

Standaard

# Diagnose Korsakov



Drs. Liesbeth van Beemen  
Drs. Marga ten Wolde  
Prof. dr. Anne Goossensen

# Inhoud

Inleiding 1

Achtergrond 2

Uitwerking standaard 4

Literatuurlijst 12

# Inleiding

Deze standaard is bedoeld voor professionals in de tweedelijnszorg die in hun werk te maken krijgen met mensen bij wie mogelijk het syndroom van Korsakov<sup>1</sup> aan de orde is. Richtinggevende documenten om deze diagnose te stellen ontbreken en zelfs de benaming is in de internationale literatuur niet eenduidig. Termen als Wernicke-Korsakoff syndrome, Alcohol-related Dementia en Persistent Amnestic Disorder worden afwisselend gebruikt. Er kan door dit alles een ongewenste variatie in diagnosestelling ontstaan en het bemoeilijkt het toewijzen van de juiste behandeling of zorgvoorziening. Een Korsakovpatiënt is geen dementerende oudere en stelt andere eisen aan de kwaliteiten van zorgprofessionals.

De standaard heeft als hoofddoel de diagnosticering van het syndroom van Korsakov te formaliseren. Daarbij zij opgemerkt dat diagnostiek in zijn algemeenheid veel meer omvat dan een enkelvoudige classificatie. Diagnostiek is op de eerste plaats bedoeld als opstap om de patiënt de geëigende professionele hulp en/of zorg te bieden en dan bij voorkeur op zo kort mogelijke termijn. De randvoorwaarden waaraan het diagnostisch proces volgens onze standaard moet voldoen, gelden dus niet voor de diagnostiek die het behandelings- en zorgaanbod van de patiënt dient. Zo wordt in de standaard een aanzienlijke abstinentieperiode aanbevolen die in de praktijk niet altijd haalbaar zal zijn.

Het vertrekpunt voor deze diagnostische standaard is de DSM-IV classificatie van het syndroom van Korsakov als Persisterende Amnestische stoornis door Alcohol (APA, 1994).

De DSM beschrijft en ordent psychiatrische ziektebeelden. We mogen echter niet uit het oog verliezen dat de oorzaak van het syndroom van Korsakov van neurologische aard is. Zowel de neurologisch/medische aspecten als de psychiatrische aspecten dienen dan ook een plaats te krijgen in de standaard.

Uit onderzoek is inmiddels gebleken dat de cognitieve beperkingen van de patiënt met het syndroom van Korsakov meer omvatten dan geheugenstoornissen alleen (Gerridzen & Adema, 2011). Er wordt in de bespreking van het diagnostisch proces daarom uitgebreid ingegaan op het belang van de executieve functiestoornissen.



---

1. Hoewel er ook argumenten zijn om Korsakov een ziekte te noemen, houden we vast aan de meest gangbare term 'syndroom'.

# Achtergrond

## Definitie en omschrijving van het syndroom van Korsakov

Het syndroom van Korsakov ontstaat door thiaminegebrek. Lijders aan het syndroom hebben ernstige geheugenstoornissen en executieve functiestoornissen (Victor, Adams, & Collins, 1989) (Brokate, Eling, Hildebrandt, Fichtner, Runge, & Timm, 2003) (Jue & Schilt, 2009) (Wester, 2007). In de westerse wereld komt dit ziektebeeld hoofdzakelijk voor na een periode van excessief alcoholgebruik gecombineerd met ondervoeding door zelfverwaarlozing. We laten in deze standaard andere oorzaken van thiaminetekort zoals anorexia nervosa, gastro-intestinale ziekten, hongerstaking of maagverkleining buiten beschouwing (Arts, 2007).

Wanneer het thiaminetekort de kritische ondergrens overschrijdt leidt dit tot een Wernicke-encefalopathie, die gekenmerkt wordt door de acuut optredende trias van oogbewegingsstoornissen, ataxie en verwardheid. Het syndroom van Korsakov wordt gezien als een reststoornis van de Wernicke-encefalopathie. In een meerderheid van de gevallen is in de voorgeschiedenis van Korsakovpatiënten echter geen Wernicke-encefalopathie te vinden. Mogelijk ontwikkelt het syndroom van Korsakov zich sluipend, of de diagnose van een Wernicke-encefalopathie wordt gemist doordat deze op een atypische en aspecifieke wijze verloopt (Cook, Hallwood, & Thomson, 1998). De diagnose van dit levensbedreigende ziektebeeld is moeilijk te stellen, maar effectief te behandelen via intraveneuze toediening van vitamine B1 (De Beer & Van de Glind, 2009). (Thomson, 2000). De laesies die het syndroom van Korsakov veroorzaken, bevinden zich vooral rond de derde en de vierde ventrikel van het brein en zijn slechts via post mortem onderzoek eenduidig vast te stellen (Victor et al., 1989) (Arts, 2007). In of nabij deze laesies lopen diverse banen van neurotransmittersystemen en daarom is er relatief veel onderzoek gedaan naar de behandeling van het syndroom van Korsakov met stoffen die aangrijpen op deze systemen (De Beer & Van de Glind, 2009) (Reuster, Buechler, Winiecki, & Oehler, 2003). Overigens hebben deze behandelingen nog niet tot therapeutische effecten in de vorm van geheugenverbetering geleid.

