

Reactie op 'Mifepriston bij de behandeling van de psychotische depressie'

Collega Aalbersberg beschrijft de eerste casus in het Nederlandse taalgebied van een indrukwekkend succesvolle behandeling met mifepriston bij een psychotische depressie. Daarbij geeft hij ook een overzicht van de evidentie voor werkzaamheid van mifepriston bij deze indicatie. Daarnaast blijkt tot nu toe geen gerandomiseerd onderzoek gedaan te zijn. Het is dan ook de vraag waarom bij deze patiënte niet eerst elektroconvulsiotherapie geprobeerd is, terwijl deze volgens de richtlijnen aan de orde was en op veel betere evidentie van werkzaamheid kan bogen (Nolen e.a. 2001; Van den Broek e.a. 2000; Nolen e.a. 1998).

P.F.J. SCHULTE, psychiater

LITERATUUR

- Aalbersberg, C.F. (2003). Mifepriston bij de behandeling van de psychotische depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 109-113.
- Broek, W.W. van den, Huyser, J., Koster, A.M., e.a. (2000). *Richtlijn Elektroconvulsiotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Nolen, W.A., & Hoogduin, C.A. (1998). Beslisbomen bij de behandeling van depressie. In W.A. Nolen & C.A. Hoogduin (Red.) *Behandelingsstrategieën bij Depressie* (pp. 77-80; 127-129). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nolen, W.A., Knoppert-van der Klein, E.A.M., Honig, A., e.a. (2001). *Richtlijn bipolaire stoornissen*. Amsterdam: Boom.

ANTWOORD aan Schulte

Collega Schulte is geschokt omdat bij de behandeling van deze patiënte is afgeweken van de richtlijnen. Er is immers niet eens een gerandomiseerd onderzoek bekend.

Richtlijnen zijn er om verbeterd te worden. De vraag is of er voldoende redenen zijn om bij de behandeling van de psychotische depressie af te wijken van de huidige richtlijnen, dan wel deze aan te passen.

Ten eerste is de behandeling met mifepriston theoretisch beter onderbouwd dan die met elektroconvulsiotherapie (ECT). De ECT is een grove opschudding van veel processen in het brein, waarvan we de aard nog niet in beginsel onder de knie hebben. Het is dus zaak om voor alle indicaties die er nu helaas nog zijn voor ECT, specifiek werkende alternatieven te vinden. Mifepriston heeft één welomschreven actie gemeen met ECT, namelijk een forse stijging van het cortisolgehalte in het brein, en die actie is kennelijk juist datgene wat voor de behandeling nodig is. De behandeling met mifepriston is dus preciezer en specifiek.

Ten tweede zijn de bijwerkingen van mifepriston, in een korte kuur van ongeveer een week, vrijwel nihil. De behandeling met ECT heeft veel, vaak langdurige bijwerkingen. Ik noem hier slechts de effecten op het geheugen (bv. Lisbany e.a. 2000).

Ten derde is de belasting voor de patiënt minimaal. Een ECT-kuur duurt daarentegen toch tenminste een paar weken, veelal in het ziekenhuis doorgebracht. Na de behandeling met mifepriston had deze patiënte na zeven dagen al naar huis gekund. De tweede behandeling in het door mij beschreven geval werd zelfs ambulant uitgevoerd. Patiënte was niet te motiveren voor een opname. Zij was immers slecht en niet ziek. Termen voor een gedwongen opname waren er volgens een onafhankelijk collega niet. Een situatie die ambulant werkende collega's maar al te goed kennen. Voor een kuur tabletten gedurende een week is de patiënt dan vaak nog wel te motiveren, zoals ook in dit geval.

Ten vierde: de kosten van deze behandeling zijn een schijntje vergeleken met die van ECT. Deze kuur van een week kostte ongeveer € 200,-.

Tot slot: de eerste behandeling die dit snelle en specifieke effect van mifepriston aantoonde, werd al in 1991, nota bene in Nederland, beschreven (Van der Lely e.a. 1991). Het is zonde dat we zo lang hebben moeten wachten op een vervolg hierop.

Gezien de resultaten van het tot nog toe gepubliceerde onderzoek, waarbij mifepriston

overigens ook werkzaam bleek bij langdurige therapieresistentie, vind ik dat er voldoende grond is om ervaring op te gaan doen met dit middel. Star richtlijnen volgen is dodelijk voor richtlijnen. Ter geruststelling van collega Schulte: dubbelblind gerandomiseerd onderzoek bij deze patiëntengroep, hoewel moeilijk te realiseren door de aard van de aandoening, wordt in het laatste artikel van Belanoff e.a. al aangekondigd (Belanoff e.a. 2002).

C.F. AALBERSBERG

LITERATUUR

- Aalbersberg, C.F. (2003). Mifepriston bij de behandeling van de psychotische depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 109-113.
- Belanoff, J.K., Rothschild, A.J., Cassidy F., e.a. (2002). An open label trial of C-1073 (mifepristone) for psychotic major depression. *Biological Psychiatry*, 52, 386-392.
- Lisbandy, S.H., Maddox, J.H., Prudic, J., e.a. (2000). The effects of electroconvulsive therapy on memory of autobiographical and public events. *Archives of General Psychiatry*, 57, 581-590.
- Lely, A.J. van der, Foeken, K., van der Mast, R.C., e.a. (1991). Rapid reversal of acute psychosis in the Cushing syndrome with the cortisol-receptor antagonist mifepristone (RU 486). *Annals of Internal Medicine*, 114, 143-144.