

Van oude pillen, de dingen die voorbijgaan

T. BIRKENHÄGER



De lezers van wat oudere romans onder u hadden meteen gezien dat ik deze titel heb geleend van de Haagse schrijver Louis Couperus. De titel is ook ontleend aan een symposium dat ongeveer 5 jaar geleden werd georganiseerd door enkele psychiaters uit Brugge.

Zij organiseerden het symposium 'Van oude psychofarmaca, de dingen die nog duren', waarin psychofarmaca werden besproken die volgens de organisatoren (te) weinig werden voorgeschreven, ondanks een grote effectiviteit. Hun motief om dit symposium te organiseren was bezorgdheid over afnemende bekendheid en afnemend gebruik van deze 'oude' psychofarmaca. Inmiddels deel ik hun bezorgdheid in ieder geval voor één groep psychofarmaca die op dat symposium werd besproken: de tricyclische antidepressiva (TCA's).

Desipramine: geruisloos van de markt

Zo verdween in 2002 desipramine geruisloos van de markt, mogelijk doordat het de producent te weinig winst opleverde. Voor psychiaters was dit een verlies, omdat desipramine één van de drie TCA's is (naast imipramine en nortriptyline) (Perry e.a. 1994) waarvan betrouwbare referentiewaarden voor de plasmaspiegel bekend zijn. Weliswaar lijkt desipramine in farmacologisch opzicht op nortriptyline (allebei remmen ze voornamelijk de heropname van noradrenaline, zijn minder sederend en hebben minder anticholinerge effecten dan de andere TCA's), toch kan men er niet van uitgaan dat ze inwisselbaar zijn. Dit kan een incident zijn geweest, maar het feit dat de verdwijning van desipramine nauwelijks reacties oproep, kan ook een aanwijzing zijn dat TCA's toen al groten-deels 'uit de pen waren verdwenen'.

Een andere oorzaak voor het afnemende gebruik van TCA's is de opkomst van de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) en andere 'moderne' antidepressiva geweest. In mijn eigen opleidingstijd, bijna dertig jaar geleden, waren TCA's nog de enige antidepressiva die beschikbaar waren. Fluvoxamine was toen net op de markt, maar daar werd slechts in geringe mate reclame voor gemaakt. De marketing van de volgende SSRI's die op de markt kwamen, fluoxetine en paroxetine, was veel en veel sterker en daardoor ook erg succesvol.

Vervolgens kwamen er in de jaren negentig nog een aantal SSRI's bij. Dit heeft tot gevolg gehad dat psychiaters gedurende minstens 15 jaar veel artsbezoekers zagen en reclamefolders over SSRI's ontvingen, terwijl zij uiteraard nooit post over TCA's kregen.

Ambulant instellen op een TCA

Enige tijd geleden superviseerde ik een poliklinische intake die werd gedaan door een derdejaars aios. Zij had eerder vier maanden als oudste coassistent en later een half jaar als aios op de depressie-unit van ons ziekenhuis (Erasmus MC) gewerkt en functioneerde bovengemiddeld. Zij heeft tijdens die stages ook regelmatig patiënten met een depressie op een TCA ingesteld.

Tijdens het intakegesprek zagen wij een 60-jarige vrouw met een depressie met interesseverlies, een slechte eetlust, gewichtsverlies, een dagschommeling en zichtbare vertraging van de psychomotoriek. Er was geen sprake van suïcidali- teit of psychotische kenmerken. Zij maakte een intelligente indruk en had een redelijk sterk sociaal systeem. Wij concludeerden dat er bij patiënte sprake was van een depressie met melancholische kenmerken en dat er een indicatie was voor een behandeling met een TCA (Anderson 2000; van den Broek e.a. 2004). Vervolgens stelde de aios voor om patiënte hiervoor op te nemen op de klinische depressie-unit. Ik was hier nogal verbaasd over omdat ambulante behandeling zeker mogelijk leek en ik geen indicatie zag voor een klinische opname. Desge- vraagd zei zij dat zij dacht dat TCA's niet ambulant werden ingesteld. Als het voor een aios met ervaring op een klinische depressieafdeling al zo'n grote stap is om een patiënt ambulant op een TCA in te stellen, hoe zal dat dan zijn voor aiossen die hun klinische stage op een gesloten opnameafdeling heb- ben gedaan? Ik verwacht dat voor hen deze keus nog minder voor de hand ligt. Zij zullen tijdens hun klinische stage zelden of nooit een patiënt op een TCA hebben ingesteld en op een polikliniek zijn patiënten met een depressie met melancholische kenmerken relatief zeldzaam (Stage e.a. 1998), dus daar kan men de grote meerderheid van de patiënten prima met een SSRI behandelen.

Angst voor voorschrijven TCA's

Soms speelt ook de angst dat een patiënt zich door een overdosis van het anti- depressivum te nemen zal kunnen suïcideren. Dit is inderdaad mogelijk met een overdosis van een TCA, terwijl het vrijwel onmogelijk is met een overdosis van een SSRI. Toch is dit geen goed argument tegen het behandelen met een TCA. Uit een wat ouder onderzoek (Isometsä e.a. 1994) blijkt dat slechts 8% van de patiënten die met antidepressiva werden behandeld in de periode dat ze suïcide pleegden, hiervoor (onder andere) hun antidepressiva gebruikten, terwijl de meerderheid van de patiënten geen adequate behandeling met antidepressiva kreeg. De boodschap van deze auteurs was dat het vooral belangrijk is om de depressie goed te behandelen, om zodoende suïcide te voorkomen.

Met de al gememoreerde opkomst van de SSRI's in de jaren negentig groeide wellicht ook de angst voor het ontstaan van hartritmestoornissen tijdens het gebruik van TCA's. Weliswaar is het instellen van een TCA alleen problematisch bij patiënten met reeds bestaande specifieke hartritmestoornissen, maar het brengt wel een dilemma met zich mee: wel of geen ecg maken voor de start van behandeling met een TCA? Doe je het wel, doe je het niet, of alleen bij patiënten ouder dan 50 jaar? En als je het doet, hoe zorg je dan, vanuit een perifere ggz- instelling, dat het ecg snel beoordeeld wordt?

Een dergelijk dilemma zou ervoor kunnen zorgen dat de behandelaar maar liever afziet van een behandeling met een TCA.

Besluit

De zorg van de collega's uit Brugge (van wie ik de titel van dit redactioneel heb geleend), en inmiddels ook mijn zorg, is dat een effectieve behandeling voor ernstige depressies in onbruik lijkt te geraken.

LITERATUUR

- Anderson IM. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord* 2000; 58: 19-36.
- Broek WW van den, Birkenhäger TK, Mulder PG, Bruijn JA, Moleman P. A double-blind randomized study comparing imipramine with fluvoxamine in depressed inpatients. *Psychopharmacology (Berl)* 2004; 175: 481-6.
- Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 530-6.
- Perry PJ, Zeilmann C, Arndt S. Tricyclic antidepressant concentrations in plasma: an estimate of their sensitivity and specificity as a predictor of response. *J Clin Psychopharmacol* 1994; 14: 230-40.
- Stage KB, Bech P, Gram LF, Kragh- Sørensen P, Rosenberg C, Ohrberg S. Are in-patient depressives more often of the melancholic subtype? Danish University Antidepressant Group. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 432-6.

AUTEUR

TOM BIRKENHÄGER, psychiater, afd. Psychiatrie, Erasmus MC Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Tom Birkenhäger, afd. Psychiatrie, Erasmus MC, 's-Gravendijkwal 230, 3014 CE Rotterdam.
E-mail: t.birkenhager@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Old drugs, things that pass