



Doeltreffendheid van psychotherapie bij prikkelbare darm

Referentie

Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, et al. Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. Gut 2020;69:1441-51. DOI:10.1136/gutjnl-2020-321191

Duiding

Corinne Boüüaert, médecin généraliste, Chargée de cours honoraire DMG de l'ULiège

We analyseerden in Minerva reeds 3 studies over de doeltreffendheid van psychotherapie bij prikkelbaredarmsyndroom (PDS of IBS voor irritable bowel syndrome). Een RCT wees op een positief, maar beperkt en kortdurend effect van cognitieve gedragstherapie (CGT of CBT in het Engels) bij patiënten die reeds behandeld werden met mebeverine (1,2). Een tweede RCT suggereerde een veelbelovende aanpak met hypnotherapie (niet vergeleken met cognitieve gedragstherapie) voor langdurige functionele maagpijn bij kinderen en adolescenten (3,4). Ten slotte suggereerde een meta-analyse met aanzienlijke methodologische tekortkomingen dat cognitieve gedragstherapie waarschijnlijk doeltreffend is bij patiënten die resistent zijn aan de medicamenteuze behandelingen voor prikkelbaredarmsyndroom (5,6).

De Cochrane Collaboration publiceerde in 2009 een systematische review over diverse vormen van psychotherapie bij prikkelbaredarmsyndroom en suggereerde dat cognitieve gedragstherapie en hypnotherapie mogelijk doeltreffend zijn, weliswaar met een laag niveau van bewijs (7). Verschillende klinische praktijkrichtlijnen behandelen de aanpak van prikkelbaredarmsyndroom in de eerste lijn (Ebpracticienet (8), Ouderenformularium (9)), maar vermelden slechts terloops psychotherapie. De klinische richtlijn van NICE (10) en de NHG-Standaard (11) bespreken de verschillende vormen van psychotherapie meer in detail, en suggereren een mogelijk voordeel van hypnotherapie om de pijn te behandelen en in tweede instantie van cognitieve gedragstherapie om alle symptomen te bestrijden, alsook op het vlak van kwaliteit van leven. De studies waarop deze aanbevelingen zijn gebaseerd, vertonen belangrijke methodologische tekortkomingen: afwezigheid van adequate controlegroepen, onvoldoende evaluatiecriteria, gebrek aan vergelijking tussen de verschillende vormen van psychotherapie, beschikbare gegevens beperkt tot hypnotherapie en cognitieve gedragstherapie (alle vormen door mekaar).

De hier besproken studie probeert deze vragen te beantwoorden via een systematische review met netwerkmeta-analyse (12,13). Het doel is om meer robuust bewijs te verkrijgen en het gebrek aan directe vergelijkende studies tussen verschillende vormen van psychotherapie te compenseren. Deze analyse selecteerde 41 RCT's met in totaal 4 072 deelnemers en werd methodologisch goed uitgevoerd. De inclusiecriteria waren: gerandomiseerde gecontroleerde studies; volwassenen (deelnemers ≥ 18 jaar); diagnose van prikkelbaredarmsyndroom hetzij gesteld door een arts, hetzij op basis van het voldoen aan specifieke diagnostische criteria, eventueel aangevuld met negatieve onderzoeksresultaten naargelang de betrokken studie; vormen van psychotherapie die met elkaar onderling of met een controle-interventie vergeleken worden, waaronder wachtlijst, educatie en/of ondersteuning, voedings- en/of leefstijladvies of standaardzorg; minimale behandelingsduur van 4 weken; minimale follow-upduur van 4 weken; dichotomiseren van de respons op de behandeling, zijnde het effect van de behandeling op de globale symptomen van prikkelbaredarmsyndroom of op buikpijn. Twee onderzoekers voerden het literatuuronderzoek onafhankelijk van elkaar uit. Er was geen taalrestrictie. Twee onderzoekers beoordeelden onafhankelijk van elkaar alle abstracts die werden geïdentificeerd aan de hand van de inclusiecriteria. Alle potentieel relevante artikels werden weerhouden en meer in detail beoordeeld met behulp van vooraf gedefinieerde formulieren. Hiermee kon men onafhankelijk van elkaar op basis van vooraf vastgelegde criteria bepalen welke studies in aanmerking kwamen. Indien nodig werden artikels vertaald. Discordanties tussen de onderzoekers werden bij consensus opgelost.

De resultaten tonen dat in de RCT's alle vormen van psychotherapie doeltreffender bleken te zijn dan de controle-interventie, zonder dat we ze weliswaar met elkaar kunnen vergelijken. Deze studies vertonen bias, voornamelijk als gevolg van ontoereikende controlegroepen (patiënten die ondersteuning of educatie krijgen of op een wachtlijst staan).

