

- ³ Laar MJW van de, Wijgangers LM, Rijlaarsdam J, Wit A de. Vaccineren tegen hepatitis A. *Infectieziekten Bulletin* 2000;11:262-6.
- ⁴ Timen A. Preventie van hepatitis A als importziekte: een andere aanpak. *Infectieziekten Bulletin* 2002;13:3-5.
- ⁵ Kraaijeveld A. Hepatitis A-vaccinatie voor Turkse en Marokkaanse kinderen. *Infectieziekten Bulletin* 2002;13:6-7.
- ⁶ Dijkshoorn H, Schilthuis HJ, Hoek JAR van den, Verhoef AP. Onvoldoende bereik van reizigersadvisering over infectieziektepreventie onder autochtone en allochtone Amsterdammers. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:658-62.
- ⁷ Richardus JH, Vos D, Veldhuijzen IK, Groen J. Seroprevalence of hepatitis A virus antibodies in Turkish and Moroccan children in Rotterdam. *J Med Virol* 2004;72:197-202.
- ⁸ Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten. *Epidemiologisches Bulletin* 2002;50.
- ⁹ Brennan A, Thornton L. Epidemiology of hepatitis A in Ireland 2001/2002. *Epi-Insight* 2003;4:2-3.
- ¹⁰ Granerod J, Crowcroft N. Hepatitis A epidemiology in England and Wales. *Eurosurveillance Weekly* 2002;6:50.
- ¹¹ Kuusi M, Nuorti P. Hepatitis A infections in intravenous drug users, Finland. *Eurosurveillance Weekly* 2003;7:5.
- ¹² Bovée L, Hoek A van den. Jaarverslag 2002 Infectieziekten. Amsterdam: GG&GD; 2003.
- ¹³ Bruisten SM, Steenbergen JE van, Pijl AS, Niesters HG, Doornum GJ van, Coutinho RA. Molecular epidemiology of hepatitis A virus in Amsterdam, the Netherlands. *J Med Virol* 2001;63:88-95.
- ¹⁴ Bosman A, Reintjes R. Hepatitis A explosie in Rotterdam; voornamelijk homoseksuelen. *Infectieziekten Bulletin* 1998;9:58.
- ¹⁵ Lemon SM, Shapiro CN. The value of immunization against hepatitis A. *Infect Agents Dis* 1994;3:38-49.

Aanvaard op 9 maart 2004

Casuïstische mededelingen

Manipuleerbare wilsbekwaamheid: een ethisch probleem bij elektrostimulatie van de nucleus subthalamicus voor ernstige ziekte van Parkinson

A.F.G. LEENTJENS, V. VISSER-VANDEWALLE, Y. TEMEL EN F.R.J. VERHEY

In de afgelopen vijf jaar is elektrostimulatie van dieper gelegen hersenkernen ('deep brain stimulation'; DBS) een reguliere behandeling geworden voor patiënten met ernstige bewegingsstoornissen. Onder stereotactische geleiding worden uni- of bilateraal stimulatie-elektroden in bepaalde hersenkernen ingebracht. Deze zijn verbonden met een elders ingebrachte pacemaker, die voor een permanente elektrostimulatie van de betreffende kern zorgt. Stimulatie van de nucleus ventralis intermedialis van de thalamus wordt toegepast bij medicatie-resistente tremor, terwijl stimulatie van de nucleus subthalamicus of van de globus pallidus medialis, pars interna, wordt toegepast bij patiënten met de ziekte van Parkinson die niet meer op medicamenteuze behandeling reageren of teveel bijwerkingen van medicamenteuze behandeling ervaren. Elektrostimulatie van de nucleus subthalamicus (STN-DBS) is momenteel de meest toegepaste behandeling bij de ziekte van Parkinson en geeft direct verbetering van tremor, akinesie, rigiditeit, posturale instabiliteit en van het lopen, terwijl ook dyskinesieën positief kunnen reageren op de stimulatie.^{1,2}

De aanvankelijke euforie over de positieve effecten van deze innoverende behandeling leidde ertoe dat enkele vooraanstaande klinici pleitten voor toepassing van deze behandeling in eerdere stadia van de ziekte.³ Nu er meer zicht komt op de bijwerkingen op langere termijn lijkt men weer wat terughoudender.⁴ Met name de on-

Zie ook het artikel op bl. 1373.

