

# JoHo

## Week 8 + Aanvulling week 2

### Hoorcolleges

#### SYMP- Psychiatrie door de levensfasen heen

##### *Levensfase en psychiatrie*

Meer dan je denkt hoor gedrag bij een bepaalde levensfasen. Psychiatrie is afwijkend gedrag/ handelen.

Jonge mensen die rondom twintigste ernstig verstoord denken en gedrag vertonen:

- Dementia preacox: keren niet terug op oude niveau van functioneren; schizofrenie; rationeel/coherente denken is verstoord
- Manie: net zo ernstig keren wel (tijdelijk) terug op oude niveau van functioneren; manische depressie □ bipolaire stoornis; stemming verstoord.

Ouderen die ernstig verstoord denken en gedrag vertonen (met intact gehouden)

- a condition characterised by a sinking of the spirits, lack of courage and a tendency to gloomy thoughts; unipolaire depressie; stemming verstoord

20 tot 30 jaren met niet passerende angst/paniek

- Fobieën, angst- en paniekstoornissen, dwangstoornis, post-traumatische stress stoornis; angststoornissen

Mensen die vanaf vroege volwassenheid onevenwichtig zijn

- neurosen; persoonlijkheidsstoornissen

(zeer jonge) kinderen die zich (sociaal) ongebruikelijk ontwikkelen

- autisme/stoornis van Asperger; autisme spectrum stoornissen (autisme, Asperger, PDDNOS); ontwikkelingsstoornissen

Dus:

- Psychotische stoornissen: start adolescentie. Stoornis is grotendeels blijvend
- Stemmingsstoornissen: depressie 50+ bipolair late adolescentie
- Angststoornissen 20-30<sup>ste</sup> levensjaar
- Persoonlijkheidsstoornis: start adolescentie
- Ontwikkelingsstoornissen: start kinderleeftijd

Sommige psychiatrie gebonden aan specifieke levensfasen zoals kraambed psychiatrie en waanstoornissen bij vrouwen boven de 50.

De meeste stoornissen debuteren rond de 20<sup>ste</sup>-30<sup>ste</sup> levensjaar (psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen).

Waarom zijn ze levensfase afhankelijk:

- Biologisch □ hersenontwikkeling
- Sommige psychiatrische stoornissen lijken een late expressie te zijn van (subtiële) verstoring van foetale brein-ontwikkeling
- Voorbeeld geboren na Hongerwinter □ later schizofrenie  
maternale infectie □ later schizofrenie

- Dus in aanleg bij gebeurt er iets maar later als de ontwikkeling gesupperponeerd wordt op het pathologisch geconfigureerd brein ontwikkel je later bijvoorbeeld een psychotische stoornis
- De grijze stof neemt afhankelijk wat toe en neemt af vanaf je 10<sup>e</sup>-11<sup>e</sup> levensjaar (zal zich waarschijnlijk stabiliseren). De witte stof heeft een andersom beloop, naarmate Gijze stof verdwijnt worden overige verbindingen gemyeliniseerd. Je raakt blijkbaar kwijt wat je niet gebruikt en je optimaliseert de rest (immers snellere geleiding bij myelinisatie). De myelinisatie verdwijnt op oudere leeftijd weer er wordt gedacht dat dit de oorzaak is van de cognitieve achteruitgang.
- Psychiatrische stoornissen en abnormale breinontwikkeling
- n Psychose: van dorsaal naar frontaal verlies aan verbindingen; bij sommige verlies te groot waardoor frontale disconnectie. Dit leidt tot dopaminerge downregulatie in de prefrontale cortex en compensatoir dopaminerge upregulatie in limbisch systeem. □ je raakt teveel kwijt
- n ADHD: rechter frontaalkwab zou zich sneller ontwikkelen maar wel op dezelfde manier. □ het gaat wel hetzelfde maar je loopt achter (vertraging breinontwikkeling)
- n Autisme
  - Sociaal (environment) □ stressoren, voeding, middelenmisbruik, traumatisering, hechting
- Interactie biologie en omgeving: cannabis psychose
  - Niet iedereen die cannabis rookt wordt psychotisch dus blijkbaar moet er aanleg voor zijn. Zo zou een bepaalde variant van het Akt 1 gen meer kans geven op een psychose bij cannabis gebruik.
- Interactie biologie en omgeving: 5-HTT gen polymorfisme meer kans op depressie in later leven bij (meerdere) stressvolle periode en maltreatment (dosiseffect relatie). Ook hier is het beloop door levensfase namelijk eerst life event dan een delay en vervolgens een depressie (onderzoek gedaan bij 30-jarigen).
- Van Os: genetische kwetsbaarheid voor psychiatrische problemen is niet aandoening-specifiek (bv patiënten met psychose hebben familieleden met dwangfenomenen, bovengemiddelde somberheid etc). Dit wil zeggen dat omgevingsinvloeden bepalen wat specifieke uiting wordt (er is sprake van een pluriotente psychiatrische aanleg) en in een beschermende omgeving kan het ook zo zijn dat je niets ontwikkelt.
  - Psychologisch □ conglomeraat van persoonlijke opvattingen en copingmechanismes
- Nesse: somberheid en depressie is nuttig in sommige gevallen. Zoals normale angst het signaal is dat er onmiddellijk gevaar dreigt. Is normale somberheid het signaal dat er lange termijn gevraagd dreigt
- n Je verkeert in een (evolutionair) ongunstige lange termijn situatie.
- n Je hebt zelf in zon situatie gebracht
  - Je brein gaat opzoek naar een oplossing (andere strategie) □ gepieker herkauwen van fouten. Een klinische depressie ontstaan wanneer die oplossing niet komt.
- Sommige mensen zijn misschien wel vatbaar voor normale somberheid in relatieproblemen en carrièrekeuzen en boven de 50<sup>ste</sup> krijgen zij een klinische depressie; verlieservaringen (kinderen uit huis, pensioen, lichte kwalen) □ sensitiviteit: peisodes produce episodes

