

De rol van de psychiater bij het metabool syndroom blijft onderbelicht

W.M.N.J. BUIS



Ook in het julinumnummer van dit tijdschrift verschenen al twee artikelen over verbetering van de leefstijl bij psychiatrische patiënten: ‘Hoe gezonde levensjaren winnen?’ (Destoop 2020) en ‘Thinking inside the box: leefstijlverbetering bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de kliniek’ (Deenik e.a. 2020). In beide artikelen miste ik echter een wezenlijk aspect, namelijk wat wij zelf als psychiaters kunnen doen (of laten) om bij te dragen aan gezonde levensjaren.

Rol psychiaters

Ik juich aandacht voor leefstijl, juist ook bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, zeker toe. Maar ik wil erop wijzen dat de rol van onszelf als psychiaters bij het veroorzaken van risicofactoren voor somatische comorbiditeit en een kortere levensverwachting veel meer aandacht verdient. Dit aspect komt in deze twee artikelen slechts marginaal aan de orde. Vermeld wordt dat de psychofarmaca die wij voorschrijven iatrogene effecten kunnen hebben, met name gewichtstoename. En dat het beter is deze gewichtstoename vóór te zijn. Maar de beste manier om deze voor te zijn wordt niet genoemd: het voorschrijven van psychofarmaca die vaak leiden tot gewichtstoename en metabool syndroom zo veel mogelijk vermijden. Van de antipsychotica geeft olanzapine de meeste gewichtstoename, meer nog dan clozapine: volgens het Farmacotherapeutisch Kompas meer dan 7% bij 64,4% van de patiënten, meer dan 15% bij 31,7% en meer dan 25% bij 12,3%. Quetiapine geeft volgens Lareb bij 10-30% van de patiënten gewichtstoename. Bij beide middelen is er een groot risico op metabool syndroom, bij olanzapine is dit zeer groot. We vragen nogal wat van de patiënt om daar met leefstijlverbetering tegenop te boksen!

Toen ik bij Destoop las dat obesitas en metabool syndroom onafhankelijke voorspellers zijn voor terugval en heropnames (Manu e.a. 2014), vroeg ik me des te meer af of de winst van het zeer goede effect van olanzapine op de psychiatrische verschijnselen wel opweegt tegen de risico's.

Samen afweging maken

Zowel in de zorgstandaard Psychose (2017) als de generieke modules ernstige psychiatrische aandoeningen (2017) en

bijwerkingen (2017) wordt benadrukt dat het bij de farmacotherapie van belang is de mogelijke voor- en nadelen van medicatie, en met name de kans op bijwerkingen, samen met de patiënt af te wegen. Al kan dat soms pas na de acute fase. En al zal er regelmatig geen alternatief zijn, zoals bij therapieresistente psychosen waarvoor clozapine geïndiceerd is.

In de spreekkamer zie ik zelden een patiënt die géén bezwaar heeft tegen gewichtstoename als mogelijke bijwerking. En u? Licht u patiënten voor over de mogelijke risico's van metabool syndroom? En zegt u dat er ook medicatie is waarbij dit risico niet of veel minder speelt? Of geeft u alleen de boodschap dat leefstijltraining en regelmatige screening dit risico verminderen?

Alternatieven en de kans op diverse bijwerkingen zijn o.a. te vinden in de zorgstandaard Psychose. Deze meldt dat amisulpride even werkzaam is als olanzapine. Dit kan inmiddels ook in Nederland voorgeschreven worden. Aripiprazol kan minder effectief zijn, maar heeft een gunstig profiel qua gewichtstoename, seksuele bijwerkingen en sedatie.

In de tijd dat bewegingsstoornissen nog de grootste zorg waren voor psychiaters heb ik een klein onderzoek gedaan om te achterhalen van welke bijwerkingen patiënten die depotantipsychotica gebruikten zelf de meeste last hadden (Buis 1992). Dat waren: 1. slaperigheid/sufheid, 2. snelle vermoeibaarheid en 3. gewichtstoename. Bewegingsstoornissen vonden ze duidelijk minder problematisch. Zouden de huidige patiënten daar anders over denken?