De meta-analyse bevestigt dat er voor de doeltreffendheid van cognitieve gedragstherapie en hypnotherapie het meeste bewijs bestaat. Van de verschillende CGT-technieken lijken vooral cognitieve gedragstherapie via zelfmanagement of cognitieve gedragstherapie met minimaal contact (bijvoorbeeld telefonisch of via internet) het

meest doeltreffend te zijn. Het meeste bewijs werd gevonden voor de doeltreffendheid van hypnotherapie specifiek gericht op spijsverteringsproblemen. Deze technieken waren ook doeltreffend op lange termijn (evenals stressmanagement en groepshypnotherapie gericht op spijsverteringsproblemen).

De auteurs signaleren beperkingen (geringe rapportering van ongewenste effecten, alleen patiënten die resistent zijn voor medicamenteuze behandelingen, psychiatrische comorbiditeit) en bias die hoofdzakelijk verband houdt met de moeilijkheid om controles te blinderen (slechts 9 studies vermelden dat de beoordelaars geblindeerd waren). Deze beperkingen zijn relevant en vergelijkbaar aanwezig in de verschillende RCT's. De doeltreffendheid van psychotherapie wordt waarschijnlijk overschat. Verdere studies zijn daarom noodzakelijk.

De auteurs concluderen nochtans dat cognitieve gedragstherapie (vooral de minder ingewikkelde technieken) en hypnotherapie gericht op het spijsverteringsstelsel zeer waarschijnlijk doeltreffend zijn, ook op lange termijn en vermoedelijk reeds vanaf het begin van de aandoening. Deze interventies zouden het voordeel hebben dat ze toegankelijk (met name via nieuwe technologieën) en efficiënt zijn. Ze zouden de inzet van onnodige zorginterventies kunnen verminderen. Dit zal moeten worden bevestigd en vergeleken met de in België beschikbare mogelijkheden van psychotherapie.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De richtlijn van NICE (10) en de NHG-Standaard (11) oordelen dat cognitieve gedragstherapie en hypnotherapie mogelijke opties zijn in de behandeling van prikkelbaredarmsyndroom. De hier geanalyseerde studie bevestigt deze aanbevelingen en specificeert het meest bruikbare type cognitieve gedragstherapie.

Besluit

Deze systematische review met netwerkmeta-analyse van goede methodologische kwaliteit toont dat cognitieve gedragstherapie zeer waarschijnlijk doeltreffend is in de behandeling van prikkelbaredarmsyndroom. Het zijn vooral cognitieve gedragstherapie via zelfmanagement of cognitieve gedragstherapie met minimaal contact (bijvoorbeeld telefonisch of via internet) die het meest doeltreffend lijken te zijn, evenals hypnotherapie specifiek gericht op spijsverteringsproblemen. De geïnccludeerde studies hebben echter heel wat methodologische tekortkomingen. Verdere studies zijn dus nodig om de hier gerapporteerde resultaten te bevestigen.

Referenties

1. Kennedy T, Jones R, Darnley S, et al. Cognitive behaviour therapy in addition to antispasmodic treatment for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2005;331:435-40. DOI: 10.1136/bmj.38545.505764.06
2. Van der Host HE. Cognitieve gedragstherapie bij prikkelbaredarmsyndroom. *Minerva* 2006;5(6):91-3.
3. Bouüaert C. Prikkelbaredarmsyndroom: antidepressiva of psychotherapie? *Minerva* 2010;9(1):6-7.
4. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2009;58:367-78. DOI: 10.1136/gut.2008.163162
5. Van Winckel M. Functionele buikpijn bij kinderen behandelen met hypnosetherapie? *Minerva* 2008;7(9):140-1.
6. Vlioger AM, Menko-Frankenhuis C, Wolfkamp SC, et al. Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2007;133:1430-6. DOI: 10.1053/j.gastro.2007.08.072
7. Zijdenbos IL, De Wit NJ, Van der Heijden GJ, et al. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD006442.pub2
8. Functionele darmstoornissen en het prikkelbaredarmsyndroom (PDS). *Ebpracticenet*. Laatste update: 30/03/2017. Laatste contextnazicht: 17/03/2017.
9. Prikkelbare darmsyndroom (IBS). *Formularium Ouderenzorg, Farmaka Archieven, literatuur geraadpleegd tot 31/03/2017*.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management. Clinical guideline [CG61]. Last updated: 04 April 2017.
11. Van der Horst HE, De Wit NJ, Quartero AO, et al. Prikkelbaredarmsyndroom (PDS). *NHG-Standaard mei 2012, in herziening*.
12. Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, et al. Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut* 2020;69:1441-51. DOI: 10.1136/gutjnl-2020-321191
13. Chevalier P. Netwerk meta-analyses: directe en indirecte vergelijkingen. *Minerva* 2009;8(9):136.