



Een blik vooruit: casusbespreking van functionele oscillopsie bij een adolescente

K. Devloo¹, J. Toelen², C. Cassiman³, M. Danckaerts⁴, E. Van Roie^{4, 5}

Een conversiestoornis of functioneel neurologische stoornis (FNS) is een zeldzame aandoening met verstoringen in de willekeurige lichaamsfuncties, sensorisch of motorisch, zonder somatische verklaring.

Deze gevalsbespreking beschrijft intermitterende, horizontale oscillopsie met normale neuro-oftalmische bevindingen bij een 14-jarig meisje. 'Oscillopsie' verwijst naar de perceptie van een instabiel zicht met een trillend beeld. Dit wordt meestal veroorzaakt door een nieuw verworven oogbewegingsstoornis type nystagmus, oculaire flutter of myokymie. Klinisch onderzoek toonde in dit geval positieve symptomen van een conversiestoornis. Tijdens een pediatrische opname met multidisciplinaire evaluatie stelde men de diagnose van FNS. Een multidisciplinair behandelplan werd opgesteld, met als start psycho-educatie over de diagnose om tot een gedeelde ziekte theorie te komen.

Dit artikel wil de noodzaak aantonen van multidisciplinaire samenwerking in de diagnostische fase van bijzondere klachtenpresentaties met aandacht voor een functioneel mechanisme. Deze aanpak draagt bij tot een snellere en geïntegreerde conclusie en vermindert de kans op uitsluitingsdiagnostiek. De auteurs geven enkele concrete voorbeelden van communicatie met patiënten omdat deze cruciaal is om tot een gedeelde betekenisgeving te komen.

Achtergrond

Een conversiestoornis of functioneel neurologische stoornis (FNS) verwijst naar een verstoring van de willekeurige (sensorische of motorische) lichaamsfuncties, niet te verklaren door een somatische aandoening.

Conversiestoornissen komen niet zo vaak voor. De prevalentiecijfers zijn wisselend en afhankelijk van de studiepopulatie. Epidemiologische studies in Australië of Ierland tonen incidentiecijfers van 1,3 tot 4,2 per 100.000 per jaar bij minderjarigen, voornamelijk met motorische symptomen, van wie ongeveer 3/4 meisjes zijn (1, 2). Het betreft zelden de oogspieren. De prevalentie van functionele oogbewegingsklachten is ongekend (3). In dit artikel toetsen de auteurs een casus aan relevante literatuurgegevens.

Casus

Een 14-jarige patiënte bood zich aan op de dienst spoedgevallen wegens vermoeidheid, hoofdpijn en sinds 1 week enkele keren per minuut, niet-onderdrukbare, horizontale nystagmus met een trillend beeld (oscillopsie) (video 1). Haar voorgeschiedenis omvatte lichte myopie (-2,5 SD) en een recent door-gemaakte CMV-infectie. Oftalmologisch nazicht vond plaats met als conclusie een beeld van intermitterende oscillopsie (alleen in horizontale blikrichtingen) met verder een normaal neuro-of-talmologisch nazicht.

Differentiaaldiagnose

De term 'oscillopsie' verwijst naar een trillend beeld, een illusie van een onstabiel zicht, bestaande uit de perceptie van heen en weer gaande bewegingen van de omgeving (4). Aan de basis vindt men vaak abnormale oogbewegingen.

De term 'willekeurige nystagmus' wordt gebruikt voor bewust opgewekte horizontale oogbewegingen aan een hoge frequentie en met een lage amplitude (5). 'Functionele nystagmus' verwijst naar hetzelfde fenomeen wanneer het voorkomt als een onwillekeurig symptoom, met oscillopsie tot gevolg. Een typische presentatie houdt niet langer aan dan 25 seconden (5). De term 'nystagmus' wordt hierbij niet correct gebruikt aangezien de typische trage-fase-oogbeweging afwezig is en het fenomeen zich voordoet bij typische aanvallen of 'bursts'.

