

# Ingezonden brief naar aanleiding van de bijdrage van Van Hamont D, Voermans NC, Boerman RH en Cruysberg JRM (Tijdschr Neurol Neurochir 2005;106:262-8)

Met aandacht lazen wij het artikel over visuele hallucinaties bij intacte realiteitstoetsing van Van Hamont et al. Graag maken we hierbij een kanttekening over de terminologie en over het voorkomen.

De terminologie van pseudo-hallucinaties hoort eerder thuis in een heuristische classificatie. We willen niet hervallen in deze oude polemiek<sup>1</sup> die grotendeels achterhaald is door de wijdverbreide DSM<sup>2</sup>, al kan deze niet door iedereen aanvaard worden.<sup>3</sup> Ook over wat onder pseudo-hallucinaties dient begrepen te worden, verschillen psychopathologen overigens van mening.<sup>4,5</sup> Volgens de DSM wordt een hallucinatie gedefinieerd als een zintuiglijke waarneming zonder externe prikkel. Deze definitie staat los van realiteitstoetsing. Aldus kan een hallucinatie al dan niet als reëel ervaren worden. Wanneer men wenst te benadrukken dat de hallucinatie optreedt bij behouden inzicht zoals het geval is bij het syndroom van Charles Bonnet, moet men dit dus specifiek vermelden. In tegenstelling tot auteurs als Teunisse (gerefereerd in de bijdrage van Van Hamont et al.) menen we bovendien dat er niet noodzakelijk sprake is van een psychopathologisch verschijnsel.

Zoals uit een eigen steekproef blijkt, komen visuele hallucinaties bij intacte realiteitstoetsing vaker voor.<sup>6</sup> In het bijzonder vonden we dit bij 26,5% van onze ambulante matig aangetaste parkinsonpatiënten, zonder enig psychotisch teken. Deze hallucinaties vertonen een treffende gelijkenis met deze die men aantreft bij het syndroom van Charles Bonnet. Er bestond overigens een verhoogde associatie met visuele problemen. Het voorkomen bij parkinsonpatiënten evenaart dit wat we konden vaststellen bij patiënten in een oogheelkundige wachtkamer. Opvallend is verder dat ruim 10% van de niet-parkinsonpatiënten die de polikliniek Neurologie raadpleegde, ook ooit wel eens een hallucinatie bij intact inzicht had ondervonden, zonder dat er sprake was van delirium, dementering, migraine of epilepsie. De pathogenese van (visuele) hallucinaties is ongetwijfeld multipel en complex. Eerdere studies bij zowel patiënten met visusproblemen als bij patiënten met neurodegeneratieve aandoeningen hebben aangegeven dat occipitale<sup>7</sup> en temporale gebieden<sup>8,9</sup> betrokken zijn. Onderzoek naar de anatomische ge-

bieden die gepaard gaan met verlies van realiteitsbesef bij visuele hallucinaties is nog onbestaande. Het verlies van realiteitsbesef kan ook met een globale cognitieve achteruitgang te maken hebben. Verder onderzoek, ook naar het voorkomen van visuele hallucinaties bij behouden realiteitsbesef in de algemene bevolking, is lopende.

Visuele hallucinaties met intacte realiteitszin blijken vrij vaak voor te komen en dit in een scala van omstandigheden, zelfs bij personen zonder klinische gezichtsvelduitval. Dit onderstreept het specifieke karakter van deze perceptiestoornis. Vaak echter wordt dit niet spontaan gerapporteerd. Een en ander heeft er toe geleid dat wij er nu meer gericht navraag naar doen bij parkinsonpatiënten. Dit ontlokt meer dan eens een zucht van opluchting. Aldus leren we ook de patiënten dat een hallucinatie niet noodzakelijk in een psychopathologisch kader dient ingeschat te worden.

*Prof. dr. L. Crevits, neuroloog, Gent en mw. dr. G.M.S. Nys, neuropsycholoog, Utrecht.*

## Referenties

1. Lothane Z. *The psychopathology of hallucination - a methodological analysis.* *Br J Med Psychol* 1982;55:335-48.
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
3. Liester MB. *Toward a new definition of hallucination.* *Am J Orthopsychiatry* 1998;68:305-12.
4. Berrios GE, Dening TR. *Pseudohallucination: a conceptual history.* *Psychol Med* 1996;26:753-63.
5. Van der Zwaard R, Polak MA. *Pseudohallucinations: a pseudoconcept? A review of the validity of the concept, related to associate symptomatology.* *Compr Psychiatry* 2001;42:42-50.
6. Crevits L. *Abnormal psychophysical visual perception in Parkinson's disease patients.* *Acta Neurol Belg* 2003;103:83-7.
7. Ffytche DH, Howard RJ, Brammer MJ, David A, Woodruff P, Williams S. *The anatomy of conscious vision: an fMRI study of visual hallucinations.* *Nature Neuroscience* 1998;1:738-42.
8. Santhouse AM, Howard RJ, Ffytche DH. *Visual hallucinatory syndromes and the anatomy of the visual brain.* *Brain* 2000;123:2055-64.
9. Harding AJ, Broe GA, Halliday GM. *Visual hallucinations in Lewy body disease relate to Lewy bodies in the temporal lobe.* *Brain* 2002;125:391-403.

