

# Zelfverwaarlozing bij ouderen, een complex probleem

Fransje E. Reesink, Leo Boelaarts en Henry C. Weinstein

## Dames en Heren,

In de praktijk zien we regelmatig ouderen die zichzelf vaak lange tijd hebben verwaarloosd. Hier presenteren wij de ziektegeschiedenis van een patiënt bij wie wij pas na zijn overlijden betrokken raakten. Vanwege zijn presentatie en omdat hij snel na opname was overleden, was er een beperkte status bijgehouden. Toch was duidelijk dat het een verwaarloosde man betrof met merkwaardig gedrag. De hersenobductie toonde een onverwachte diagnose, waarvan de familie vanzelfsprekend op de hoogte werd gesteld. De heteroanamnese die wij achteraf afnamen, maakt duidelijk hoe belangrijk het is om zo vroeg mogelijk een juiste diagnose te stellen bij ouderen die zichzelf verwaarlozen.

Patiënt A, een 76-jarige man, werd door zijn huisarts verwezen naar de Spoedeisende Hulp vanwege algehele malaise en gewichtsverlies. De medische voorgeschiedenis vermeldde COPD en een onderbeenamputatie in 1958 na een auto-ongeval. Patiënt gebruikte geen medicijnen. Hij rookte al jaren twee pakjes sigaretten per dag. De overige anamnese leverde weinig op omdat, zo werd in de status beschreven, de patiënt niet coöperatief was.

Patiënt werd opgenomen op de afdeling Interne Geneeskunde. Bij lichamelijk onderzoek vertoonde hij opvallende tekenen van verwaarlozing, uitdrogingsverschijnselen en een ondertemperatuur van 35,6°C. Laboratoriumonderzoek toonde een leukocytose ( $12 \times 10^9/l$ ) en een verhoogde concentratie C-reactieve proteïne (58 mg/l); de overige uitslagen waren niet afwijkend. Een CT-scan van de thorax toonde, behalve een COPD-beeld van de longen, geen afwijkingen.

Na enkele dagen ging hij klinisch snel achteruit en omdat wij een sepsis vermoedden, kreeg hij antibiotica toegediend. Toch overleed de patiënt korte tijd later. Zijn twee dochters gaven toestemming voor obductie. Hierbij zag men longafwijkingen die pasten bij COPD, met bronchiëctasieën en veel pus. Vermoedelijk was een bronchopneumonie de oorzaak van zijn overlijden. Er werden geen maligniteiten aangetroffen.

De hersenobductie volgde enkele weken later. Macroscopisch was er schrompeling van de temporaal- en de frontaalkwab. Bij microscopisch onderzoek werden veel opgeblazen neuronen en neurofibrillaire kluwens ('tangles') gezien. Tevens werden een sponsachtige zwelling en schrompeling van de ganglioncellen vastgesteld.

VU Medisch Centrum,

afd. Neurologie, Amsterdam.

Drs. F.E. Reesink, arts in opleiding tot neuroloog.

Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar.

Drs. L. Boelaarts, klinisch geriater.

