

A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotica after first hospitalisation for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 603-9.

AUTEUR

SUZETTE PEETOOM, arts in opleiding tot psychiater, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen.

Correspondentieadres: Suzette Peetoom, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen, Postbus 30.001 9700 RB Groningen.

E-mail: s.a.peetoom@umcg.nl

Risico op een affectieve stoornis tijdens en na de zwangerschap

Al sinds de oudheid wordt het probleem van stemmingsstoornissen en psychosen tijdens en na de zwangerschap erkend. Uit de literatuur blijkt dat prevalentiecijfers van stemmingsstoornissen tijdens de zwangerschap en post partum variëren (6,5-19,2%), afhankelijk van de inclusiecriteria en screeningsinstrumenten (Gavin e.a. 2005). Grote representatieve onderzoeksgroepen ontbreken. Het risico op een episode is post partum groter dan tijdens de zwangerschap. Dit is van belang bij de complexe afwegingen betreffende de behandeling, waarbij men te maken heeft met potentieel teratogene bijwerkingen door medicatie versus potentiële ongunstige effecten van de ziekte van de moeder op de neonatale ontwikkeling zonder behandeling.

Viguera e.a. (2011) onderzochten het risico op het krijgen van stemmingsstoornissen tijdens de zwangerschap en gedurende 6 maanden na de partus. Zij onderzochten daartoe retrospectief 2252 zwangerschappen bij 1162 vrouwen tijdens de periode van 1980 tot 2010. Deze vrouwen werden verwezen naar perinatale zorgprogramma's in ziekenhuizen in Boston (10%), Cagliari (47%) en Rome (43%) en hadden een voorgeschiedenis van tweedelijnsbehandeling voor een stemmingsstoornis (bipolair I, bipolair II of unipolair). Het type stemmingsstoornis tijdens de zwangerschap en post partum werd onderzocht.

Van de vrouwen met een bipolaire stoornis had 23% een stemmingsstoornis tijdens de zwangerschap en 52% post partum. Voor de vrouwen met een unipolaire depressie was dit 4,6 respectievelijk 30%. Depressie kwam het meeste voor.

Tevens werd gekeken naar de risicofactoren voor het krijgen van een stemmingsstoornis tijdens en na de zwangerschap. De belangrijkste waren: jonge leeftijd bij het ontstaan van de stoornis, een bipolaire stoornis in de voorgeschiedenis, een voorgeschiedenis met een stemmingsstoornis tijdens of na de zwangerschap en het krijgen van minder dan vier kinderen. Voor een episode tijdens de zwangerschap was ongehuwd zijn een risicofactor, voor een post-partumepisode was een hoger educatieniveau opvallend genoeg een risicofactor.

De auteurs noemen als belangrijkste tekortkomingen: de relatieve afwezigheid van meerdere zwangerschappen, selectiebias door verwijzing naar de tweede lijn, het retrospectieve karakter en het gebrek aan vergelijking met niet-zwangeren. Als sterke punten benoemen zij de grootte en het multinationale karakter van de onderzoeksgroep.

Dit betreft een groot kwantitatief onderzoek naar het risico op een stemmingsstoornis tijdens en na de zwangerschap. De resultaten moeten met voorbehoud geïnterpreteerd worden. Hoewel de onderzoeksgroep een multinationale studie claimt, komt 90% van de patiënten uit Italië. Le Strat e.a. (2011) vonden een veel lager prevalentiecijfer (12,4%) van depressie tijdens en na de zwangerschap. Beide onderzoeken zijn retrospectief en omvatten een groot cohort. Viguera e.a. onderzochten het onderscheid tussen zwangerschap en de post-partumperiode bij vrouwen met een depressie in de voorgeschiedenis. Le Strat e.a. includeerden ook vrouwen zonder psychiatrische voorgeschiedenis en keken ook naar het verschil in risico met niet-zwangeren.

De auteurs hebben getracht risicofactoren te identificeren voor het krijgen van een stemmingsstoornis tijdens en na de zwangerschap. Deels waren deze factoren al bekend, deels is de klinische relevantie wat minder en de interpretatie wat zwak. Met deze studie zijn recente kwantitatieve

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 geblindeerd. 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.