SAMENVATTING

Een 62-jarige man, bekend wegens de ziekte van Parkinson, werd 3 jaar na implantatie van stimulatie-elektroden in de nucleus subthalamicus (STN) en behandeling met elektrostimulatie ('deep brain stimulation'; DBS) opgenomen in verband met een stimulatiegerelateerd manifome beeld dat niet bleek te reageren op behandeling met een stemmingsstabilisator en dat leidde tot chaotisch gedrag, megalomanie, ernstige financiële schulden en wilsonbekwaamheid. Aanpassing van de stimulatieparameters leidde wel tot verdwijnen van het ontremde beeld en herstel van het zelfinzicht en oordeelsvermogen, maar ging gepaard met een ernstige toename van de motorische verschijnselen en bedlegerigheid. Er was geen therapeutische marge tussen beide toestanden. Uiteindelijk zag men slechts twee beleidsalternatieven: ofwel een opname in een somatisch verpleeghuis in verband met ernstige invalidering, maar met goede geestelijke conditie, ofwel een chronische opname in een psychiatrisch ziekenhuis, in motorisch redelijke conditie en ADL-zelfstandigheid, maar met manische ontremming. Uitgebreide ethische afweging volgde. Tijdens het staken van de stimulatie werd patiënt wilsbekwaam geacht en in deze toestand koos hij voor het tweede alternatief. Uiteindelijk werd hij, conform zijn wil, met een rechterlijke machtiging overgeplaatst naar het regionale psychiatrische ziekenhuis. Gangbare ethische opvattingen over wilsbekwaamheid houden geen rekening met de manier waarop moderne behandelmethoden zoals STN-DBS deze eigenschap kunnen beïnvloeden.

Academisch Ziekenhuis, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.
Afd. Psychiatrie: hr.dr.A.F.G.Leentjens, psychiater; hr.prof.dr.F.R.J. Verhey, zenuwarts.

Afd. Neurochirurgie: mw.dr.V.Visser-Vandewalle, neurochirurg; hr.Y. Temel, assistent-geneeskundige.

Correspondentieadres: hr.dr.A.F.G.Leentjens
(a.leentjens@np.unimaas.nl).

verwachte bijwerkingen op de stemmingsregulatie blijken in de klinische praktijk soms tot grote problemen te kunnen leiden. Onbedoelde stimulatie van de substantia nigra of diepe stimulatie van de nucleus subthalamicus

kan acuut tot een depressieve stemming leiden, die zelfs met suïcidaliteit gepaard kan gaan.⁵⁻⁷ Daarnaast leidt STN-DBS bij een onbekend percentage van patiënten juist tot stemmingsverbetering.^{8,9} Soms is deze dusdanig dat er een chronisch hypomaan toestandsbeeld ontstaat met alle bijbehorende symptomen.¹⁰⁻¹²

In dit artikel beschrijven wij tot welke onverwachte problemen en keuzen een dergelijk manifom toestandsbeeld ten gevolge van STN-DBS kan leiden. De behandelaars zagen zich gesteld voor een nieuw en ingewikkeld ethisch probleem waarin de wilsbekwaamheid van de patiënt centraal stond bij de keuze die gemaakt moest worden.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Patiënt A was een 62-jarige gescheiden man met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis en familieanamnese. Sinds 11 jaar was hij bekend wegens de ziekte van Parkinson, waarbij uiteindelijk ook met maximaal gedoseerde medicamenteuze therapie onvoldoende therapeutisch effect bereikt werd. Na 8 jaar werd derhalve besloten tot bilaterale STN-DBS. Vóór de operatie bestond de medicatie uit carbidopa-levidopa 75 mg-300 mg met gereguleerde afgifte, carbidopa-levidopa 12,5 mg-50 mg, levodopa-benserazide 100 mg-25 mg dispergeerbaar, selegiline 5 mg, amantadine 200 mg en ropinirol 4 mg. Er was een zeer goed effect van de operatie op de motore parkinsonsymptomen en de medicatie kon worden afgebouwd tot amantadine 400 mg en ropinirol 12 mg. Echter, meteen na de operatie was duidelijk dat euforie en ontremd gedrag waren ontstaan: patiënt ging tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis een relatie aan met een gehuwde vrouw. Na ontslag bereikten ons via familieleden berichten dat hij grote sommen spaargeld uitgaf aan kleding en uitgaan. Ook was hij begonnen met het schrijven van zijn memoires. Uit een uittreksel daarvan dat ons door patiënt ter beschikking gesteld werd, sprak duidelijk megalomanie. Verder afbouwen van de medicatie leidde tot een onacceptabele verslechtering van de motoriek. De neurochirurg drong aan op psychiatrische beoordeling en behandeling, maar patiënt weigerde categorisch een psychiater te zien, ondanks dat dit tot de reguliere follow-up bij de ingreep behoorde. Afgaande op de informatie die ons via de familie bereikte, achtten wij de ontremming echter niet zodanig dat er acuut gevaar bestond, en een beoordeling met het oog op een inbewaringstelling (IBS) werd derhalve niet aangevraagd. De huisarts en de familie werden ingelicht over de mogelijkheid een beoordeling aan te vragen met het oog op een rechterlijke machtiging, waarmee hij ter observatie en behandeling zou kunnen worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, maar tot deze beoordeling kwam het niet, mede doordat patiënt zich voortdurend op andere adressen bevond.