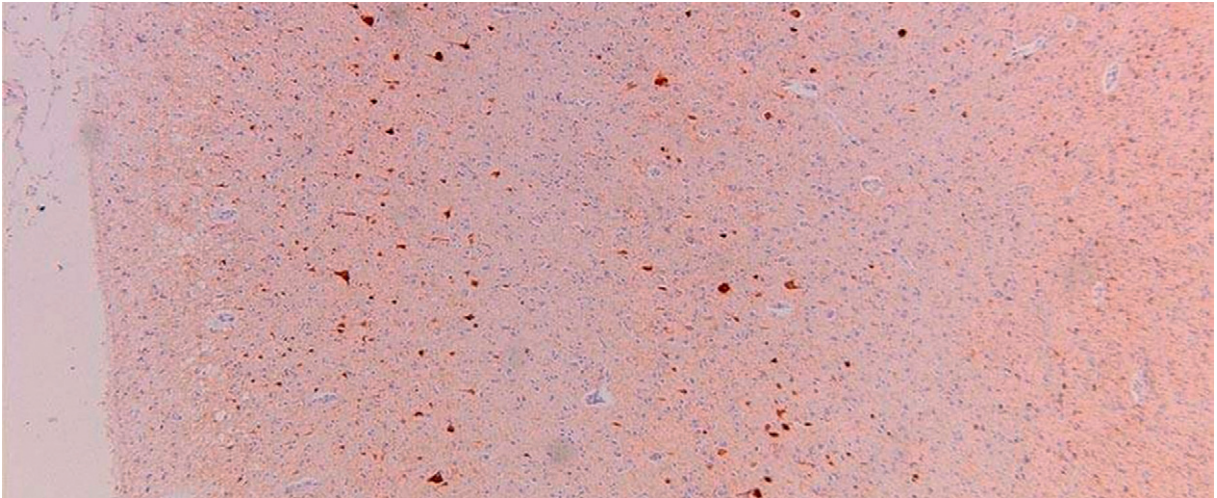
Sint Lucas Andreas Ziekenhuis,

afd. Neurologie, Amsterdam.

Dr. H.C. Weinstein, neuroloog.

Contactpersoon: drs. F.E. Reesink

(f.reesink@vumc.nl).



**FIGUUR 1** Immuunhistochemische kleuring van tau-eiwit in de temporale hersenschors van patiënt A. In de talrijke bruingekleurde neuronen is tau-eiwit opgehoopt (circa 70 maal vergroot).

Immunohistochemisch onderzoek toonde tau-positieve neuronen (figuur 1) en zogenaamde pick-lichaampjes (figuur 2), die bestaan uit gestapeld tau-eiwit en andere eiwitten. Deze neuropathologische bevindingen pasten bij een tauopathie in het kader van een frontotemporale dementie.

Wij informeerden de familie over de diagnose. Het bleek dat het gedrag van deze patiënt de laatste jaren erg was veranderd. Hij woonde in huis met zijn dochter, maar trok zich steeds meer terug en reageerde achterdochtig. Hij vertelde onwaarheden over hoe slecht hij werd behandeld. Dit leidde tot ruzies binnen de familie, waarop hij naar zijn andere dochter verhuisde. Maar ook zij merkte dat zijn gedrag veranderd was. Vroeger was hij sportief en sociaal, nu nam hij weinig initiatief en kwam de deur niet meer uit. Hij werd snel boos. Hij verzong dingen en leek ook dingen te vergeten. Zo stal hij bijvoorbeeld snoep en gaf vervolgens zijn kleinkinderen de schuld. Hij ging zich steeds meer verwaarlozen en zijn eetpatroon veranderde; hij at weinig en dronk de hele dag koffie en

