fietsenmakerij, een tuin- en plantenkas en een houtwerkplaats. De patiënt kijkt samen met de groepsbegeleider welk 'werk' bij hem past en welke activiteit aansluit bij zijn mogelijkheden. Aan het einde van de 'werkweek' ontvangen de patiënten 'loon' in de vorm van een kleine zakgeldbijdrage. Voor patiënten die niet werken biedt het Activiteitenplein allerlei aangepaste activiteiten.

Regulatie van de gedragsproblematiek

Door de executieve functiestoornissen en gebrek aan ziekteinzicht komt probleemgedrag veel voor bij korsakovpatiënten. Naast eventuele medicamenteuze therapie kan in samenspraak met de psycholoog advies gegeven worden ten aanzien van de omgang met het probleemgedrag.

De benodigde formatie psycholoog wordt geschat op eenmalig 0,20 fte voor de opname, en 0,15 fte voor het verblijf per afdeling van dertig patiënten. In onze instelling is de specialist ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar, elders wordt soms gekozen voor de psycholoog als hoofdbehandelaar.

Juridische aspecten bij opname

Korsakovpatiënten kunnen veelal vrijwillig of middels de zogenaamde Wet Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis (BOPZ), artikel 60, worden opgenomen op een BOPZ-afdeling van het verpleeghuis. Door de ernstige geheugenstoornissen, desoriëntatie en dientengevolge angst of onzekerheid zoeken zij de veiligheid van de instelling en durven zij meestal niet zelfstandig buiten de instelling te verblijven. Zo nodig kan gebruik worden gemaakt van een dwaaldetectiesysteem, bijvoorbeeld met behulp van een chip in de schoen.

Dit geldt niet voor de mildere vormen van Korsakov of indien er nog sprake is van een flinke zucht naar alcohol.

Het komt regelmatig voor dat een korsakovpatiënt met een rechterlijke machtiging (RM) moet worden opgenomen. Meestal kan pas gedwongen worden opgenomen als de patiënt een gevorderde Korsakov heeft ontwikkeld en niet meer zelfstandig kan functioneren.

De uitgebreide financiële en sociale problemen, zoals schuldsanering, detentie (ongeschiktheid), aanvragen bewindvoering of mentorschap en herstel van familiebanden behoeven veel aandacht. Een maatschappelijk werkende is op een Korsakov-afdeling onontbeerlijk.

Stichting Korsakov Kenniscentrum

In 2008 is Het Korsakov Kenniscentrum (KKC) opgericht.¹¹

Dit betreft een samenwerking van een aantal zorgaanbieders die patiënten met het syndroom van Korsakov begeleiden, verzorgen, verplegen en behandelen. Het KKC is gespecialiseerd in de behandeling van deze doelgroep en stelt de ontwikkelde kennis breed ter beschikking zodat de behandeling van patiënten met een korsakovsyndroom verbetert. Het KKC heeft een wetenschappelijk onderbouwd zorgprogramma ontwikkeld voor patiënten met het korsakovsyndroom. De specialist ouderengeneeskunde kan het KKC consulteren.

Het Landelijk Platform Korsakov is opgegaan in het Korsakov Kenniscentrum.

Conclusie

Bij het syndroom van Korsakov zijn de executieve functiestoornissen meer invaliderend dan de geheugenstoornissen. Binnen het verpleeghuis hebben patiënten een gerichte, multidisciplinaire aanpak nodig. Het accent ligt op terugvalpreventie, rehabilitatie, verbetering van de algehele conditie en het reguleren van gedragsproblematiek.

Nader onderzoek binnen de korsakovpopulatie is noodzakelijk om van practice- naar evidence-based handelen te komen en onderbouwde richtlijnen te ontwikkelen.

