

Jongvolwassene met autisme en verhoogd somatisch risico die weigert mee te werken aan bloedonderzoek bij antipsychoticagebruik

J. HARLAAR, I.L. GELDERBLOM, A. VAN DER SIJDE, D. BASTIAANSEN

SAMENVATTING Een 18-jarige jongeman met een autismespectrumstoornis gebruikte antipsychotica in verband met angst en gedragsproblemen, die gepaard gingen met agressie. Familieanamnese en lichamelijk onderzoek wezen op een verhoogd risico voor het metabool syndroom. Aangezien patiënt weigerde mee te werken aan bloedonderzoek ontstond voor behandelaren het dilemma van de keuze tussen voortzetting van de medicatie, met het risico op ernstige somatische bijwerkingen, of stoppen, met als gevolg de waarschijnlijke terugkeer van angstklachten, ernstige gedragsproblemen en agressie. De aanbevelingen voor preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik dienen strikt opgevolgd te worden en goed hulpverlenerschap moet de uitgangspositie zijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)5, 375-379]

TREFWOORDEN antipsychotica, autisme, metabool syndroom

Antipsychotica worden sinds jaren in de kinder- en jeugdpsychiatrie (grotendeels off-label) voorgeschreven, onder andere bij autisme. Het aantal voorschriften van antipsychotica aan kinderen en jongeren is zelfs verdubbeld tussen 2000 en 2007 (bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen 2008; www.sfk.nl). Ze worden ingezet voor verschillende indicaties, maar staan geregistreerd voor gedragsproblemen, tics, psychose en manie (Jensen e.a. 2007). De klassieke antipsychotica werden vanwege de neurologische bijwerkingen verdrongen door de modernere, atypische antipsychotica. Deze hebben echter ook hun bijwerkingen en tegenwoordig wordt bij alle antipsychoticagebruik gesproken van een verhoogd risico op metabole, cardiovasculaire, neurologische en urogenitale complicaties (Bogers e.a. 2009).

Inmiddels zijn er diverse internationale en nationale richtlijnen (bijv. Cahn e.a. 2008; De Hert

e.a. 2009). In Nederland worden de aanbevelingen van het landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl) en van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (www.cbg-meb.nl) en Stoyanova-Beninska e.a. (2011) als leidend gezien.

Cahn e.a. (2008) beschreven in een overzichtsartikel de meest voorkomende somatische complicaties bij antipsychoticagebruik aan de hand van risicoprofielen en gaven daarbij adviezen hoe deze complicaties op te sporen en te behandelen. Belangrijk is systematische monitoring van somatische anamnese en familieanamnese, *body mass index* (BMI), buikomtrek, bloeddruk, pols, glucose- en triglyceridenwaarden. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering daarvan ligt bij de arts die de antipsychotica voorschrijft. De Hert e.a. (2009) bevelen daarnaast aan om bij de keuze van een antipsychoticum rekening te houden met het

somatisch risicoprofiel van de patiënt en ook de huisarts of internist bij de behandeling te betrekken en afspraken te maken over controles.

Overbeek e.a. (2010) hebben de aanbevelingen van Cahn e.a. (2008) aangepast voor antipsychoticagebruik bij kinderen en adolescenten. Zij concludeerden dat gewichtstoename bij antipsychoticagebruik door kinderen ernstiger is dan bij volwassenen en dat bovendien goed onderzoek naar de langetermijnrisico's van metabole afwijkingen ontbreekt. Benadrukt werd dat een medicus een goede afweging moet maken tussen de noodzaak voor het starten van een antipsychoticum en de risico's op metabole bijwerkingen. Ook benadrukten de auteurs dat controles noodzakelijk zijn en niet slechts een vrijblijvende aanbeveling. De dagelijkse klinische praktijk is echter grillig.

In deze bijdrage beschrijven wij een casus van een 18-jarige patiënt met een autismespectrumstoornis die reeds langdurig een antipsychoticum gebruikte op het moment dat wij contact met hem kregen. Hij weigerde laboratoriumonderzoek ondanks een verhoogd risico op somatische complicaties en stelde hiermee het behandelteam voor een dilemma.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 18-jarige jongeman, werd gezien in verband met opname in een beschermde woonvorm. Hij had een langdurige hulpverleningsgeschiedenis die begon op 8-jarige leeftijd. Er was sprake van hevige angsten en forse gedragsproblemen. Daarbij was de draagkracht van het systeem beperkt. Op 12-jarige leeftijd werd de diagnose autistische stoornis gesteld. De intelligentie was gemiddeld. Er volgden deeltijd- en klinische behandelingen; daarbij werd steeds agressief gedrag gemeld.

Als medicatie werd aanvankelijk methylfenidaat gegeven, later gecombineerd met risperidon. In de behandelsetting die voorafging aan de huidige plaatsing (op 16-jarige leeftijd) werd het gebruik van methylfenidaat gestopt en werd de dosering van risperidon verhoogd tot 2 mg 2 dd.

Dit zorgde voor verbetering van de informatieverwerking en vermindering van angsten en gedragsproblemen. In een begripvolle en prikkelarme omgeving waren er weinig problemen.