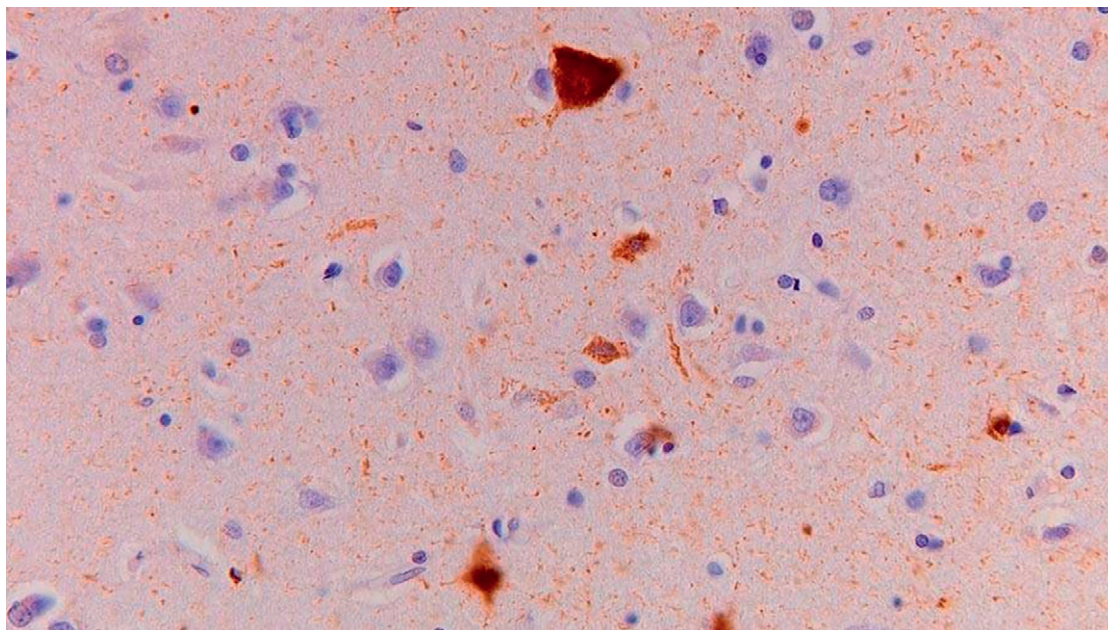
cola. Zijn dochter vond zijn avondeten terug in de prullenbak. Hij kwam niet opdagen bij doktersafspraken. Enkele dagen vóór de ziekenhuisopname was hij in korte tijd achteruitgegaan. Zijn dochter was op de Spoedeisende Hulp geschrokken toen zij zag hoe mager haar vader was. Door zijn afwerende gedrag en uit respect voor zijn mening en autonomie had zij niet eerder hulp gezocht.

#### ACHTERGROND EN OORZAKEN VAN ZELFVERWAARLOZING

Zelfverwaarlozing bij ouderen is een frequent voorkomend en complex probleem. In de Verenigde Staten is dit de frequentste reden om ouderen uit huis te plaatsen en gaat dit samen met een hoge sterfte (36-50%) en een hoge morbiditeit. Zelfverwaarlozing leidt vaak tot lange ziekenhuisopnamen, waarbij 25-30% van de patiënten naar een verpleeghuis wordt overgeplaatst.<sup>1</sup> In Nederland worden ouderen die zichzelf verwaarlozen vaak door familie, huisarts of burens naar het ziekenhuis gebracht. De zelfverwaarlozing neemt ernstige vormen aan als het oordeels- en kritiekvermogen van de patiënt is aangetast. Meestal ziet men de patiënt voor het eerst op een Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis naar aanleiding van een val of collaps. Bij verwaarlozing worden vaak multipale deficiënties gevonden, van onder andere ijzer, foliumzuur, vitamine, calcium, eiwit en kalium. Vaak gaat dit gepaard met andere symptomen of aandoeningen, zoals COPD, anemie, gewichtsverlies, vallen, incontinentie, maligniteit, osteoporosis, wervelfracturen, pneumonie, hartfalen, nierfalen of CVA. Ook worden 'ouderdomskwalen'

#### UITLEG

**Tau-eiwit en pick-lichaampjes:** tau-eiwit is een belangrijk onderdeel van het neuronale cytoskelet in neuronen en gliacellen. Stapeling van abnormaal gefosforyleerd tau-eiwit wordt gezien bij verschillende neurodegeneratieve hersenziekten. Pick-lichaampjes bestaan uit gestapeld tau-eiwit en andere eiwitten, waaronder ubiquitine, alfa-synucleïne en apolipoproteïne E.



**FIGUUR 2** Immunohistochemische kleuring toont pick-lichaampjes, argyrofiele inclusies in neuronen. Deze zijn midden onder en rechts zichtbaar als ronde, bruine structuren. Midden boven is het cellichaam van een neuron aangekleurd (circa 400 maal vergroot).

als oorzaak vermeld, zoals een toegenomen vermoeidheid, visuele beperkingen en gehoorbeperkingen.<sup>1</sup>

