

# Atypische hoofdpijn bij een hypertensieve diabeticus

*Richard L. Levy, MD, Adjunct Assistant Professor of Medicine (Neurology), Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Hanover, New Hampshire, USA*

*Karl Singer, MD, Family Physician, Internist in Exeter, Medical Director of Patient Care USA  
Patient Care, januari 1998, jaargang 21, nummer 1 - pg. 9-10*

## **Casus**

Een 46-jarige man met diabetes en hypertensie heeft sinds zes maanden last van intermitterende hoofdpijn links temporaal.

De laatste twee weken deed de hoofdpijn zich dagelijks en in toenemende hevigheid voor. Gisteren vertoonde de patiënt een korte episode van afasie en deze morgen was hij verward en had problemen met de spraak en het korte-termijngeheugen. Hij biedt zich nu aan op de spoedopname.

De patiënt zegt geen koorts of stijve nek te hebben gehad. Hij is niet in contact geweest met personen van wie bekend was dat ze ziek waren. Hij heeft evenmin weet van een eventuele tekenbeet. Er is onlangs geen rash geweest of een ander huidletsel. Wel werd hij het voorbije jaar meerdere malen behandeld voor pediculosis.

Bij het onderzoek zien we een afebriële man zonder tekenen van nekstijfheid. Hij heeft moeilijkheden bij het benoemen van voorwerpen en vertoont stoornissen van het kortetermijngeheugen en kleine spraakmoeilijkheden. Er zijn geen andere neurologische bevindingen.

Het laboratorium rapporteert bij opname een normaal bloedbeeld en BSE. Het chemisch bloedonderzoek valt normaal uit behalve een hyperglykemie van 350 mg/dl (normaal: 90-140). Liquoronderzoek toont een glucosegehalte van 138 mg/dl (normaal: 40-70), een eiwitgehalte van 78 mg/dl (normaal: 20-40 ) en een leucocytenaantal van 79 mononucleaire cellen, alle lymfocyten (normaal: 60-70).

Twee vragen liggen voor de hand:

- ◆ Welke zijn mogelijke diagnoses?
- ◆ Waaruit moet de initiële behandeling bestaan?

## **Bespreking**

Aanvankelijk vermoedden we dat de patiënt een meningo-encefalitis had, veroorzaakt door een enterovirus of adenovirus, maar er waren een aantal andere diagnoses mogelijk: bacteriële meningitis door *Leptospira*, *Borrelia*, meningococcus, pneumococcus of *Haemophilus influenzae*; een schimmelinfectie met *Cryptococcus*, een mycobacteriële infectie met *Mycobacterium tuberculosis*; of een virale infectie met HIV of herpes. Ook neurosyfilis was een mogelijkheid. We vroegen culturen aan, serologisch onderzoek, Gram-kleuring en een preparaat met Chinese inkt.

De initiële, empirische behandeling bestond uit ceftriaxon 2g/d, ampicilline 2g/4u en aciclovir 1,1g/8u, een combinatie die het vaakst bacteriële en virale oorzaken van meningitis dekt. Dit regime werd gedurende drie dagen aangehouden.

Op de derde dag van de opname in het ziekenhuis werd een RPR-titer (rapid plasma reagin) van 1:128 gemeld; we begonnen te vermoeden dat de symptomen uitingen waren van neurosyfilis. Deze diagnose werd

bevestigd door een VDRL-reactie (venereal diseases research laboratory) van 1:32 in de liquor en een positieve FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody absorption test). Alle andere tests waren negatief. De behandeling werd gewijzigd naar natriumbenzylpenicilline 4 miljoen E/4u gedurende 10 dagen. Alle neurologische verschijnselen verdwenen en de patiënt vertelde dat hij zich in maanden niet zo goed had gevoeld.

