

AUTEUR

LOUISE BROKKING, arts in opleiding tot psychiater, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Edegem.

Correspondentieadres: dr. Louise Brokking, afd. Psychiatrie, UZA, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem, België.

E-mail: louise.brokking@telenet.be.

Intermitterende antipsychotische onderhoudsbehandeling van schizofrenie

Het onderbreken van de onderhoudsbehandeling bij schizofrenie wordt duidelijk in verband gebracht met toegenomen recidief en het verzekeren van therapietrouw is dus essentieel. Echter, men onderzoekt ook hoe blootstelling aan antipsychotica beperkt kan worden, gedreven door bezorgdheid over de bijwerkingen van deze medicamenten.

Eerder bestudeerde men vormen van gerichte therapie waarbij behandeling met antipsychotica werd stopgezet tot prodromale tekenen van psychische decompensatie optraden. De uitkomsten waren echter teleurstellend, waardoor men moest zoeken naar andere methoden om de blootstelling aan antipsychotica te beperken.

Remington e.a. (2011) onderzochten in een dubbelblinde, placebogecontroleerde trial of intermitterende, maar regelmatige dosering van antipsychotica een vergelijkbaar klinisch effect op kan leveren als dagelijkse dosering. Ze baseren hun hypothese op recent onderzoek dat de centrale rol van D_2 -bezetting in de werking van antipsychotica bevestigde en waaruit bleek dat de receptoren geen 24 uur per dag bezet behoeven te zijn.

Deelnemers moesten een DSM-IV-diagnose van schizofrenie hebben, moesten informed consent kunnen geven en stabiel zijn als ambulante patiënt met één oraal antipsychoticum > 3 maanden. Ze mochten geen depotantipsychoticum gebruikt hebben het afgelopen jaar, geen recent middelenmisbruik en er moest bewijs zijn van trouw aan de huidige behandeling.

Van de 35 deelnemers werd bij 18 de gebruikelijke behandeling voortgezet, 17 kregen intermitterende dosering (dezelfde dosis om de dag gegeven). Om de studie dubbelblind te houden werd waar nodig placebo voorzien. Patiënten werden een halfjaar gevolgd, waarbij om de 2 weken psychiatrische symptomen en bijwerkingen beoordeeld werden.

De totale scores op de 'Brief Psychiatric Rating Scale' over het verloop van de studie verschilden niet tussen de twee groepen. Behalve naar opnamen werd ook gekeken naar recidief, gedefinieerd als 20% toename van symptomen. Intermitterende dosering bleek niet gepaard te gaan met meer recidief. Dat patiënten enigszins verbeterden gedurende de studie kan het gevolg zijn van de opgelegde structuur en het regelmatige patiëntencontact.

Auteurs stellen op grond van hun studie geen dagelijkse, maar regelmatige dosering voor met een interval van maximaal 48 uur. Newton e.a. (1989) vonden bij een regime met wekelijks medicatievrij weekend een vergelijkbaar resultaat. Wat echter een veilig interval is, blijft voorlopig onduidelijk en is vermoedelijk ook niet voor elke patiënt hetzelfde. Daarnaast moet nog blijken of er verschillen zijn tussen de antipsychotica en de snelheid waarmee ze gemetaboliseerd worden.

Auteurs stellen dat we de bevindingen moeten bekijken in de context van de beperkingen van de studie, in de eerste plaats de kleine patiëntenpopulatie. Daarnaast moeten we in ons achterhoofd houden dat deze studie wat betreft bijwerkingen geen betere resultaten laat zien. Zodoende is het nodig voorzichtigheid te hanteren bij het vertalen van deze resultaten naar de klinische praktijk. Bovendien is om de dag medicatie nemen misschien moeilijker dan dagelijks.

Deze studie stelt het dogma van dagelijkse dosering (en soms zelfs meermalen per dag) van antipsychotica ter discussie. Afgelopen jaren zagen we echter eerder een verschuiving naar gebruik van preparaten met vertraagde afgifte om continue blootstelling te bereiken. Daarnaast bestaat er toenemende focus op depotantipsychotica. Maar gaan we daarmee dan niet net de verkeerde kant op?