In de periode na de operatie kwam patiënt trouw op zijn neurologische en neurochirurgische controleafspraken, maar hij weigerde, ondanks herhaald aandringen, elk contact met een psychiater. Het ontremde beeld bleef bestaan: patiënt was inmiddels gaan samenwonen met zijn nieuwe vriendin. Er trad een geleidelijke verslechtering op van de motorische klachten, welke grotendeels opgevangen kon worden door aanpassing van de stimulatieparameters van de STN-DBS. Via familie en nu ook van patiënt zelf bereikten ons tegelijkertijd steeds meer berichten dat de ontremming in het dagelijkse leven in toenemende mate tot problemen leidde. Patiënt had inmiddels naast zijn eigen woning een tweede woning gekocht samen met zijn vriendin, maar daarnaast ook een landgoed in het buitenland, en was bezig een vakantiewoning in een ander vakantiegebied te bouwen. Hij had hiervoor, ondanks zijn beperkte arbeidsonge-

schiktheidsuitkering, diverse hypotheeken weten te regelen. In enkele panden dreigden telefoon en gas/electriciteit afgesloten te worden in verband met betalingsachterstand. Patiënt had enkele auto's gekocht, waarmee hij vervolgens bij verkeersongevallen betrokken raakte. Hij maakte zich kwaad over het onterechte optreden van de politie, die zijn rijbewijs tijdelijk ingenomen had. Ook had patiënt een vleugel gekocht, zonder dat hij piano kon spelen. Mede gezien de verslechterende motorische situatie werd besloten tot een opname op de afdeling Psychiatrie ter observatie en evaluatie van het klinische beeld. Doel van de opname was met name om de psychiatrische toestand te evalueren en te bekijken in hoeverre deze het gevolg was van de STN-stimulatie. Patiënt werd uitgelegd dat om verpleegtechnische redenen opname op de afdeling Neurochirurgie niet mogelijk was, waarop hij akkoord ging met psychiatrische opname.

Bij opname, inmiddels drie jaar na de stereotactische ingreep, werd een patiënt gezien die in geringe mate last had van tremor, maar bij wie problemen met de fijne motoriek en het evenwicht voorop stonden. Het lopen en de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) verliepen nog redelijk goed. De score op de motorische sectie van de 'Unified Parkinson's disease rating scale' (UPDRS), tijdens stimulatie en medicatie, bedroeg 42; deze subschaal, met een maximumscore van 108, is een maat voor de ernst van de motorische symptomen: een hogere score komt overeen met een slechter klinisch beeld; een score van 42 komt overeen met een matig ernstig beeld.¹³ In deze toestand had patiënt psychiatrisch gezien een helder bewustzijn. Het geheugen en de intelligentie imponeerden als niet-afwijkend. Patiënt was snel afgeleid en maakte activiteiten niet af. Daarnaast was hij chaotisch in zijn handelingen en niet in staat orde op zijn kamer te handhaven. Het denken was verhoogd associatief en werd gekenmerkt door groothedsideeën en irreële toekomstplannen. Er waren duidelijk oordeels- en kritiekstoornissen en er was een totaal gebrek aan ziekteinzicht. Ook bij confrontatie hiermee ontkende patiënt dat er financieel of anderszins problemen waren. De stemming wisselde van normofoor tot disfoor, met ook wisselende eufore momenten. Patiënt maakte seksueel getinte opmerkingen naar verpleegkundigen en ook zijn seksuele gedrag was grensoverschrijdend. Op de 'Young mania rating scale' (YMRS), een beoordelingsschaal voor de ernst van manische symptomen met een score van 0 (geen manische symptomen) tot 60 (zeer ernstige manische symptomen) had hij een score van 17, welke wees op een licht tot matige manie.¹⁴

