Afbouw van antidepressiva

Haio: LIEVENS Lore , U.G.
Promotor: CHRISTIAENS Thierry , U.G.
Praktijkopleider: De Sadeleer Jo , LOOTENS Tom , MASSAER Bart , Truijens Joachim , VAN SASSENBROECK Diederik

Context: In België gebruikt zo'n 12% van de bevolking een antidepressivum, waarbij 72% van de patiënten deze medicatie langer dan een jaar nemen. Gebruik van antidepressiva langer dan aanbevolen zorgt voor risico op bijwerkingen en interacties met andere geneesmiddelen en onnodige kosten. Kwalitatief onderzoek bij Belgische huisartsen toont aan dat zij het moeilijk vinden om antidepressiva te stoppen. Dit addendum aan de Richtlijn Depressie van Domus Medica wil dan ook concrete handvaten aanreiken voor het afbouwen van antidepressiva.

Onderzoeksvraag: 1. Wat zijn de voor- en nadelen van het stoppen van antidepressiva minimum zes maanden na verbetering tegenover het doorgeven van antidepressiva? 2. Wat zijn de voor- en nadelen van het gradueel stoppen tegenover het abrupt stoppen van antidepressiva? 3. Over welke tijdsduur en met welke afbouwstappen dienen antidepressiva gradueel gestopt te worden? 4. Hoe kan het onderscheid gemaakt worden tussen onttrekkingsverschijnselen en recidief van depressie? 5. Is er een meerwaarde van psychotherapeutische interventies bij het afbouwen van antidepressiva?

Methode: Voor de totstandkoming van dit addendum werd de Leidraad Richtlijnontwikkeling van de WOREL (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn) gevolgd. Na het opstellen van de klinische vragen werd er gezocht naar richtlijnen in volgende databanken: EBPnet, GIN, NHG, NHS, Guideline Central, TRIP database, HAS, richtlijnendatabase.nl en SIGN. Uit de oorspronkelijke 5202 zoekresultaten werden finaal vijf richtlijnen weerhouden op basis van relevantie en methodologische kwaliteit, zoals beoordeeld door het AGREE II-instrument. Hieruit werden aanbevelingen geëxtraheerd die een antwoord bieden op de klinische vragen. Aanvullend werd de recente literatuur doorgenomen via COCHRANE, TRIP DATABASE en PUBMED. Ten slotte werd er gezocht naar Belgische publicaties over het onderwerp via KCE, de Hoge Gezondheidsraad, Minerva, Farmaka en het BCFI. Aldus werden de aanbevelingen getoetst aan de recente literatuur en de Belgische zorgcontext en werden ze beoordeeld via de GRADE-classificatie.

Resultaten: Communicatie: De huisarts dient het afbouwen van antidepressiva zelf aan te brengen en de voor- en nadelen van het langdurig verderzetten van de antidepressiva te bespreken. Er dient gewaarschuwd te worden voor mogelijke onttrekkingsverschijnselen bij plots stoppen of onderbreken van de behandeling en de noodzaak voor begeleid afbouwen moet benadrukt worden. Tijdens de afbouw dient er overlegd te worden met de patiënt zelf en moet er aandacht zijn voor mogelijke onttrekkingsverschijnselen. Risicofactoren: Vooraf moeten mogelijke risicofactoren voor het optreden van onttrekkingsverschijnselen opgespoord worden. Afbouwschema's: Bij afwezigheid van risicofactoren kan men de dosis halveren en vervolgens stoppen na vier weken. Bij aanwezigheid van risicofactoren dient men de dosis meer geleidelijk af te bouwen, in overleg met de patiënt en rekening houdend met eventuele onttrekkingsverschijnselen. Onttrekkingsverschijnselen: Het onderscheid tussen onttrekkingsverschijnselen en herval kan gemaakt worden via volgende factoren: het moment van optreden van de symptomen (dagen versus weken na afbouwen), de aanwezigheid van klachten die verschillen van de symptomen van depressie of angst en de reactie op het herstarten van het antidepressivum. Bij optreden van te veel of hinderlijke onttrekkingsverschijnselen moet het antidepressivum herstart worden aan de laagste dosis waarbij er geen klachten waren. Ondersteuning: Bijkomende hulp tijdens het afbouwproces kan bestaan uit

ondersteuning van een arts of psycholoog of online of geschreven bronnen. De psychotherapeutische noden kunnen afgestemd worden op het hervalrisico van de individuele patiënt.

Conclusie: Het stoppen van antidepressiva kan bereikt worden bij de meerderheid van de patiënten. Door middel van heldere communicatie met de patiënt betreffende het verwachte verloop en met gebruik van geleidelijke afbouwschema's en eventuele psychologische ondersteuning bij het afbouwproces kan het risico op herval of onttrekkingsverschijnselen sterk verminderd worden. Er is nood aan meer pragmatische RCT's (Randomised Controlled Trials) waarbij verschillende afbouwschema's met een afbouwduur langer dan vier weken worden vergeleken, met inclusie van patiënten bij wie de medicatie gedurende de aanbevolen duur of langer genomen werd en met aandacht voor het onderscheid tussen onttrekkingsverschijnselen en recidief van depressie in deze onderzoeken. Bovendien is het aangeraden om meer studies uit te voeren in de eerste lijn met focus op patiënten die geen of één depressieve episode in de voorgeschiedenis hebben om zo de toepasbaarheid in de eerste lijn te verhogen.