

Syndroom van Charles Bonnet

Rosier Hoogelander, Sjoerd Bruggink, Just Eekhof

Bij dit weinig bekende syndroom veroorzaakt een visusstoornis (meestal leeftijdsgerelateerde maculadegeneratie) hallucinaties waarvan de patiënt wéét dat het hallucinaties zijn. Schaamte en angst dat het toch een psychiatrische stoornis is, zijn een drempel om de dokter te bezoeken en ook die is niet altijd bekend met de kwaal. Daardoor wordt de diagnose vaak gemist. Eenvoudige maatregelen zoals een goed verlichte omgeving, visushulpmiddelen en sociale interactie kunnen soelaas bieden. De beelden nemen na een aantal maanden doorgaans af.

Kenmerkend voor het syndroom van Charles Bonnet zijn herhaalde of persistente, complexe, visuele hallucinaties terwijl de realiteitstoetsing intact is: de patiënt heeft inzicht in de fictieve aard van de hallucinaties. Er zijn dus geen wanen of hallucinaties van andere zintuigen, geen onderliggende psychiatrische of neurologische aandoeningen en de cognitie is intact.¹ De meeste patiënten hebben wel gezichtsvelduitval of verminderde gezichtsscherpte. Andere benamingen voor het syndroom zijn 'niet-psychotische hallucinaties', 'fantombeelden' of 'releasehallucinaties'.^{2,3} Er bestaat ook een soortgelijk syndroom met auditieve hallucinaties, daarop gaat dit artikel verder niet in.

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

Het ontstaansmechanisme van de visuele hallucinaties is nog niet geheel duidelijk, maar waarschijnlijk spelen 2 modellen een rol. De deprivatietheorie gaat ervan uit dat de visuele-associatiecortex bij gebrek aan sensorische prikkels zelf beelden genereert, zoals dat ook bij fantoompijn gebeurt. Volgens de ontladingstheorie maakt een beschadiging in het visuele traject de neuronen gevoeliger zodat deze abnormale signalen afgeven aan de cortex.²⁻⁶

Kenmerkende complexe hallucinaties zijn figuren, gezichten, dieren, planten, mensen of voorstellingen.^{3,4} De beelden zijn doorgaans kleurrijk en van betere kwaliteit dan men bij een visusstoornis zou verwachten.⁵ Ze kunnen voorkomen in 1 oog, in beide ogen of als hemibeelden, corresponderend met



Een visusstoornis kan persistente hallucinaties veroorzaken, waarbij de patiënt weet dat het hallucinaties zijn.

Foto: Shutterstock

het aangedane gebied. De aard van de hallucinaties is onafhankelijk van de plaats van het visusdefect; de beelden passen doorgaans niet in de omgeving, zijn wisselend van aard en kunnen stilstaan of bewegen. Ook eenvoudige hallucinaties – stippen, lijnen, geometrische lichamen, *floaters*, flitsen – komen voor.^{3,6} De duur varieert van enkele seconden tot continu, maar is meestal enkele minuten. Veel patiënten hebben meerdere keren per dag hallucinaties, bij sommigen treden ze op gedurende een bepaalde periode.⁴

Het syndroom van Charles Bonnet kan voorkomen bij alle soorten visusstoornissen, waaronder glaucoom, cataract, diabetische retinopathie en problemen na een CVA, maar de meest voorkomende oorzaak is leeftijdsgerelateerde maculadegeneratie (LMD).^{4,7-9} Bij patiënten met chronische visusklachten beginnen de hallucinaties doorgaans na ongeveer een jaar, bij patiënten met een acute visusstoornis beginnen ze soms direct of na enkele dagen.⁴

De beelden nemen na een aantal maanden doorgaans af, of de patiënt leert ermee omgaan. De kans dat de beelden verdwijnen of verminderen is groter bij acuut of compleet visusverlies.^{3,8} Hallucinaties komen vaker voor wanneer de ogen geopend zijn; uitlokkende factoren zijn fel licht, een witte achtergrond of juist een slecht verlichte omgeving. Ook vermoeidheid, stress of een tekort aan sociale interactie kunnen de beelden uitlokken.⁸⁻¹⁰

