
Atypische presentatie van depressie leidend tot vertraging in de behandeling

Auteurs: Arthur R. Van Gool, Maarten Meijer, Tom K. Birkenhäger

Samenvatting

Depressies kunnen zich atypisch presenteren waardoor protocollaire biologische behandeling vertraging kan oplopen. We beschrijven een casus van een 62-jarige vrouw bij wie uiteindelijk sprake bleek van een depressieve episode, met psychotische kenmerken. De weinig typische presentatie leidde zowel in het ambulante behandeltraject in verschillende onderdelen van de GGZ, als tijdens klinische observatie tot aanhoudende diagnostische onzekerheid. Protocollaire biologische behandeling liep hierdoor vertraging op. Uiteindelijk leidde lithium-additie aan een tricyclisch antidepressivum tot een volledige remissie. Een aantal factoren die deze diagnostische onzekerheid kunnen verklaren worden besproken.

Atypical presentation of depression leading to delay in treatment

Abstract

Major depression can present with atypical symptomatology and as a consequence, delay can occur in passing through the relevant algorithm for biological treatment. The case of a 62-year old female is presented who eventually was diagnosed with a major depressive episode, with psychotic features. The atypical presentation led to persistent diagnostic uncertainty both during outpatient treatment in several mental health care institutions and during inpatient observation. As a consequence, proceeding to the next step of the algorithm for biological treatment for major depression was delayed. Factors involved in this diagnostic uncertainty are discussed.

Kernwoorden: atypisch, depressieve stoornis, ouderen

Keywords: Atypical, Elderly, Major depressive disorder

Inleiding

De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie biedt onder meer behandelalgoritmes opgesteld op basis van effectiviteit en verdraagbaarheid [¹]. Het algoritme voor de biologische behandeling van depressie kent 5 stappen, waarbij stap 1 een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI), tricyclisch antidepressivum (TCA), een serotoninenoradrenalineheropnameremmer (SNRI), mirtazapine of bupropion is, en bij non-respons na 4–10 weken behandeling stap 2 een switch naar een ander antidepressivum is. Stap 3, additie van lithium aan het antidepressivum dat in stap 2 onvoldoende werkzaam was, is een goed onderbouwde strategie bij de behandeling van depressie. Lithium-additie wordt dan ook aanbevolen boven andere additie-strategieën [², ³]. Behandeling met een klassieke MAO-remmer en electroconvulsietherapie (ECT) kunnen vervolgens stap 4 en 5 zijn. Bij ouderen wordt bij onvoldoende effect van lithium-additie als vierde stap ECT geadviseerd [⁴].

Het vlot doorlopen van het biologisch behandelalgoritme is in de dagelijkse praktijk al een logistieke uitdaging, waarbij vertraging langer lijden voor de patiënt betekent en de kans op schade aan zijn of haar sociaal functioneren, op demoralisatie en op suïcide toeneemt. Naast praktische problemen kan óók diagnostische onzekerheid bij de behandelaars er toe leiden

dat vertraging optreedt, met name als men twijfelt of er bij een bepaalde patiënt wel sprake is van een depressief toestandsbeeld. Het is voorstelbaar dat bij dergelijke twijfel er nog wel een SSRI of SNRI gegeven wordt, of zelfs een TCA, maar dat men terughoudender wordt bij elke volgende stap. De bijwerkingen en risico's nemen bij elke stap toe, zeker bij oudere patiënten. In het geval van lithium gaat het vooral om beduchtheid voor intoxicatie: de therapeutische breedte is smal.

We bespreken hier de ziektegeschiedenis van een patiënte bij wie het vlot doorlopen van het behandelprotocol van depressie belemmerd werd door diagnostische onzekerheid bij de diverse behandelaren. De diagnose: depressie, ernstig, met psychotische kenmerken kon vooral door de atypische presentatie niet op een onomstotelijke wijze gesteld werden. Lithium-additie bleek uiteindelijk effectief.

Vignet

Het betreft een, bij aanmelding bij Yulius, 62-jarige vrouw. Ze is sinds een jaar weduwe, moeder van twee volwassen kinderen en heeft na de huishoudschool altijd ongeschoold werk gedaan. Na een arbeidsconflict is ze sinds enkele jaren uitkeringsafhankelijk geraakt. Ze is bekend met COPD, hyperthyreoïdie en hypertensie die bij herhaling goed gereguleerd bleken. Ze is tevoren elders vanwege apathie en aangegeven cognitieve klachten neurologisch (inclusief een als niet afwijkend beoordeelde MRI) en neuropsychologisch onderzocht: daarbij zijn executieve functiestoornissen gevonden.