LITERATUUR

- Newton JE, Cannon DJ, Couch L, Fody EP, McMillan DE, Metzger WS, e.a. Effects of repeated drug holidays on serum haloperidol concentrations, psychiatric symptoms, and movement disorders in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1989; 50, 132-5.
- Remington G, Seeman P, Feingold A, Mann S, Shammi C, Kapur S. 'Extended' antipsychotic dosing in the maintenance treatment of schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2011; 72: 1042-8.

AUTEURS

LINDA VAN DIERMEN, arts in opleiding tot psychiater, Universiteit Antwerpen.

HERMAN HAEZAERT, psychiater PAAZ en coördinator CASPA, AZ Sint-Maarten Duffel.

Correspondentieadres: dr. Linda Van Diermen, PC St. Norbertus, Stationsstraat 22c, 2570 Duffel, België.

Email: linda.van.diermen@student.ua.ac.be.

Verandering in diagnose gedurende tien jaar na eerste opname wegens een stoornis met psychotische kenmerken

Betrouwbare psychiatrische diagnostiek en stabiliteit van gestelde diagnoses zijn van belang voor een adequate behandeling en goede voorlichting aan patiënten en hun omgeving. Daarnaast zijn ze van grote waarde voor wetenschappelijk onderzoek. De resultaten van genetische associatiestudies kunnen bijvoorbeeld vertekend worden door dat diagnoses over de tijd instabiel zijn.

Bromet e.a. (2011) deden een follow-uponderzoek bij 628 patiënten die voor het eerst werden opgenomen wegens een psychiatrische stoornis met psychotische kenmerken. Het doel was het onderzoeken van de stabiliteit van diagnoses verdeeld over vijf categorieën. Bij opname, na 6 maanden, 2 en 10 jaar werd het 'Structured Clinical Interview for DSM Disorders' afgenomen door ten minste twee psychiaters. Na 10 jaar konden nog 470 (74,8%) patiënten van het cohort onderzocht worden.

Bij opname was de verdeling van de diagnoses: 29,6% stoornis uit het schizofreniespectrum, 21,1% bipolaire stoornis, 17,0% psychotische depressie, 4,5% middelengeïnduceerde psychose en 27,9% andere psychotische stoornissen. Het aandeel schizofreniespectrumstoornis steeg in 10 jaar van 29,6 naar 49,8% en dat van bipolaire stoornis van 21,1 naar 24,0%. De opnamediagnoses schizofrenie en bipolaire stoornis veranderden in de loop van tijd het minst: respectievelijk 89,2 en 77,8% van de patiënten hield de oorspronkelijke diagnose. De diagnoses depressieve stoornis en bipolaire stoornis converteerden in 10 jaar bij respectievelijk 30 en 15% naar schizofrenie. De belangrijkste factoren hierbij waren een daling van de score op de 'Global Assessment of Functioning' (GAF) en een toename van positieve en negatieve symptomen. Tijdens het onderzoek nam de diagnostische onzekerheid af: de groep met 'andere psychotische stoornissen' daalde van 110 (bij aanvang) naar 38 patiënten (na 10 jaar). Slechts de helft van de patiënten had op alle meetmomenten dezelfde diagnose.

Als beperkingen van deze studie noemen auteurs onder andere dat de resultaten niet volledig generaliseerbaar zijn naar niet-opgenomen patiënten en/of patiënten zonder psychotische stoornis. Verder is door de lange tijd tussen de 3de en de 4de meting niet te achterhalen wanneer in die periode een conversie heeft plaatsgevonden. Mogelijk veranderen na bijvoorbeeld 5 jaar de meeste diagnoses niet meer. De studie is volgens ons overtuigend door de lange follow-up, het grote aantal deelnemers en de zorgvuldige diagnostische procedure.

Dat in dit onderzoek na 10 jaar meer dan de helft van de diagnoses is gewijzigd, vinden wij van grote betekenis voor de klinische praktijk. Het is van belang gestelde diagnoses systematisch te heroverwegen, gebruikmakend van beloopinformatie. Het is de vraag of dit in onze dagelijkse praktijk voldoende gebeurt.

Een mogelijke verklaring voor de conversies richting het schizofreniespectrum is dat diagnostici in de vroege fase diagnoses met een slechte prognose vermijden. Opvallend was dat de helft