Binnen de differentiaaldiagnostiek is oculaire flutter belangrijk. Hierbij zijn de gestoorde oogbewegingen typisch horizontaal en niet continu, maar ook aanwezig bij aanvallen. Men ziet deze vaak als een paraneoplastisch fenomeen. Een goede kennis van de differentiaaldiagnostiek is essentieel om een tijdige en accurate diagnose te stellen om zo de gepaste therapie te initiëren en bijkomende iatrogene schade te vermijden (tabel 1) (5, 6).

Specifiek voor deze casus kon beeldvorming van de hersenen (een CT-scan en een MRI zonder contrast) een intracraniaal ruimte-innemend proces (RIP) of

Tabel 1 | Organische oorzaken van oscillopsie (overgenomen en aangepast uit (5)).

Aandoening	Klinische presentatie	Mogelijke oorzaken	Onderscheidende factoren
Myokymie van de m. obliquus superior	Monoculaire episodes van enkele seconden van oscillopsie, vaak meermaals per dag	Idiopathische neurovasculaire compressie van n. IV bij de ingangspoort	Monoculair, torsioneel (gezien de paroxismale aard, moeilijk uit te lokken op consultatie)
Vestibulaire paroxysmie	Aanvallen gedurende enkele milliseconden-seconden van vestibulaire en auditieve uitval, waaronder vertigo, onevenwicht, tinnitus	Neurovasculaire compressie van n. VII	Nystagmus tijdens het klinische onderzoek is zeldzaam gezien de korte duur en de paroxismale aard van de aanvallen
Oculaire flutter/opsoclonus	Korte paroxismale aanvallen van oscillopsie en troebel zicht, intermitterende uitbarstingen van snelle, aaneenlopende, horizontale (multidirectioneel als gevolg van opsoclonus) saccaden zonder intersaccadisch interval	Paraneoplastisch syndroom Pathologie t.h.v. het cerebellum of de hersenstam Neuroblastoom	Aanwezig in alle blikrichtingen, onafhankelijk van fixatie of aandacht Blijvend aanwezig met gesloten ogen, mogelijk geassocieerde symptomen afhankelijk van de onderliggende oorzaak (piramidiaal, cerebellair, hersenstam)

inflammatie uitsluiten. Men vond bij deze patiënte wel een kleine cystische structuur in de fossa posterior rechts: vermoedelijk een arachnoïdale cyste. Neus-keel-oornazicht met een audiogram, een Frenzelbril, een videonystagmografie, draai-proeven en 'vestibular evoked potentials' kon een onderliggende vestibulaire oorzaak uitsluiten.

Een echografie van het abdomen toonde geen argumenten voor een intra-abdominale pathologie. Ter uitsluiting van een neuroblastoom werden het neuronspecifieke enolase (NSE) en de urinaire catecholamines bepaald, die normaal waren.

Een bloedname met autoantistoffen, virale en *Borrelia*-serologie toonde geen aanknopingspunten of tekens van neuro-inflammatie. Gezien het volledig geruststellende nazicht en de verbetering van de hoofdpijnklaften tijdens de opname werd er geen lumbaalpunctie uitgevoerd.

Als diagnose kwam benigne oscillopsie naar voren, mogelijk passend binnen postvirale asthenie. Men besloot een afwachtend beleid in te stellen en domperidon op te starten voor secundaire nausea.

Verloop van de casus

Tijdens de controleraadpleging (na 3 weken) stonden nausea, anorexie, vermoeidheid en asthenie op de voorgrond. De oogbewegingsklachten waren quasi continu aanwezig en meer invaliderend. De patiënte had ondersteuning nodig tijdens zelfzorg (bv. douchen en eten). Bij klinisch nazicht was er nu oculaire flutter in alle blikrichtingen (video 2). Het meisje ontwikkelde tevens zweetaanvallen, tot 5 keer per dag. Ook meldde ze in- en doorslaapmoeilijkheden. Daarnaast was er sprake van spierpijn in beide benen en een intermitterende tremor in het rechterbeen: alleen bij steunname en

niet bij wandelen. Klinisch onderzoek toonde een normaal bewaarde kracht en levendige reflexen in de 4 ledematen. Ze had een bewaard evenwicht, met een vlotte koorddansersgang. De testen van Unterberger, Romberg en Barré waren negatief.