De huisarts verwijst haar vanwege onrust vervolgens naar Yulius, een organisatie voor GGZ en speciaal onderwijs in de regio Dordrecht. In de basis-GGZ wordt ze behandeld met gedragstherapie en sertraline 1 dd 50 mg onder de diagnose: paniekstoornis met agorafobie, en bij stagnatie verwezen naar de specialistische GGZ onder de diagnose: depressie, ernstig. De diagnostische fase in de specialistische GGZ wordt gekenmerkt door wisselende en tegenstrijdige informatie uit de anamnese en heteroanamnese. Of het nu al enkele jaren minder goed met haar ging of alleen het laatste half jaar blijft onduidelijk. Het wordt erop gehouden dat het al langere tijd niet goed gaat en dat vooral de laatste 6 maanden de klachten toenemen. Er is een discrepantie tussen de door de familie aangegeven problematiek en de gespreksindruk: ze is goedlachs en maakt absoluut geen depressieve indruk. Haar eigen klachten zijn vergeetachtigheid, niet meer kunnen koken en vallen waarbij ze bewustzijnsverlies zou hebben. Ze is ook angstig als ze wat moet ondernemen: een verdere anamnese is beperkt mogelijk, omdat ze vragen ontwijkt of inconsistent antwoordt en moeite heeft om gedachten en gevoelens te verwoorden. De kernsymptomen van depressie worden wisselend aangegeven, ze is niet duidelijk somber, anhedonie wordt niet duidelijk aangegeven maar mogelijk is er wel sprake van interesseverlies. Ze zou goed slapen, is wel fors afgevallen maar hoeveel blijft onduidelijk, haar eetlust zou goed zijn. Gedachten rondom dood en suicide worden wisselend aangegeven, in de intakefase merkt mevrouw één maal op dat ze "geen kleren" heeft maar dat ontkent ze later weer. Er is geen dagschommeling. Wel is ze verdrietig om het verlies van haar man. De psychiatrische voorgeschiedenis wordt als blanco aangegeven (later bleek ze al 20 jaar een benzodiazepine te gebruiken) en de familieanamnese is eveneens blanco. De somscore op de OQ-45 zelfbeoordelvragenlijst is met 69 enigszins verhoogd (cut-off score 55). De OQ-45 bestaat uit 45 items waarop gescoord kan worden op een schaal van vijf punten, van nooit (0) tot bijna altijd (4), en bevat onder meer een subschaal Symptomatische Distress van 25 items die betrekking hebben op de meest voorkomende psychiatrische stoornissen, zoals depressie, angst en drank- en drugsverslaving. Daarop is de score 49 (cut-off score 33).

Mede wegens uitputting van de familie wordt klinische observatie toegezegd, onder de differentiaaldiagnose: frontotemporale dementie (met name gezien het neuropsychologisch onderzoek), eerste episode depressie (zonder stemmingsdaling, mogelijk met interesseverlies maar vooral met apathie, twijfelzucht en mogelijk negativistische uitspraken), regressief gedrag bij beperkte intelligentie na verlies werk en na ziekbed en overlijden van partner. Bij opname wordt géén depressie geobserveerd, de score op de Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) is 9 (hetgeen overeenkomt met afwezigheid van depressieve symptomen). Bij herhaling van het neuropsychologisch onderzoek worden géén executieve functiestoornissen gevonden, wel een IQ van 79. Met enige twijfel wordt geconcludeerd tot een reactieve depressie bij een beperkte intelligentie. Ze wordt doorbehandeld met sertraline en functioneert in de kliniek goed. Ondanks intensieve nazorg valt ze na ontslag terug: bij heropname wordt de sertraline vervangen door nortriptyline 75 mg waarop een adequate plasmaspiegel (0,12 mg/l, referentiewaarde 0,05–0,15 mg/l) gevonden wordt. Het beeld lijkt iets (met name de twijfelzucht) te verbeteren. Een duidelijke depressie wordt echter niet geobserveerd. In de ontslagfase lijkt resocialisatie toch niet haalbaar.

Vanwege enkele uitspraken die kunnen passen bij psychotische belevingen (zoals boven, “geen kleren” hebben) wordt na vier weken gebruik van nortriptyline overgegaan tot lithium-additie. De dosis wordt opgebouwd tot 500 mg waarop de spiegel 0,62 mg/l is. Binnen een week na het bereiken van deze dosis treedt verbetering op en volgt een snelle en complete remissie. We zien een adequate, assertieve vrouw vol humor, met een geschatte intelligentie passend bij haar opleidingsniveau.