Dus:

- Psychiatrische stoornissen treden leeftijdsfase afhankelijk op
- Interactie: biologie X environment (X personal beliefs)
- Geen 1-op-1 relatie:
  - Aanleg □ specifieke stoornis
  - Maar eerder:
    - Aanleg □ allerlei stoornissen mogelijk

## Depressieve stoornis

### DD depressie

- Depressie stoornis met melancholische kenmerken (belang hiervan is dat de kans dat biologische behandeling werkt is meer geïndiceerd).
- Criteria depressieve stoornis + anhedonie + meer dan 3 van de volgende symptomen
  - n Distinct quality of mood (ander dan verdriet)
  - n Dagschommeling
  - n Vroeg ontwaken (2 of meer dan 2 uur eerder)
  - n Psychomotore remming/onrust
  - n Slechte eetlust of gewichtsverlies (5 of meer dan 5%)
  - n Overdreven schuldgevoelens
    - Observerbare remming, somberheid en objectiveerbaar gewichtsverlies helpen in de diagnosestelling.
- Depressieve stoornis zonder melancholische kenmerken
- Dysthyme stoornis moet minimaal 2 jaar duren en het wisselt (meeste dagen somber maar sommige dagen ook niet) in totaal maar maximaal 4 depressieve kenmerken.
- Chronisch wisselende depressieve klachten (meer dagen wel dan niet), 4 of minder dan 4 symptomen
  - Veel overlap met persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen.
  - Begint vaak p jonje leeftijd ongeveer 20 jaar.
  - Laat begin kan: cave depressieve stoornis met restklachten
- Stemningswisselingen bij persoonlijkheidsstoornis
  - Persoonlijkheidsstoornis per definitie jong begin. Patroon van problematisch functioneren op meerdere terreinen en herhalingsrang.
  - Uitzonderingen: psuedo aanpassing met latere decompensatie
- Separatie kinderen
- Uit huis gaan kinderen
- Vermoeide helden (voor zelfwaardering van belang hoe te presteren op 1 punt zoals werk, als ze voorbijgestreefd worden door andere kan het ze somber maken)
- Depressie in kader van bipolaire stoornis
  - Eerdere (hypo)manie, atypische kenmerken (zoals gewichtstoename, meer slapen, reactiviteit stemming), hypersomnie, psychotische kenmerken, frequente episoden, eerdere kortdurende depressies, snel begin en eind van de depressie (lichtknopfenomeen, in een klap).

