

Het cotardsyndroom

Differentiële behandeling volgens subclassificatie

Y. MADANI, B.G.C. SABBE

SAMENVATTING Berrios & Luque (1995) identificeerden na een exploratieve factoranalyse drie subcategorieën van het cotardsyndroom: cotardtype psychotische depressie, cotardtype I en cotardtype II. In dit artikel wordt naar aanleiding van twee gevalsbeschrijvingen onderzocht of er differentieële behandelingsstrategieën bestaan bij het cotardtype I en het cotardtype psychotische depressie. Hiertoe werd de literatuur vanaf 1995 over het cotardsyndroom onderzocht. Voor cotardtype psychotische depressie blijkt elektroconvulsietherapie een effectieve behandelmethode. Voor het cotardtype I blijkt een behandeling met antipsychotica voldoende.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)1, 49-53]

TREFWOORDEN elektroconvulsietherapie, nihilistische waan, cotardsyndroom

Het cotardsyndroom werd in 1880 voor het eerst beschreven door de Franse neuroloog J. Cotard (1840-1889) als *délire des négations* (Enoch & Trethowan 1991). Cotard dacht aanvankelijk met een nieuwe vorm van melancholie te maken te hebben, waarbij de ontkenning van lichaamsdelen vooropstond. De meest extreme vorm van dit syndroom uit zich in het ontkennen van het eigen bestaan of de eigen identiteit, waardoor men zich dood waant.

Door de jaren heen werd er fel gedebatteerd of het syndroom als een aparte nosologische entiteit moet worden beschouwd dan wel als een subsyndroom van de depressieve, de schizofrene of een psycho-organische stoornis. Voorlopig bestaat hierover nog geen overeenstemming. Het cotardsyndroom kent in elk geval geen afzonderlijke categorie binnen de DSM-IV-TR en de ICD-10. Het werd beschreven bij schizofrenie (Shiraishi e.a. 2004) en bij organische stoornissen (Butler 2000; Gardner-Thorpe & Pearn 2004), maar vooral bij patiënten die lijden aan een ernstige stemmingsstoornis.

Het merendeel van de literatuur over het cotardsyndroom bestaat uit gevalsbeschrijvingen. Berrios & Luque voerden in 1995 een factoranalyse uit op honderd patiënten. Hieruit distilleerden zij drie subtypes van deze aandoening, namelijk cotardtype psychotische depressie, cotardtype I en cotardtype II. Deze categorieën zijn als volgt gedefinieerd. Het cotardtype I wordt omschreven als de zuivere vorm van het cotardsyndroom, waarbij de waan op de voorgrond staat. De nosologie van dit subtype sluit eerder aan bij de waanstoornissen dan bij de affectieve stoornissen. Het type II beslaat een gemengde groep waarbij angst, depressie en auditieve hallucinaties op de voorgrond staan. Bij het cotardtype psychotische depressie gaat het om een affectieve, melancholische pathologie met weinig prominente nihilistische wanen.

Een van de vragen die deze subclassificatie oproept, is of de behandeling van het cotardtype I moet verschillen van de behandeling van het cotardtype psychotische depressie. Dit illustreren we aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen. Op basis van wetenschappelijke literatuur vanaf 1995

wordt bekeken welke evidentie er bestaat voor een differentiële behandeling bij deze verschillende subtypes van het cotardsyndroom.

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënt 1 Een vijftigjarige dame werd door haar huisarts verwezen wegens een therapieresistente depressie. Een opnamegesprek was vrijwel onmogelijk omdat patiënte persevereerde in de woorden 'ik heb niets, ik ben niets'. Zij was ervan overtuigd dat ze dood was en begreep daarom niet dat er met haar werd gesproken en dat ze verplaatst kon worden van haar thuissituatie naar het ziekenhuis. Om deze reden was er ook geen suïcide-ideatie, ze waande zich toch al dood. Er werden geen hallucinaties waargenomen. De nihilistische waan van de ontkenning van het eigen bestaan bleef op de voorgrond staan. De directe aanleiding bleek een verplichte onteigening te zijn, waarop patiënte acuut was gedecompeniseerd. Deze onteigening betekende dat patiënte samen met haar familie haar woning na twintig jaar moest verlaten.

