

# Aanvang van het Wernicke-Korsakov-syndroom

*Wêr no op ta?' sei de drankman doe't er fallen wie.*

*(Waar nu naartoe, zei de alcoholist toen hij gevallen was).*

J.W. Wijnia, specialist ouderengeneeskunde.

Verpleeghuis Slingedael,

Centrum voor Korsakov en psychogeriatric, Rotterdam.

9-11-2010.

## Inleiding

In 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 een Wernicke-encefalopathie, maar dit wordt in het algemeen slecht herkend. Bij adequate en tijdige toediening van thiamine is de levensbedreigende Wernicke-encefalopathie reversibel. Het is dus belangrijk dat bij alcoholisten die zichzelf verwaarlozen, ook bij geringe verdenking onmiddellijk met thiaminebehandeling wordt gestart. Aangezien het Korsakov-syndroom een chronische aandoening is en de diagnose pas na een periode van 4-6 weken alcoholabstinentie kan worden gesteld, is het in de periode die aan de het stellen van de diagnose voorafgaat, dus des te meer van belang om door adequate thiaminesuppletie de ontwikkeling van het syndroom te voorkomen. Een vroege inschatting van het risico op het syndroom van Wernicke-Korsakov kan daarvoor behulpzaam zijn.

## Slingedael

De aanleiding tot deze bijdrage is gebaseerd op onze ervaringen van het bezoeken van patiënten, die werden aangemeld voor opname op de Korsakov-afdeling in verpleeghuis Slingedael. In deze samenvatting concentreer ik me met name op de patiënten, die rechtstreeks uit het ziekenhuis kwamen. Tijdens de voordracht zelf geef ik een overzicht van alle verwijzingen, overigens met dezelfde eindconclusie.

Het verpleeghuis heeft momenteel 3 afdelingen voor Korsakov-bewoners. We kregen 134 aanmeldingen in 3-4 jaar, waarvan 37 (27,5%) patiënten uit circa 15 verschillende ziekenhuizen.

Ernstige, acute beelden zijn te verwachten bij patiënten, voor wie de zorg van het ziekenhuis nodig is. Uiteraard moeten patiënten met verschijnselen van alcoholonthouding of een syndroom van Wernicke niet in een verpleeghuis, maar in een ziekenhuis worden opgenomen voor adequate multidisciplinaire diagnostiek en behandeling. De bij ons aangemelde patiënten waren doorgaans een aantal weken in het ziekenhuis opgenomen en daar had in ieder geval diagnostiek plaatsgevonden door psychiater, neuroloog en internist.

## **Patiëntkarakteristieken**

In het algemeen betreft het alleenstaande, ernstig verwarde patiënten met een voorgeschiedenis van alcoholisme; ze aten niet meer en verwaarloosden zichzelf. Vaak betrof het de eerste ziekenhuisopname, waarmee ze na een lange periode van verwaarlozing onder de medische aandacht kwamen. Er was vaak geen bekend syndroom van Korsakov voorafgaande aan de opname, maar het beloop resulteerde wel in het syndroom van Korsakov. Uiteindelijk hebben de aangemelde patiënten het syndroom van Korsakov, want dit is een opnamecriterium voor opname op de Korsakov-afdeling in het verpleeghuis.

Er tekende zich met betrekking tot het ziekteverloop van de Wernicke-encefalopathie een patroon af, wat hieronder beschreven wordt.

## ***Op de grond aangetroffen***

Bij een substantieel aantal van de ziekenhuispatiënten, die wij voor opname op de Korsakov-afdeling bezochten, was de aanleiding tot 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 patiënt is dan op straat of thuis na een kortere of langere tijd van minuten tot enkele dagen op de grond aangetroffen. In de praktijk leidde deze presentatie, afhankelijk van de verdere verschijnselen, tot opname op uiteenlopende verpleegafdelingen: interne geneeskunde, cardiologie, neurologie, longziekten, urologie, chirurgie, KNO-afdelingen. Vrij kenmerkend horen we vervolgens van de betreffende afdeling de uitspraak dat de patiënt tussen 'wal en schip is gevallen', en niet op de huidige afdeling thuishoort.

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/zij 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 bij een Wernicke-encefalopathie.

## ***Wernicke-delier***

Niet zelden zien we tijdens het bezoek in het ziekenhuis een delirante patiënt, dus niet 'enige' verwardheid, maar 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, vind ik nauwelijks in de literatuur terug. Ook in de nieuwe Trimbos instituut/CBO richtlijn betreffende alcoholgebruik, wordt een Wernicke-delier niet als zodanig benoemd. Er wordt wel gesproken over een (sub)acute bewustzijnsverandering, maar niet over een delier.

Verschillende *syndromen* met verwardheid, zoals Wernicke-Korsakov en delier, 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 een Wernicke-encefalopathie hebben. Wij veronderstellen echter 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 Korsakov-syndroom stelden we vast bij ten minste 12 van de 37 patiënten (32,5%), die we in het kader van aanmelding voor de Korsakov-afdeling in het ziekenhuis bezochten. Het klassieke profiel van de Wernicke-encefalopathie, met oogsymptomen, ataxie en verwardheid, kwam voor bij nog eens 9 andere van de 37 patiënten (24%). Mogelijk is dit patroon (delier = Wernicke) bekend, maar in de praktijk zien we dat een delier vooral als alcoholonthoudingsdelier wordt aangemerkt. Bij uitdiepen van hetero-anamnestiche gegevens (indien beschikbaar, wat bij alleenstaande alcoholisten vaak onmogelijk is) 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.

## Conclusie

Onbewust en onbedoeld is in de begeleiding van alcoholgerelateerde stoornissen het gevaar aanwezig van onderdiagnostiek, ook bij patiënten die voor klinische observatie zijn opgenomen. Er is dan wel 'het nodige' gedaan aan diagnostiek en behandeling, maar voor de patiënt die wordt opgenomen met problematisch gedrag (verwardheid), dreigt een situatie van suboptimale medische aandacht, omdat het begeleiden van deze patiënten voor de afdeling geen dagelijkse ervaring is. In de patiëntengroep van zich verwaarlozende alcoholisten waarover deze bijdrage gaat, lijkt bij een deel van hen een bepaald patroon voor te komen: zij werden op de grond aangetroffen (collaps), konden niet lopen, en waren floride delirant. Bij patiënten met alcoholisme en zelfverwaarlozing kan een delier op zichzelf de uiting zijn van een Wernicke-encefalopathie, en moet ook als zodanig behandeld worden 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

Arts NJM. Wernicke-encefalopathie: een niet te stellen diagnose. Tijdschrift voor Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie. 2007 Juni:106-7.

Thomson AD, Cook CC, Touquet R, Henry JA; Royal College of Physicians, London. The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and Emergency Department. Alcohol Alcohol. 2002 Nov-Dec;37(6):513-21. Erratum in: Alcohol Alcohol. 2003 May-Jun;38(3):291.

Onder voorzitterschap van: Van den Brink W en Jansen PLM. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol. Trimbos-instituut, Utrecht. 2009:16.

McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008 Aug;79(8):854-62.