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk dat eerder is gepubliceerd in het boek *Kleine kwalen en alledaagse klachten bij ouderen* (tweede druk) onder redactie van Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarije Kruis en Tobias Bonten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2021. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

DE KERN

- Patiënten met het syndroom van Charles Bonnet hebben complexe visuele hallucinaties waarvan ze weten dat het hallucinaties zijn.
- De oorzaak is een verworven visuele stoornis, meestal leeftijdsgelateerde maculadegeneratie.
- De diagnose wordt vaak gemist door angst en schaamte bij de patiënt en onbekendheid bij de arts.
- Een aantal eenvoudige maatregelen maakt de aandoening draaglijker, monitoring van de neurologische en cognitieve toestand is belangrijk

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Bij eenvoudige hallucinaties met intacte realiteitstoetsing staan glasvocht- en netvliesandoeningen, migraine en epilepsie hoog in de differentiaaldiagnose. Bij complexe hallucinaties kan worden gedacht aan psychotische ziekten, delier of neurodegeneratieve ziekten.

Hallucinaties kunnen ook optreden als bijwerking van medicatie, na intoxicatie, bij drugsgebruik en (alcohol)onthouding. Ook extreme uitputting, stress en sensorische deprivatie kunnen hallucinaties veroorzaken.^{3,4}

Het is onduidelijk of het syndroom van Charles Bonnet verband houdt met andere aandoeningen die gepaard gaan met visuele hallucinaties. Onderliggende oogproblemen, neurologische, psychiatrische en metabole oorzaken of intoxicaties moeten worden uitgesloten.^{4,6,8}

EPIDEMIOLOGIE

In de Nederlandse huisartsenpraktijk zijn geen prevalentie- en incidentiecijfers bekend over het syndroom van Charles Bonnet. Waarschijnlijk is er sprake van onderrapportage doordat patiënten er niet veel last van hebben of juist bang zijn dat ze een psychiatrische ziekte hebben, of doordat de arts het syndroom niet herkent.^{3,8} Bij patiënten met leeftijdsgelateerde maculadegeneratie is de prevalentie van het syndroom in poliklinieken Oogheelkunde ongeveer 7% en in oogheelkundige revalidatiecentra rond de 32%.^{2,9} In de huisartsenpraktijk is de prevalentie waarschijnlijk veel lager. Het syndroom komt vaker voor bij ouderen en bij vrouwen,¹⁰ maar kan ook bij kinderen voorkomen.⁹ Bij blindgeborenen komt het syndroom niet voor.⁹

ANAMNESE EN ONDERZOEK

Vraag naar de volgende zaken:

- begin, aard, frequentie, karakter, locatie en duur van de hallucinaties, en uitlokkende of belemmerende factoren
- realiteitstoetsing, hallucinaties van andere zintuigen, wanen
- voorgeschiedenis, comorbiditeit
- bijkomende verschijnselen
- visusproblematiek, acute visusvermindering of -verandering
- neurologische uitvalsverschijnselen

- cognitie
- slaappatroon
- ziek voelen, koorts
- medicatiegebruik, drugsgebruik, middelenonthouding
- stress, angst, depressie, levensgebeurtenissen, kwaliteit van leven

Het lichamelijk onderzoek omvat de algehele indruk, testen van oriëntatie en aandacht, en oriënterend onderzoek om metabole oorzaken als cardiopulmonale insufficiëntie, leverziekte, endocriene stoornissen en infectie minder waarschijnlijk te maken.

Verricht op indicatie psychiatrisch onderzoek om primaire psychotische ziekten uit te sluiten.

Verricht oftalmologisch onderzoek (visusbepaling, gezichtsveldonderzoek, amslerkaart) als visusproblematiek afwezig of onduidelijk is.