## Psychose:

### Wanen (verkeerde denkbeelden) en hallucinaties

- Schizofrenie
  - n Betrekkingswanen
  - n Achtervolgingswanen
  - n Paranoïde wanen (met namen bizarre wanen)
  - è Bizarre wanen die niet invoelbaar zijn
  - n Akoestische hallucinaties (minder vaak visueel)
- Bipolaire stoornis
  - n Grootheidswanen (omgekeerde nihilistische waan)
  - n Denken onbegrensde financiële mogelijkheden te hebben (tegenovergestelde armoedewaan)
  - n Onsterfelijkheid (tegenovergestelde hypogondere waan)
  - è Stemningscongruent maar allemaal positief (up)
- Depressie
  - n Paranoïde wanen; met betrekking tot eigen kwetsbaarheid (niet de bizarre wanen)
  - n Schuldwanen

- n Minderwaardigheidsgedachten (zondegedachten); nihilisme (niets waard zijn maar beter dood kunnen zijn) het meest ernstig is de syndroom van Kotard (mensen eten en drinken niet meer omdat ze denken dat ze al dood zijn).
- n Hypogondere waan (als het niet meer te corrigeren is)
- n Armoedewaan (denken dat ze al failliet zijn)
- è Inhoud waan is stemmingscongruent: want beide negatief (down); negatieve stemming en negatieve wanen. Deze wanen zijn invoelbaar (je kunt het begrijpen).
  - Middelengebruik
  - Delier
- n Wisselend bewustzijn
- n Visuele hallucinaties; altijd denken aan organiciteit bij visuele hallucinaties (hoeft niet perse delier te zijn)!

Door slaapdeprivatie kun je onderscheid maken tussen depressie en dementie (bij dementie geen verschil in cognitie en oppassen dat iemand niet delirant wordt; dus verslechtering) en je kunt mensen laten invoelen hoe het ook alweer was, door slaapdeprivatie kan namelijk een opleving ontstaan na een nacht wakker blijven (waarschijnlijk evolutionair om te overleven). De dag daarna ben je echter nog somberder (kan lijken op parkinson, niet spreken= mutisme).

## HC Longcarcinoom

Bij een verdenking op een longcarcinoom kun je het volgende diagnostische stappenplan volgen:

1. X-thorax
2. CT-scan met contrast (contra-indicaties zijn nierinsufficiëntie en metformine)
  - Metastasen zichtbaar (kenmerken zijn glad begrensd en rond)
  - DD (bijvoorbeeld uitsluiten longembolie)
  - Longparenchym zichtbaar (bij rokers emfyseem)
  - Lymfeklieren
3. Pet-scan in het kader van staging
  - Let op: ook ontstekingen kunnen FDG actief zijn (bijvoorbeeld bij RA)
  - Vergelijken met eerdere beelden
4. Bronchoscopie of CT-geleide puntie
  - Herhalen indien hoge verdenking en negatieve uitslag
5. Punctie van eventuele metastasen
6. Staging □ TNM classificatie
  - Stadium III heeft een 5-jaarsoverleving van 20%
  - Ook WHO-conditie status van belang
  - N1: hilus aangedane zijde, N3 is hilus andere zijde
  - Om te kijken of mediastinale klieren niet zijn aangedaan wordt gebruik gemaakt van EUS, indien hieruit geen definitieve diagnose kan worden afgeleid wordt mediastinoscopie gedaan
7. Moleculaire diagnostiek kan gebruikt worden om te kijken of eventuele metastasen verwant zijn of dat het gaat om 2 aparte entiteiten en dus 2 aparte tumoren (dit is belangrijk om de prognose te bepalen).
  - 5-jaars overleving bij 2 primaire tumoren long = 20%
  - Bij 1 haard is de overleving 70%
  - 2 haarden zonder aangedane lymfeklieren; de kans op 2 primaire tumoren: 80%

Voor chirurgie wordt ingezet moet de conditie van de patient worden bepaald bijvoorbeeld door het meten van de FEV1 en de diffusiecapaciteit. Als iemand niet operabel is kan bestraling worden toegepast bij een tumor kleiner dan 3 cm. Voor het eerste jaar is er gelijke

overleving in vergelijking met chirurgie (ongeveer 90%), daarna is chirurgie wel beter voor de prognose.