Aangezien meerdere systemen betrokken waren bij de klachten, incompatibel met een bekende somatische aandoening, werd de hypothese van een functionele origine voorgesteld aan de patiënte en haar omgeving.

De patiënte werd gedurende 2 weken gehospitaliseerd op de dienst kindergeneeskunde om op hospitalistische wijze haar klachten in kaart te brengen. Er volgde een nieuw klinisch, geruststellend neurologisch nazicht. Aanvullende technische onderzoeken werden niet noodzakelijk geacht. Een multidisciplinair team werd ingeschakeld: kinesitherapie, ergotherapie, ziekenhuisschool, psychotherapie en kinderpsychiatrie.

De patiënte is een pientere, plichtsbewuste adolescente die in het dagelijkse leven weinig in voeling staat met haar emoties. Ze is opgegroeid in een intacte, warme gezinscontext samen met haar oudere broer, met wie ze een goede band beschreef. Ze lijkt erg gevoelig voor schoolse spanning en is perfectionistisch ingesteld. De overstap naar het secundair onderwijs was voor haar erg moeilijk, zowel op inhoudelijk als op sociaal vlak, ondanks voldoende vaardigheden. Tijdens individuele gesprekken met de patiënte was er lijdensdruk merkbaar, met een toename van de bewegingsklachten wanneer de focus op de klachten of op emoties lag. Vanuit de ontwikkelingsanamnese was er geen evidentie voor een kinderpsychiatrische comorbiditeit. Uit de familiale anamnese kwam een verhoogde stressgevoeligheid naar voren met de neiging tot somatiseren bij beide ouders.

Conform de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM-5) werd, na een week en

in multidisciplinair overleg, de diagnose van FNS gesteld (7). De specifiers waren: acute episode, abnormale bewegingen (in oculaire en beenspieren) en psychische stressor (7). Aanslepende schoolse overvraging samen met temperamentfactoren werden als stressor aangeduid, in combinatie met een recente CMV-infectie. De artsen visualiseerden samen met de adolescente de impact van de cumulatieve (psychische en lichamelijke) stress op de klachten en kwamen zo tot een gemeenschappelijke ziekte-theorie en betekenisgeving, met 'functionele oscillopsie' als hoofdsymptoom en uitbreiding naar het been.

Tijdens de tweede week van de opname volgde slaapondersteuning (melatonine 2 mg/d in combinatie met slaaphygiëneadvies), met een gunstig effect. Er gingen 3 sessies door bij een orthoptiste voor oculovestibulaire training. De kinesitherapie werd verdergezet met als insteek lichaamsbewustwording en omgaan met de lichamelijke component van stress. Er werd ook contact opgenomen met de thuischool om de heropstart voor te bereiden. De patiënte werd doorverwezen voor een intensief individueel therapeutisch traject na de opname. In de overgangsperiode werd de patiënte opgevolgd door de psycholoog verbonden aan de afdeling.

Bespreking

Dit artikel bespreekt de ziektegeschiedenis van een patiënte met een acute episode van een conversiestoornis van de oculaire spieren, met nadien ook uitbreiding naar het rechterbeen.

Etiologie

De individuele kwetsbaarheid om een functionele klacht te ontwikkelen en de selectieve expressie van deze klachten (al dan niet met betrekking tot

craniale zenuwen) waren grotendeels onverklaard (5). Kaski et al. geven aan dat de aanwezigheid van een functionele stoornis altijd een teken moet zijn voor de clinicus dat een bijkomend ziekteproces de afwijking veroorzaakt kan hebben en dus geïdentificeerd moet worden, hoewel de pathofysiologie van craniale functionele bewegingsstoornissen waarschijnlijk dezelfde is als bij andere conversiestoornissen (3).