## Prevalentie

Omdat het syndroom van Korsakov<sup>1</sup> een alcohol gerelateerde aandoening is worden schattingen van de populatie gebaseerd op de omvang van de alcoholproblematiek in Nederland. Men hanteert echter in het onderzoek naar de alcoholproblematiek verschillende definities. Het CBS onderscheidt zwaar drinken van probleemdrinken (CBS, 2009b). Het gedegen NEMESIS onderzoek hanteert de begrippen afhankelijkheid en misbruik van alcohol (Verdurmen, Monshouwer & Van Dorsselaer, 2003) (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010).

De Nationale drugmonitor volgt het alcoholgebruik in Nederland nauwgezet (Van Laar, 2010). Het jaarbericht van 2009 vermeldt dat de alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking al jaren stabiel is en dat het percentage zware drinkers licht daalt. Volgens het NEMESIS-onderzoek uit 2007-2009 voldoet 0,3-1,2% van de bevolking van 18-65 jaar aan de diagnose alcoholafhankelijkheid (DSM-IV) (De Graaf et al., 2010). Het zou hier om ongeveer 82.400 mensen gaan. Het werkelijke aantal ligt hoger omdat ouderen, jongeren, anderstaligen, daklozen en langdurig opgenomen patiënten hier niet zijn meegeteld. Hoeveel hoger is niet bekend.

Dit cijfer ligt lager dan in het NEMESIS-onderzoek uit 1996 (Verdurmen, Monshouwer, & Van Dorsselaer, 2003). Dit komt waarschijnlijk door het feit dat de vierde editie van de DSM 'strenger' is dan de derde editie waardoor mensen minder snel voldoen aan een diagnose afhankelijkheid. Daarnaast is het instrument waarmee de aandoeningen zijn gemeten veranderd en ook dit draagt bij aan de lagere schatting (Van Laar, 2010). Nederlandse prevalentiecijfers over het aantal Korsakovpatiënten komen uit een onderzoek dat in 1987 in Den Haag werd verricht: Op 10.000 inwoners zouden er 4,8 aan het syndroom van Korsakov lijden (Blansjaar & Nijhuis, 1987). Iets recentere cijfers zijn te vinden in een verkenning door de Rotterdamse GGD (Wierdsma, Van Dijk, Kocken, & Middelkoop, 1994). Daar zouden minstens 270 bewoners in Rotterdam e.o. het syndroom van Korsakov hebben, maar het kunnen er ook meer dan 450 zijn. Omgerekend naar de Nederlandse bevolking zouden deze cijfers het huidige aantal Korsakovpatiënten op ongeveer 5000 - 8000 brengen. We moeten ons realiseren dat het hier om verouderde gegevens en een ruwe schatting gaat. Het is dus niet gelukt om vast te stellen hoeveel mensen met ernstige alcoholproblematiek risico loopt om het syndroom van Korsakov te krijgen. Evenmin is bekend hoeveel mensen in Nederland momenteel aan het syndroom lijden.

### Diagnostische typering aan de hand van DSM-IV criteria

In de klinische praktijk wordt de DSM-IV diagnose het meest gebruikt. De DSM-IV rekt het syndroom van Korsakov onder de amnestische stoornissen en typeert deze als *Persisterende Amnestische stoornis door Alcohol veroorzaakt*. Code 291.1 (APA, 1994). Evenals bij dementie en delirium gaat het hier om een stoornis in cognitie (m.n. het geheugen) die het gevolg is van een somatische aandoening of het gebruik van een middel en die een belangrijke verslechtering van het eerdere cognitieve functioneren met zich meebrengt.

De vier criteria waaraan men voor de classificatie moet voldoen zijn:

- A. De ontwikkeling van geheugenstoornissen zoals blijkt uit een verminderd vermogen nieuwe informatie te leren (anterograde amnesie) of zich eerder geleerde informatie te herinneren (retrograde amnesie).
- B. De geheugenschade veroorzaakt significante beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren.
- C. De geheugenstoornis komt niet uitsluitend voor tijdens een delirium of een dementie en blijft langer aanwezig dan gebruikelijk bij intoxicatie of onthouding van alcohol (differentiaal diagnose).
- D. Er zijn aanwijzingen vanuit de anamnese, het lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen dat de geheugenstoornis het gevolg is van de langdurige effecten van alcoholmisbruik.



# Uitwerking Standaard

De DSM-IV criteria laten een belangrijke beperking van de Korsakovpatiënt onvermeld. Door uitgebreid onderzoek is aangetoond dat een aanzienlijk deel van de problematiek van de Korsakovpatiënt is terug te voeren op stoornissen in de executieve functies (Arts, 2004) (Brand, 2007) (Oort & Kessels, 2008). Deze stoornissen blijken in belangrijke mate de gebrekkige zelfzorg maar ook veel andere beperkingen van de Korsakovpatiënt te bepalen (Godbout, Grenier, Braun, & Gagnon, 2005). Het is dan ook van belang de executieve functies in de beoordeling van de cognitie te betrekken (Oort & Kessels, 2008).