Om de invloed van stimulatie op de psychische gesteldheid na te gaan werd de STN-DBS kortdurend gestaakt. Voor de motoriek had dit desastreuze gevolgen. Patiënt werd bedlegerig en volledig ADL-afhankelijk. De score op de motorische sectie van de UPDRS-score bedroeg in deze situatie, zonder stimulatie maar met medicatie, 76; dit paste bij een ernstig parkinsonistisch symptomenbeeld. Ook het spreken verliep traag en was nauwelijks verstaanbaar ten gevolge van ernstige dysartrie. Er was duidelijk een grote lijdensdruk. In deze toestand leek patiënt echter wel ziekteinzicht te hebben en reflectie op het eigen handelen. Hij kon vertellen dat hij tijdens STN-stimulatie ondoordachte dingen deed, en zowel financieel als juridisch in de problemen was gekomen. Hij hoopte dat er samen met zijn behandelaars een weg ingeslagen kon worden die tot een oplossing van de problemen zou leiden. Een en ander maakte een reële indruk. Het affect was adequaat en de stemming normofoor. In deze situatie bedroeg de YMRS-score 6.

Na opnieuw starten van de stimulatie ontstond er binnen enkele minuten herstel van de motorische functies, maar tegelijkertijd trad ook het beschreven manifome beeld weer in. Van het inzicht dat patiënt tijdens het staken van de stimulatie ver-

toonde, was niets meer over. Op basis hiervan werd geconcludeerd dat het maniforme beeld stimulatieafhankelijk was en werd in eerste instantie besloten om met aanpassing van de stimulatieparameters te zoeken naar een aanvaardbaar compromis tussen motorische en psychische gesteldheid. Bij manipuleren van de stimulatiefrequentie, -amplitude, -pulsbreedte en -elektrodencombinatie bleek er echter nauwelijks enige marge te zijn: patiënt was ofwel motorisch in een redelijke conditie, maar met een maniform beeld met gebrek aan zelfreflectie en ziekte-inzicht, ofwel bedlegerig in een psychisch niet-afwijkende toestand. Pogingen om tijdens een periode van minimale stimulatie de motoriek te verbeteren door ophogen van de medicatie mislukten: het maniforme beeld kwam reeds bij geringe verhoging van de carbidopa-levodopa en de ropinirol terug – kennelijk beruiste de ontremming op een combinatie van factoren.

In tweede instantie werd derhalve besloten om het maniforme beeld te behandelen met een stemmingsstabilisator, in de hoop dat de STN-DBS adequaat zou kunnen geschieden, zonder dat maniforme bijverschijnselen zouden optreden. Daarbij werd eerst gepoogd om patiënt te behandelen met olanzapine, een atypisch antipsychoticum dat tevens als antimanicum geregistreerd is en weinig effect op extrapyramidale symptomen heeft. In een dosering van 2,5 mg 1 dd leidde dit tot enige psychische verbetering, terwijl patiënt hogere doses in verband met sedatie en evenwichtsproblemen niet verdroeg. Lithium, de voorkeursbehandeling van manieën, werd gecontraïndiceerd geacht omdat daardoor mogelijk verergering van de tremor zou kunnen optreden. Daarnaast beïnvloedt lithium de celmembraan en is het onduidelijk of dit gevolgen kan hebben voor de effectiviteit van de elektrostimulatie. Er zijn geen casuïstische mededelingen over lithium bij patiënten met STN-DBS.

Vervolgens werd besloten tot behandeling met de stemmingsstabilisator depakine, toegevoegd aan de olanzapine. Bij een adequate therapeutische spiegel (maximaal 120 mg/l) verbeterde het psychische beeld echter niet. Toevoegen van carbamazepine aan de olanzapine tot een maximale spiegel van 6,9 mg/l aan de depakine verdroeg patiënt niet vanwege een toename van de evenwichtsproblemen. Bij de verdere behandeling speelde een aantal overwegingen een rol.