De familieanamnese vermeldde dat moeder overgewicht en diabetes had, waarvoor ze insuline gebruikte. Oma van moederszijde had een halfzijdige verlamming, waarschijnlijk door een CVA.

Bij het eerste contact na plaatsing in de beschermde woonvorm werd een adipeuze jongeman gezien, die in de één-op-éénsituatie rustig kon vertellen over zijn angsten en prikkelgevoeligheid. Hij gaf aan wat suf van de medicijnen te zijn en zou graag naar een lagere dosering gaan. Het gewicht bedroeg 141,5 kg bij een lengte van 182,5 cm (BMI: 43); tensie 160/110 mmHg, pols 72 regulair. Er werden geen fysieke klachten gerapporteerd.

Op basis van deze bevindingen werd geconcludeerd dat er een verhoogd risico was op het metabool syndroom; in eerste instantie door aanleg, door de medicatie mogelijk versterkt. Er werd een aantal acties uitgezet. De tensie werd na 2 dagen gecontroleerd en was 145/105 mmHg; 4 dagen later: 140/95.

Een ecg werd aangevraagd, evenals bloedonderzoek op leverfuncties, glucose, cholesterol en triglyceriden. Het ecg liet geen afwijkingen zien. Bloedonderzoek werd door patiënt geweigerd, uit angst voor prikken. Uitleg en het aanbod van ondersteuning tijdens het prikken hielpen niet. Aan een uitnodiging voor controle van de bloeddruk gaf patiënt geen gevolg.

Deze houding van de patiënt plaatste de behandelaren voor een dilemma. Om tegemoet te komen aan zijn wens werd de dosering risperidon verlaagd naar 3 mg per dag. Bij een volgend contact gaf hij aan zich minder suf te voelen, hetgeen hij als prettig zei te ervaren. Vanuit de woonvorm werd echter melding gemaakt van een incident waarbij patiënt agressief reageerde in een voor hem onoverzichtelijke prikkelrijke situatie. De dosering van risperidon werd niet veranderd.

In de volgende 2 maanden ondernamen we verschillende pogingen om patiënt te motiveren

voor bloedonderzoek. We legden hem uit wat de risico's waren en dat we als consequentie van het weigeren de medicatie zouden moeten stoppen. Hij begreep het goed, maar bleef bang voor prikken. Ook kreeg hij het advies om een diëtist te raadplegen. Patiënt wilde dat niet en zei zelf aan gewichtsvermindering te gaan werken. Om toch enig zicht op de metabole status te krijgen stelden we als tussenstap voor dat de urine zou worden gecontroleerd op glucose en eiwit. Aanvankelijk weigerde patiënt, maar na veelvuldig aandringen stemde hij toch in. Er werden geen afwijkingen gevonden.

Negen maanden na het eerste contact lukte het om bloed te prikken. Alle geteste waarden (glucose, cholesterol en triglyceriden) vielen in het normale bereik. Bij controle was de tensie 130/90 mmHg. Een gewichtscontrole weigerde patiënt. De volgende stap in deze casus was verandering van medicatie. Patiënt stapte van risperidon over op aripiprazol, hetgeen een gunstig effect op zowel werking als bijwerkingen bleek te hebben. De tensie bleef op aanvaardbaar niveau; het gewicht nam drastisch af.

BESPREKING

In de inleiding van dit artikel stonden we stil bij de aanbevelingen die in de literatuur gedaan worden omtrent het verrichten van somatische controles bij antipsychoticagebruik (Cahn e.a. 2008; Overbeek e.a. 2010). De behandelaren waren zich hier ten tijde van de eerste contacten met patiënt al van bewust, maar zagen zich door de weigering van patiënt om mee te werken aan bloedonderzoek voor een dilemma gesteld. Stoppen met de medicatie zou naar verwacht ernstige angst en agressie doen terugkeren; ermee doorgaan betekende een gerede kans op ernstige somatische complicaties op termijn. Uiteraard werd in de overwegingen de optie meegenomen over te stappen op een ander antipsychoticum, maar omdat risperidon duidelijk een positief effect liet zien, wat van een alternatief niet zeker was en met het risico op terugval, is daar niet direct voor geko-

zen. Bovendien kunnen alle atypische antipsychotica in meer of mindere mate dezelfde bijwerkingen geven en zou hetzelfde dilemma zich voordoen.

In de aanbevelingen in de genoemde artikelen (Cahn e.a. 2008; Overbeek e.a. 2010) wordt niet aangegeven wat te doen bij weigering van somatisch onderzoek door een patiënt. Overbeek e.a. (2010) bevelen weliswaar aan dat een goede afweging moet worden gemaakt tussen de noodzaak voor start van een antipsychoticum en de risico's op metabole bijwerkingen, maar niet wat te doen als de schade van niet voorschrijven even zwaar weegt als de mogelijke schade bij behandelen.

Een uitgebreide literatuurzoektocht leverde geen artikelen op die aan dit dilemma aandacht besteden. Ook als de patiënt zou tekenen voor voortzetting van medicatie, is de psychiater niet ontslagen van zijn of haar verantwoordelijkheid als arts. Een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege benadrukte de verantwoordelijkheid van een psychiater om als arts ook de somatische gezondheidstoestand van zijn patiënt in zijn zorg te betrekken (Crul & Rijksen 2009).