Binnen FNS bij minderjarigen toont onderzoek de centrale etiologische rol van het stresssysteem, alsook de onderlinge verwevenheid van de verschillende componenten van dit systeem (circadiaans ritme, HPA-as, autonoom zenuwstelsel, immuun-inflammatoir systeem, neuronale netwerken die betrokken zijn bij aandacht, pijn, emoties) (8). Een maladaptieve activatie van het skeletomotorische systeem, ten gevolge van disregulatie van het stresssysteem, kan leiden tot aberrante bewegingen.

Diagnostiek

De introductie van DSM-5 in 2013 trachtte voor functionele klachten een paradigmashift teweeg te brengen zodat deze niet langer een 'uitsluitingsdiagnose' zouden zijn (7). Men hecht meer belang aan het stellen van een 'positieve' of 'rule-in'-diagnose (aan de hand van pathognomonische tekenen voor functionele klachten) omdat dit een langdurige cyclus van onderzoeken kan doorbreken (5). In deze gevalsbespreking waren er vanuit het klinische onderzoek reeds argumenten voor een conversiestoornis. Gezien de zeldzaamheid van een conversiebeeld van de oculaire spieren achtte men aanvullend technisch onderzoek relevant om structurele letsels met zekerheid uit te sluiten.

Een meta-analyse van 2018 beschreef een verband tussen stressvolle levensgebeurtenissen in de

kindertijd en op volwassen leeftijd, mishandeling (in het bijzonder emotionele verwaarlozing) en FNS (9). Deze review benadrukte echter ook dat in deze retrospectieve studies 14% tot 77% van de patiënten met FNS geen stressvolle levensgebeurtenissen rapporteerden en dat negatieve levensgebeurtenissen ook voorkwamen in de controlegroep. Men spreekt dus beter over relatieve risicofactoren die sommige mensen kwetsbaarder kunnen maken voor het ontwikkelen van FNS, eerder dan over directe causaliteit (10). Het hardnekkig vasthouden aan de zoektocht naar een onderliggend trauma leidt tot meer afstand tot de patiënt en diens omgeving en kan ervoor zorgen dat de patiënt zich aangevallen of miskend voelt (9).

In de klinische praktijk blijft het dus een delicate evenwichtsoefening om niet-functionele oorzaken zorgvuldig uit te sluiten (11). Een recente cross-sectionele observationele studie uit Nederland benadrukt het belang van multidisciplinaire diagnostische herevaluatie, vooral bij chronische klachten (12). Bovendien zijn patiënten met FNS vaak polysymptomatisch, wat betekent dat andere organen betrokken kunnen zijn en een brede systeemanamnese van cruciaal belang blijft (10). De diagnostiek van FNS vereist een holistische, multidisciplinaire benadering met extra aandacht voor iatrogene effecten in de diagnostische fase en het tijdig betrekken van de psychiatrische subdiscipline.

Behandeling

Er zijn geen gerandomiseerde, gecontroleerde studies (RCT's) over de behandeling van functionele bewegingsklachten van de craniale zenuwen (5). In het algemeen stelt men een bredere behandel-doelstelling voorop in plaats van een snel herstel op symptoomniveau, er is immers steeds een risico op symptoomverschuiving (11). De focus ligt dus beter bij het stresssysteem van het kind en de

disregulerende factoren (8). De behandeling begint met een positieve klinische diagnose en een duidelijke uitleg over de aard van het probleem, met inbegrip van een diagnostisch label voor de patiënt (10).

Zoals deze casusbespreking illustreert, is de behandeling van functionele motorische klachten per definitie multidisciplinair (13). Epidemiologisch onderzoek stelt vast dat er hierbij gemiddeld 4 disciplines betrokken zijn, onder wie een kinderneuroloog, een kinderpsychiater, een kinderpsycholoog, een ergotherapeut en een kinesitherapeut (2). Een specifieke uiting, zoals in deze gevalsbespreking, kan echter nopen tot het betrekken van andere disciplines (bv. een optometrist).