OVERWEGINGEN

Bij de beschreven patiënt bleek een aanvaardbaar compromis tussen de somatische en de psychiatrische toestand onmogelijk en ook behandeling van de iatrogene manie was niet succesvol. Geoordeeld werd dat patiënt door zijn chaotisch gedrag niet in staat zou zijn zelfstandig een huishouden te voeren. Derhalve werd het klinische dilemma gereduceerd tot een keuze tussen twee mogelijke opties: ofwel de patiënt zou volledig verpleegbehoefstig, maar compos mentis, opgenomen worden in een somatisch verpleeghuis, ofwel hij zou met een rechterlijke machtiging in motorisch redelijke conditie maniform opgenomen worden op een chronische afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. De keuze tussen deze twee alternatieven is geen medische, maar een ethische, waarbij verschillende perspectieven onderscheiden kunnen worden.

Zelfbeschikking en autonomie. Allereerst is er het recht op zelfbeschikking en autonomie van de patiënt, dat een centraal uitgangspunt is van de hedendaagse gezondheidszorg. De vraag is echter in hoeverre de patiënt in staat geacht moet worden om zelf de keuze te maken

tussen beide alternatieven. Zelfbeschikking staat of valt met de inschatting van de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van deze beslissing. Wilsbekwaamheid wordt gedefinieerd als het vermogen om relevante informatie te onthouden en te begrijpen, en op basis hiervan een afgewogen beslissing te kunnen nemen over het behandelbeleid.¹⁵ Bij onze patiënt bleek de wilsbekwaamheid echter afhankelijk van de behandeling, in casu de stimulatieparameters. Deze zijn instelbaar. Zonder STN-DBS had patiënt ziekte-inzicht en zelfreflectie en diende hij als wilsbekwaam gezien te worden. Tijdens de STN-DBS was er echter een maniform toestandbeeld met kritiekstoornissen en gebrek aan zelfreflectie en was er derhalve verminderde wilsbekwaamheid.

Men zou kunnen besluiten om de patiënt in een situatie zonder STN-DBS een beslissing te laten nemen over het te volgen medische beleid. Deze beslissing zou dan zeer waarschijnlijk sterk beïnvloed worden door de lijdensdruk die de patiënt in die toestand ervaart.

Lichamelijke gezondheid afwegen tegen psychische. De tweede ethische afweging betreft de aard van de keuze zelf. Hoe moet men lichamelijke tegen psychische gezondheid afwegen? In het algemeen wordt aan geestelijke gezondheid en wilsbekwaamheid een grotere waarde gehecht dan aan lichamelijke gezondheid. Verlies van oordeelsvermogen en wilsbekwaamheid, zoals bij demantie, wordt gezien als de meest gevreesde en meest ontluisterende toestand voor een patiënt. Echter, hoe reëel kan een dergelijke afweging zijn bij een patiënt die zich in een toestand van adequate DBS niet, of slechts ten dele, bewust was van zijn wilsonbekwaamheid, en derhalve ook geen weet had van de ontluisterende conditie waarin hij zich bevond? Bovendien zal een manische patiënt in de regel niet meewerken aan het beleid dat bij deze toestand geïndiceerd geacht wordt, namelijk opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Omdat patiënt hiertegen in verzet zal komen, is een procedure met rechterlijke machtiging noodzakelijk. Daarnaast moeten er bewindvoering en mentorschap aangevraagd worden, omdat patiënt in deze situatie geen financiële en vértrekkende persoonlijke beslissingen zal kunnen nemen.¹⁶

Een belangrijk aspect van de keuze tot STN-DBS is de vraag of, indien de patiënt hiertoe besluit, er voor hem nog wel een mogelijkheid is om op deze beslissing terug te komen. Hij is in deze toestand immers verminderd wilsbekwaam. Moeten er tevoren afspraken gemaakt worden om periodiek de STN-DBS te staken om met de patiënt in een toestand van wilsbekwaamheid na te gaan of deze nog steeds de voorkeur aan stimulatie geeft of niet?

Primum non nocere. Tenslotte is er het ethische uitgangspunt van het artseneroep: 'primum non nocere' [voorop staat: niet schaden]. Moet een behandelbare iatrogene complicatie als de door STN-DBS geïnduceerde manie geaccepteerd worden als de behandeling leidt tot een betere somatische conditie of omdat de patiënt dit wenst? Wanneer het 'niet kwaad doen' voorop staat, moet de STN-DBS gestaakt worden. De vergelij-

king kan getrokken worden met een patiënt die bij behandeling met een antidepressivum manifform ontremd raakt. Hierbij zal er geen discussie over bestaan dat deze medicatie gestaakt moet worden. Echter, bij onze patiënt doet men door het staken van de STN-DBS geen goed op een ander terrein, het motorische, omdat de patiënt hierdoor bedlegerig en verpleegbehoefstig wordt. Voor sommige artsen is dit wellicht makkelijker te accepteren omdat de slechte motorische conditie het normale ziektebeloop van de ziekte van Parkinson reflecteert, en niet een iatrogene complicatie is. Door de complexiteit van al deze factoren, die een beroep doen op zeer persoonlijke normen en waarden, is een paternalistische opstelling van de medicus onmogelijk. De behandelaars zelf konden bij deze patiënt dan ook niet tot een eenduidig te prefereren beleid komen.