De psychiatrische voorgeschiedenis van patiënte behelsde een unipolaire depressie tien jaar ervoor die met schuldwanen gepaard ging, maar zonder nihilistische wanen. Er is geen psychiatrische familiale belasting. Aangezien organiciteit een reden kan zijn voor de ontwikkeling van het cotardsyndroom, werd een CT-scan van de hersenen gemaakt, maar deze vertoonde geen bijzonderheden. Somatisch werden naast tekenen van bronchiaal lijden geen bijzonderheden waargenomen.

Er werd een ernstige depressieve stoornis met psychotische, stemmingscongruente wanen gediagnosticeerd, waarbij de 'ontteigening' haar eigen lichaam en bestaan besloeg.

Gedurende veertien weken werd medicamenteus getracht om de depressie te doen opklaren. Aanvankelijk werd nortriptyline toegediend, uiteindelijk tot een therapeutische spiegel van 140 ng/ml. Hier werd later schildklierhormoon aan toegevoegd en nog later lithium. In eerste instan-

tie werd het antipsychoticum risperidon (3 mg daags) bijgevoegd en later flupentixol (3 mg daags). Als laatste medicamenteuze interventie werd fenelzine tot 60 mg in combinatie met flupentixol 3 mg opgestart, echter zonder klinisch resultaat.

Aangezien er na veertien weken farmacologische behandeling geen verandering in het toe-standsbeeld was, werd patiënte doorverwezen voor elektroconvulsietherapie (ECT). Na drie weken (zeven elektroshocks) was het beeld voldoende verbeterd en vier weken daarna kon patiënte met ontslag.

Patiënt 2 Een zeventienjarige adolescent met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis wordt op zijn verzoek opgenomen in verband met angsten die voortvloeien uit een uitgesproken nihilistische waan. Patiënt is de tweede zoon uit een gezin van drie kinderen. Er is geen psychiatrische familiale belasting. Op het moment van de opname zit patiënt nog op school, in het vijfde jaar van het beroepsonderwijs. Dit verloopt sinds een zestal maanden moeizaam door toenemende slordigheid en sociale isolatie. Ook de inhoud van zijn leefwereld kent een metamorfose. Zo maakt hij presentaties over seriemoordenaars en kijkt hij vooral naar films over brutale moorden en satanisme. Er is geen alcohol- of cannabismisbruik.

Een opmerkelijk gegeven is dat de jongen ongeveer een jaar voor zijn opname een legerplaatje met zijn naam erin liet graveren. In het leger dragen soldaten twee naamplaatjes. Bij gesneuvelden wordt één plaatje meegenomen, het andere blijft bij het lijk. Patiënt gaf aan slechts één plaatje te dragen omdat hij zich dood voelde.

Aanvankelijk werd een antidepressivum, venlafaxine 75 mg, opgestart. Het beeld verergerde echter en patiënt begon te automutilleren. Patiënt nam steeds foto's van zijn autodestructieve handelingen als bewijsmateriaal. Hierbij gaf hij als verklaring dat bloed en pijn een bewijs van leven zijn. Het automutilleren nam toe, waardoor een interventie noodzakelijk werd. Voor de veiligheid van zichzelf en van derden wilde patiënt opgeno-

men worden op een gesloten afdeling, aangezien hij beredeneerd had dat zelf lijden of anderen zien lijden zijn bewijs van bestaan was. Het antidepressivum werd gestopt en antipsychotica (amisulpride 400 mg per dag en clozapine 100 mg per dag) werden opgestart, waarop de waanideeën rond identiteit en bestaan langzaam verdwenen en de automutilatie ophield.