De neuroloog en de psychiater stellen de diagnose en bieden psycho-educatie over de aandoening met nadien, in onderlinge coördinatie, het opvolgen van een holistisch behandelplan. Wegens een gebrek aan bewijs van werkzaamheid worden psychofarmaca vermeden, tenzij er een significante psychiatrische stoornis op de voorgrond staat (14).

Voor de rol van de psycholoog leveren de schaarse studies binnen de pediatrische populatie voorlopig enig bewijs voor cognitieve gedragstherapie (14). De focus moet eerst op de FNS-klachten liggen, waarna er ruimte gemaakt kan worden voor onderliggende/comorbide angst- of stemmingsklachten. De familie moet een plan krijgen om episodes thuis aan te pakken en ziekenhuisbezoeken te minimaliseren, alsook om de schoolopstart te begeleiden.

Ergotherapeuten zullen, na een uitgebreide functionele evaluatie, verschillende strategieën toepassen om de patiënt te betrekken bij een veilige functionele mobiliteit en activiteiten van het dagelijkse leven (14). Zij kunnen het hertrainen van beweging ondersteunen door de aandacht af te leiden van functionele symptomen en maladaptief gedrag bij het kind en diens omgeving aan te pakken (10).

Dit omvat o.a. het minimaliseren van het gebruik van hulpmiddelen en ondersteuning van de familie bij de terugkeer naar dagelijkse activiteiten (zonder nadruk op de beperkingen te leggen).

Ook binnen de kinesitherapeutische interventies is er een grote heterogeniteit in de studies, waardoor vergelijken moeilijk is (15). Hoewel de klachten bij functionele oscillopsie onvrijwillig zijn, staat de oogmusculatuur onder vrijwillige controle. De oculomotore banen zijn intact, de oogbewegingen kunnen mogelijk genormaliseerd worden door oefening. Het is belangrijk om omgevings-, psychologische of fysieke stressoren te identificeren die als precipiterende of onderhoudende factor kunnen gelden. Oefeningen bij een orthoptist kunnen helpen bij sommige patiënten wanneer ze weten dat het de bedoeling is om een overactieve pathway te ontspannen (3).

Belangrijke factoren bij psychosomatische klachten zijn zorgcontinuïteit en voldoende overdracht van informatie (13). De patiënten hebben vaak reeds een versplinterd medisch dossier bij meerdere artsen en hebben al verschillende medische termen te horen gekregen of opgezocht.

Communicatie

Nergens in de geneeskunde is de communicatie van hulpverleners naar patiënten zo direct gecorreleerd met de outcome van de klachten als bij functionele stoornissen (13, 16). In een onderzoek van 2013 bij een pediatrische populatie met FNS bleef tot 9% van de kinderen en hun ouders niet akkoord met de diagnose (2). Deze 'label avoidance' draagt bij tot angst en onzekerheid bij klinici en leidt mogelijk tot een diagnostische odyssee, om dan alsnog een 'somatische diagnose' te ontvangen (15).

Het vinden van de juiste taal om een conversiestoornis op aanvaardbare wijze uit te leggen

aan de patiënt en diens omgeving lijkt voor veel artsen een worsteling. Het is belangrijk om de behandelstrategie (en ook de psycho-educatie) te individualiseren: tabel 2 geeft ter inspiratie een aantal voorbeelden, toegepast op de huidige casus. Absolute, culpabiliserende uitspraken zijn te vermijden. De focus moet liggen op wat er wel aan de hand is in plaats van op wat allemaal niet. De hulpverlener moet ook voldoende ruimte maken voor (visueel ondersteunde) uitleg over het mechanisme van de aandoening om de patiënt meer houvast te geven. In geval van motorische conversiesymptomen maakt men vaak de vergelijking met een kortsluiting of loskoppeling tussen het lichaam en de hersenen (15). De 'hardware' of betrokken organen zijn intact, evenals de wil of de motivatie van de persoon, maar er is een probleem met de 'software' of communicatie tussen de systemen. Het kan

helpen om de impact en het interactionele karakter van het stresssysteem hierbij toe te lichten zodat patiënten ook vat krijgen op etiologische factoren. Het boek van Kozłowska et al. geeft de verschillende componenten van het stresssysteem visueel weer (verweven cirkels, een burcht), wat handig is binnen een adviesgesprek (8).

