

Quetiapine versus haloperidol in de behandeling van delirium

Haloperidol is in richtlijnen het preparaat van eerste keuze bij de behandeling van delirium (Van der Mast e.a. 2004). Er bestaat echter een toenemende evidentie voor een vergelijkbaar effect van atypische antipsychotica. In principe brengen atypische antipsychotica minder extrapyramidale symptomen (EPS) met zich mee (Leucht e.a. 2013). Er zijn aanwijzingen dat quetiapine effectief is in de behandeling van delirium, maar er werden tot op heden nog geen studies uitgevoerd met vergelijking met een actieve component.

Maneeton e.a. (2013) verrichtten een dubbelblinde, gerandomiseerde en gecontroleerde studie. De trial duurde per patiënt 7 dagen. De volgende uitkomstmaten werden gebruikt: *Delirium Rating Scale revised-98* (DRS-R-98), totale slaapduur, de *Clinical Global Impression, Improvement* en de *Modified Simpson-Angus Scale*. 52 patiënten, van wie 35 mannen en 17 vrouwen, werden gerandomiseerd. Ze kregen ofwel quetiapine 25-100 mg per dag ofwel 0,5-2 mg haloperidol. De dosis werd aangepast op basis van het klinische beeld. Er werden strenge exclusiecriteria toegepast. Zo werden patiënten geëxcludeerd die een delirium kregen ten gevolge van alcoholonthouding, patiënten met leverfalen of patiënten die reeds een antipsychoticum innamen.

De primaire uitkomstmaat (DRS-R-98) en totale slaapduur waren niet significant verschillend. Hypersomnie was niet-significant hoger in de quetiapinegroep. De oorzaak van de uitval (zoals extrapyramidale symptomen) verschilde niet significant tussen beide groepen.

Doordat er vele exclusiecriteria gebruikt werden, is de vraag of deze studie representatief is voor de dagelijkse klinische praktijk. Belangrijke patiëntengroepen werden immers uitgesloten. Verder is de gebruikte dosis haloperidol laag en mogelijk vormt deze een verklaring voor het afwezige verschil op het vlak van extrapyramidale symptomen. De auteurs noemen niet uitdrukkelijk of ze voor de gekozen dosering gebruikmaakten van concordantieta-bellen. Er dient tevens rekening gehouden te worden met de etnische afkomst van de deelnemers. De bevindingen in een Aziatische populatie kunnen volgens de auteurs immers niet volledig geëxtrapoleerd worden naar de blanke populatie, onder meer wegens de lagere lichaams-massa. Zelf geven de onderzoekers verder aan dat de duur van de slaap werd gemeten, maar niet de kwaliteit ervan. In deze studie werd geen voordeel aangetoond voor queti-

apine. Haloperidol blijft voorlopig het eerstekeuze-preparaat. Het middel is effectief, in diverse vormen beschikbaar en goed bekend bij klinici. Er zijn beperkte anticholinerge neveneffecten en het is relatief veilig bij cardiaal belaste patiënten (Leucht e.a. 2013). Quetiapine heeft echter wel een meerwaarde bij de behandeling van delirium bij patiënten die lijden aan de ziekte van Parkinson of lewy-lichaampjesdementie (Van der Mast e.a. 2004), gezien de kleinere kans op extrapyramidale symptomen (Leucht e.a. 2013). Verder onderzoek naar de rol van atypische antipsychotica bij delirium is noodzakelijk. Voor een degelijke meta-analyse zijn er momenteel immers nog onvoldoende data ter beschikking.

LITERATUUR

- Maneeton B, Maneeton N, Srisurapanont M, Chittawatanarat K. Quetiapine versus haloperidol in the treatment of delirium: a double-blind, randomized, controlled trial. *Drug Des Devel Ther.* 2013; 7: 657-67.
- Mast RC van der, Huyse FJ, Droogleeve Fortuijn HA, Heeren TJ, Izaks GJ, Kalisvaart CJ, e.a. Richtlijn delirium. Amsterdam: Boom; 2004.
- Leucht S, Cipriani A, Spinelli L, Mavridis D, Örey D, Richter F, e.a. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013; 382: 951-62.

AUTEURS

LOUISE BROKKING, arts in opleiding tot psychiater, Universitaire Ziekenhuisdienst Psychiatrie, Campus Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen (UA).

FILIP VAN DEN EEDE, medisch coördinator, Universitaire Ziekenhuisdienst Psychiatrie, Campus Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA); deeltijds docent CAPRI, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UA.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Louise Brokking, Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel, Stationsstraat 22c, 2570 Duffel, België.
E-mail: louise.brokking@student.uantwerpen.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.



ARTIKEL

