

Hormonale farmacotherapie: balanceren tussen politiek en evidence-based medicine

P. J. A. VAN PANHUIS

Het is verheugend dat Hoogeveen & Van der Veer en daarmee het *Tijdschrift voor Psychiatrie* in dit nummer aandacht besteden aan de zeer complexe problematiek van de hormonale farmacotherapie bij zedendelinquenten. Immers, hoewel in aantal beperkt, gaat het om zaken die een omgekeerd evenredige hoeveelheid maatschappelijke aandacht trekken. Het artikel van Hoogeveen & Van der Veer (2006) spitst zich toe op de bijwerkingen osteopenie en osteoporose van deze middelen. Terrecht stellen zij dat een strak protocol, waarvan consultatie van een endocrinoloog deel uitmaakt, hier noodzakelijk is.

Dit was ook de conclusie van de multidisciplinair samengestelde groep deskundigen die in 2003 advies over deze materie aan het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie uitbracht. Hoogeveen & Van der Veer stellen echter dat de in het protocol opgenomen meting van (veranderingen in) botmineraaldichtheid onvoldoende is om iatrogene bijwerkingen van deze medicatie op het spoor te komen. Zij bepleiten de protocolaire monitoring uit te breiden met het volgen van biochemische parameters (25-hydroxy-vitamine D, PINP (type-I-procollageen) en CTx (carboxy-terminaal propeptide type-I-collageen)). Ze ontlenen hun conclusies vooral aan onderzoeksliteratuur, waaronder gecontroleerde gerandomiseerde trials met betrekking tot identieke hormonale farmacotherapie bij patiënten met prostaatacarcinoom. Ze wijzen op het spanningsveld van belangen bij deze laatste behandelingen (bijwerkingen versus levensduur) en betreuren dat gecontroleerde en gerandomiseerde trials bij seksueldelinquenten ontbreken. Daarmee zijn de twee

dilemma's geschetst waarop ik in deze reactie wil ingaan: belangenafwegingen en het ontbreken van gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken in de forensische psychiatrie (het laatste is een vaker gehoord bezwaar).

Om met dit laatste punt te beginnen. Wat moet men bij zedendelinquenten gerandomiseerd en gecontroleerd meten: fantasieën, seksueel getinte uitlatingen, plethysmografische reacties (van hand of van penis?) bij bepaalde afbeeldingen (films?)? Dit alles is niet direct schadelijk voor anderen en nog minder strafbaar. Recidive is in de forensische psychiatrie het enige harde 'eindpunt' dat telt, en dat kan moeilijk in een gerandomiseerde, gecontroleerde trial worden ingepast.

En wat betreft het andere punt: belangenafwegingen krijgen andere dimensies als men weet dat bijwerkingen van een dergelijke medicatie sneller en vaker optreden dan altijd was aangenomen. Echter, bij deze behandelingen worden indicaties over de betreffende populatie niet lichtvaardig gesteld en wordt altijd al een protocol gevolgd. De Nederlandse tbs-klinieken geven patiënten nooit een dergelijke therapie zonder voorafgaande en flankerende uitgebreide psychosociale en leertherapeutische cotherapieën. Dit is mij gebleken op basis van het klinisch overzicht dat ik heb in de hoedanigheid van psychiatrisch veiligheidsadviseur bij het ministerie van Justitie. Vaak gaat het om een laatste poging om blijvende plaatsing in een tbs-instelling (*longstay*) te voorkomen en toch een resocialisatietraject in te zetten.

Hiermee is het spanningsveld van belangenafweging geschetst. Recidivegevaar is de andere pool in dit spanningsveld. Zo'n resocialisatie kan

evenwel nooit alleen aan de zijden draad van de centraal aangrijpende hormonale farmacotherapie hangen. Als de focus van aandacht en seksuele streving hierdoor niet tijdelijk zo veranderd kan worden dat flankerende behandelingen zoden aan de dijk zetten en dus náást de hormonale behandeling risicoverlagend gaan werken, is longstay-tbs niet te vermijden (Commissie Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2003; Zonana e.a. 1999). De duur van de behandelingen met hormonale farmacotherapie wordt in veel gevallen al beperkt juist door de bijwerking van botontkalking.

Het artikel van Hoogeveen & Van der Veer maakt duidelijk dat afwegingen nog meer op het scherp van de snede moeten worden gemaakt. De bovengegeven schets van afwegen van belangen maakt echter ook duidelijk dat díe afweging het ook verdient om daadwerkelijk gemaakt te worden. Voor de betrokkenen is het inzetten van dit middel vaak een (laatste) kans op maatschappelijk verder functioneren.

LITERATUUR

- Hoogeveen, J.H., & van der Veer, E. (2006). Bijwerkingen van farmacotherapie met de langwerkende gonadoreline (GnRH) agonist triptoreline bij parafilie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 111-115.
- Commissie Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2003). *Antihormonale farmacotherapie bij seksuele delinquenten*. Notitie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Zonana, H., Abel, G., Bradford, J., e.a. (1999). *Dangerous sex offenders. A task force report of the American Psychiatric Association*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

AUTEUR

P.J.A. VAN PANHUIS is lid van de directieraad van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie i.o. en psychiatrisch veiligheidsadviseur bij het Ministerie van Justitie.

Correspondentieadres: dr. P.J.A. van Panhuis, FPD Den Bosch, Postbus 26, 5201 AA Den Bosch.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-11-2006.