Zoals eerder vermeld is de definitieve Korsakov diagnose slechts post mortem te stellen en zal deze daarom bij alle Korsakovpatiënten ontbreken. In de praktijk zullen we met een waarschijnlijkheidsdiagnose werken. Er is een relatief grote groep van patiënten bij wie de diagnose Korsakov *mogelijk* is. Via systematische uitsluiting op basis van kernsymptomen blijft een kleinere groep patiënten met de diagnose Korsakov *waarschijnlijk* over. Deze diagnose kan worden ondersteund en versterkt door een viertal hoofdkenmerken, die we nog verder uitwerken.

Belangrijk is om voorafgaand aan de feitelijke diagnosticering van Korsakov een delirium of Wernicke-encefalopathie eerst te herkennen en te behandelen.

## Behandeling van delirium of Wernicke-encefalopathie

Onze risicogroep bestaat uit mensen die door onwel worden of collaps met acute medische zorgverlening in aanraking komen en bij wie mogelijk sprake is van alcoholmisbruik, zelfverwaarlozing en amnestische problemen. Zolang er sprake is van verwardheid, aandachtsstoornissen en bewustzijnsdaling is betrouwbare diagnostiek naar cognitieve beperkingen echter niet mogelijk. Omdat een groot aantal chronische alcoholisten een thiamine tekort heeft (Victor et al., 1989) en de symptomen van een Wernicke-encefalopathie vaak worden gemist (Arts, 2007) wordt bij bovengenoemde groep thiamine – bij voorkeur intraveneus – toegediend. Is het bewustzijns- en aandachtsniveau genormaliseerd, dan kan het diagnostisch proces worden voortgezet.

## Mogelijk syndroom van Korsakov

Of iemand mogelijk het syndroom van Korsakov heeft kan in een vroeg stadium vastgesteld worden door middel van een screeningsprocedure. Een complicatie hierbij is dat een patiënt, bij wie in dit stadium het syndroom van Korsakov vermoed wordt, meestal niet abtinent is. Zolang dit het geval is zullen geheugenstoornissen als gevolg van alcoholgebruik moeilijk te onderscheiden zijn van de amnesie die door Korsakov ontstaat. Het gevolg is dat na een eerste screening ook mensen van Korsakov verdacht worden die na een langere abtinentieperiode toch vrijuit gaan (fout positief, ofwel loos alarm).

Om van een *mogelijk* syndroom van Korsakov te spreken dienen de twee volgende kernsymptomen bindend aanwezig te zijn:

## 1. Alcoholafhankelijkheid of een aantoonbare periode van excessief of zwaar alcoholgebruik

## 2. Ernstige geheugenstoornissen

### 1. Alcoholafhankelijkheid of excessief/zwaar alcoholgebruik

De richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol kiest voor de DSM-IV definitie van alcoholafhankelijkheid. Men dient aan minstens drie van de zeven criteria te voldoen<sup>2</sup>. Onder excessief of zwaar alcoholgebruik verstaan we: Vrouwen die meer dan 35, en mannen die meer dan 50 glazen per week drinken (De Beer & Van de Glind, 2009) (Van Laar, 2010).

#### *Instrumentarium:*

Er zijn geen symptomen of patiëntkenmerken in anamnese of lichamelijk onderzoek die gebruikt kunnen worden voor het opsporen van alcoholmisbruik/afhankelijkheid (Poppeller, van de Wiel, & van de Mheen, 2002) (Van Limbeek, Van Alem, & Wouters, 1992). Om alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik op te sporen beveelt de Richtlijn Alcoholstoornissen de AUDIT (de Alcohol Use Disorders Identification Test) als eerste keus aan (Adams, Barry, & Fleming, 1996) (De Beer & Van de Glind, 2009). Het aanbevolen afkappunt is voor mannen score 8 en voor vrouwen en ouderen score 5. Vanuit praktische overwegingen kan men ook gebruik maken van de verkorte vorm van de AUDIT, de AUDIT-C met respectievelijke afkappunten van 5 en 4.

### 2. Geheugenstoornissen

Ernstige geheugenstoornissen zijn het meest kenmerkende symptoom van het syndroom van Korsakov, maar niet alle geheugenfuncties zijn even ernstig aangedaan en sommige blijken nog geheel in tact. Bij een verdeling van het geheugen naar inhoud is onderscheid naar een impliciet en expliciet geheugen mogelijk. In het expliciete geheugen is informatie opgeslagen waarvan men zich bewust is en die direct toegankelijk is. We onderscheiden het episodische geheugen – feiten over de eigen levensloop – en het semantische geheugen – kennis die men in de loop der

---

#### 2. Alcoholafhankelijkheid

Een patroon van onaangepast gebruik van alcohol dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt door minstens drie van de hier volgende criteria die zich in het afgelopen jaar hebben voorgedaan:

1. Tolerantie, gedefinieerd door een behoefte aan toenemende hoeveelheden alcohol om het gewenste effect te bereiken of een duidelijk verminderd effect bij gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol.
2. Onthoudingsverschijnselen zoals blijkt uit lichamelijk lijden wanneer met het gebruik van alcohol gestopt wordt.
3. Alcohol wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan de gebruiker van plan was.
4. Er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van alcohol te verminderen of in de hand te houden.
5. Een groot deel van de tijd besteedt men aan activiteiten om aan alcohol te komen, aan het gebruik ervan, of aan het herstel van de effecten ervan.
6. Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van alcohol.
7. Het gebruik van alcohol wordt voortgezet ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat hierdoor waarschijnlijk wordt veroorzaakt of verergerd (APA, 1994)

tijd heeft opgedaan. Het impliciete geheugen werkt heel anders. Het is niet bewust toegankelijk maar blijkt aanwezig door dingen die we doen. Het verwijst vooral naar vaardigheden en geautomatiseerde handelingen (hoofdrekenen, autorijden, blind typen). Het impliciete geheugen is bij Korsakovpatiënten goeddeels intact. Van het expliciete geheugen is vooral het episodisch geheugen aangetast. We spreken hier van retrograde amnesie, dat wil zeggen verlies van geheugeninhoud die vooraf ging aan het ziektebeeld. Bij de Korsakovpatiënt is het grootste probleem echter de anterograde amnesie, dat wil zeggen het geheugenverlies dat optreedt na het ontstaan van ziekte of trauma. De patiënt is niet meer in staat nieuwe informatie op te slaan en te onthouden.

*Instrumentarium:* Om geheugenstoornissen vast te stellen voldoen tests die een beroep doen op uitgestelde herinnering het best (NVKG, 2005). De onderzochte krijgt informatie aangeboden die na een zeker tijdspanne herkend of gereproduceerd moet worden. We bevelen hier drie tests aan waarvan (beperkte) normgegevens voor Korsakov bekend zijn. Van de Nederlandse geheugentests is de Visuele Associatietest (VAT) geschikt (Lindeboom, Schmand, Tulner, Walstra, & Jonker, 2002). Ook de Rivermead Behavioral Memory test (RBMT) biedt normgegevens voor Korsakov (Wester, 2007). Een validatie-onderzoek naar de nieuw ontwikkelde Nederlandstalige RBMT-3 zal binnenkort worden afgerond. Daarnaast zijn er voor een kleine groep Korsakovpatiënten scores op de VLGT (Verbale leer- en geheugentest) bekend (Oort & Kessels, 2008). Als afkappunt wordt 1,5x de standaarddeviatie aangehouden.

## Waarschijnlijk Syndroom van Korsakov

Om vast te stellen of iemand waarschijnlijk het syndroom van Korsakov heeft is uitgebreide diagnostiek en een langere abstinentieperiode vereist. In de praktijk blijkt een periode van minstens zes weken gangbaar. Deze abstinentieperiode is noodzakelijk om de directe invloed van overmatig alcoholgebruik op het cognitief functioneren te neutraliseren en de patiënt tijd te geven voor lichamelijk herstel. Uitgebreide diagnostiek bestaat uit lichamelijk onderzoek om inzicht te krijgen in de gevolgen van het alcoholgebruik en de voedingsdeficiënties. Daarbij hoort ook een anamnese en heteroanamnese, het observeren van het dagelijks functioneren van de patiënt en het verrichten van uitgebreid neuropsychologisch onderzoek.

Om van een *waarschijnlijk* syndroom van Korsakov te spreken dienen de twee volgende hoofdenmerken bindend aanwezig te zijn:

1. Ernstige geheugenstoornissen na abstinentie van minstens zes weken

2. Geen dementie

Als er geen ernstige geheugenstoornissen zijn na zes weken abstinentie, of als er sprake is van dementie, is het syndroom van Korsakov noch mogelijk noch waarschijnlijk.

### 1. Ernstige geheugenstoornissen na abstinentie van minstens zes weken

Geheugenstoornissen vormen de kern van het syndroom van Korsakov. Het gaat om anterograde amnesie (het niet kunnen inprenten en reproduceren of herkennen van nieuwe informatie). Ook komt retrograde amnesie voor. Dit is het niet kunnen reproduceren van eerder opgeslagen informatie en blijkt meestal uit een aangetast episodisch geheugen en verstoorde chronologie.



Als instrumentarium zijn een herhaalde afname van VAT, RBMT of VLGT (Mulder, Dekker, & Dekker, 1996) aan te bevelen, maar ook andere instrumenten kunnen geschikt zijn, zoals de 15-woorden-test (Heslinga, Van den Burg, & Saan, 1983). De hetero-anamnese levert informatie over wat de geheugenstoornissen in het dagelijks leven betekenen. In de anamnese biedt de presentatie van de persoonlijke levensgeschiedenis zicht op retrograde amnesie, desoriëntatie in tijd, verstoorde chronologie en eventuele confabulaties. Gedragsobservatie biedt onder andere zicht op desoriëntatie en het niet kunnen onthouden van namen en afspraken.

## 2. Dementie

In de richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie van het CBO wordt dementie als een generieke term gebruikt die verwijst naar een spectrum van klinische syndromen (NVKG, 2005). Deze syndromen worden veroorzaakt door verschillende hersenziekten, gekenmerkt door combinaties van meervoudige stoornissen in cognitie en stemming of gedrag.

