

Parkinson: bij geriatrie patiënten soms een valkuil!

T R E F W O O R D E N

PARKINSON; COMORBIDITEIT; ATYPISCHE ZIEKTEPRESENTATIE.

door C.J.M. Schölzel-Dorenbos

Samenvatting

In dit artikel worden drie patiënten met de ziekte van Parkinson beschreven die allen progressie van de ziekte vertonen. Bij alle patiënten is echter sprake van nieuwe comorbiditeit die zich presenteert met symptomen welke niet gemakkelijk te onderscheiden zijn van progressieve ziekte van Parkinson. Bij elke met name oudere Parkinsonpatiënt met toename van klachten of functionele achteruitgang dienen andere oorzaken hiervoor te worden uitgesloten. Behandeling van de bijkomende ziekte is dan geïndiceerd en maakt wijziging van anti-Parkinson medicatie niet alleen overbodig, maar ook ongewenst.

(Ned Tijdschr Neurol 2000;6:413-415)

Inleiding

Tremor, hypokinesie, rigiditeit en gestoorde houdingsreflexen zijn kenmerkende symptomen van de ziekte van Parkinson. Toename van tremor en verslechtering van mobiliteit passen bij progressie. Met name bij oudere patiënten zijn er ook andere ziekten die dezelfde verschijnselen of functionele achteruitgang kunnen veroorzaken. Als er echter al sprake is van gediagnosticeerde en behandelde ziekte van Parkinson zullen progressieve verschijnselen makkelijk aan de al bekende ziekte worden toegeschreven. Tijdige herkenning en adequate behandeling van de nieuwe bijkomende ziekte voorkomt onnodige wijziging van de anti-Parkinson medicatie die bij deze patiënten toch geen effect en mogelijk ongewenste bijwerkingen zal hebben. In dit artikel worden drie voorbeelden van comorbiditeit behandeld die aanvankelijk geïnterpreteerd werden als progressieve ziekte van Parkinson.

Casus A

Patiënt A, een 70-jarige man, is sinds 1980 bekend

met de ziekte van Parkinson. Hij had daarbij sinds 1996 wisselende cognitieve stoornissen, psychotische verschijnselen en reactieve stemmingsstoornissen. In januari 1997 was er sprake van angina pectoris, gecompliceerd door ventriculaire tachycardieën, waarvoor behandeling met amiodaron werd gestart. In januari 1999 gebruikte hij onder andere levodopa/carbidopa, selegiline en amantadine. Hij kreeg klachten van toenemende tremor, lichte psychotische verschijnselen met onrust, progressieve cognitieve stoornissen en wisselende stemming, mede na een recente verhuizing. Drie maanden later had hij ernstige tremoren, nachtelijke onrust, visuele hallucinaties en toenemende achteruitgang van mobiliteit en zelfredzaamheid. Bij onderzoek was zijn gewicht 7 kg afgenomen en er was sprake van symptomatische orthostase (50 mmHg systolisch), ernstige Parkinson-tremor, startproblemen, afhankelijkheid bij transfers en een schuifelend looppatroon in flexiehouding. De inmiddels voorgeschreven Risperdal[®] werd vervangen door een lage dosering clozapine. Bij laboratoriumonderzoek bleek een extreme hyperthyroïdie aanwezig te zijn (zie *Tabel 1* op pagina 418). Schildklier-scintigrafie met I¹²³ toonde nauwelijks captatie van het radiofarmacon in de schildklier en sterk verhoogde achtergrondactiviteit. De diagnose ernstige hyperthyroïdie bij gebruik van amiodaron werd gesteld. Dit middel werd vervangen door sotalol en patiënt werd daarnaast behandeld met strumazol, tijdelijk corticosteroiden met later toevoeging van Euthyrox[®]. Hiermee werd hij euthyreoot en parallel hiermee verdwenen onrust, tremor en hallucinaties. Zijn gewicht normaliseerde en hij werd weer zelfstandig voor wat betreft zelfzorg en mobiliteit.

Casus B

Patiënt B is een 74-jarige man die sinds januari 1997 bekend is met de ziekte van Parkinson en ernstig COPD. Vanaf juni 1997 wordt hij met succes behandeld met levodopa/benserazide. Eind november 1999 volgde opname op de afdeling neurologie in verband met sterk afgenomen mobiliteit en contusie van de rechterheup na een val twee weken tevoren. Er was sprake van een wisselende tremor, dysdiadochokinese, rigiditeit en afone spraak. Zijn echtgenote meldde tevens algemene malaise, verminderde eetlust, lichte vermagering en moeite met traplopen. Relevant laboratorium-

Tabel 1. Schildklierfunctie vóór en tijdens behandeling van patiënt A.

	TSH (0.23-3.8 mU/l)	Vrij T ₄ (11.8-24.6 pmol/l)	T ₃ (0.9-2.8 nmol/l)
05-01-1999	2.8	24.5	--
08-07-1999	0.007	>100	--
05-08-1999	<0.005	>100	--
02-09-1999	<0.005	56.6	1.5
06-10-1999	<0.005	25.6	1.5
01-12-1999	48	7.0	1.0
05-01-2000	0.32	25.3	1.7

onderzoek is vermeld in *Tabel 2*. Omdat de verschijnselen konden passen bij polymyalgia rheumatica kreeg hij een proefbehandeling met een lage dosis corticosteroiden en aan de levodopa/benserazide werd pergolide toegevoegd. Klinisch volgde aansluitend een snelle verbetering. De patiënt ging weer lopen met behulp van een rollator. Hoewel ook de pergolide hieraan kan hebben bijgedragen wijzen de snelle normalisering van Hb en BSE op een succesvol behandelde polymyalgia rheumatica met het daarbij te verwachten klinisch herstel.

afhankelijker bij transfers. Daarnaast werden het korte termijngeheugen en de oriëntatie in de tijd geleidelijk slechter. Computertomografie van de hersenen toonde enige perifere atrofie. Bij laboratoriumonderzoek bleek een ernstige vitamine B12 deficiëntie: 43 pmol/l (125-570), waarschijnlijk veroorzaakt door een 'short bowelsyndroom' (in 1994 werd 3 meter dunne darm geresecteerd na een beklemde littekenbreuk). Hij werd behandeld met hydroxocobalamine waarna zijn functioneren en klachten verbeterden.