Bespreking

Achteraf gezien valt op dat een depressief syndroom wél in de differentieel-diagnose stond, ze langdurig werd behandeld met een SSRI en pas bij de tweede opname een switch naar een TCA werd overgegaan en tot lithium-additie die uiteindelijk tot een remissie leidde. Naast de weinig typische presentatie zullen de eerder elders gevonden executieve functiestoornissen, de onduidelijkheid over het beloop (Jaren? Maanden? Na overlijden partner?), waarbij ook de heteroanamnese geen uitkomst bood, en het gevonden lage IQ, de besluitvorming hebben bemoeilijkt. Het is aannemelijk dat de score bij de intelligentiebepaling gedrukt was door de depressie. Vanwege ontbreken van therapeutische consequenties werd het intelligentie-onderzoek niet herhaald. Hieronder bespreken we een aantal factoren die de in de inleiding genoemde en in deze casus spelende diagnostische onzekerheid bij depressies (al of niet met psychotische kenmerken) kunnen verklaren.

Depressie met psychotische kenmerken wordt vaak gemist

Depressie met psychotische kenmerken is gekoppeld aan hogere ernst en meer functionele beperkingen [5]. Het expliciet stellen van deze diagnose zal daarom eerder aanleiding geven om protocollair dóór te behandelen met lithiumadditie, een MAO-remmer of ECT, dan wanneer gedacht wordt aan bijvoorbeeld een depressief syndroom zonder psychotische kenmerken op basis van eenzaamheids- of levensfaseproblematiek. Depressies met psychotische kenmerken zijn verder niet altijd makkelijk te onderscheiden van depressie met comorbide andere stoornissen, zoals morfydysfore stoornissen, dwangstoornissen, trauma-gerelateerde stoornissen en van primair psychotische stoornissen zoals schizofrenie waarnaast een depressie ontstaat [6]. Ook worden de psychotische kenmerken makkelijk gemist [7].

Hoewel psychotische depressie gezien kan worden als een per definitie ernstige depressie (zoals in de DSM-IV-TR) en patiënten met een psychotische depressie als groep meer en ernstiger symptomen van depressie vertonen, is er een grote overlap in ernst en aantal depressie-symptomen tussen depressieve patiënten met en zonder psychotische kenmerken [8, 9]. De DSM-5 geeft – in overeenstemming hiermee – de mogelijkheid om psychotische kenmerken als specifiek op te tekenen, zonder dat aan de ernst te koppelen [10]. Bij een depressie met psychotische kenmerken hoeft de depressieve component dus niet heel uitgesproken te zijn. Mogelijk worden bij een psychotische depressie de depressieve symptomen (zoals aangegeven stemmingsdaling) ook nog relatief licht ingeschat, omdat patiënten zichzelf vaak als niet ziek beschouwen en daardoor een bagatelliserende klachtenpresentatie hebben.

Gedaalde stemming is niet obligaat

Tenminste 5 symptomen moeten volgens de DSM-5 aanwezig zijn om te mogen spreken van een depressieve stoornis, waarbij óf een sombere stemming, óf duidelijk verminderde interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, óf beide aanwezig moeten zijn. Een depressieve stemming is dus niet obligaat, percentages tot 7 % van patiënten met een depressieve stoornis maar zonder consequent gedaalde stemming zijn gerapporteerd [11]. Een zekere tegenstrijdigheid speelt hier ontegenzeggelijk: een “depressie” zonder gedeprimeerde stemming. De onderliggende aanname is dat patiënten met een depressie mét stemmingsdaling gelijk zijn aan patiënten met een depressie zonder stemmingsdaling [11].

Andere verschijningsvorm depressie bij ouderen?

Veel auteurs stellen dat de klinische presentatie van depressie bij ouderen anders is, bijvoorbeeld gedomineerd door hypochondrie of door stoornissen in de psychomotoriek. Er is echter te weinig empirisch onderzoek om hier een definitieve uitspraak over te doen [12].

Het zou bij depressie met ontbreken van stemmingsdaling en anhedonie niet om een ander type depressie gaan, maar om een andere ervaring door en weergave daarvan door de patiënt, als gevolg van een beperkt vermogen om emoties te verwoorden [¹³], een kenmerk dat meer uitgesproken zou zijn bij toenemende leeftijd [¹⁴]. Bij ouderen wordt ook wel verondersteld dat apathie hierin een rol speelt: op basis van apathie is actieve deelname aan het psychiatrisch interview minder goed mogelijk, waardoor gedaalde stemming en anhedonie gemist worden [¹⁵].

Volgens sommige auteurs bestaan er met depressie vergelijkbare stoornissen waarbij zowel gedaalde stemming als anhedonie en verlies van interesse ontbreken en er toch sprake is van functionele beperkingen [¹⁶, ¹⁷, ¹⁸].

Klinische observatie kan misleidend zijn

Bij deze patiënte werd de diagnose: depressie resp. depressie met stemmingsincongruente en stemmingscongruente psychotische kenmerken, niet gesteld bij langdurige klinische observatie. We speculeren dat depressieve verschijnselen afnamen onder de structuur die uitging van het afdelingsprogramma. Maar misschien was de observatie op deze niet specifiek op depressie gerichte afdelingen niet optimaal: mogelijk krijgen patiënten met teruggetrokken gedrag in de hectiek van een opname-afdeling onvoldoende aandacht.

