

## REFERATEN

### De toegevoegde waarde van depotantipsychotica

Geringe therapietrouw en gebrekkig ziektebesef zijn belangrijke oorzaken voor het recidiveren van psychosen. De herziene Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (NVvP 2012) stelt dat depotantipsychotica hierbij een zinvolle bijdrage kunnen leveren. Zo kan men al in de tweede stap van het farmacotherapieprotocol een depotpreparaat overwegen.

Tiihonen e.a. (2011) vergeleken depotmedicatie en orale antipsychotica in een cohortonderzoek bij patiënten met schizofrenie. De uitkomstmaten waren risico op heropname, discontinueren van de medicatie en mortaliteit. Door koppeling van landelijke registers konden zij een grote groep patiënten identificeren die voor het eerst opgenomen waren met de diagnose schizofrenie én die geen antipsychoticum hadden gebruikt in de 6 maanden voor opname. Alleen patiënten die binnen 30 dagen na ontslag hun medicatie ophaalden ( $n = 1507$ ; slechts 58,2%) werden gedurende gemiddeld 2 jaar gevolgd om de therapietrouw te bepalen. Er waren 1394 patiënten die stopten met hun medicatie, met als redenen: switchen (50,6%), stoppen met medicatie (34,3%), ziekenhuisopname (14,8%) of overlijden (0,3%).

Het risico op heropname bleek bij gebruik van depotmedicatie significant lager (64%) te zijn dan bij orale antipsychotica. Opmerkelijk genoeg was er geen verschil als depotmedicatie en orale medicatie van dezelfde stof werden vergeleken (haloperidol, risperidon, perfenazine, zuclopentixol), maar wel als alle depotpreparaten tezamen vergeleken werden met de orale antipsychotica. Bij gebruik van depotantipsychotica bleek de kans op discontinuering van de medicatie ten opzichte van orale antipsychotica significant lager (59%).

Bij onderlinge vergelijking van alle middelen bleken clozapine en olanzapine samen te gaan met een lagere kans op heropname dan risperidon. Ten slotte werd er een niet significant lagere mortali-

teit gevonden bij antipsychoticumgebruik ten opzichte van geen gebruik. Voor beide laatste conclusies geldt dat er teveel methodologische tekortkomingen zijn (geen gegevens over medicatiegeschiedenis en klinisch beeld, onbekende doodsoorzaak) om deze over te nemen.

Omdat het niet eenvoudig is om bij patiënten die medicatie weigeren, het voordeel van een depottoediening in een gerandomiseerd dubbelblind onderzoek te bepalen, kunnen observatiestudies zeker van waarde zijn. Bij de generaliseerbaarheid van de bevindingen zijn echter wel enkele kanttekeningen te plaatsen. Hoewel de titel suggereert dat het gaat om patiënten met een eerste episode van schizofrenie, blijkt de gemiddelde leeftijd 37,8 jaar en hebben de meesten al meerdere psychotische episoden doorgemaakt. Bovendien hadden alle patiënten al problemen met therapietrouw. Bijna de helft van de opgenomen groep viel uit de observatie vanwege het niet ophalen van de medicatie, terwijl juist voor hen depotmedicatie wellicht geïndiceerd zou kunnen zijn. De follow-up omvatte uitsluitend patiënten met een vrijwillige behandelstatus (Finland kent geen ambulante dwangbehandeling). Er is in dit onderzoek niet gerandomiseerd. Daarnaast is niet gekeken naar effectiviteit en bijwerkingen. Ten slotte is niet duidelijk wat de keuze voor depotmedicatie dan wel orale medicatie heeft bepaald door ontbrekende informatie over therapietrouw, klinisch beeld en medicatie tijdens opname.

De vraag of toediening van een antipsychoticum via een depot effectiever is dan orale toediening is ook met deze studie nog steeds niet eenduidig beantwoord. Wel onderbouwt dit onderzoek de conclusie dat depotmedicatie ook binnen een vrijwillige setting een zinvolle aanvulling kan zijn in de behandeling van mensen met schizofrenie, wanneer therapietrouw in het geding is.

## LITERATUUR

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (herziene versie). Utrecht: de Tijdstroom; 2012.
- Tiihonen J, Haukka J, Taylor M, Haddad PM, Patel MX, Korhonen P.