VERVOLG VAN DE ZIEKTEGESCHIEDENIS

Vanwege de ingewikkeldheid van het probleem werd besloten advies te vragen aan de Commissie Medisch Ethische Aangelegenheden van ons ziekenhuis. Hier werd in aanwezigheid van onder anderen een ethicus en een jurist gediscussieerd over de beleidsalternatieven. De commissie was van mening dat het behandelbeleid zo mogelijk gebaseerd moest worden op de wil van de patiënt en dat dit alleen mogelijk was wanneer de STN-DBS werd uitgeschakeld.

In deze toestand gaf de patiënt er ondubbelzinnig blijk van zijn lichamelijke gezondheid te willen laten prevaleren boven zijn geestelijke gezondheid, ook wanneer dit zou resulteren in een permanente psychiatrische opname. Deze keuze was waarschijnlijk niet alleen gemotiveerd door de betere motorische conditie van patiënt, maar tevens door het toegenomen subjectieve welbevinden waarmee een manie doorgaans gepaard gaat. Concreet hield dit dus in dat de patiënt aangaf op een voor zijn motorische symptomen adequaat niveau gestimuleerd te willen worden. Aangezien het resulterende psychiatrische beeld niet behandelbaar was gebleken en leidde tot financiële en sociale teloorgang, impliceerde deze keuze dat een rechterlijke machtiging aangevraagd moest worden, en tevens bewindvoering en mentorschap. De reden dat naast de rechterlijke machtiging nog een bewindvoering en mentorschap werden aangevraagd, ligt in het feit dat patiënt niet in staat werd geacht zijn financiële zaken te beheren, en er in zijn schuldsanering orde op zaken moest worden gesteld. Daarnaast werd hij niet in staat geacht zijn persoonlijke belangen te behartigen.

De behandelaars volgden het advies van de commissie. De juridische afwikkeling riep vervolgens opnieuw onverwachte onduidelijkheden en dilemma's op. De Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) vereist dat de patiënt geen bereidheid tot opname toont.¹⁷ In geval van optimale stimulatie was dit zo, maar bij staken van de stimulatie niet. Men zou kunnen overwegen de patiënt in dat geval zelf een verzoek om een machtiging te laten indienen ('machtiging op eigen verzoek'), in een dergelijke toestand van non-stimulatie. Problematischer was nog de voorwaarde dat een rechterlijke machtiging alleen mogelijk is als 'het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen kan worden afgewend' (artikel 2 wet BOPZ). Eigenlijk kon dat hier wel, maar men zou kunnen zeggen dat de prijs hiervoor, ernstige motorische verschijnselen en bedlegerigheid, te groot was. Daarnaast eist artikel 38 van de Wet BOPZ dat een behandelplan wordt opgesteld dat erop gericht is het gevaar op grond waarvan de patiënt in het ziekenhuis verblijft weg te nemen. Dit zou eenvoudig

zijn: het staken van stimulatie, maar hiertoe werd expliciet niet besloten. Een medische verklaring voor een rechterlijke machtiging werd uitgeschreven door een niet bij de behandeling betrokken psychiater en bekrachtigd door de rechter. Ook bewindvoering en mentorschap werden door de rechter toegestaan. Patiënt werd enige tijd later voor permanent verblijf overgeplaatst naar een regionaal psychiatrisch ziekenhuis.