Stigma

FNS bevinden zich op het raakvlak tussen psychiatrie en neurologie en vormen daarmee een uitdaging voor het kunstmatige onderscheid tussen mentale en fysieke gezondheid in de gezondheidszorg en de samenleving (17). Sommige clinici voelen zich ongemakkelijk bij het werken met functionele klachten, wat voelbaar is in het contact tussen de

Tabel 2 | Communicatie tijdens het adviesgesprek (zoals beschreven moet dit steeds geïndividualiseerd worden - de richtlijnen zijn online ook terug te vinden via <https://fndhope.org>).

Gebruikte termen tijdens het adviesgesprek	Termen die in deze casus vermeden werden
De organen die betrokken kunnen zijn, hebben we goed bekeken: de onderzoeken van je ogen en je hersenen waren geruststellend	Somatisch is het uitgeklaard
	Alles is uitgesloten
	Er is niets aan de hand
We merken dat de klachten een uiting zijn van een blokkade/kortsluiting in de communicatie tussen de hersenen en je oogspieren/beenspieren	'Psychogeen'
Fysieke en psychische stress lijken zich opgestapeld te hebben doorheen de afgelopen periode, wij zijn ervan overtuigd dat deze stress op verschillende vlakken een impact had op je lichaam en ook op die blokkade	Er is een onderliggend trauma waar we naar op zoek moeten, dat je mogelijk onderdrukt
	'Pseudo'
Er zal een behandeling door verschillende experts nodig zijn	Psychotherapie is dé oplossing
Het is belangrijk om te luisteren naar wat je lichaam nu vertelt en hierop in te zetten omdat dit mogelijk niet vanzelf zal voorbijgaan	Als het door stress komt, zal het wel vanzelf voorbijgaan, je moet rusten en afwachten

arts en de patiënt. Dit kan leiden tot onzekerheid, negatieve verwachtingen over de behandeling en omzichtigheid bij het stellen van de diagnose, wat de mogelijkheid tot hoop en herstel kan beperken.

Hoewel in de DSM-5 de criteria voor somatoforme stoornissen werden herzien, o.a. om deze dualiteit en stigmatisering te doorbreken, blijven FNS onderhevig aan complexe interacties en ervaringen van stigmatisering tussen patiënten, artsen en het gezondheidszorgsysteem, alsook socioculturele factoren (15).

Het is belangrijk dat hulpverleners zich hiervan bewust zijn. Zo kunnen ze zich meer richten op het bevorderen van hoop en op het verminderen van het stigma bij deze aandoeningen om de mogelijkheid tot herstel te maximaliseren.

Prognose

Om hoop te installeren, kan men zich baseren op studies over deze problematiek. De prognose bij kinderen is immers positiever dan bij volwassenen. Een meta-analyse van een casusreeks van kinderen met FNS toonde volledige resolutie van de symptomen bij 41% en verbetering zonder volledige resolutie bij 44% (18). Een meer negatieve outcome was gelinkt aan chroniciteit bij de presentatie, comorbiditeit en cognitieve beperking (13).

Besluit

Deze casusbespreking beschrijft een adolescente met een zeldzame presentatievorm van een conversiestoornis, namelijk functionele oscillopsie.

De auteurs lichten een aantal elementen toe die zorgvuldige diagnostiek en aanvaarding van de diagnose bevorderen en het gevoel van stigmatisering bij de patiënt verminderen.