A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotica after first hospitalisation for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 603-9.

## AUTEUR

SUZETTE PEETOOM, arts in opleiding tot psychiater, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen.

Correspondentieadres: Suzette Peetoom, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen, Postbus 30.001 9700 RB Groningen.

E-mail: s.a.peetoom@umcg.nl

### Risico op een affectieve stoornis tijdens en na de zwangerschap

Al sinds de oudheid wordt het probleem van stemmingsstoornissen en psychosen tijdens en na de zwangerschap erkend. Uit de literatuur blijkt dat prevalentiecijfers van stemmingsstoornissen tijdens de zwangerschap en post partum variëren (6,5-19,2%), afhankelijk van de inclusiecriteria en screeningsinstrumenten (Gavin e.a. 2005). Grote representatieve onderzoeksgroepen ontbreken. Het risico op een episode is post partum groter dan tijdens de zwangerschap. Dit is van belang bij de complexe afwegingen betreffende de behandeling, waarbij men te maken heeft met potentieel teratogene bijwerkingen door medicatie versus potentiële ongunstige effecten van de ziekte van de moeder op de neonatale ontwikkeling zonder behandeling.

Viguera e.a. (2011) onderzochten het risico op het krijgen van stemmingsstoornissen tijdens de zwangerschap en gedurende 6 maanden na de partus. Zij onderzochten daartoe retrospectief 2252 zwangerschappen bij 1162 vrouwen tijdens de periode van 1980 tot 2010. Deze vrouwen werden verwezen naar perinatale zorgprogramma's in ziekenhuizen in Boston (10%), Cagliari (47%) en Rome (43%) en hadden een voorgeschiedenis van tweedelijnsbehandeling voor een stemmingsstoornis (bipolair I, bipolair II of unipolair). Het type stemmingsstoornis tijdens de zwangerschap en post partum werd onderzocht.

Van de vrouwen met een bipolaire stoornis had 23% een stemmingsstoornis tijdens de zwangerschap en 52% post partum. Voor de vrouwen met een unipolaire depressie was dit 4,6 respectievelijk 30%. Depressie kwam het meeste voor.

Tevens werd gekeken naar de risicofactoren voor het krijgen van een stemmingsstoornis tijdens en na de zwangerschap. De belangrijkste waren: jonge leeftijd bij het ontstaan van de stoornis, een bipolaire stoornis in de voorgeschiedenis, een voorgeschiedenis met een stemmingsstoornis tijdens of na de zwangerschap en het krijgen van minder dan vier kinderen. Voor een episode tijdens de zwangerschap was ongehuwd zijn een risicofactor, voor een post-partumepisode was een hoger educatieniveau opvallend genoeg een risicofactor.

De auteurs noemen als belangrijkste tekortkomingen: de relatieve afwezigheid van meerdere zwangerschappen, selectiebias door verwijzing naar de tweede lijn, het retrospectieve karakter en het gebrek aan vergelijking met niet-zwangeren. Als sterke punten benoemen zij de grootte en het multinationale karakter van de onderzoeksgroep.

Dit betreft een groot kwantitatief onderzoek naar het risico op een stemmingsstoornis tijdens en na de zwangerschap. De resultaten moeten met voorbehoud geïnterpreteerd worden. Hoewel de onderzoeksgroep een multinationale studie claimt, komt 90% van de patiënten uit Italië. Le Strat e.a. (2011) vonden een veel lager prevalentiecijfer (12,4%) van depressie tijdens en na de zwangerschap. Beide onderzoeken zijn retrospectief en omvatten een groot cohort. Viguera e.a. onderzochten het onderscheid tussen zwangerschap en de post-partumperiode bij vrouwen met een depressie in de voorgeschiedenis. Le Strat e.a. includeerden ook vrouwen zonder psychiatrische voorgeschiedenis en keken ook naar het verschil in risico met niet-zwangeren.

De auteurs hebben getracht risicofactoren te identificeren voor het krijgen van een stemmingsstoornis tijdens en na de zwangerschap. Deels waren deze factoren al bekend, deels is de klinische relevantie wat minder en de interpretatie wat zwak. Met deze studie zijn recente kwantitatieve