

Wat zijn do's en don'ts

bij het voorschrijven van antipsychotica aan kinderen met autisme?

Volgens de meest recente gegevens uit het Nederlands Autisme Register (NAR) slikt ongeveer één op de vijf kinderen met autisme antipsychotica, meestal risperidon. Engagement met autisme vroeg drie vooraanstaande kinder- en jeugdpsychiaters wanneer zij dit middel voorschrijven, welke risico's hieraan kleven en wat de alternatieven zijn.

Wie is wie?



JAN BUITELAAR

is hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie aan de Radboud Universiteit in Nijmegen en hoofd van Karakter, een centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie met verschillende locaties in Nederland. Ook is Buitelaar voorzitter van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP).

BRAM DIERCKX

is kinder- en jeugdpsychiater aan het Erasmus MC in Rotterdam en klinisch farmacoloog in opleiding.

PIETER TROOST

is kinder- en jeugdpsychiater bij De Bascule, een academische centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Amsterdam.

1. Wanneer schrijven jullie antipsychotica voor aan kinderen met autisme?

Buitelaar: "Als er sprake is van agressie. Tegen anderen, maar ook als een kind zichzelf bijvoorbeeld de hele tijd op een oog bonkt. Soms los je problemen niet op met een gedragsinterventie alléén, dan heb je ook pillen nodig."

Dierckx: "Voornamelijk als er ernstige agressieproblemen zijn. Een belangrijke afweging is of het middel iets toevoegt aan de levenskwaliteit. Als een kind thuis en op school weer goed kan gaan functioneren - en ik heb hier echt indrukwekkende voorbeelden van gezien - dan kunnen de voordelen opwegen tegen de nadelen. Als de agressie is gericht tegen anderen, dan weegt ook het belang van bijvoorbeeld broertjes, zusjes of klasgenootjes zwaar."

Het lijkt een trend te zijn om het indien mogelijk eerst te proberen met methylfenidaat als kinderen agressief, impulsief of snel boos zijn. Zelf doe ik dat in elk geval wel. Ik heb liever dat een kind langere tijd methylfenidaat gebruikt dan antipsychotica, omdat de gezondheidsrisico's minder groot zijn. Vroeger werd gedacht dat methylfenidaat averechts werkt bij alle kinderen met autisme, maar een groot aantal van hen blijkt er wel goed op te reageren. Voordeel van methylfenidaat is dat je snel weet of het bij iemand goed werkt. Je hoeft niet, zoals bij antipsychotica, eerst meerdere weken af te wachten."

Troost: "Agressie staat echt op nummer één. Destructief gedrag zoals zelfverwonding, slaan, bijten en schoppen. Ik schrijf antipsychotica nauwelijks voor in het geval van repetitief en dwangmatig gedrag, omdat zij voor deze symptomen teleurstellend weinig effectief blijken te zijn."

2. Is er voldoende aandacht voor andere interventies zoals gedragstherapie?

Buitelaar: "Psychologische behandelingen zijn veel minder beschikbaar dan medicijnen, dat is altijd zo geweest. Er zijn ook wachtlijsten voor. Het duurt vijf minuten om een recept voor medicatie uit te schrijven en uitleg te geven over het gebruik. Wil je gedragstherapie voorschrijven, dan moet je bijvoorbeeld eerst kijken in welke gemeente het kind woont, en of daar wachtlijsten zijn. Zelf schrijf ik overigens zelden nog medicatie voor. Ik doe op dit moment vooral

second opinion zaken, en daarin is juist méér aandacht voor psychologische behandelingen zoals gedragstherapie en voor het afbouwen van medicatie."

Dierckx: "Ouderbegeleiding wordt bij ons altijd aangeboden. Op het gebied van gedragstherapie bestaan er bij ernstige, acute agressie weinig effectieve interventies. Maar als een patiënt vooral angstig is, dan moet je naar mijn mening voluit gaan voor een psychotherapeutische behandeling van het kind, eventueel in combinatie met ouderbegeleiding."

Als een kind een IQ heeft van 55 dan zijn je mogelijkheden voor cognitieve gedragstherapie natuurlijk wel heel beperkt, en dat geldt ook voor sommige kinderen met autisme en een normale intelligentie die moeilijk kunnen nadenken over gevoelens. In dat geval kun je het wel proberen met gedragsmatige adviezen, of je helpt een kind om zijn angst te overwinnen. Stel het is bang voor liften, dan zou je samen een aantal maal de lift kunnen nemen zodat het kind eraan went."