Multidisciplinaire samenwerking in de diagnostische fase van bijzondere klachtenpresentaties waarbij men ook een functioneel mechanisme in overweging neemt, vermindert de kans op uitsluitingsdiagnostiek en draagt bij tot een snellere en geïntegreerde conclusie. Het tijdig diagnosticeren van functionele klachten is ook 1 van de bepalende factoren voor de prognose, die bij kinderen globaal gezien positiever is dan bij volwassenen. Wanneer er vanuit klinisch onderzoek geen pathognomonische tekenen voor functionele klachten aanwezig zijn, is het een uitdaging om met zo weinig mogelijk technische onderzoeken toch de differentiaaldiagnose te vernauwen.

Sinds de laatste herwerking van de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM) is het identificeren van een psychische stressor geen noodzakelijk criterium meer om de diagnose te mogen stellen. Vasthouden aan een verouderde interpretatie van de term 'conversiestoornis' en van daaruit een doorgedreven zoektocht uitvoeren naar een psychische stressor als de patiënt deze niet (h)erkent, kunnen leiden tot weerstand en een bemoeilijkte aanvaarding van de diagnose en zo het herstel in de weg staan.

In de terugkoppeling van de diagnose zijn de inhoud en de manier van communiceren naar en bejegening van de patiënt erg belangrijk om tot een gedeeld ziektebegrip en een gedeelde betekenisgeving te komen. Dit artikel reikt enkele concrete voorbeelden aan.

Mededelingen

Belangenconflict

De auteurs vermelden geen belangenconflict.

Financiële ondersteuning

Er werd geen financiële ondersteuning ontvangen voor dit manuscript.

Aansprakelijkheid en copyright

Hierbij verklaren alle auteurs akkoord te gaan met de opgelegde regels in verband met aansprakelijkheid en copyright.

Patiënttoestemming

Een geschreven geïnformeerde toestemming werd verkregen van de patiënte en haar ouders ter publicatie van deze gevalbespreking.

Affiliaties

- ¹ Arts-specialist in opleiding kinder- en jeugdpsychiatrie, KU Leuven.
- ² Dienst kindergeneeskunde, UZ Leuven.
- ³ Dienst oftalmologie, UZ Leuven.
- ⁴ Dienst kinder- en jeugdpsychiatrie, UPC KU Leuven.
- ⁵ Correspondentieadres: E. Van Roie, dienst kinder- en jeugdpsychiatrie, UPC KU Leuven, Herestraat 49, 3000 Leuven.



Citeer dit artikel als: Devloo K, Toelen J, Cassiman C, Danckaerts M, Van Roie E. Een blik vooruit: casusbespreking van functionele oscillopsie bij een adolescente. Tijdschr Geneesk 2024; 80: 918-927.