Cahn e.a. (2008) adviseerden om bepaling van nuchter glucose, cholesterol en triglyceriden minimaal jaarlijks te doen. Dat zal bij onze patiënt niet gemakkelijk gaan. Weliswaar was de omzetting naar aripiprazol gunstig, maar ook hiervoor wordt laboratoriumonderzoek geadviseerd en doet het dilemma zich dus opnieuw voor. De clinicus wordt hierbij geconfronteerd met een conflict van plichten en verantwoordelijkheden.

CONCLUSIE

In de klinische praktijk van het voorschrijven van antipsychotica kan de behandelaar voor een ethisch dilemma komen te staan als de patiënt medewerking aan het vereiste somatisch onderzoek weigert, terwijl er wel sprake is van risico op zowel somatische complicaties als ernstige psychiatrische symptomen.

De aanbevelingen voor preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsy-

choticagebruik zijn duidelijk (Cahn e.a. 2008; Overbeek e.a. 2010), maar op dit dilemma gaan auteurs niet in. Wij menen dat de aanbevelingen strikt gevolgd dienen te worden, maar willen daar bij een aantal kanttekeningen plaatsen.

- Allereerst kan bloed prikken voordat de medicatie gestart wordt enige druk op patiënt en familie leggen en heeft men in elk geval uitgangswaarden. Bij overname van een patiënt en in acute situaties kan dat een probleem geven.

- Vervolgens ligt bij een patiënt met een verhoogd risico de keuze voor een middel met een lager risico op het metabool syndroom voor de hand.

- Frequenter uitvoeren van somatische controles, alsmede inschakeling van de huisarts of een internist (zoals aanbevolen door De Hert e.a. 2009) kunnen mogelijk helpen om uit het dilemma te komen.

In het nemen van een beslissing moet goed hulpverlenerschap altijd de uitgangspositie zijn. Intercollegiale consultatie kan ondersteuning bieden in het nemen van een besluit. Ten slotte is het opmerkelijk dat het landelijk kenniscentrum KJP op haar site adviseert om bij kinderen en jeugdigen laboratoriumonderzoek niet standaard te doen, maar op indicatie.

LITERATUUR

- Bogers JPAM, Bakker B, Cohen D. Somatische complicaties bij antipsychoticagebruik: controle en behandeling. *Psyfar* 2009; 4: 21-8.
- Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, de Haan L, Scheepers FE, van Soest MM, e.a. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 579-91.
- Crul BVM, Rijksen WP. Psychiater is dokter. *Uitspraak medisch tuchtcollege. Medisch Contact* 2009; 49: 2050-3.
- Hert M De, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness; position statement from the European Psychiatric Association, supported by the European association of Diabetes and the European Society of Cardiology. *Eur Psychiatry* 2009; 24: 412-24.

- Jensen PS, Buitelaar J, Pandina GJ, Binder C, Haas M. Management of psychiatric disorders in children and adolescents with atypical antipsychotics. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16: 104-20.
- Overbeek WA, De Vroede MAM, Lahuis BE, Hillegers MH, de Graeff-Meeder ER. Antipsychotica en metabole afwijkingen bij kinderen en adolescenten; een literatuuroverzicht en aanbevelingen voor de praktijk. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 311-9.
- Stoyanova-Beninska VV, Wohlfarth T, Isaac M, Kalverdijk LJ, van den Berg H, Gispen-de Wied C. The EU paediatric regulation: Effects on paediatric psychopharmacology in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 565-70.

AUTEURS

- JANNIE HARLAAR, jeugdarts, Yulius Autisme, Dordrecht.
- IZAK GELDERBLOM, kinder- en jeugdpsychiater, Yulius Autisme, Dordrecht.
- AD VAN DER SIJDE, kinder- en jeugdpsychiater en directeur behandelzaken, Yulius Autisme, Dordrecht.
- DENNIS BASTIAANSEN, kinder- en jeugdpsychiater en manager behandelzaken kliniek, Yulius Autisme, Dordrecht.
- Correspondentieadres: Jannie Harlaar, Yulius Autisme, Postbus 753, 3300 AT Dordrecht.
- E-mail: j.harlaar@yulius.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-11-2012.

SUMMARY

An adolescent with autism and a somatic high-risk profile receiving treatment with antipsychotics refuses blood tests – J. Harlaar, I.L. Gelderblom, A. van der Sijde, D. Bastiaansen –

An 18-year-old adolescent with an autism spectrum disorder was on antipsychotic medication for anxiety and aggressive behaviour. From a physical examination and the patient's family medical history there emerged a high-risk profile for the metabolic syndrome. Because the patient refused blood tests the doctors were faced with the dilemma of whether to continue the patient's medication with the risk of severe side effects or whether to stop medication, which could lead to the recurrence of severe behavioural problems and aggressive behaviour. The dilemma is discussed and some recommendations are given.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)5, 375-379]

KEY WORDS antipsychotics, autism, metabolic syndrome