Troost: "Volgens de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie begin je altijd eerst met gedragsmatige interventies, pas in tweede instantie schrijf je medicatie voor. Hier bij de Bascule gebeurt dat ook, wij bieden gedragstherapie, psycho-educatie en ouderbegeleiding. Wanneer dat allemaal niet werkt, wordt de kinder- en jeugdpsychiater gevraagd of medicatie meerwaarde heeft. Het is hier eigenlijk eerder omgekeerd: ik kom regelmatig kinderen tegen met forse zwakzinnigheid, die al jaren in een instelling zitten waar zij een-op-een begeleiding krijgen, die enorm opknappen van een heel klein beetje risperidon of een ander antipsychoticum. Plotseling blijken deze kinderen wél in een groep te kunnen functioneren en zonder problemen naar buiten te kunnen. Dat is voor de betrokken hulpverleners bijna pijnlijk om te zien."

3. Over welke bijwerkingen maken jullie je vooral zorgen?

Buitelaar: "Ik leid het consortium *Paediatric European Risperidone Studies* (dat de veiligheid van antipsychotica voor minderjarigen wil vergroten, red.) van twintig Europese collega's, en hierin is men zich op dit moment zeer bewust van het risico op metabool syndroom (een combinatie van hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol, verhoogde bloedsuikerspiegel en overgewicht, red.), gewichtstoename, hoge bloeddruk en diabetes."

Dierckx: "Ik vind het verhoogde risico op metabool syndroom het meest zorgwekkend. Dit kan leiden tot diabetes type 2 en hart- en vaatziekten. Kinderen en jongeren die antipsychotica slikken worden bijna allemaal zwaarder. Dat moet echt heel goed in de gaten worden gehouden. Borstvorming als gevolg van verhoogde prolactinespiegels is natuurlijk heel erg vervelend en schadelijk voor het zelf-

beeld van het kind. Maar je kan er niet aan doodgaan. Aan de mogelijke gevolgen van overgewicht wel."

Troost: "Het dikker worden is een vaak een probleem. Gemiddeld bijna zes kilo erbij na zes maanden gebruik, zo blijkt uit eigen onderzoek. Dit kan uiteindelijk het risico op hart- en vaatziekten en op diabetes type 2 verhogen."

4. Wordt er voldoende gelet op mogelijke metabole bijwerkingen?

Buitelaar: "Sinds twee jaar wordt onze beroepsgroep geadviseerd om kinderen hier periodiek op te onderzoeken en daarvoor is bloedonderzoek nodig. Dat is bij Karakter een actueel gespreksonderwerp. Ik weet zeker dat het hier regelmatig plaatsvindt, maar niet altijd. Kinderartsen zijn het gewend om bloed te laten prikken, maar deze traditie bestaat niet in de kinderpsychiatrie. Er zal daarom een attitudeverandering moeten plaatsvinden."

Overigens valt het mij in het algemeen op dat alle aandacht naar het kind uitgaat tijdens het begin van de behandeling met antipsychotica of andere medicatie. Daarna is er veel minder aandacht voor het monitoren van die behandeling en ook voor de beëindiging ervan. Op een gegeven moment komt een patiënt niet meer, en dan weten wij niet wat er is gebeurd. Is hij gestopt met de medicatie? Krijgt hij de medicijnen voortaan via de huisarts?"

Dierckx: "Wij controleren bij alle kinderen die antipsychotica slikken regelmatig de belangrijkste bloedwaarden voor suiker, vetzuren, cholesterol en prolactine. Voordat een kind met de medicatie begint nemen wij ook standaard bloed af, voor een goede nulwaarde."

Dit jaar ga ik samen met onze apotheker Brigit Koch en promovenda Sanne Kloosterboer onderzoek doen naar de bijwerkingen van de drie meest gebruikte antipsychotica in Nederland: risperidon, pipamperon en aripiprazol. Wij hopen uiteindelijk tot een betere dosering te komen, die hoog genoeg is voor de effectiviteit, maar zo laag mogelijk in verband met de veiligheid. Helaas zullen wij de risico's nooit helemaal kunnen uitbannen."

Troost: "Wij prikken regelmatig bloed, maar wij maken ook wel eens een uitzondering. Bijvoorbeeld als er sprake is van een heftige crisissituatie waarin met een antipsychoticum net een opname kan worden voorkomen. Dan kan bloedprikken een brug te ver zijn. Ook komt het voor dat een kind met autisme zo bang is voor het afnemen van bloed, dat het een traumatische ervaring dreigt te worden. Deze kinderen kunnen al doodsbang zijn voor een bloeddrukmeter. In dat geval geven wij een laboratoriumbriefje mee en spreken wij met de ouders af dat zij dit meenemen als het kind toch nog een keer bloed moet laten prikken." •

"Ik vind het verhoogde risico op metabool syndroom het meest zorgwekkend"