Verricht uitgebreider neurologisch onderzoek bij aanwijzingen voor cognitieve achteruitgang, ziekte van Parkinson of andere neurologische afwijkingen.^{1,3,4}

BELEID

- Uitleg. Informatie over de aard en oorzaken van de hallucinaties en geruststelling dat ze niet voortkomen uit onderliggende neurologische of psychiatrische problematiek zijn doorgaans voldoende om de hallucinaties te verminderen of de patiënt er metertijd beter mee te laten omgaan.^{3,8}
- Afleidingstechnieken. Er zijn technieken die de hallucinaties kortdurend kunnen doen afnemen. Voorbeelden zijn snel sluiten van de ogen, veranderen van de blikrichting of van de stand van het hoofd, verandering van omgeving, sociale interactie zoeken, praten tegen de hallucinaties of ernaartoe lopen.^{5,10}
- Stop of vervang hallucinogene farmaca. Denk aan psychotropica (benzodiazepines, levodopa, dopamineagonisten, tricyclische antidepressiva, morfine), niet-psychotrope middelen (digoxine, glucocorticoïden, amantadine, cimetidine, ranitidine, sildenafil, bètablokkers (oogdruppels), claritromycine, ACE-remmers) en alfa-2-agonisten (brimonidineoogdruppels bij glaucoom).^{1,4}
- Medicatie. Terughoudendheid met medicatie is geboden,

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Meestal is de patiënt een oudere met bilateraal centraal visusverlies en visuele hallucinaties, zonder hallucinaties van andere zintuigen.⁸ De beelden zijn scherper en kleurrijker dan men bij visusverlies zou verwachten, de duur ervan varieert.⁵ Er zijn geen neurologische uitvalsverschijnselen of psychiatrische aandoeningen, al kunnen patiënten daar wel bang voor zijn.^{5,6} Patiënten komen bij de dokter omdat ze bang zijn, omdat ze depressieve klachten hebben of omdat hun kwaliteit van leven in gevaar komt.^{2,5}

WAT IS AANGETOOND?

In een systematische review over de diagnostische criteria voor het syndroom van Charles Bonnet werden 33 publicaties geïnccludeerd. Intacte realiteitstoetsing werd genoemd in 18 onderzoeken [54%], visusverlies in 25 onderzoeken [76%] en ongestoorde cognitieve functies in 14 onderzoeken [42%]. De reviewers vonden geen uniforme criteria voor diagnose, beleid, pathofysiologie, epidemiologie en differentiatie van andere aandoeningen.³

We vonden geen gecontroleerd onderzoek naar de behandeling van het syndroom van Charles Bonnet. Uit een aantal patiëntbeschrijvingen en een klein niet-gecontroleerd observationeel onderzoek bleek dat (atypische) antipsychotica, cholinesteraseremmers, memantine, SSRI's, benzodiazepines en anti-epileptica een klein effect hebben, maar de bewijskracht was minimaal.³⁻⁶

In een systematische review over de relatie tussen cognitieve achteruitgang en het syndroom van Charles Bonnet werden 145 artikelen geïnccludeerd [11 observationele onderzoeken en 134 patiëntbeschrijvingen]. De beperkte methodologische kwaliteit van de artikelen liet geen conclusie toe, maar gezien de vele beschrijvingen van patiënten met gedeeltelijke realiteitstoetsing is deze relatie er mogelijk wel.⁷

gezien het zeer geringe bewijs voor de effectiviteit en de potentiële bijwerkingen. Bij zeer hoge lijdensdruk kan medicatie worden overwogen, eventueel via een psychiater. Denk hierbij aan selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's zoals escitalopram of venlafaxine), antipsychotica (haloperidol, olanzapine, quetiapine) of benzodiazepines (diazepam).²⁻⁶

- Overwegingen bij comorbiditeit. Wees alert op cognitieve achteruitgang en op verlies van inzicht in de fictieve aard van de hallucinaties. Monitor dit en verwijs zo nodig naar een geheugenpolikliniek of neuroloog.⁷

VERWIJZEN

Overweeg verwijzing in de volgende situaties.

