

gegevens beschikbaar over het risico op het krijgen van een stemmingsstoornis tijdens of na de zwangerschap bij vrouwen met een stemmingsstoornis in de voorgeschiedenis. Hiermee kunnen de arts en de patiënt een betere afweging maken over het al dan niet continueren van medicatie en andere maatregelen om het risico te verkleinen.

LITERATUUR

- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression. Prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 1071-83.
- Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B. Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *J Affect Disord* 2011; 135: 128-38.
- Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1179-85.

AUTEURS

STEFANIE VAN SAARLOOS, arts in opleiding tot huisarts, Voorschoten.

CARLA HAGESTEIN-DE BRUIJN, psychiater en opleider ziekenhuispsychiatrie, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag.

Correspondentieadres: Stefanie van Saarloos.

E-mail: svansaarloos@gmail.com

Effectiviteit van overschakelen van meerdere antipsychotica naar monotherapie

Tot 50% van de patiënten met schizofrenie wordt behandeld met meer dan één antipsychoticum, hoewel de wetenschappelijke onderbouwing hiervoor gering is. Polyfarmacie kan leiden tot een toename van bijwerkingen en een afname van therapietrouw (Barnes e.a. 2011).

Essock e.a. (2011) vergeleken de risico's en voordelen van het overschakelen op monotherapie met het voortzetten van polyfarmacie. Hiervoor includeerden de auteurs 127 patiënten met schizofrenie of schizoaffectieve stoornis die minstens 3

maanden stabiel waren met een behandeling met 2 antipsychotica. Indien quetiapine werd genomen, diende de dosis minstens 100 mg te zijn om slaapgerelateerde indicaties te excluderen. De patiënten werden gerandomiseerd om ofwel de huidige therapie voort te zetten (n = 62), ofwel over te schakelen op monotherapie (n = 65). Van de 114 patiënten die de toegewezen behandeling startten, kwamen er 56 in de polyfarmaciegroep en 58 in de monotherapiegroep. De studie duurde 6 maanden, met een follow-up van 6 maanden.

De primaire uitkomstmaat was de tijd tot discontinuatie van het huidige medicatieschema. De secundaire uitkomstmaten waren het aantal opnamen, de veranderingen in positieve en negatieve symptomen, gemeten met de 'Positive and Negative Syndrome Scale' (PANSS), en bijwerkingen, gemeten met de 'Abnormal Involuntary Movement Scale' (AIMS), de 'Simpson-Angus Rating Scale', de 'Arizona Sexual Experience Scale' en de 'Subjective Side Effect Rating Scale'. Deze werden op 6 momenten na de start van de studie nagegaan: na 2 weken en na 1, 3, 6, 9 en 12 maanden. De afnemers waren geblijnd. Ook werden gemeten: bloeddruk, pols, lengte, gewicht, buik- en heupomtrek, serumwaarde prolactine, lipidenprofiel en glucosewaarden in bloed en urine.

De tijd tot discontinueren van het huidige medicatieschema was bij de groep met monotherapie significant korter dan bij de andere groep (p < 0,05). Aan het einde van de studie was 31% van de groep met monotherapie veranderd van medicatieschema, tegenover 14% van de groep met polyfarmacie. Redenen hiervoor waren voornamelijk een toename van symptomen, voorkeur van de patiënt en bijwerkingen.

Bij de analyse van de secundaire uitkomstmaten waren er tussen de twee groepen geen significante verschillen in de totale PANSS-score, aantal opnames en het ontstaan van extrapiramidale bijwerkingen, tardieve dyskinesie en seksuele bijwerkingen. Er was wel een significante (p = 0,05) afname van *body-mass index* (BMI) in de groep met monotherapie.

Hoewel voortzetting van het huidige medicatieschema superieur bleek aan het overschakelen naar monotherapie, merken de auteurs op dat bij de meerderheid (69%) de switch naar monotherapie wél succesvol is, met een afname in BMI. De resultaten roepen echter ook enkele vragen op: er was geen verschil in PANSS-scores tussen de twee groepen, hoewel voortzetten van polyfarmacie superieur bleek en een toename van symptomen de frequentste reden was voor de stopzetting van monotherapie. We vragen ons af of een minimale dosis van 100 mg quetiapine effectief slaapgerelateerde indicaties uitsluit. Overschakelen op monotherapie blijkt bovendien niet gepaard te gaan met een vermindering van bijwerkingen, behalve een afname in BMI. Dit kan mogelijk vooral samengaan met het overschakelen op monotherapie met een middel dat geen gewichtstoename geeft. Er werd niet vermeld of in deze studie de BMI-afname samenhang met het gebruik van bepaalde middelen.

Obesitas is een belangrijke cardiovasculaire risicofactor en gewichtsverlies kan dit cardiovasculaire risico verminderen (Lavie e.a. 2009). Hierdoor kan het overschakelen naar monotherapie alsnog belangrijke voordelen bieden, vooral bij patiënten met obesitas en een hoog cardiovasculair risico.

LITERATUUR

- Barnes TR, Paton C. Antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: benefits and risks. *CNS Drugs* 2011; 25: 383-99.
- Essock SM, Schooler NR, Stroup TS, McEvoy JP, Rojas I, Jackson C, e.a. Effectiveness of switching from antipsychotic polypharmacy to monotherapy. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 702-8.
- Lavie CJ, Milani RV, Ventura HO. Obesity and cardiovascular disease: risk factor, paradox, and impact of weight loss. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53: 1925-32.

AUTEURS

PETER NIEMEGEERS, arts in opleiding tot psychiater, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen.

BERNARD SABBE, psychiater en hoogleraar, PC Sint-Norbertushuis, Duffel en CAPRI, Antwerpen.

GEERT DOM, psychiater, PC Broeders Alexianen te Boechout en het CAPRI, Antwerpen.

Correspondentieadres: Peter Niemegeers, PC Sint-Norbertushuis, Stationsstraat 22C, 2570 Duffel, België.

E-mail: peter.niemegeers@ua.ac.be