

AUTEURS

WENIKA SOEBHAG, arts in opleiding tot psychiater.

HANS HOVENS, psychiater en opleider, Delta Psychiatrisch Ziekenhuis, Poortugaal.

Correspondentieadres: wenika.soebhag@deltapsy.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Antipsychoticagebruik beïnvloedt weefselverlies in de hersenen

Patiënten met schizofrenie hebben afwijkende hersenvolumes vergeleken met controlegroepen personen zonder deze stoornis; deze hersenafwijkingen nemen toe met duur van de ziekte. Het versnelde verlies van grijze stof en de toename van liquorbevattende hersenhouten kunnen het gevolg zijn van de ziekte zelf, maar ook van langdurig gebruik van antipsychotica. Dierstudies toonden eerder een reductie in hersenmassa van 8-11% ten gevolge van gebruik van antipsychotica.

Ho e.a. (2011) gebruikten gegevens van het grootste beschikbare cohort van patiënten met schizofrenie bij wie herhaalde MRI-metingen waren verricht en die gevolgd waren vanaf de eerste ziekenhuisopname. Van 211 patiënten waren meerdere MRI-scans beschikbaar, met een gemiddelde van 3 scans per persoon over een follow-upperiode van 7,2 jaar. De auteurs gebruikten een analysevorm waarbij zij corrigeerden voor herhaalde metingen bij dezelfde personen en relateerden hersenvolumeveranderingen aan behandeling met antipsychotica, ernst van de ziekte en alcohol- en drugsgebruik. Daarnaast werd een interactieterm van antipsychoticagebruik met de tijd getest.

De resultaten lieten een afname in totaal hersenvolume en grijzestofvolumes over de tijd zien, alsmede een toename van het ventriculair volume. Ook basale ganglia werden kleiner. In een vervolgpublishatie toonde dezelfde groep deze leeftijdsafhankelijke veranderingen, zij het in mindere

mate, ook aan bij een controlegroep zonder schizofrenie (Andreasen e.a. 2011). Antipsychoticagebruik was, ook gecorrigeerd voor ernst van de ziekte, significant gerelateerd aan hersenvolumes. Naarmate een patiënt meer antipsychotica had gebruikt, was het grijzestofvolume kleiner en het putamen groter (hoofdeffect). Bovendien namen het totale hersenvolume en het volume van cerebellum en nucleus caudatus sneller af met de tijd wanneer patiënten waren blootgesteld aan hogere doseringen antipsychotica (interactie-effect). Het ventrikelvolume nam sneller toe bij hogere doseringen antipsychotica.

De ernst van de psychiatrische ziekte had eveneens significante effecten op hersenvolumes. In tegenstelling tot antipsychotica laten de auteurs alleen hoofdeffecten zien en bestudeerden zij geen interactie met de tijd.

De belangrijkste beperking in deze studie is dat *confounding by indication* niet kan worden uitgesloten. Hogere doseringen antipsychotica worden gegeven bij ernstiger ziekte en ernstiger ziekte zou evengoed progressie van de hersenafwijkingen over de tijd kunnen verklaren. Statistische controle voor ernst van de ziekte is niet voldoende om dit effect uit te sluiten. Bovendien wordt niet gecorrigeerd voor het interactie-effect tussen ernst van de ziekte en de tijd, waarmee zelfs de statistische controle tekortschiet. Een tweede beperking is de generaliseerbaarheid. Hoewel selectieve uitsluiting van deelnemers door de auteurs opmerkelijk goed wordt genoemd (circa 37%), rapporteerden de onderzoekers van de betreffende *Iowa Longitudinal Study* in geen van hun artikelen de initiële selectiepercentages. De inclusieperiode besloeg 20 jaar, met een gemiddelde van 20 tot 30 patiënten met een eerste psychose per jaar (totaal 542 patiënten). Het aantal patiënten dat vervolgens meer dan 1 MRI-scan had ondergaan, bedroeg slechts 211. Oververtegenwoordiging van patiënten die veelvuldig werden opgenomen (en tijdens opname weer een studie-MRI ondergingen) en van patiënten die het beste functioneren, kan niet worden uitgesloten.

Ondanks de genoemde beperkingen zijn de resultaten van deze enorme studie belangrijk voor onze bewustwording rondom het voorschrijven van antipsychotica. De huidige toename van off-label-gebruik van antipsychotica voor bijvoorbeeld slaapproblemen, alsmede het voorschrijven aan zwangere vrouwen en kinderen, moet opnieuw ter discussie worden gesteld.

LITERATUUR

Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 128-37.

Andreasen NC, Nopoulos P, Magnotta V, Pierson R, Ziebell S, Ho BC. Progressive brain change in schizophrenia: a prospective longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2011; 70: 672-9.

AUTEURS

SABINE ROZA is arts in opleiding tot psychiater, Erasmus MC, Rotterdam en Bavo Europoort, Rotterdam.

NICO VAN BEVEREN is psychiater, Erasmus MC, Rotterdam.

CHRISTIAN RÖDER is psychiater, Erasmus MC, Rotterdam.

Correspondentieadres: dr. Sabine Roza, Erasmus MC, afd. Psychiatrie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: s.roza@erasmusmc.nl

Strijdige belangen: J.M. van Beveren heeft betalingen ontvangen voor het houden van lezingen van Astra Zeneca, Janssen, Wyeth en Benecke.

Preventie van paniekaanvallen en paniekstoornis bij COPD

Paniekstoornis en -aanvallen komen meer voor bij patiënten met chronisch obstructieve longziekte (COPD) dan in de algemene populatie. Deze hebben invloed op levenskwaliteit en dagelijks functioneren en op de kosten van de gezondheidszorg. Dyspnoe, de hoofdklacht bij COPD, kan door de patiënt gemakkelijk fout geïnterpreteerd worden als catastrofaal. Dit heeft verdere agitatie, nog meer kortademigheid en uiteindelijk paniek tot gevolg.

Livermore e.a. (2010) randomiseerden 41 patiënten met COPD die deelnamen aan een longrevalidatieprogramma; dezen kregen óf 4 sessies cognitieve gedragstherapie (CGT; n = 21) óf routinebehandeling (n = 20). Voor evaluatie gebruikten auteurs vragenlijsten ('Anxiety Disorders Interview Schedule-IV', 'Hospital Anxiety and Depression Scale' (HADS) en 2 op ademhalingsklachten gerichte vragenlijsten) en aantal ziekenhuisopnames na 6, 12 en 18 maanden. De CGT-sessies werden alle door dezelfde persoon gegeven en omvatten psycho-educatie over CGT, effecten van stress en paniek op ademhaling, training in uitdagende disfunctionele gedachten, training in pursed-lip-breathing, bekrachtiging van activiteitenplanning en pacing, een persoonlijk copingplan, en probleemoplossend vermogen en copingstrategieën. Patiënten met paniekstoornis werden geëxcludeerd gezien het preventieve karakter van de studie.

Alle patiënten in de CGT-groep waren zonder paniekaanvallen na de interventie en tot anderhalf jaar nadien. In de controlegroep had 35% minstens 1 paniekaanval na de interventie en 60% minstens 1 paniekaanval in de anderhalf jaar daarna. In de controlegroep kregen 2 patiënten een paniekstoornis. De gemiddelde angstscores (HADS) lagen boven de afkapwaarde in de controlegroep en waren niet klinisch significant in de CGT-groep. De interpretatie van respiratoire symptomen verschilde significant op alle meetpunten in het voordeel van de CGT-groep. Het aantal ziekenhuisop-