Graag wil ik de onlinekeuzehulp Persoonlijke Antipsychotica Keuzewijzer (PAKwijzer, ontwikkeld door Arkin en AMC (2015), www.pakwijzer.nl) aanbevelen. Deze wordt vermeld in de zorgstandaard Psychose en de generieke module Bijwerkingen. De patiënt kan invullen wat voor hem/haar zwaar of minder zwaar weegt qua bijwerkingen en beoogd effect. Op basis hiervan wordt een persoonlijke rangorde gemaakt van de diverse antipsychotica, die de behandelaar en patiënt kan helpen bij het maken van een keuze. In de toelichting wordt het grote risico op gewichtstoename door olanzapine als voorbeeld genoemd.

Samenvattend is mijn pleidooi om vanuit preventief oogpunt zo veel mogelijk als eerste stap een middel aan te bieden dat geen of weinig gewichtstoename geeft en geen verhoogd risico op metabool syndroom. Daarmee dragen we bij aan de somatische en psychische gezondheid en de kwaliteit van leven van de patiënten die aan onze zorg zijn toevertrouwd.

Anders en beter

Het psychofarmacabeleid is bij uitstek het domein van de psychiater en daar valt waarschijnlijk nog veel te winnen. Daarnaast kan het benutten en bevorderen van behandelopties buiten medicatie goede perspectieven bieden, waardoor minder psychofarmaca nodig zijn. Nog lang niet elke patiënt heeft toegang tot cognitieve gedragstherapie, die volgens de zorgstandaard Psychose hoort bij het standaardaanbod voor psychosen. Hetzelfde geldt voor EMDR of exposure als tevens sprake is van PTSD. Muziektherapie blijkt een positief effect te hebben als aanvullende behandeling bij schizofrenie, met name ook op negatieve symptomen (Geretsegger e.a. 2017).

Veelbelovende opties die ook in Nederland al geboden worden en waarover gunstige berichten verschijnen over zeer beperkt antipsychoticagebruik zijn Open Dialogue en Soteriahuis. Open Dialogue wordt genoemd in de generieke module Herstelondersteuning en ervaringsdeskundigen zijn er enthousiast over; echter, eensluidend bewijs dat het effectief is, is er nog niet (Freeman e.a. 2019). Van Bouwel (2020) beschrijft dat patiënten en familieleden meer tevreden waren over een verblijf in een Soteriahuis bij een eerste psychotische episode dan over een reguliere opname, maar dat bevindingen over minder antipsychoticagebruik dan in de controlegroep dateren uit een tijd dat regulier hoger gedoseerd werd dan nu. De destigmatiserende en laagdrempelige benadering ziet zij als aanwinst voor de klinische en ambulante behandeling.

Het kan anders en beter in het belang van de patiënt. Door vooraf duidelijker met de patiënt en doorgaans ook diens naasten de verschillende keuzes te bespreken kunnen we daar allen aan meewerken.

LITERATUUR

- Buis W. Patients' opinions concerning side effects of depot neuroleptics. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 844-5.
- Deenik J, Tenback D, Tak E, Hendriksen I, Van Harten P. Thinking inside the box: leefstijlverbetering bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de kliniek. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 564-74.
- Destoop M. Hoe gezonde levensjaren winnen? *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 510-2.
- Freeman AM, Tribe RH, Stott JC, Pilling S. Open dialogue: a review of the evidence. *Psychiatr Serv* 2019; 70: 46-59.
- Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik L, Chen XJ, Haldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 5 CD004025.
- Manu P, Khan S, Radhakrishnan R, Russ M, Correll C. Body mass index identified as an independent predictor of psychiatric readmission. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 573-7.
- van Bouwel L. Soteriahuis in de huidige ggz; kleinschalige milieutherapeutische benadering voor opvang bij eerste psychotische episode. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 54-61.

AUTEUR

WIL BUIS, psychiater, consultant voor huisartsen in 's-Hertogenbosch.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Wil Buis, Bronkhorstweg 3, 5363 TW Velp (NBr).
E-mail: buispsy@gmail.com

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-8-2020.

TITLE IN ENGLISH

The role of the psychiatrist in the metabolic syndrome remains underexposed