

Lurasidon in de behandeling van depressieve episoden bij een bipolaire I-stoornis

Er zijn slechts weinig goed onderzochte medicamenteuze behandelopties voor mensen met een depressie bij een bipolaire stoornis. Lurasidon, een antipsychoticum van de tweede generatie, lijkt een aanvulling te kunnen zijn. Dit middel werd in 2010 en 2013 door de FDA geregistreerd voor de behandeling van respectievelijk schizofrenie en depressieve episoden bij een bipolaire I-stoornis. Eind maart 2014 is lurasidon voor de behandeling van schizofrenie op de Europese markt toegelaten.

In januari 2014 publiceerden Citrome e.a. een studie naar de effecten en bijwerkingen van lurasidon in vergelijking met twee andere door de FDA geregistreerde medicamenteuze behandelopties voor patiënten met bipolaire depressie: quetiapine en de combinatie olanzapine + fluoxetine (OFC). Uit vier eerder gepubliceerde artikelen berekenden zij de effectparameters *number needed to treat* (NNT) en *number needed to harm* (NNH).

De eerste studie betrof lurasidon bij bipolaire I-depressie gedurende zes weken als monotherapie van 20-60 mg/d, 80-120 mg/d en placebo. De tweede studie betrof lurasidon 20-120 mg/d bij bipolaire I-depressie gedurende zes weken als adjuvans bij lithium of valproaat versus placebo als adjuvans. De uitkomstmaten respons en remissie werden dichotoom bepaald aan de hand van gebruikelijke afkappunten van de *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS). De uitkomstmaten wat betreft de bijwerkingen werden eveneens dichotoom bepaald: stoppen van behandeling vanwege bijwerkingen en belangrijke veranderingen in metabole parameters (gewicht, nuchter glucose, triglyceriden, cholesterol, ldl-cholesterol). Deze lurasidonstudies werden vervolgens vergeleken met een derde quetiapine- en een vierde OFC-studie. Echter, laatstgenoemde studies hadden andere inclusiecriteria (zowel bipolaire I als bipolaire II-stoornis) en duurden acht weken.

Er werden NNT's gevonden die de toepasbaarheid van lurasidon bevestigden, maar wel met tamelijk ruime betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI): Voor respons (gedefinieerd als > 50% verbetering in MADRS-score) was het NNT 5 (95%-BI: 3-8) voor monotherapie met 20-60 mg/d, 5 (95%-BI 4-11) voor monotherapie met 80-120 mg/d en 7 (95%-BI 4-24) voor adjuvante therapie met 20-120 mg/d. Deze NNT's waren vergelijkbaar met die van quetiapine (6) en OFC (5). Voorts werden de verschillende behandelstrategieën met lurasidon gegroepeerd, leidend tot een gezamenlijk NNT voor lurasidon versus placebo van 7 (95%-BI 3-8).

Bij de lurasidonstudies waren er nauwelijks aanwijzingen voor metabole bijwerkingen en leek somnolentie alleen voor de hoogste dosering (80-120 mg/d) te verschillen van placebo. In geen van de lurasidononderzoeken was de kans op stoppen vanwege bijwerkingen significant verschillend tussen verum en placebo. Zo was het NNH voor stoppen met lurasidonmonotherapie 20-60 mg/d versus placebo 642. Dit betekent dat gedurende zes weken 642 patiënten meer met verum dan met placebo behandeld moeten worden voordat er één extra stopt. Voor lurasidonmonotherapie 20-60 mg/d versus placebo en lurasidon als adjuvans werden er negatieve NNH's gevonden, wat betekent dat meer patiënten met placebo stoppen dan met verum. Ook deze verschillen waren niet significant. In de quetiapinestudie werd een NNH voor stoppen wegens bijwerkingen gevonden van 10. In de OFC-groep werd een niet significant, negatief NNH gevonden voor stoppen wegens bijwerkingen. Citrome e.a. concluderen dat de verhouding tussen NNT en NNH van lurasidon superieur is aan die van quetiapine en OFC. Gezien de ruime betrouwbaarheidsintervallen en de methodologische verschillen tussen de onderzoeken past hier naar onze mening enige voorzichtigheid. Dit laat onverlet dat een aantal gerapporteerde voordelen (weinig sedatie en een relatief gunstig beeld wat betreft metabole effecten) potentieel meerwaarde in de behandeling van een bipolaire depressie zou kunnen hebben.

LITERATUUR

- Citrome L, Ketter RA, Cucchiari J, Loebel A. Clinical assessment of lurasidone benefit and risk in the treatment of bipolar I depression using number needed to treat, number needed to harm, and likelihood to be helped or harmed. *J Affect Disord* 2014; 155: 20-7.

AUTEURS

KOR SPOELSTRA, arts in opleiding tot psychiater, Lentis, Groningen.

CEES BAAS, arts in opleiding tot psychiater, Lentis, Groningen.

RIKUS KNEGTERING, psychiater, opleider Lentis en hoofd van Lentis Research, Lentis, Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

Kor Spoelstra

E-mail: sk.spoelstra@lentis.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.



ARTIKEL