# Reactie van drs. D. van Hamont en mw. drs. N.C. Voermans op de ingezonden brief

Wij danken prof. dr. L. Crevits en mw. dr. G.M.S. Nys voor hun interessante aanvulling op ons artikel over visuele hallucinaties bij intacte realiteitstoetsing. Terecht wordt aangegeven dat complexe visuele hallucinaties bij een intact bewustzijn niet alleen bij het syndroom van Charles Bonnet voorkomen. Wij hadden dit ook aangegeven in *Tabel 1* van ons artikel, waar per aandoening wordt geschetst hoe de cognitie is en of een intact realiteitsbesef aanwezig is. Tevens kunnen wij ons vinden in hun voorstel om niet te spreken over pseudo-hallucinaties, maar over hallucinaties die optreden bij behouden inzicht. Wij hadden deze terminologie overgenomen uit de literatuur<sup>1,2</sup>, deels omdat de term pseudo-hallucinaties ons inziens voor patiënten ook meer duidelijkheid kan geven over het onderscheid met hallucinaties bij psychiatrische of neurodegeneratieve aandoeningen. Daarnaast wordt door prof. Crevits en dr. Nys aangegeven dat het vragen naar en uitleg geven over deze hallucinaties bij patiënten met de ziekte van Parkinson een opluchting vormt voor de betreffende

patiënt. Dit sluit mooi aan bij onze derde aanwijzing voor de praktijk, dat geruststelling van een patiënt met pseudo-hallucinaties in het kader van het syndroom van Charles Bonnet de beste begeleiding vormt. Na de aanvulling door prof. dr. L. Crevits en mw. dr. G.M.S. Nys zou deze aanwijzing nog een breder bereik kunnen krijgen; bij neurologische patiënten in het algemeen en bij patiënten met de ziekte van Parkinson, dementie of gezichtsveldbeperkingen en/of visusstoornissen in het bijzonder.

*Drs. D. van Hamont en mw. drs. N.C. Voermans*

## Referenties

1. Teunisse RJ. *Complexe visuele hallucinaties bij slechtziende ouderen: syndroom van Charles Bonnet. Ned Tijdschr Geneeskd 2002;146:49-52.*
2. Menon GJ, Rahman I, Menon SJ, Dutton GN. *Complex visual hallucinations in the visually impaired: the Charles Bonnet Syndrome. Surv Ophthalmol 2003;48:58-72.*

## Productinformatie Nanogam®

**Samenstelling en farmaceutische vorm:** oplossing voor intraveneuze infusie. Bevat per ml oplossing 50 mg humaan eiwit waarvan tenminste 95% IgG is. Verdeling IgG-subklassen: IgG1 54-70%, IgG2 29-45%, IgG3 1-4%, IgG4 0-0,5%. Bevat maximaal 6 µg/ml IgA en als hulpstof glucose-monohydraat.

**Indicaties:** primaire immuundeficiëntie-syndromen, secundaire hypogammaglobulinemie bij patiënten met myeloom of chronische lymfatische leukemie met herhaaldelijke infecties, kinderen met aangeboren AIDS en recidiverende infecties, idiopathische trombocytopenische purpura, allogene beenmergtransplantatie, ziekte van Kawasaki, syndroom van Guillain-Barré.

**Contra-indicaties:** overgevoeligheid voor één van de bestanddelen, overgevoeligheid voor homologe immunoglobulinen, vooral in zeer zeldzame gevallen van IgAdeficiëntie als de patiënt antistoffen tegen IgA heeft.

**Bijwerkingen:** Incidenteel: rillingen, hoofdpijn, koorts, braken, allergische reacties, misselijkheid, gewrichtspijn, lage bloeddruk, lichte rugpijn. Zeldzaam: bloeddrukdaling, anafylactische shock, reversibele aseptische meningitis, reversibele hemolytische anemie/haemolyse, voorbijgaande huidreacties, verhoging serum-creatininegehalte en/of acute nierinsufficiëntie. Zeer zeldzaam: trombo-embolische aandoeningen.

**Waarschuwingen en voorzorgen:** bepaalde bijwerkingen kunnen verband houden met de infusiesnelheid; rekening houden met glucose gehalte bij (latente) diabetes; voorzichtigheid bij patiënten met overgewicht en patiënten met preëxistente factoren voor trombo-embolische aandoeningen; bij shock de richtlijnen voor shock behandeling volgen; bij gestoorde nierfunctie overwegen de toediening van IVIg te staken; de mogelijkheid op overdracht van besmettelijke agentia kan niet volledig worden uitgesloten.