SLOTOVERWEGING

Met voortschrijdende technische mogelijkheden voor de behandeling van medische aandoeningen doen zich onbekende complicaties voor, die leiden tot nieuwe en onverwachte ethische problemen. In onze casus bleek wilsbekwaamheid een manipuleerbare eigenschap en moest een ingewikkelde ethische afweging gemaakt worden tussen lichamelijke en geestelijke gezondheid. Om adequaat met dergelijke complexe ethische vraagstukken te kunnen omgaan, pleiten wij voor meer aandacht voor ethiek in de opleiding tot medisch specialist en in de specialistische nascholing. Daarnaast zou in elk ziekenhuis een goed functionerende multidisciplinaire ziekenhuiscommissie voor medisch-ethische aangelegenheden moeten bestaan, waar clinici terecht kunnen voor overleg over patiëntgebonden ethische problemen. Een dergelijk aanspreekpunt voor complexe medisch-ethische vragen zou in de toekomst meer een reguliere rol moeten gaan spelen in de patiëntenzorg. Verder moeten de ethische en juridische opvattingen over wilsbekwaamheid permanent geactualiseerd worden en aangepast aan de huidige technische mogelijkheden van de geneeskunde.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

ABSTRACT

Manipulation of mental competence: an ethical problem in case of electrical stimulation of the subthalamic nucleus for severe Parkinson's disease. – Three years after the implantation of electrodes in the subthalamic nucleus (STN) and the start of deep brain stimulation (DBS) for advanced Parkinson's disease, a 62-year-old man was admitted because of a stimulation-related manic state that did not respond to treatment with a mood stabiliser and that led to chaotic behaviour, megalomania, serious financial debts and mental incompetence. Although adjustment of the stimulation parameters resulted in a normophoric state with a return of insight and capacity to judge, this was only at the cost of a serious exacerbation of his motor symptoms that left the patient bedridden. There was no therapeutic margin between the two states. Ultimately, there seemed to be only two alternatives: to admit the patient to a nursing home because of serious invalidity, but mentally in good condition, or to admit the patient to a chronic psychiatric ward because of a manic state, but with acceptable motor capacity and ADL functions. Thorough ethical evaluation followed. When not being stimulated, the patient was considered competent to decide about his own treatment; in this condition the patient chose for the second option. In accordance with his own wishes he was therefore legally committed to a chronic ward in the regional psychiatric hospital. The current ethical views on mental competence do not consider the potential influence of modern methods of treatment such as STN-DBS on this capacity.

LITERATUUR

- ¹ Lang AE. Surgery for Parkinson disease. A critical evaluation of the state of the art. *Arch Neurol* 2000;57:1118-25.
- ² Kumar R, Lozano AM, Kim YJ, Hutchison WD, Sime E, Halket E, et al. Double-blind evaluation of subthalamic nucleus deep brain stimulation in advanced Parkinson's disease. *Neurology* 1998;51:850-5.
- ³ Benabid AL, Benazzouz A, Hoffmann D, Limousin P, Krack P, Pollak P. Long-term electrical inhibition of deep brain targets in movement disorders. *Mov Disord* 1998;13 Suppl 3:119-25.
- ⁴ Vitek JL. Deep brain stimulation for Parkinson's disease. A critical re-evaluation of STN versus GPi DBS. *Stereotact Funct Neurosurg* 2002;78:119-31.
- ⁵ Berney A, Vingerhoets F, Perrin A, Guex P, Villemure JG, Burkhard PR, et al. Effect on mood of subthalamic DBS for Parkinson's disease: a consecutive series of 24 patients. *Neurology* 2002;59:1427-9.
- ⁶ Bejjani BP, Damier P, Arnulf I, Thivard L, Bonnet AM, Dormont D, et al. Transient acute depression induced by high-frequency deep-brain stimulation. *N Engl J Med* 1999;340:1476-80.
- ⁷ Portman AT, Leenders KL, Laar T van, Staal MJ, Journee HL, Dunnen WFA den. Depressie na chronische subthalamiscusstimulatie bij de ziekte van Parkinson. *Nederlands Tijdschrift voor Neurologie* 2001;2:108-11.
- ⁸ Ardouin C, Pilon B, Peiffer E, Bejjani P, Limousin P, Damier P, et al. Bilateral subthalamic or pallidal stimulation for Parkinson's disease affects neither memory nor executive functions: a consecutive series of 62 patients. *Ann Neurol* 1999;46:217-23.
- ⁹ Martinez-Martin P, Valdeoriola F, Tolosa E, Pilleri M, Molinuevo JL, Rumia J, et al. Bilateral subthalamic nucleus stimulation and quality of life in advanced Parkinson's disease. *Mov Disord* 2002;17:372-7.
- ¹⁰ Krack P, Kumar R, Ardouin C, Dowsey PL, McVicker JM, Benabid AL, et al. Mirthful laughter induced by subthalamic nucleus stimulation. *Mov Disord* 2001;16:867-75.
- ¹¹ Romito LM, Raja M, Daniele A, Contarino MF, Bentivoglio AR, Barbier A, et al. Transient mania with hypersexuality after surgery for high frequency stimulation of the subthalamic nucleus in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2002;17:1371-4.
- ¹² Kulisevsky J, Berthier ML, Gironell A, Pascual-Sedano B, Molet J, Pares P. Mania following deep brain stimulation for Parkinson's disease. *Neurology* 2002;59:1421-4.
- ¹³ Fahn S, Elton RL. Members of the UPDRS committee. Unified Parkinson's disease rating scale. In: Fahn S, Marsden CD, Goldstein M, Calne DB, editors. *Recent developments in Parkinson's disease*. Vol 2. New Jersey: McMillan Health Care; 1987. p. 153-63.
- ¹⁴ Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-35.
- ¹⁵ Ministerie van Justitie. *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*. Den Haag: Ministerie van Justitie; 1994.
- ¹⁶ Blankman K. *Juridische aspecten van wilsbekwaamheid*. In: Jonker C, Verhey FRJ, Slaets JJP, redacteuren. *Alzheimer en andere vormen van dementie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2001. p. 310-22.
- ¹⁷ *Wetstekst Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen*. *Staatsblad* 1992;671:1-33.