In tegenstelling tot een amnestische stoornis veronderstelt dementie de aantasting van meerdere cognitieve gebieden. Bij een oudere alcoholist is het onderscheid dementie of syndroom van Korsakov niet altijd eenvoudig te maken. Wanneer na abstinentie de cognitieve functies gestaag afnemen en steeds meer cognitieve gebieden verslechteren, is de diagnose dementie waarschijnlijker. Bij Korsakov blijft het niveau van functioneren namelijk stabiel. Dat wil niet zeggen dat dementie en het syndroom van Korsakov elkaar altijd uitsluiten. Als bij een patiënt al Korsakov is gediagnosticeerd kan daar een dementieel beeld bovenop komen. We zien dan een patiënt die lange tijd op een stabiel niveau functioneerde geleidelijk, maar soms ook plotseling (bijvoorbeeld door een vasculaire aandoening) verslechteren. Is er echter nooit eerder van een syndroom van Korsakov sprake geweest en zijn meerdere cognitieve gebieden aangedaan dan is de diagnose dementie op zijn plaats en sluit men de diagnose Korsakov uit.

Instrumentarium: Bij neuropsychologisch onderzoek wordt gekeken naar aandacht, waarneming, geheugen, executieve functies, oriëntatie, spraak- en taalvaardigheden, praxis en ruimtelijke vaardigheden (NVKG, 2005). bovenop komen. We zien dan een patiënt die lange tijd op een stabiel niveau functioneerde geleidelijk, maar soms ook plotseling (bijvoorbeeld door een vasculaire aandoening) verslechteren. Is er echter nooit eerder van een syndroom van Korsakov sprake geweest en zijn meerdere cognitieve gebieden aangedaan dan is de diagnose dementie op zijn plaats en sluit men de diagnose Korsakov uit.

Instrumentarium: Bij neuropsychologisch onderzoek wordt gekeken naar aandacht, waarneming, geheugen, executieve functies, oriëntatie, spraak- en taalvaardigheden, praxis en ruimtelijke vaardigheden (NVKG, 2005).

### Kenmerken die de diagnose ondersteunen

Op dit punt van het diagnostisch proces hebben we een patiënt bij wie overmatig alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid is vastgesteld, die na zes weken abstinentie nog steeds geheugenstoornissen laat zien, maar die geen dementie heeft. Deze patiënt heeft waarschijnlijk het syndroom van Korsakov.

We kunnen deze uitspraak echter nog aanzienlijk versterken wanneer de volgende kenmerken aanwezig zijn:

1. Aan het Korsakov syndroom ging een Wernicke-encefalopathie vooraf

2. Er zijn aantoonbare lichamelijke gevolgen van langdurig alcoholmisbruik

3. Het sociaal/beroepsmatig functioneren is verslechterd

4. Executieve functiestoornissen zijn aangetoond

### 1. Wernicke-encefalopathie

Het syndroom van Korsakov wordt gezien als een reststoornis van een Wernicke-encefalopathie. Wanneer het Wernicke ziektebeeld daadwerkelijk is waargenomen betekent dit een belangrijke ondersteuning van de diagnose Korsakov.

### 2. Aantoonbare lichamelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik en thiamine tekort

Alcoholisten bij wie het syndroom van Korsakov wordt vermoed, zijn lichamelijk vaak ernstig verzwakt en ziek. Door de tekorten aan essentiële vitamines en door de directe toxische werking van alcohol zijn meerdere orgaansystemen beschadigd. De lichamelijke conditie is, mede door fors roken, zwak. Naast lever-, maag- en pancreasaandoeningen bestaat een verhoogde kans op hypertensie, hart- en vaatziekten, longaandoeningen verschillende vormen van kanker en hersenletsel. Polyneuropathie en ataxie komen zeer veel voor en zijn indicatief voor zowel alcohol intoxicaties als thiaminegebrek. Een ander specifiek gevolg van thiamine tekort is cerebellaire degeneratie (Mulholland, 2006).

Beruchte complicaties van langdurig alcoholmisbruik in combinatie met roken zijn maligniteiten van mond, keel en slokdarm. Ook COPD en longkanker komen relatief veel voor. Zie voor een uitgebreider overzicht Jue en Schilt (2009).

Als instrumentarium noemen we lichamelijk onderzoek, inclusief laboratoriumwaarden, anamnese en heteroanamnese. Door middel van beeldvormend onderzoek, zoals MRI, kunnen andere oorzaken van cognitief disfunctioneren worden uitgesloten, maar het syndroom van Korsakov zelf kan er niet door worden bevestigd (Lampl & Yazdi, 2002).

### 3. Verslechtering sociaal en beroepsmatig functioneren

Feitelijk ziet men in dit criterium een afspiegeling van hoe beperkingen als geheugen- en executieve functiestoornissen inwerken op de betrokken patiënt. Een gevaar schuilt in het feit dat langdurig alcoholgebruik en zelfverwaarlozing op zichzelf al tot een zekere maatschappelijke teeloorgang leiden. Het is dan onduidelijk wat het aandeel van de vermeende Korsakov daarin is. Een plotse verslechtering in het functioneren van de alcoholist, mits opgemerkt door naasten of familie, is indicatief.

Instrumentarium: Inschatting van de premorbide intelligentie door middel van de Nederlandse Leestest voor Volwassenen (NLV) (Schmand, Lindeboom, & Van Harskamp, 1992). We kunnen daar het huidige cognitieve functioneren mee vergelijken. Informatie over verslechterd functioneren

blijkt uit de heteroanamnese of valt af te leiden uit schulden, faillissement, een zwaar verwaarloosde woning, bijvoorbeeld zonder gas en elektra, of uit de juridische status bij opname.