Zowel de CT-scan als een MRI van de hersenen toonden geen bijzonderheden. Een volledige biochemische en hematologische screening naast een toxicologisch onderzoek vertoonden eveneens geen bijzonderheden.

METHODE

De diagnose van patiënt 1 kan geclassificeerd worden als een cotardtype psychotische depressie, terwijl deze bij de tweede patiënt een cotardtype I betreft. Met behulp van Medline werd onderzocht of er differentiële behandelingsstrategieën zijn bij het cotardtype psychotische depressie en het cotardtype I. Er werd een literatuuronderzoek verricht vanaf 1995, het jaar waarin Berrios & Luque hun overzicht publiceerden, tot op heden. Zoektermen waren 'Cotard syndrome', 'nihilistic delusion' en 'electroconvulsive therapy'.

In totaal werden 34 publicaties gevonden, waarvan 30 gevalbeschrijvingen.¹ Van de gevonden artikelen bleken er 8 niet relevant te zijn en 4 waren geen gevalbeschrijvingen maar eerder conceptuele beschouwingen. Tot slot hadden 4 artikelen een andere focus dan behandeling.

RESULTATEN EN BESPREKING

In 20 van de 30 gevalbeschrijvingen ging het over een patiënt met een cotardtype psychotische depressie. ECT werd bij 12 van de 20 patiënten succesvol toegepast. Hagen & Voss (2002) beschreven een 65-jarige dame met het cotardsyndroom bij wie een onderhouds-ECT noodzakelijk bleek om de nihilistische waan te laten verdwijnen en weg te houden. In een enkele gevalbeschrijving stelt men een bipolaire patiënte voor die het cotardsyn-

droom ontwikkelde en waarbij noch antipsychotica, noch antidepressiva, noch lithium, noch een combinatie hiervan verbetering bracht. Alleen de additie van bromocriptine 2,5 mg per dag aan clomipramine en lithium deed de waan verdwijnen (Kondo e.a. 2003). ECT werd hier niet geprobeerd. In 6 gevalsbeschrijvingen verdween het beeld onder een combinatie van antipsychotica en antidepressiva. In 1 gevalbeschrijving werd ECT niet overwogen en verbeterde het beeld niet onder tricyclische antidepressiva (Sabbatini e.a. 1996).

Patiënt 1 herstelde niet met antidepressiva, noch met antipsychotica, noch met een combinatie van beide. Maar met behulp van ECT verdween het beeld volledig. De conclusie met betrekking tot dit subtype van het cotardsyndroom, met name het type psychotische depressie, is dat ECT een zeer effectieve behandelkeuze lijkt te zijn (zie ook: Hansen & Bolwig 1998; Petracca e.a. 1995; Yamada e.a. 1999).

Bij het cotardtype I, zoals geïllustreerd in de tweede gevalbeschrijving, bleek een behandeling met antipsychotica voldoende. Immers, patiënt herstelde onder amisulpride 400 mg en clozapine 100 mg. Shiraishi e.a. (2004) beschreven een vergelijkbare patiënt: een man met schizofrenie die onder 300 mg sulpiride verbeterde.

De vijf overige publicaties van gevalbeschrijvingen betreffen het cotardtype II, waarvan we geen illustratie hebben. Zeer opvallend is dat in vier van de vijf gevalbeschrijvingen een organische basis beschreven werd die aan het syndroom ten grondslag lag, waaronder epilepsie, multipole sclerose, de ziekte van Parkinson en niet-aangeboren hersenletsel.

CONCLUSIE

De voorgestelde subclassificatie van Berrios & Luque lijkt voor het hier uitgevoerde literatuuronderzoek een therapeutische waarde te hebben. Indien een organische oorzaak kan worden uitgesloten, dringt zich de vraag op of het enerzijds om een zuiver psychotisch beeld gaat of anderzijds om een type psychotische depressie, gekenmerkt door

een meer affectief gekleurd klinisch beeld. Bij dit subtype psychotische depressie wijst de huidige, weliswaar beperkte evidentie, in de richting van ECT als een zeer effectieve behandeling. Indien het een zuiver psychotisch beeld betreft, zoals in de tweede gevalsbeschrijving, lijkt een behandeling met antipsychotica voldoende.