Aanvaard op 29 december 2003

Posttraumatisch hypopituitarisme

R.A.ALWANI, R.A.FEELDERS EN S.W.J.LAMBERTS

Hypopituitarisme kent vele oorzaken. Zowel beschadiging van de hypofyse als van de hypothalamus kan leiden tot klinisch manifest hypopituitarisme. De bekendste oorzaken zijn hypofysetumoren, eerdere schedelbestraling, sarcoïdose en het syndroom van Sheehan. Er kan sprake zijn van complete dan wel van partiële uitval van het orgaan. De klinische presentatie kan verschillen per patiënt en hangt af van het aantal en de mate van uitval van de betrokken hypofysaire assen. Sommige patiënten zijn asymptomatisch. Wij beschrijven een casus van hypofysaire uitval na een ernstig hersentrauma.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Patiënt A, een 39-jarige Irakese vrouw en moeder van 3 kinderen, werd opgenomen in ons ziekenhuis voor de analyse van malaiseklachten met daarbij massale gewichtstoename gedurende de afgelopen maanden. Patiënte had in het verleden een behandeling met radioactief jodium ondergaan in verband met hyperthyreoïdie en gebruikte sedertdien levothyroxine. Onge-

SAMENVATTING

Een 39-jarige vrouw werd opgenomen voor de analyse van klachten van algehele malaise, gewichtstoename en amenorroe. Anderhalf jaar eerder was zij betrokken bij een ernstig verkeersongeval, waarbij zij een aantal dagen in coma was geweest door een epiduraal hematoom. Zij bleek hypopituitarisme te hebben met een uitgevallen gonadale en somatotrope as, alsmede een licht verhoogde serumprolactineconcentratie, waarschijnlijk door een beschadiging van de hypofysesteel. Alle patiënten met een ernstig schedeltrauma hebben een verhoogd risico op het krijgen van posttraumatisch hypopituitarisme en dienen hierop te worden getest, zeker bij het bestaan van klachten.

veer anderhalf jaar vóór de huidige opname was zij betrokken bij een ernstig tramongeluk, waarbij zij een epiduraal hematoom opliep en enkele dagen comateus was. Sinds het ongeluk had zij in toenemende mate klachten van moeheid, slapeelousheid en duizeligheid. Ook bedroeg haar gewichtstoename 50 kg in ongeveer 12 maanden, dit bij een volgens de anamnese normaal dieet zonder overmaat aan vetten of koolhydraten. Patiënte leidde sinds het ongeluk een inactief bestaan doordat zij soms gedesoriënteerd was en op straat verdwaalde. Zij had sinds het ongeluk niet meer gemenstrueerd. Enkele weken vóór opname bezocht zij tijdens een vakantie in Syrië een lokale endocrinoloog voor de bovengenoemde klachten. Deze

Erasmus Medisch Centrum, afd. Inwendige Geneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

Hr.R.A.Alwani, assistent-geneeskundige (thans: Ikazia Ziekenhuis, afd. Inwendige Geneeskunde, Montessoriweg 1, 3083 AN Rotterdam); hr.dr.R.A.Feelders en hr.prof.dr.S.W.J.Lamberts, internisten-endocrinologen.

Correspondentieadres: hr.R.A.Alwani (ra_alwani@yahoo.com).