Correspondentieadres

i.gerridzen@atlant.nl

Literatuur

1. Arts NJM. *Het syndroom van Korsakov*. Bunnik: Korsakov Platform Nederland, 2003.
2. GGZ, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Trimbosinstituut. *Multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol', een richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*, 2009.
3. Schepers JP, Koopmans RTCM, Bor JHJ. Een groep Korsakovcliënten in een verpleeghuis: kenmerken en bijkomende morbiditeit. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2000;31:113-8.
4. Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2009. Utrecht: Trimbos-Instituut. *Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum Ministerie van Justitie*, 2010.
5. Arts NJM. Wernicke-encephalopathie: een niet te stellen diagnose. *Tijdschr neuropsychiatrie & gedragsneurologie* 2007;6:106-7.
6. Arts NJM. Alcohol en het brein: blijvende schade door alcoholgebruik. *Patiënt Care/neuropsychiatrie & gedragsneurologie* 2005;6:111-6.
7. Arts NJM. Het syndroom van Korsakov: ontstaan van geheugenstoornissen. *Patiënt Care/neuropsychiatrie & gedragsneurologie* 2004;8:2-9.
8. Arts NJM. Het syndroom van Korsakov: centraal executieve stoornissen en behandeling. *Patiënt care/neuropsychiatrie & en gedragsneurologie*. 2004;10:10-6.
9. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, USA: Lippincott, Williams and Wilkins, 2005. p.1093-106.
10. Kopelman MD, Thomson AD, Guerrini I and Marshall EJ. *The Korsakoff Syndrome: Clinical Aspects, Psychology and Treatment*. *Alcohol Alcohol* 2009;44(2):148-54.
11. Stichting Korsakov Kenniscentrum. <http://korsakovkenniscentrum.nl>.
12. Goossensen A, Arts K, Beltman M. *Zorgprogramma Korsakov in het verpleeghuis 'Mij mankeert niks'*. *Korsakov Kenniscentrum*, november 2007.
13. Kessels R, Oort R van. De rol van foutloos leren bij de behandeling van patiënten met geheugenstoornissen. *Nieuwsbrief Revalidatie Nederlands Instituut voor Psychologen* voorjaar 2008;1-6.
14. Blansjaar BA. Het syndroom van Korsakoff. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137(21):1043-48.
15. Noppen M van, Haex P. Omgaan met Korsakovcliënten. *Van 4 K-model naar empathisch-directieve benadering*. *Denkbeeld* 2003;6:10-3.
16. Noppen M van, Nieboer J, Ficken M, et al. *De empathisch-directieve benadering: zorg voor cliënten met het syndroom van Korsakov*. September 2007.

Samenvatting

Chronisch alcoholgebruik, met daarbij zelfverwaarlozing en ondervoeding, kan een tekort aan thiamine veroorzaken. Dit leidt tot wernicke-encefalopathie, en tot het syndroom van Korsakov. Het syndroom van Korsakov is een resttoestand, gekenmerkt door geheugenstoornissen en executieve functiestoornissen. Met name de executieve functiestoornissen maken een zelfstandig bestaan onmogelijk. Een passende woonvorm kan dan gevonden worden in het verpleeghuis.

Naast de alcoholverslaving is vaak ook sprake van nicotineverslaving. Het ziektebesef is aangedaan, en klachten worden niet of pas laat gemeld. Een verhoogde kans op hart en vaatziekten en maligniteiten vereist alertheid van de omgeving op symptomen. Ook aandacht voor psychiatrische en sociale problematiek is nodig.

Specialisten ouderengeneeskunde krijgen regelmatig te maken met deze categorie patiënten, die een specifieke, multidisciplinaire aanpak behoeft. Veel aspecten van de aanpak zijn practice based, er is behoefte aan wetenschappelijk onderzoek op het gebied van comorbiditeit, benaderingswijze, wilsonbekwaamheid, thiaminesuppletie en alcoholbeleid.

Met twee casussen wordt in dit praktijkartikel de uiteenlopende problematiek, complicaties en comorbiditeit bij het korsakovsyndroom beschreven.

Trefwoorden

syndroom van Korsakov, de Markenhof, cognitieve functiestoornissen, gedragsstoornissen, structuur

Summary

Alcohol abuse, accompanied by self-neglect and malnutrition, may cause thiamin deficiency. This deficiency leads to Wernicke's encephalopathy and Korsakov's syndrome. Korsakov's syndrome is a stable state, with memory problems and impaired executive brain functions. The impairment of executive brain functions is the main reason patients are no longer able to live independently, and residential care may be offered in a nursing home.

Apart from alcohol dependence, there is often nicotine dependence as well. Disease awareness is affected; disorders are reported late or not at all. High risk of cardiovascular disease and of malignancies requires vigilance from caregivers. Attention should also be paid to psychiatric and social problems.

Elderly care physicians will occasionally encounter these patients, in need of specialized, multidisciplinary care. Many aspects of current care are practice based; there is a need for research into co morbidity, approach by care professionals, legal incapacity, thiamin supplement and policy on alcohol consumption.

With two case histories, the usual problems, complications and co morbidity of Korsakov's syndrome are described in this article.

Keywords

Korsakov's syndrome, nursing home the Markenhof, cognitive disorder, behavioral problems, structure