De succesvolle behandeling van beide hier beschreven patiënten is in overeenstemming met de bestaande literatuur. Toch benadrukken we dat hardere conclusies over behandelopties bij de verschillende subtypes van het cotardsyndroom prospectief onderzoek vereisen. Ondanks de oproep van Berrios & Luque in 1995 is er nog steeds geen prospectief onderzoek over het cotardsyndroom voorhanden. Dergelijk onderzoek is noodzakelijk om naast epidemiologische gegevens ook informatie te krijgen over de verschillende behandelstrategieën.

NOOT

1. Een volledige literatuurlijst van de dertig gevalsbeschrijvingen is bij de auteurs verkrijgbaar.

LITERATUUR

- Berrios, G.E., & Luque, R. (1995). Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 185-188.
- Butler, P.V. (2000). Diurnal variation in Cotard's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 684-687.
- Enoch, M., & Trethowan, W. (1991). Cotard's syndrome. In M. Enoch & W. Trethowan, *Uncommon psychiatric syndromes* (3de druk) (pp. 162-183). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Gardner-Thorpe, C., & Pearn, J. (2004). The Cotard syndrome. Report of two patients: with a review of the extended spectrum of 'delire des negations'. *European Journal of Neurology*, 11, 563-566.
- Hagen, S., & Voss, S.H. (2002). [Cotard's syndrome in depression and maintenance electroconvulsive therapy]. *Ugeskrift for Laeger*, 164, 3452-3453.
- Hansen, E.S., & Bolwig, T.G. (1998). Cotard syndrome: an important manifestation of melancholia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 459-464.
- Kondo, S., Hayashi, H., Eguchi, T., e.a. (2003). Bromocriptine augmen-

tation therapy in a patient with Cotard's syndrome. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27, 719-721.

- Petracca, G., Migliorelli, R., Vazquez, S., e.a. (1995). Spect findings before and after ECT in a patient with major depression and Cotard's syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 7, 505-507.
- Sabbatini, F., Actis-Giorgio, M., Madaro, A., e.a. (1996). [Description of a case of Cotard's syndrome]. *Minerva Psichiatrica*, 37, 35-37.
- Shiraishi, H., Ito, M., Hayashi, H., e.a. (2004). Sulpiride treatment of Cotard's syndrome in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 28, 607-609.
- Yamada, K., Katsuragi, S., & Fujii, I. (1999). A case study of Cotard's syndrome: stages and diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 396-398.

AUTEURS

Y. MADANI is arts in opleiding tot psychiater en werkzaam in het Universitair Forensisch Centrum te Antwerpen.

B.G.C. SABBE is hoogleraar medische psychologie en psychiatrie aan de Universiteit Antwerpen, werkzaam in het PC Sint-Norbertushuis te Duffel en het CAPRI.

Correspondentieadres: Y. Madani, Universitair Forensisch Centrum, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem, België. Tel.: (0032) 03 821 34 38. Fax: (0032) 03 825 16 41.

E-mail: yaminamadani@skynet.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-3-2006.

SUMMARY

Cotard's syndrome. Different treatment strategies according to subclassification. A case study – Y. Madani, B.G.C. Sabbe –

After performing an exploratory factor analysis, Berrios & Luque (1995) identified three subcategories in the Cotard's syndrome: Cotard type I, Cotard type II and Cotard type psychotic depression. The article, which is based on two case studies and an examination of the relevant literature since 1995, explores whether there are different treatment strategies for Cotard type I and the Cotard type psychotic depression. For the Cotard type psychotic depression, electroconvulsive therapy proves to be an effective method of treatment. For Cotard type I, antipsychotic therapy seems to be sufficient.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)1, 49-53]

KEY WORDS Cotard's syndrome, electroconvulsive therapy, nihilistic delusion