- Verwijs naar de neuroloog bij gezichtsveldproblematiek, neurologische afwijkingen of cognitieve achteruitgang.⁴
- Verwijs naar de psychiater bij twijfel over de aard van de hallucinaties, grote lijdensdruk, gestoorde realiteitstoetsing en eventuele farmacotherapie.^{2,5}
- Verwijs naar de oogarts bij lichtflitsen of vermoeden van netvliesloslating.⁵ Verwijs zo nodig ook voor het wegnemen van reversibele oorzaken van visusverlies (cataractoperatie, anti-VEGF-behandeling bij leeftijdsgebonden maculadegeneratie, laserbehandeling bij proliferatieve diabetische retinopathie).^{3,8,10}

AANDACHTSPUNTEN BIJ DE VERZORGING

Zorg voor een goed verlichte omgeving, voor visushulpmiddelen en voor sociale interactie. Bij gebrekkige realiteitstoetsing of cognitieve achteruitgang moet een neurologische aandoening worden uitgesloten. Adequate monitoring helpt daarbij.^{5,7}

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Houd bij het diagnosticeren van een visusstoornis rekening met het syndroom van Charles Bonnet. Vroegtijdige herkenning en open communicatie door arts en patiënt, met uitleg, geruststelling en aandacht voor coping en verbetering van de omstandigheden, maken de aandoening draaglijker.² ■

LITERATUUR

1. Teunisse RJ. Complexe visuele hallucinaties bij slechtziende ouderen: syndroom van Charles Bonnet. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:49-52.
2. Van Rens GH, Boonstra FN, Van Genderen M, Kortenhoeven PJ, Van Nispen RM, Stam HL, et al. Visuele beperkingen: verwijzing en revalidatie. Utrecht: Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, 2020. <https://richtlijndatabase.nl>, geraadpleegd juni 2021.
3. Hamedani AG, Pelak VS. The Charles Bonnet syndrome: a systematic review of diagnostic criteria. *Curr Treat Options Neurol* 2019;21:41.
4. Palak VS. Visual release hallucinations (Charles Bonnet Syndrome). <https://www.uptodate.com/contents/visual-release-hallucinations-charles-bonnet-syndrome>. Geraadpleegd 16 november 2019.
5. Pang L. Hallucinations experienced by visually impaired: Charles Bonnet syndrome. *Optom Vis Sci* 2016;93:1466-78.
6. Jacobs L, Van den Bos F, Samson MM. Het bonnetsyndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:A3046.
7. Russel G, Burns A. Charles Bonnet syndrome and cognitive impairment: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2014;26:1431-43.
8. Jurisic D, Sesar I, Cavar I, Sesar A, Zivkovic M, Curkovic M. Hallucinatory experiences in visually impaired individuals: Charles Bonnet syndrome – implications for research and clinical practice. *Psychiatr Danub* 2018;30:122-8.
9. Elflein HM, Rudy M, Lorenz K, Ponto KA, Scheurich A, Pitz S. Charles Bonnet's syndrome: not only a condition of the elderly. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2016;254:1637-42.
10. Niazi S, Krogh Nielsen M, Singh A, Sørensen TL, Subhi Y. Prevalence of Charles Bonnet syndrome in patients with age-related macular degeneration: systematic review and meta-analysis. *Acta Ophthalmol* 2019;98:121-31.

Hoogelander R, Bruggink SC, Eekhof JA. Syndroom van Charles Bonnet. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1248-2. Gezondheidscentrum Leidschenveen, Den Haag; R. Hoogelander, aios. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijns geneeskunde, Leiden; dr. S.C. Bruggink, huisarts-epidemioloog; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent, tevens huisarts te Leiden; j.a.h.eekhof@lumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.