Toxidromen in de huisartsenpraktijk: Herkennen, voorkomen en behandelen van het serotoninesyndroom en het maligne neurolepticasyndroom

Haio: DRIESKENS Carolien , KUL
Promotor: DE LEPELEIRE Jan , KUL
Praktijkopleider: DE LANGHE Ellen , FLAMAING Johan , HERREGODS Marie-Christine , PEETERMANS Willy , VAN NUFFEL Willem , VANGENECHTEN Patricia

Context: Antidepressiva en antipsychotica worden steeds vaker voorgeschreven door huisartsen. Het innemen van deze medicatie kan echter een risico vormen tot het ontwikkelen van een toxidroom, respectievelijk het serotoninesyndroom (SS) en het maligne neurolepticasyndroom (MNS). Deze toxidromen worden onvoldoende herkend door huisartsen, omdat men weinig vertrouwd is met de typische symptomen. Aangezien SS of MNS fataal kan aflopen, speelt de huisarts een belangrijke rol in het herkennen, voorkomen en behandelen ervan.

Onderzoeksvraag: Hoe kunnen huisartsen het serotoninesyndroom en het maligne neuroleptica syndroom herkennen, voorkomen en behandelen?

Methode: Voor deze systematische literatuurstudie werden de databanken Pubmed en Embase doorzocht. Eveneens werden naslagwerken en betrouwbare bronnen zoals BCFI, ebpractinet, Intego- databank, Sciensano en het Belgisch Antigifcentrum geraadpleegd. Uiteindelijk werden 65 bronnen gebruikt voor deze masterproef. Aan de hand van de resultaten werd een flowchart voor de (huis)arts opgesteld, om deze 2 toxidromen te kunnen herkennen. De flowchart werd via peer evaluation getoetst door een panel van artsen.

Resultaten: SS ontstaat door een toename van serotonine in het centraal en perifeer zenuwstelsel. Het is een iatrogeen medicatie-geïnduceerd toxidroom. SS ontstaat meestal binnen 24 uur na opstart, dosisverhoging of associatie van serotonerge producten, zoals bijvoorbeeld een selectieve serotonine heropname-remmer. MNS ontstaat door een tekort aan dopamine in de hersenen via blokkade van de D2-receptoren. Het is een idiosyncratische reactie, wat betekent dat het persoonsgebonden en niet- dosisafhankelijk is. MNS begint meestal binnen 3 dagen na de start met een antipsychoticum, of een andere dopamine-antagonist, zoals gastroprokinetica, of bij het plots stoppen van een dopamine- agonist, zoals parkinsonmedicatie. MNS kan eveneens na jarenlang inname ontstaan. De gemeenschappelijke symptomen van SS en MNS zijn hyperthermie, spierrigiditeit met rhabdomyolyse, veranderde mentale status en autonome dysfunctie. De toxidromen onderscheiden zich klinisch van elkaar door hyperreflexie, myoclonus, mydriase, tremor en diarree bij SS, en hyporeflexie en extrapyramidale symptomen bij MNS. Biochemisch kan een leukocytose worden vastgesteld bij MNS en is een CK-stijging bij beiden mogelijk. Bij een ernstig SS wordt een mortaliteit tussen 2 en 12 % beschreven. In 10% van de gevallen loopt het MNS fataal af. Bespreking: Er bestaan geen gerandomiseerde en gecontroleerde studies over SS en MNS. De meeste literatuur beschrijft expert opinies en clusters van case reports. De bekomen flowchart kan een houvast bieden voor de huisarts, maar moet nog verder getoetst worden in de praktijk vooraleer het als officiële richtlijn kan gebruikt worden.

Conclusie: De huisarts heeft een centrale rol in het herkennen, voorkomen en behandelen van SS en MNS. Bij de opstart van een antidepressivum of antipsychoticum moet de huisarts bepaalde alarmsymptomen aan de patiënt uitleggen, die kunnen wijzen op een SS of MNS. Een controleraadpleging lijkt aangewezen binnen 1 à 3 dagen na opstart. Aangezien polyfarmacie een risicofactor is, kan deprescribing nuttig zijn in het voorkomen van deze 2 toxidromen. Correcte

registratie van het medicatieschema is primordiaal. Bij verdenking op 1 van deze toxidromen moet de huisarts de uitlokkende medicatie stoppen en de patiënt doorverwijzen naar spoedgevallen ter monitoring en specialistische behandeling. Trefwoorden: Toxidromen, serotoninesyndroom, maligne neurolepticasyndroom, flowchart, huisarts.