De meest voorkomende oorzaken voor zelfverwaarlozing bij ouderen zijn een dementiesyndroom, een psychiatrische stoornis of alcoholmisbruik.<sup>2</sup> De frequentste oorzaak van dementie bij ouderen is de ziekte van Alzheimer. Bij de psychiatrische stoornissen gaat het vooral om depressie, schizofrenie op latere leeftijd, obsessief-compulsieve stoornis en persoonlijkheidsstoornissen. Er is ook een beeld van zelfverwaarlozing bij ouderen beschreven waarbij noch een evident dementiesyndroom, noch een psychiatrische stoornis of middelenmisbruik de oorzaak is, het 'diogenes-syndroom'.<sup>3</sup> Kenmerken hiervan zijn onverschilligheid over zelfverzorging, hygiëne en gezondheid en de onwil om medische hulp te zoeken of te aanvaarden. Dit syndroom is vernoemd naar de verbanen Griekse filosoof Diogenes, die verkondigde dat geluk wordt verkregen door gemis aan behoeften.

### DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Bij ouderen komen ziektebeelden vaak niet op de klassieke wijze tot uiting en dat maakt hen extra kwetsbaar. Een volledig geriatisch onderzoek richt zich dan ook op de verwevenheid van lichamelijke en psychische functies en sociale omstandigheden. Het behelst, behalve aandacht voor lichamelijke en psychische functies, ook de

beoordeling van de functionele status en een inventarisatie van de sociale omstandigheden.

Een anamnese kan incompleet of onbetrouwbaar zijn door cognitieve of psychiatrische stoornissen. Bij de heteroanamnese is het van belang te vragen naar veranderingen in het lichamelijk en psychisch functioneren. Bij het lichamelijk onderzoek wordt de patiënt zowel internistisch als neurologisch beoordeeld. De beoordeling van de functionele status houdt in: onderzoek van visus, gehoor, spraak, mobiliteit, psychische status en zelfredzaamheid. Bij dit laatste inventariseert men in hoeverre de activiteiten van het dagelijks leven (adl) worden gehinderd. Tenslotte moet er aandacht zijn voor ondervoeding, intoxicaties, medicijngebruik en veranderingen daarin. De therapietrouw is vaak gering.

Er worden vaak behandelbare oorzaken gevonden. Voor dementie bestaat op dit moment geen oorzakelijk medicamenteuze behandeling. Bij patiënten met dementie geven informatie, begeleiding voor mantelzorgers, een gestructureerde leefomgeving en thuiszorg vaak verlichting van de symptomen; cholinesteraseremmers kunnen tot een verbetering van het symptomenbeeld leiden. Bij gedragsstoornissen en psychische symptomen kunnen benzodiazepinen en antipsychotica ondersteuning bieden. Het beleid is gericht op behoud van de zelfredzaamheid van de oudere patiënt.

## LEERPUNTEN

- Zelfverwaarlozing bij ouderen komt frequent voor en gaat gepaard met een verhoogde sterfte en morbiditeit.
- De frequentste oorzaken van zelfverwaarlozing bij ouderen zijn verworven degeneratieve hersenziekten, psychiatrische stoornissen en alcoholmisbruik.
- Voor de juiste behandeling en begeleiding van de patiënt en familie is het belangrijk om de oorzaak van verwaarlozing vast te stellen.
- Eventueel dient daarvoor een klinisch geriater of neuroloog te worden geconsulteerd.

## FRONTOTEMPORALE DEMENTIE

Frontotemporale dementie (FTD) is een neurodegeneratieve aandoening. Kenmerkend zijn langzaam toeneemende gedragsveranderingen, achteruitgang van de taalfunctie en afname van het zogeheten executief functioneren, waaronder het plannen, initiëren en doelen stellen.<sup>4</sup> Geheugenstoornissen staan minder op de voorgrond, zeker in het begin (prevalentie onder patiënten: < 10%), en kunnen zelfs ontbreken.

FTD werd voor het eerst beschreven in 1882 door Arnold Pick, naar wie deze ziekte in eerste instantie werd genoemd.<sup>5</sup> De ziekte begint doorgaans tussen het 40e en 60e levensjaar, met een duidelijke piek tussen 50 en 60 jaar. De ziekteduur varieert tussen 5 en 15 jaar.<sup>4</sup> Men schat dat het bij 10-20% van de preseniele dementieën om FTD gaat. In Nederland wordt de incidentie geschat op 25-50 patiënten per jaar.

