



Stoppen met antidepressiva bij patiënten met verschillende vormen van angststoornis leidt tot herval?

Referentie

Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, et al. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ* 2017;358:j3927. DOI: 10.1136/bmj.j3927

Duiding

Kirsten Catthoor, psychiater ZNA PZ Stuivenberg

In Minerva gaven we vroeger reeds duiding bij een studie waaruit bleek dat venlafaxine (met vertraagde afgifte) minstens 6 maanden effectief was ten opzichte van placebo bij patiënten met gegeneraliseerde angst (1,2). Omdat venlafaxine niet vergeleken werd met andere behandelingen besloten we dat cognitieve (gedrags-)therapie voor deze indicatie de eerstekeuzebehandeling blijft (2). Volgens verschillende richtlijnen zijn antidepressiva slechts aangewezen bij ernstige vormen van gegeneraliseerde angststoornis of bij patiënten die onvoldoende reageren op psychotherapie (3,4). Over het nut van een langetermijnbehandeling met antidepressiva bij patiënten met een angststoornis bestaat momenteel weinig evidentie.

In een recente systematische review (5) includeerde men 28 dubbelblinde placebogecontroleerde RCT's met een totaal van 5 233 patiënten die leden aan een angststoornis (paniekstoornis (N=6), sociale fobie (N=5), gegeneraliseerde angststoornis (N=6), obsessief-compulsieve stoornis (N=7), post-traumatische stressstoornis (N=4)) en goed reageerden op een behandeling met antidepressiva. Men onderzocht het risico op herval en de tijdsperiode tot herval na het vervangen van de initiële behandeling met antidepressiva door een placebo in vergelijking met het verderzetten van de behandeling. De maximale opvolgingsduur bedroeg 1 jaar. Het risico op **bias** was in de meeste studies laag. Meer patiënten vertoonden herval na stopzetting van de antidepressiva in vergelijking met patiënten die de medicatie bleven innemen gedurende 8 tot 52 weken (OR 3,11 met 95% BI van 2,48 tot 3,89). In verschillende **subgroepanalyses** kon men geen statistisch significant verschil in hervalfrequentie vaststellen naargelang het type angststoornis, de klasse van antidepressiva, de manier van afbouw en stopzetting van de medicatie, de aanwezigheid van comorbiditeit en het gelijktijdig aanbieden van psychotherapie. Belangrijk is echter hierbij te vermelden dat de meeste studies patiënten met comorbiditeit excludeerden. Evenmin was er een verband met de duur van de behandeling en de duur van de follow-up. De frequentie van herval was meer dan dubbel zo groot in de placebogroep (36,4% versus 16,4%). Ook was de tijdsduur tot herval korter in de placebogroep versus de antidepressivagroep (HR 3,63 met 95% BI van 2,58 tot 5,10). Antidepressiva werden over het algemeen goed verdragen tijdens de follow-up. We moeten er echter wel op wijzen dat deze patiënten initieel succesvol met antidepressiva werden behandeld. Tot slot was er meer studie-uitval in de placebogroep (OR 1,31 met 95% BI van 1,06 tot 1,63), maar het is niet duidelijk of dit te wijten is aan een toename van onthoudingsverschijnselen door het stoppen van de medicatie dan wel als gevolg van herval door het stoppen van de medicatie.

Besluit

Deze systematische review en meta-analyse toont aan dat er binnen het jaar na stopzetten van antidepressiva bij patiënten met een angststoornis meer herval en sneller herval optreedt.

Voor de praktijk

Bij patiënten met een angststoornis hangt de behandelingskeuze af van het type en de ernst van de klachten alsook van de aanwezigheid van comorbiditeit. Er wordt aanbevolen om te starten met de minst invasieve interventie die de klachten van angst kan terugdringen. Bij angststoornissen met relatief gering lijden en weinig tot geen sociaal disfunctioneren kan cognitieve gedragstherapie bij de huisarts volstaan. Cognitieve gedragstherapie en/of een antidepressivum zijn geïndiceerd bij patiënten met ernstig lijden en/of aanzienlijk sociaal disfunctioneren of

psychische comorbiditeit. Bij voldoende effect van een medicamenteuze behandeling moet het antidepressivum ten minste 6 tot 12 maanden na remissie verdergezet worden (3). De huidige systematische review en meta-analyse toont aan dat de kans op herval hoog is wanneer antidepressiva binnen het jaar afgebouwd worden. Omdat het nut van een behandeling langer dan 1 jaar nog niet is aangetoond, zou men de patiënt kunnen adviseren om na 1 jaar geleidelijk in 1 tot 2 maanden het antidepressivum af te bouwen. Hierbij moeten huisarts en patiënt op korte termijn (enkele uren of dagen) letten op klachten die kunnen wijzen op onthoudingsverschijnselen (angst, gespannenheid, duizeligheid, paresthesieën, tremoren, prikkelbaarheid, slaapstoornissen, griepachtige symptomen, gastro-intestinale klachten) of op lange termijn (meestal na enkele weken tot maanden) op een herval van de angststoornis. In het geval van onthoudingsverschijnselen kan men overwegen om in een langzamer tempo (bijvoorbeeld in stappen van 3 maanden) af te bouwen. In het geval van herval is het aanbevolen om de dosis antidepressiva te hervatten waarop de patiënt klachtenvrij was (3). Zorgvuldige gedeelde besluitvorming in het overwegingsproces om te stoppen met antidepressiva bij een gestabiliseerde patiënt met een angststoornis is essentieel.

Referenties

1. De Meyere M. Venlafaxine bij gegeneraliseerde angst. *Minerva* 2001;30(10):468-71.
2. Gelenberg AJ, Lydiard RB, Rudolph RL, et al. Efficacy of venlafaxine extended-release capsules in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. *JAMA* 2000;283:3082-8. DOI: 10.1001/jama.283.23.3082
3. Lieke Hassink-Franke, Berend Terluin, Florian van Heest, et al. NHG-Standaard Angst (M62) (tweede herziening). Februari 2012.
4. Farmacotherapie van angst en verwante aandoeningen. *Duodecim Medical Publications* 1/01/2000. Laatste update 19/03/2008.
5. Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, et al. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ* 2017;358:j3927. DOI: 10.1136/bmj.j3927