Deze patiënt leed aan één bepaalde vorm van tertiaire neurosyfilis: meningovasculaire syfilis. Wanneer de spirocheet het centraal zenuwstelsel binnendringt, gebeurt dit meestal de eerste 3 tot 18 maanden na de besmetting. Als de invasie in het centraal zenuwstelsel niet binnen de eerste twee jaar heeft plaatsgehad, ligt de kans op het ontstaan van neurosyfilis rond 5%. De eerste uiting van neurosyfilis is altijd meningitis, die symptomatisch of asymptomatisch kan verlopen. De asymptomatische toestand kan jaren aanhouden, spontane regressie vertonen, of evolueren tot één van de klassieke neurosyfilitische syndromen, waaronder vasculaire syfilis, tabes dorsalis, dementia paralytica, opticusatrofie en syfilitische meningomyelitis.

Vasculaire syfilis ontwikkelt zich meestal 6 á 7 jaar na de besmetting, hoewel het zich ook al na 6 maanden kan voordoen of pas na 12 jaar. Het is de meest voorkomende vorm van neurosyfilis, goed voor ongeveer 35% van de gevallen. Men moet er rekening mee houden bij elke jonge patiënt met een CVA. De distale takken van de a. cerebri media en anterior zijn het vaakst aangetast; het liquoronderzoek is bijna altijd abnormaal met lymfocyttaire pleocytose, een verhoogd eiwitgehalte en een positieve VDRL-reactie. Andere pathologische bevindingen zijn een ontsteking van de middelgrote en kleine arteriën (endarteritis van Heubner) en meningo-encefalitis. Adequate behandeling is curatief en kan zeer ernstige beroerten voorkomen.

Dementia paralytica is een late vorm van neurosyfilis die zich pas 15 tot 20 jaar na de inoculatie voordoet. Deze aandoening is het eindresultaat van een chronische meningitis en wordt gekenmerkt door demantie, myoclonieën, tremor, convulsies, Argyll-Robertson-pupillen, wanen en progressieve lichamelijke deterioratie. De psychiatrische syndromen die bij deze ziekte voorkomen, kunnen zeer uitgesproken zijn; in het preantibiotictijdperk was dementia paralytica verantwoordelijk voor 10% van alle opnames in psychiatrische instellingen. Bij anatomopathologisch onderzoek vindt men tekenen van chronische meningitis en spirocheetinvasie in de hersenen, met de daarbijhorende inflammatoire veranderingen. Een behandeling kan helpen in 35 tot 40% van de gevallen. In 40 tot 50% kan de ziekte tot stilstand worden gebracht. Van echte verbetering is echter zelden sprake. Zonder behandeling volgt de dood, meestal binnen de vier jaar.

Tabes dorsalis ontstaat, zoals dementia paralytica, meestal 15 tot 20 jaar na de besmetting. De karakteristieke symptomen zijn ataxie, secundair aan de sensorische denervatie, lancinerende pijn en urineincontinentie.

Argyll-Robertson-pupillen worden frequent aangetroffen. Spinale atrofie is het gevolg van degeneratie van de dorsale zuilen. De dorsale wortels van het lumbosacrale ruggenmerg zijn eveneens atrofisch. Dit is vermoedelijk de oorzaak van de lancinerende pijn, die vooral in de onderste ledematen gesignaleerd wordt, en van de hypotone, gedenerveerde blaas die leidt tot incontinentie. Er ontwikkelen zich Charcot-gewrichten, meestal ter hoogte van enkels en knieën, door de gedaalde perceptie van artrosepijn. Andere, minder frequente uitingen van tertiaire neurosyfilis zijn opticusatrofie en spinale meningovasculaire syfilis, die leidt tot de spastische paraplegie van Erb, te wijten aan degeneratie van de tractus corticospinalis.

De huidige behandeling van neurosyfilis bestaat uit natriumbenzylpenicilline, 24 miljoen E/d verdeeld over 6 doses en dit gedurende 14 dagen. De patiënt wordt om de drie maanden opnieuw onderzocht en het liquoronderzoek wordt zes maanden na de behandeling herhaald. Als de liquoranalyse normaal uitvalt en de serologische reacties verbeterd zijn, is verdere behandeling onnodig. Als er echter tekens zijn van een terugval, zoals recidiverende pleocytose of blijvend verhoogde VDRL-titers, zal een herhalingsbehandeling noodzakelijk zijn.