Casus C

Patiënt C is een 71-jarige man, sinds ongeveer 10 jaar bekend met de ziekte van Parkinson. Hij wordt hiervoor behandeld met levodopa/benserazide, selegiline en pergolide. Er ontstonden nieuwe lichamelijke klachten in de zin van pijn in de benen; ook nam zijn mobiliteit af en werd hij

Beschouwing

Patiënt A had verschijnselen die aanvankelijk werden geïnterpreteerd als behorend bij een toename van zijn ziekte van Parkinson. Er bleek echter sprake van een ernstige thyreotoxicose met verlaagd thyreoïd-stimulerend hormoon (TSH) en zeer sterk verhoogd vrij T₄. Hyperthyreoïdie kan bij ouderen, net als veel

Tabel 2. Laboratoriumonderzoek van patiënt B vóór en ná behandeling met 15 mg prednison.

	Vóór	Na 1 week	Na 2 weken
Hb (8.7-10.7 mmol/l)	6.1	6.8	8.2
BSE (0-20 mm/uur)	104	70	18
Alpha 2 globuline (0.050-0.11)	0.139	--	--
Alkalisch fosfatase (<120 U/l)	155	--	--

- 1 Denk bij oudere Parkinsonpatiënten aan (nieuwe) comorbiditeit bij een knik in het functioneren die niet door bijvoorbeeld recente medicatiewijziging te verklaren is.
- 2 Eén van de kenmerken van geriatrische patiënten is een atypische ziektepresentatie.

andere ziekten, atypisch verlopen. Frequent voorkomende presenterende klachten zijn verlies van eetlust en gewicht, zwakte en depressie. Andere verschijnselen zijn bijvoorbeeld tremor, angst, cognitieve achteruitgang, psychose en proximale myopathie.¹ De prevalentie van hyperthyreoïdie bij ouderen varieert van 0.5-2.3%.² De meeste gevallen van door jodium geïnduceerde hyperthyreoïdie zijn beschreven bij patiënten met autonome schildklierfunctie die vaak voorkomt bij multinodulair struma.³ Gezien het tevoren normale TSH gehalte was dit bij patiënt A niet het geval. Het jodium-bevattend geneesmiddel amiodaron is in Nederland bij 1.2% van de patiënten met hyperthyreoïdie de oorzaak van de schildklierfunctiestoornis.³

Patiënt B voldeed aan de criteria voor polymyalgia rheumatica (PMR). Opvallend was de plotselinge knik in zijn functioneren enkele weken voor opname waardoor verdenking op comorbiditeit ontstond. Spierpijn en stijfheid zijn verschijnselen die kenmerkend zijn voor zowel de ziekte van Parkinson als PMR. De algemene malaise, verminderde eetlust, gewichtsverlies en de opvallende laboratoriumbevindingen wijzen echter meer in de richting van een PMR. De snelle verbetering op een proefbehandeling met een lage dosis prednison bevestigt dit. Patiënt C ging geleidelijk achteruit in mobiliteit en cognitief functioneren. Vitamine B12 deficiëntie is een bekende oorzaak van neurologische en neuropsychiatrische stoornissen.

Conclusie

Ziektepresentatie bij ouderen verloopt vaak atypisch.⁴ Desondanks is het stellen van de diagnose ziekte van Parkinson ook bij ouderen voor de ervaren neuroloog niet zo moeilijk, hoewel bij 24% van de patiënten bij obductie géén afwijkingen passend bij idiopathische ziekte van Parkinson gevonden worden.⁵ Als er echter bij bekende patiënten nieuwe of progressieve verschijnselen ontstaan, met name als de knik in het functioneren geleidelijk verloopt,

kan het onderscheid met nieuwe comorbiditeit een valkuil vormen en dit heeft consequenties voor de juiste behandeling. De klinisch geriater is bij uitstek ervaren in het diagnosticeren en inventariseren van de vaak complexe problematiek bij ouderen en kan een bijdrage leveren aan de noodzakelijke multidisciplinaire behandeling van deze patiëntengroep.

Referenties

1. Finucane P, Anderson C. Thyroid disease in older patients. *Drugs and Aging* 1995;6:268-77.
2. Mokshagundam S, Barzel US. Thyroid disease in the elderly. *JAGS* 1993;41:1361-9.
3. Guldener C van, Blom DM, Lips P, Strack van Schijndel RJM. Hyperthyreoïdie door jodiumhoudende röntgencontrastmiddelen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:1641-5.
4. Fried LP, Storer DJ, King DE. Diagnosis of illness presentation in the elderly. *JAGS* 1991;39:117-23.
5. Hughes AJ, Ben-Shlomo Y, Daniel SE, Lees AJ. What features improve the accuracy of clinical diagnosis in Parkinson's disease. *Neurology* 1992;42:1142-6.

Correspondentie-adres auteur:

Drs. C.J.M. Schölzel-Dorenbos,
klinisch geriater

Slingeland Ziekenhuis
Kruisbergseweg 25
7009 BL Doetinchem
Tel: 0314-329404
Fax: 0314-329062
E-mail: c-j.scholzel@wxs.nl