#### 4. Executieve functiestoornissen

Hieronder worden een aantal vaardigheden verstaan die nodig zijn om zich aan wisselende omstandigheden aan te passen en geplande of georganiseerde acties uit te voeren. Hiervoor zijn mentale flexibiliteit, doelgerichtheid, monitoring en het onderdrukken van impulsen nodig.

In de neuropsychologie worden executieve functies als een paraplubegrip gehanteerd. Over de precieze definitie bestaat in de literatuur geen consensus (Spikman, Smeding, Kovacs, & Fasotti, 2003). Gestoorde executieve functies bij een Korsakovpatiënt verklaren diens gebrek aan ziekte-inzicht (geen zelfreflectie), zijn apathie en het ontbreken van doelgericht gedrag. Hoewel in de zorgpraktijk zelden Korsakovpatiënten zonder executieve functiestoornissen worden gezien is er nog onvoldoende wetenschappelijke grond om deze stoornissen als een bindend element van het syndroom van Korsakov op te vatten (Oort & Kessels, 2008). Eenmaal aangetoond vormen ze echter een belangrijke ondersteuning van de diagnose.

Instrumentarium: De Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome (BADS) is de belangrijkste test om executieve functiestoornissen te meten (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie, & Evans, 1996). In de hetero-anamnese kan verlies van regie over het eigen leven indicatief zijn voor verslechtering van de executieve functies. Gedragsobservatie toont aan dat een patiënt geen initiatieven meer neemt en geen acties kan plannen of overzien. Omdat executieve functiestoornissen ook voorkomen bij overmatig alcoholgebruik, is vooral een plotselinge verslechtering indicatief voor Korsakov.

#### Differentiaal diagnostiek

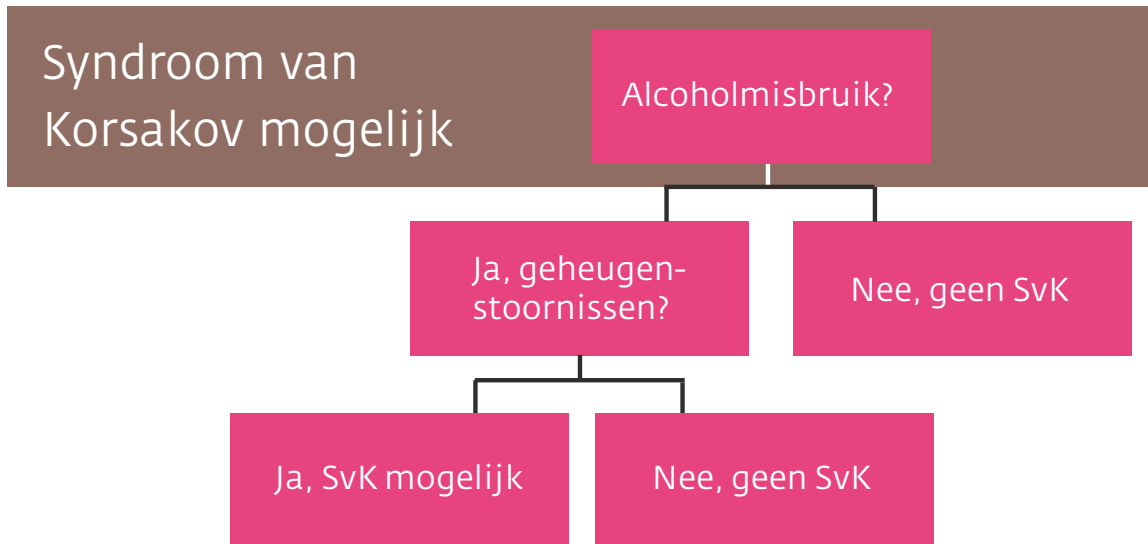
Afgezien van thiamine tekort leidt ook excessief alcoholgebruik zelf tot geheugen- en executieve functiestoornissen. Na abstinentie kunnen deze zich (gedeeltelijk) herstellen zodat differentiaal diagnostiek pas na een abstinentieperiode van minstens vier tot zes weken mogelijk is. Langere abstinentie-periodes worden aanbevolen zodat de gevolgen van alcoholintoxicatie, leverfunctiestoornissen en andere lichamelijke aandoeningen tijd krijgen te herstellen. Zorginstellingen constateren dat de weg naar lichamelijk herstel en verbeterd functioneren nog maandenlang kan voortduren.

Cognitieve functiestoornissen zijn mogelijk ook te wijten aan eerder opgetreden hersenletsel als gevolg van traumata, insulten of een centraal vasculaire aandoening (CVA). Het probleem bij alcoholisme is dat deze aandoeningen lange tijd onopgemerkt kunnen blijven omdat er door de patiënt onvoldoende beroep op medische zorg wordt gedaan.