**Verpakkingen:** flacons van 20 ml, 50 ml, 100 ml, 200 ml, 400 ml (resp. 1, 2,5, 5, 10 en 20 g).

**Afleverstatu:** U.R., RVG 31627  
Juni 2005

**Nanogam®**  
humaan immunoglobuline L.V.C.  
natuurlijk zuiver



Sanquin Plasmaproducten, Plesmanlaan 125, 1066 CX Amsterdam  
Telefoon: 020 - 512 3355, Fax: 020 - 512 3535  
Email: marketing@sanquin.nl Websites: www.sanquin.nl www.nanogam.nl

## MEER OVER REQUIP® / Verkorte productinformatie

**Samenstelling:** ReQuip® 0,25/0,5/1/2/5 bevat per filmomhulde tablet ropinirolhydrochloride, overeenkomend met resp. 0,25/0,5/1/2/5 mg ropinirol. **Indicaties:** Behandeling van de ziekte van Parkinson onder de volgende voorwaarden: - aanvangsbehandeling als monotherapie teneinde de toepassing van levodopa uit te stellen; - in combinatie met levodopa, tijdens het verloop van de ziekte als het effect van levodopa vermindert of inconsistent wordt en fluctuaties in het therapeutisch effect optreden ("end of dose" of "on-off" type fluctuaties). **Dosering:** Aanbevolen wordt te beginnen met 3x daags 0,25 mg in de eerste week, daarna langzaam opbouwen volgens schema. Tussen 3 en 9 mg/dag kan een eerste therapeutische respons worden verwacht. Vanaf 9 mg kan de dosering op geleide van de progressie van Parkinson worden opgehoogd tot 24 mg per dag (hierboven niet klinisch onderzocht). ReQuip bij voorkeur tijdens de maaltijden innemen. **Ouderen:** De klaring van ropinirol is verminderd bij patiënten ouder dan 65 jaar. De dosering dient geleidelijk te worden verhoogd en getitreerd naar gelang het symptomatisch effect. **Verminderde nierfunctie:** Bij Parkinsonpatiënten met lichte tot matige nierfunctiestoornissen (creatinineklaring tussen 30 en 50 ml/min) is aanpassing niet noodzakelijk. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor ropinirol of een van de hulpstoffen, ernstige nierinsufficiëntie, leverinsufficiëntie, zwangerschap en lactatie. **Waarschuwingen:** Ropinirol is geassocieerd met slaperigheid en het optreden van plotselinge slaapaanvallen. Patiënten die last gehad hebben van slaperigheid en/of het optreden van een plotselinge slaapaanval, dienen van autorijden of het bedienen van machines af te zien. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met ernstige psychiatrische en ernstige cardiovasculaire aandoeningen. Niet gebruiken bij patiënten met lactose intolerantie. **Interacties:** Ropinirol wordt met name gemetaboliseerd via CYP1A2. Eventueel de ReQuip dosis aanpassen indien gelijktijdige toediening met een substraat of remmer van cytochrom P450 1A2 plaatsvindt. Bij aanvang of staken van behandeling met hoge doses oestrogenen tijdens therapie met ReQuip dient de dosis van ReQuip eventueel te worden aangepast. **Zwangerschap:** Zie contra-indicaties. **Rijvaardigheid:** Patiënten die last hebben van slaperigheid of plotselinge slaapaanvallen moeten geïnformeerd worden af te zien van autorijden of potentieel gevaarlijke activiteiten, totdat dergelijke terugkerende slaapaanvallen en slaperigheid zijn verdwenen. **Bijwerkingen:** In klinisch onderzoek is gemeld, in monotherapie: zeer vaak: slaperigheid, flauwvallen, misselijkheid; vaak: hallucinaties, buikpijn, braken, zuurbranden, oedeem in de benen; in combinatietherapie: zeer vaak: dyskinesie, slaperigheid, misselijkheid; vaak: verwarring, hallucinaties. In post-marketing is gemeld: soms: verhoogd libido, overmatige slaperigheid overdag, plotselinge slaapaanvallen, (orthostatische) hypotensie; zeer zelden: leverreacties, verhoogde leverenzymen. **Verpakking:** ReQuip® 0,25, Startverpakking 210 tabletten in doordrukstrip, 84 tabletten in flacon (RVG 20761). ReQuip® 1/2/5, 84 tabletten in flacon (resp. RVG 20763/4/5). **Aflevering en vergoeding:** U.R. ReQuip® wordt volledig vergoed. Voor prijzen zie G-Standaard.

**Voor medische vragen over dit product belt u met de afdeling Medische Informatie Tel. (030) 6938123.** Voor de volledige productinformatie zie de geregistreerde IB1-tekst. (13 mei 2004). Advertentie 240605 / bijsluiter 190905

GlaxoSmithKline BV, Huis ter Heideweg 62, 3705 LZ Zeist, Tel. (030) 693 81 00. Verkorte Productinformatie (augustus 2005).

**Referenties:** 1. Korczyn AD, Thalamas C, Adler CH. Dosing with ropinirole in a clinical setting. *Acta Neurol Scand* 2002;106: 200-204. 2. Rascol O, Brooks DJ, Korczyn AD et al. A five-year study of the incidence of dyskinesia in patients with early Parkinson's disease who were treated with ropinirole or levodopa. *New Eng J Med*, 2000;342:1484-91.

**REQUIP®**  
ropinirol

**gsk**  
GlaxoSmithKline