Volgens de consensuscriteria kan men de diagnose 'FTD' stellen als de patiënt de volgende kenmerken vertoont: achteruitgang in sociaal en zelfregulerend gedrag, verlies van ziekte-inzicht en emotionele vervlakking.<sup>6</sup> Op grond van de dominantie van frontale dan wel temporale afwijkingen kan men drie prototypische neurologische gedragsyndromen onderscheiden: (a) frontotemporale dementie met alleen gedrags- en persoonlijkheidsveranderingen (ongeveer 90% van de patiënten heeft deze vorm);<sup>7</sup> (b) achteruitgang van de taalfunctie, die zich uit in een progressieve, niet-vloeiende afasie (moeizame spraak) of (c) een vloeiende afasie (verlies van betekenis van woorden). De derde vorm wordt ook wel 'semantische dementie' genoemd.<sup>7,8</sup>

De klinische diagnose kan gesteund worden door de uitkomsten van neuropsychologisch en beeldvormend onderzoek. Atrofie van de frontaalkwab of de temporaalkwab, met name het voorste deel daarvan, past bij FTD. Men kan de diagnose definitief stellen op grond van neuropathologisch onderzoek.

Bij 20% van de patiënten komt een familiale vorm voor.<sup>4</sup> Patiënten bij wie aanwijzingen zijn voor een familiale vorm, kan men doorverwijzen naar een klinisch-genetisch centrum. De behandeling van frontotemporale dementie is gericht op symptoombestrijding, uitleg en ondersteunende maatregelen voor patiënt en familie.

Dames en Heren, ernstige zelfverwaarlozing bij ouderen komt frequent voor en gaat gepaard met een verhoogde morbiditeit en sterfte. Het is van belang te zoeken naar oorzaken van zelfverwaarlozing. De meest voorkomende oorzaken zijn: verworven degeneratieve hersenziekten, psychiatrische stoornissen en alcoholmisbruik. De klinische presentatie bij ouderen vereist specifieke deskundigheid op dit gebied en toepassing van het biopsychosociale model. Aarzel niet om hiervoor een geriater of neuroloog in consult te vragen.

Een van de oorzaken van zelfverwaarlozing is FTD, een neurodegeneratieve aandoening waarbij gedragsveranderingen en stoornissen in het oordeels- en kritiekvermogen optreden. Men kan deze diagnose missen doordat de geheugenstoornissen hierbij gering zijn en pas later tot uiting komen. Bij onze patiënt leidde dit tot de langdurige, toenemende ondermijning van de gezondheidstoestand. Mede doordat zulke patiënten gebrekkig inzicht in hun situatie hebben en medische hulp weigeren, zal er vaak pas laat hulp worden ingeroepen.

Prof.dr. P. van der Valk, neuropatholoog (VU Medisch Centrum), verrichtte de hersenobductie.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 6 maart 2009

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:B349

 [Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

---

## LITERATUUR

- 1 Pavlou MP, Lachs MS. Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome? *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:831-42.
- 2 Abrams RC, Lachs M, McAvay G, Keohane DJ, Bruce ML. Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1724-30.
- 3 Clark AN, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome – a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet.* 1975;1(7903):366-8.
- 4 Rosso SM, Heutink P, Tibben A, Niermeijer M, van Swieten JC. Nieuwe inzichten in frontotemporale dementie. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2000;144:1575-80.
- 5 Pick A. Über die Beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie. *Prager Medicinische Wochenschrift.* 1882;17:165-7.
- 6 Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology.* 1998;51:1546-54.
- 7 Dozy J, van der Flier WM, Pijnenburg YA, Scheltens Ph, Weinstein HC. Frontotemporale lobaire degeneratie. In: *Dementie handboek.* 5e dr. Hfdst 2.3. Utrecht: De Mol publicaties; 2007. p. 31-7.
- 8 McKhann GM, Albert MS, Grossman M, Miller B, Dickson D. Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia. *Arch Neurol.* 2001;58:1803-9.