Comorbiditeit komt bij Korsakovpatiënten zeer veel voor. Psychiatrische en persoonlijkheidsstoornissen verhogen de kans op alcoholverslaving, en omgekeerd leidt alcoholverslaving tot psychiatrische problemen, gedragsstoornissen en zelfs verandering van de persoonlijkheid. Dit geldt dus ook voor de Korsakovpatiënt, al zijn diens problemen door de cognitieve schade niet eenvoudig te herkennen. Diagnostische instrumenten als vragenlijsten en gestructureerde interviews zijn bij cognitief beschadigde patiënten minder betrouwbaar en het gebruik ervan wordt afgeraden (Lezak, Howieson, & Loring, 2004). Het onderscheid tussen bijvoorbeeld depressie en apathie of tussen psychotische uitingen en confabulaties vraagt om zorgvuldige differentiaaldiagnostiek. Mede met het oog op behandelingsmogelijkheden is het van belang dat psychiatrische problematiek en de symptomen van het syndroom van Korsakov goed onderscheiden worden.

## Beslisboom

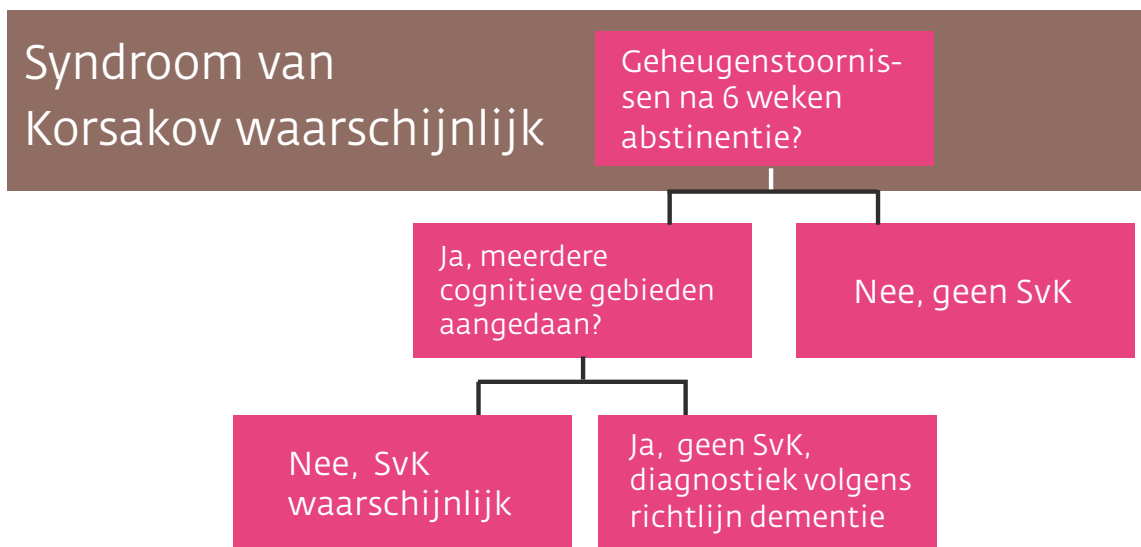
Het diagnostisch proces kan nu in een beslisboom worden samengevat. Patiënten op wie deze beslisboom kan worden toegepast komen in aanraking met de tweede lijnszorg vanwege een vermoeden van ernstig alcoholmisbruik en geheugenstoornissen. Dit levert uitsluiting of een label mogelijk Korsakov op.



Figuur 1. Beslisboom syndroom van Korsakov mogelijk



Vervolgens vindt na abstinentie uitvoerige diagnostiek plaats. Wanneer aan de criteria 'geen dementie' en 'geheugenstoornissen na zes weken abstinentie' wordt voldaan, levert dit uitsluiting of een label waarschijnlijk Korsakov op.



Figuur 2. Syndroom van Korsakov waarschijnlijk

Tot slot kunnen nog vier kenmerken worden genoemd die de diagnose 'waarschijnlijk Korsakov' ondersteunen:



Figuur 3. Ondersteuning diagnose Syndroom van Korsakov

# Literatuurlijst

- Adams, W., Barry, K., & Fleming, M. (1996). Screening for problem drinking in older primary care patients. *JAMA*, 276:1964-1967.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Washington D.C.
- Arts, N. (2004). Het syndroom van Korsakov (1): ontstaan en geheugenstoornissen. *Patient Care/ Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie/Overdruk*, aug. 2-9.
- Arts, N. (2004). Het syndroom van Korsakov (2) Centraal Executieve stoornissen en behandeling. *Patient care/ Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie/Overdruk*, okt. 10-16.
- Arts, N. (2007). Wernicke-encefalopathie: een niet te stellen diagnose. *Tijdschrift voor neuropsychiatrie & gedragsneurologie*, juni 106-107.
- Beer H. de, & Glind, G. van de (2009). *Multidisciplinaire richtlijn. Stoornissen in het gebruik van Alcohol*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Blansjaar, B. H., & Nijhuis, H. (1987). Prevalence of the Korsakoff syndrome in The Hague, the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75: 604-607.
- Brand, M. (2007). Cognitive profile of patients with alcoholic Korsakoff syndrome. *International Journal of Disability and Human Development*, 6:161-170.
- Brokate, B., Eling, P., Hildebrandt, H., Fichtner, H., Runge, K., & Timm, C. (2003). Frontal lobe dysfunctions in Korsakoff's syndrome and chronic alcoholism: Continuity or discontinuity? *Neuropsychology*, vol 17,3, 420-428.
- CBS. (2009b). *StatLine: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: gebruik alcohol houdende dranken 12+*. Voorburg/Heerlen: CBS. |
- Cook, C., Hallwood, P., & Thomson, A. (1998). B-vitamin deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse. *Alcohol and Alcoholism*, 33:317-336.
- Gerridzen, I., & Adema, S. (2011). Het syndroom van Korsakov: méér dan geheugenstoornissen. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, vol 37,1,
- Godbout, L., Grenier, M., Braun, C., & Gagnon, S. (2005). Cognitive structure of executive deficits in patients with frontal lesions performing activities of daily living. *Brain Injury*, 19:337-348.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jue, P., & Schilt, T. (2009). Alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen. In C. Jonker, & J. E. Slaets, *Handboek dementie*. Houten: Bohn, Stafleu en van Loghum.
- Koning, I. de, & Luteijn, F. (2006). Psychometrie. In M. Hendriks, R. Kessels, M. Gorissen, & B. Schmand, *Neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Boom.
- Kopelman, M. (1995). The Korsakoff syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 166: 154-173.
- Laar, M. van (2010). *Nationale Drugmonitor jaarbericht 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Lampl, C., & Yazdi, K. (2002). Central Pontine Myelinolysis. *European Neurology*, 47:3-10.
- Lezak, M., Howieson, D., & Loring, D. (2004). *Neuropsychological assessment*, 4th Ed. Oxford: Oxford University Press.

- Limbeek, J. van, Alem, V. van, & Wouters, L. (1992). Vroege signalering van alcoholproblematiek in de huisartspraktijk. *Huisarts & Wetenschap*, 35:72-82.
- Lindeboom, J., Schmand, B., Tulner, L., Walstra, G., & Jonker, C. (2002). Visual association test to detect early dementia of the Alzheimer type. *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry*, 73:126-133.
- Lindeboom, R., Vermeulen, R., & Haan, R. de (2006). Klinimetrie. In B. Deelman, P. Eling, R. de Haan & E. van Zomeren, *Klinische neuropsychologie*. Amsterdam: Boom.
- Lonie, J., Tierney, K., & Ebmeier, K. (2009). Screening for mild cognitive impairment: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24:902-915.
- Mulder, J., Dekker, R., & Dekker, P. (1996). *VLGT, de Verbale Leer en Geheugentest*. Amsterdam: Pearson.
- Mulholland, P. (2006). Susceptibility of the cerebellum to thiamine deficiency. *The Cerebellum*, 5 (1):55-63.
- NVKG. (2005). *Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Alphen a/d Rijn: van Zuiden.
- Oort, R. v., & Kessels, R. (2008). Executive dysfunction in Korsakoff 's syndrome: Time to revise the DSM-criteria for alcohol induced persisting amnesic disorder? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13:1, 78-81.
- Oslin, D., Atkinson, R., Smith, D., & Hendrie, H. (1998). Alcohol related dementia: proposed clinical criteria. *International journal of geriatric psychiatry*, 13:4, 203-212.
- Poppeller, A., van de Wiel, A., & van de Mheen, D. (2002). *Overdaad schaadt: een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en bingedrinken*. Rotterdam: Instituut voor onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving.
- Reuster, T., Buechler, J., Winiecki, P., & Oehler, J. (2003). Influence of reboxetine on salivary on MHPG concentration and cognitive symptoms among patients with alcohol-related Korsakoff 's syndrome. *Neuropsychopharmacology*, 28:974-978.
- Schmand, B., Lindeboom, J., & Harskamp, F. van, (1992). *NLV, Nederlandse leestest voor volwassenen: Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Spikman, J., Smeding, H., Kovacs, F., & Fasotti, L. (2003). *Richtlijn voor neuropsychologisch onderzoek (NPO) Stoornissen in executieve functies*, conceptversie. Amsterdam: NIP, sectie Neuropsychologie.
- Thomson, A. (2000). Mechanisms of vitamin deficiency in chronic alcohol misusers and the development of the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Alcohol and Alcoholism*, 35, suppl:2-7.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Dorsselaer, S. van (2003). *Bovenmatig drinken in Nederland: Uitkomsten van de Netherlands mental health survey and incidence study*. Utrecht: Bureau NDM.
- Victor, M. (1994). Alcoholic dementia. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 21(2):88-99.
- Victor, M., Adams, R., & Collins, G. (1989). *The Wernicke-Korsakoff Syndrome and related neurologic disorders due to alcoholism and malnutrition*. 2nd Ed. Philadelphia: Davis.
- Wester, A. (2007). De Rivermead behavioral memory test: een maat voor het alledaagse geheugen van Korsakovpatiënten. *Tijdschrift voor neuropsychologie*, 2, 1, 30-41.
- Wierdsma, A., Dijk, A. van, Kocken, P., & Middelkoop, B. (1994). *Korsakov-patiënten in Rotterdam en omstreken: Een verkenning*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o. afd. epidemiologie & beleid.
- Wilson, B., Alderman, N., Burgess, P., Emslie, H., & Evans, J. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)*. Bury St. Edmunds UK: Thames Valley Test Company.



**iholland**  
hogeschool



**K**  
korsakov  
kenniscentrum