Literatuur

1. Kozłowska K, Nunn KP, Rose D, Morris A, Ouvrier RA, Varghese J. Conversion disorder in Australian pediatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 68-75 (doi: 10.1097/01.chi.0000242235.83140.1f).
2. Ani C, Reading R, Lynn R, Forlee S, Garralda E. Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the U.K. and Ireland. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 413-418 (doi: 10.1192/BJP.BP.112.116707).
3. Kaski D, Bronstein A. Functional eye movement disorders. In: Hallett M, Stone J, Carson A. *Handbook of clinical neurology*. Elsevier Europe, 2016: 343-351.
4. Tilikete C, Vighetto A. Oscillopsia: causes and management. *Curr Opin Neurol* 2011; 24: 38-43 (doi: 10.1097/WCO.0b013e328341e3b5).
5. Kaski D, Bronstein AM, Edwards MJ, Stone J. Cranial functional (psychogenic) movement disorders. *Lancet Neurol* 2015; 14: 1196-1205 (doi: 10.1016/S1474-4422(15)00226-4).
6. Papageorgiou E, McLean RJ, Gottlob I. Nystagmus in childhood. *Pediatr Neonatol* 2014; 55: 341-351 (doi: 10.1016/j.pedneo.2014.02.007).
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 2013.
8. Kozłowska K, Scher S, Helgeland H. The stress-system model for functional somatic symptoms. In: Kozłowska K, Scher S, Helgeland H. *Functional somatic symptoms in children and adolescents*. Palgrave Texts in Counselling and Psychotherapy, 2020: 69-95 (doi: 10.1007/978-3-030-46184-3_4).
9. Ludwig L, Pasman JA, Nicholson T, et al. Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 307-320 (doi: 10.1016/S2215-0366(18)30051-8).
10. Gilmour GS, Nielsen G, Teodoro T, et al. Management of functional neurological disorder. *J Neurol* 2020; 267: 2164-2172 (doi: 10.1007/s00415-020-09772-w).
11. Larsh T, Wilson J, Mackenzie KM, O'Malley JA. Diagnosis and initial treatment of functional movement disorders in children. *Semin Pediatr Neurol* 2022; 41: 100953 (doi: 10.1016/j.spen.2022.100953).
12. van der Feltz-Cornelis CM, Allen SE, van Eck van der Sluijs JF. Misdiagnosis of an underlying medical condition as conversion disorder/functional neurological disorder (CD/FND) still occurs. *Gen Hosp Psychiatry* 2020; 65: 43-46 (doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.05.003).
13. Kozłowska K, Scher S, Helgeland H. Principles of assessment and treatment. In: Kozłowska K, Scher S, Helgeland H. *Functional somatic symptoms in childhood and adolescence*. Palgrave Texts in Counselling and Psychotherapy, 2020: 275-291 (doi: 10.1007/978-3-030-46184-3_4).
14. Weiss KE, Steinman KJ, Kodish I, et al. Functional neurological symptom disorder in children and adolescents within medical settings. *J Clin Psychol Med Settings* 2021; 28: 90-101 (doi: 10.1007/s10880-020-09736-2).
15. Perez DL, Edwards MJ, Nielsen G, Kozłowska K, Hallett M, Lafrance WC Jr. Decade of progress in motor functional neurological disorder: continuing the momentum. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2021; 92: 668-677 (doi: 10.1136/jnnp-2020-323953).
16. Kozłowska K. Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 485-492 (doi: 10.1097/YCO.0B013E3283642CA0).

17. Bègue I, Nicholson TR, Kozłowska K, et al. Psychiatry's modern role in functional neurological disorder: join the renaissance. *Psychol Med* 2021; 51: 1961-1963 (doi: 10.1017/S0033291721002038).
18. Harris SR. Psychogenic movement disorders in children and adolescents: an update. *Eur J Pediatr* 2019; 178: 581-585 (doi: 10.1007/S00431-019-03317-8).

Scan de QR-code om rechtstreeks de bijbehorende videobeelden te raadplegen



ABSTRACT

Looking ahead: case report of functional oscillopsia in an adolescent

A conversion disorder or functional neurological disorder (FND) is a rare condition with disturbances in voluntary body functions, sensory or motor, unexplained by any known somatic condition.

This case report describes intermittent horizontal oscillopsia with normal neuro-ophthalmic findings in a 14-year-old girl. 'Oscillopsia' refers to the perception of unstable vision, i.e. an oscillating image. This is usually caused by a newly acquired eye movement disorder type nystagmus, ocular flutter or myokymia. Clinical examination showed positive symptoms of a conversion disorder.

During a pediatric admission with multidisciplinary assessment, the diagnosis of FND was made. A multidisciplinary treatment plan was established, starting with psychoeducation about the diagnosis to arrive at a shared perspective of disease theory.

This article aims to demonstrate the need for multidisciplinary collaboration in the diagnostic phase of particular symptom presentations with attention to a functional mechanism. This approach contributes to a more rapid and integrated conclusion and reduces the likelihood of an exclusionary diagnosis. The authors provide some examples for communicating with patients, as this is crucial to achieve shared meaning.