Conclusie

In dit artikel richten we ons op de atypische presentatie van depressie als een cruciale verklarende factor voor de vertraging bij het doorlopen van het algoritme voor de biologische behandeling van depressie. Toestandsbeeld en anamnese waren bij deze patiënte weinig typisch: met name was de aan- of afwezigheid van de kernsymptomen van depressie niet goed vast te stellen. Dat gold ook voor de psychotische kenmerken. Daardoor werd de diagnose: depressie, ernstig, met psychotische kenmerken, niet onomstotelijk gesteld hetgeen de besluitvorming sterk belemmerd lijkt te hebben. Met deze casuïstiek hopen we bij te dragen aan de alertheid van klinici op deze patiëntengroep met een atypische presentatie van ernstige maar goed behandelbare problematiek die tijdige signalering verdient. Vooral bij aanwezigheid van symptomen als twijfelzucht, schuldideeën en nihilistische ideeën bij afwezigheid van een constant gedaalde stemming, zou men bij oudere patiënten toch de diagnose ernstige depressie moeten overwegen. Wanneer men een ernstige depressie als werkdiagnose hanteert, zou men ook conform deze diagnose moeten behandelen.

Auteurs

Arthur R. Van Gool

Yulius Geestelijke Gezondheid

Yulius Geestelijke Gezondheid, Postbus

1001, 3300 BA Dordrecht, Nederland

e-mail: vangool@xs4all.nl

Maarten Meijer

Yulius Geestelijke Gezondheid

Yulius Geestelijke Gezondheid, Dordrecht

Tom K. Birkenhäger

Zorglijn stemmingsstoornissen, Erasmus MC

Zorglijn stemmingsstoornissen, Erasmus MC, Rotterdam

Literatuurlijst

1. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. 2013. <https://www.ggzrichtlijnen.nl/depressie>, 3e revisie.

2. Spijker J, Nolen WA. Het algoritme voor de biologische behandeling van depressie in de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn depressie. *Tijdschr Psychiatr.* 2011;53223-233.
3. Nelson JC, Baumann P, Delucchi K, Joffe R, Katona C. A systematic review and meta-analysis of lithium augmentation of tricyclic and second generation antidepressants in major depression. *J. Affect. Disord.* 2014;168296-275. 10.1016/j.jad.2014.05.053
4. Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie. 2008.
5. Gaudiano BA, Young D, Chelminski I, Zimmerman M. Depressive symptom profiles and severity patterns in outpatients with psychotic versus nonpsychotic major depression. *Compr Psychiatry.* 2008;49421-429. 10.1016/j.comppsy.2008.02.007
6. Rothschild AJ, Mulsant BH, Meyers BS, Flint AJ. Challenges in differentiating and diagnosing psychotic depression. *Psychiatr. Ann.* 2006;3640-46.
7. Rothschild AJ, Winer J, Flint AJ. Study of Pharmacotherapy of Psychotic Depression (STOP-PD) Collaborative Study. Missed diagnosis of psychotic depression at 4 academic medical centers. *J Clin Psychiatry.* 2008;691293-1296. 10.4088/JCP.v69n0813
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4e druk. Washington, DC: APA; 2000.
9. Forty L, Jones L, Jones I. Is depression severity the sole cause of psychotic symptoms during an episode of unipolar major depression? A study both between and within subjects. *J Affect Disord.* 2009;114103-109. 10.1016/j.jad.2008.06.012
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders (DSM-5). Washington, DC:APA; 2013.
11. Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I. Diagnosing major depressive disorder IX: are patients who deny low mood a distinct subgroup?. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194864-869. 10.1097/01.nmd.0000244564.54694.87
12. Kok RM, Stek ML, van der Mast RC, Heeren TJ, Kat MG, Stek ML, VandenBulcke M, Verhey FRJ. Depressie. In: *Handboek Ouderenpsychiatrie.* Utrecht Nederland: de Tijdstroom; 2010.
13. Paradiso S, Caspers K, Tranel D, Coryell W. Cognition and nondysphoric depression among adoptees at high risk for psychopathology. *Compr Psychiatry.* 2011;52498-506. 10.1016/j.comppsy.2010.10.007
14. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res.* 2006;61629-635. 10.1016/j.jpsychores.2006.04.013
15. Mehta M, Whyte E, Lenze E. Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004;23238-243. 10.1002/gps.1868
16. Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, Tien AY, Anthony JC. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45570-578. 10.1111/j.1532-5415.1997.tb03089.x
17. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician.* 1999;60820-826.
18. Onwuameze OE, Paradiso S. Social adaptive functioning, apathy and nondysphoric depression among nursing home dwelling very old adults. *Psychopathology.* 2014;47319-326. 10.1159/000360823