

PRAKTISCHE TOELICHTING OP MULTIDISCIPLINAIR DOCUMENT

AFBOUWEN SSRI'S & SNRI'S

WOORD VOORAF

Aanleiding

Er zijn onvoldoende concrete handvatten hoe patiënten kunnen worden ondersteund als zij het besluit hebben genomen om te stoppen met het gebruik van een SSRI of SNRI. De registratieteksten van SSRI's en SNRI's en diverse handboeken geven geen nadere informatie, behalve algemene informatie, over afbouwen.

Dit document biedt een oplossing om apothekers en artsen te ondersteunen welke patiënten in welk tempo kunnen worden afgebouwd.

Deze samenvatting is een afgeleide van het multidisciplinaire document 'afbouwen SSRI's & SNRI's', hierna te noemen document (opgesteld door KNMP, MIND, NHG en NVvP) en ondersteunt apothekers en andere zorgverleners met praktische adviezen bij het begeleiden van patiënten rondom het afbouwen van een SSRI of SNRI.

Reikwijdte

Het document geeft alleen aanbevelingen over het afbouwen van antidepressiva uit de groep SSRI's en SNRI's.

Het document bevat geen informatie over:

- Het afbouwen van andere antidepressiva zoals TCA's.
- Redenen en indicaties voor het voorschrijven van antidepressiva, waaronder SSRI's en SNRI's: raadpleeg hiervoor de beschikbare richtlijnen (NHG-Standaard Depressie) en Zorgstandaard Depressie.

Evidence

Voor een volledig overzicht van de geraadpleegde literatuur kan het originele document worden geraadpleegd. De beschikbare evidence over het afbouwen van antidepressiva is gering en niet altijd eenduidig. De geformuleerde adviezen zijn dan ook grotendeels expert based en vereisen een vertaalslag naar de persoonlijke omstandigheden van het betreffende individu.

AFBOUWEN

Abrupt stoppen met een SSRI of SNR wordt afgeraden

Patiënten die abrupt of binnen enkele dagen stoppen met een SSRI of een SNRI hebben een risico op het krijgen van antidepressivumdiscontinueringssyndroom (ADS). Kenmerken van ADS zijn griepachtige verschijnselen, slaapstoornissen, maagdarmproblemen, ervaren van sensatie van elektrische schokken en psychische klachten zoals angst, somberheid en prikkelbaarheid.

Geschat wordt dat van alle patiënten die abrupt of snel afbouwen 20-78% onttrekkingsverschijnselen krijgt. Een grote variatie die onzekerheden met zich meebrengt. Daarom wordt in dit document getracht aan de hand van geïdentificeerde risicofactoren vooraf een inschatting te maken welke afbouwstrategie het beste gevolgd kan worden per patiënt.

Voorlichting en begeleiding vooraf en tijdens het afbouwen is cruciaal

Voor het slagen van het afbouwen van deze medicatie, is voorlichting vooraf (uitleg geven over het kunnen optreden van ADS) en begeleiding tijdens het traject (het tempo en de stappen van afbouwen voor de patiënt) van belang. Spreek als apotheker met de behandelend arts af wie en met welke intensiteit de patiënt begeleidt. Een wekelijkse contactfrequentie is hierin gangbaar. Registreer de gemaakte afspraken zorgvuldig in het individuele zorgplan.

Keuze voor tempo en de grootte van de stappen tijdens het afbouwen

Er zijn een aantal risicofactoren die een inschatting geven of een patiënt een kort dan wel langer afbouwschema nodig heeft.

Grofweg zijn de patiënten in twee groepen in te delen:

A. Patiënten die

1. een minimaal effectieve dosis (= gebruikelijke dosis zoals in registratiedossier staat vermeld) gebruiken en
2. geen ADS (antidepressivumdiscontinueringssyndroom) hebben ervaren na het missen van een of meerdere doses tijdens hun behandeling

B. Patiënten die

1. een hogere dosis, dan de minimaal effectieve dosis zoals in registratiedossier staat vermeld, hebben gebruikt en/of
2. ADS (antidepressivumdiscontinueringssyndroom) hebben ervaren na het missen van een of meerdere doses tijdens hun behandeling en/of
3. eerder een stoppoging hebben ondernomen die is mislukt

De patiënten van groep B hebben een groter risico op het krijgen van ADS (antidepressivumdiscontinueringssyndroom).

Daarnaast zijn er nog twee risicofactoren die van invloed kunnen zijn op het krijgen van ADS:

1. angst voor afbouwen
2. langdurig gebruik van SSRI of SNRI.

De literatuur is niet eenduidig over deze twee extra risicofactoren, maar het is raadzaam bij aanwezigheid hiervan om niet te snel af te bouwen.

Bespreek vooraf met de patiënt de risicofactoren en bepaal samen of het afbouwschema van 2 weken of het langere afbouwschema wordt gevolgd. Na de keuze kan altijd, bijvoorbeeld als de patiënt ADS ervaart, het afbouwschema worden aangepast. Daarbij kunnen extra consulten/evaluatiemomenten worden ingepland en langzamer en/of in kleinere stappen worden afgebouwd. Ook kan besloten worden om juist sneller en in grotere stappen af te bouwen.

Afbouwen in 2 weken

Stel aan patiënten, die geen risicofactor hebben op het krijgen van ADS òf willen stoppen met fluoxetine, voor om in 2 weken af te bouwen. Zie hiervoor tabel A. Stap 1 is de minimaal effectieve dosis.

Omdat fluoxetine een zeer lange halfwaardetijd heeft en het middel zich vanzelf afbouwt, wordt fluoxetine altijd in 2 weken af gebouwd.

Tabel A. Voorbeelden van afbouwschema's bij **afwezigheid** van risicofactoren voor ADS

	CIT	EsCIT	FLV	FLX	PAR	SER	DUL	VLX
Stappen mg/dag								
1	20	10	50	20	20	50	60	75
2	10	5	0	0	10	25	30	37,5
3	0	0			0	0	0	0
CIT = citalopram, EsCIT = escitalopram, DUL = duloxetine, FLV = fluvoxamine, FLX = fluoxetine, PAR = paroxetine, SER = sertraline, VLX = venlafaxine								

Afbouwen over een periode langer dan 2 weken (het voorbeeld is 8 weken):

Stel aan patiënten, die wel één of meer risicofactor(en) hebben op het krijgen van ADS, voor om over een langere periode af te bouwen.

Bespreek met de patiënt, tijdens de begeleidingsgesprekken, of afbouwen te langzaam gaat dan wel als te snel wordt ervaren en plan tussentijdse begeleidingsgesprekken/evaluatiemomenten in.

Voor een voorbeeld van een langzamer afbouwschema, zie tabel B.

Tabel B. Voorbeelden van afbouwschema's bij **aanwezigheid** van (arbitrair) ≥ 1 risicofactor(en) voor ADS

	CIT	EsCIT	FLV	PAR	SER	DUL	VLX
Stappen mg/dag							
1	20	10	50	20	50	60	75
2	10	5	30	10	25	30	37,5
3	6	3	20	7	15	15	20
4	4	2	15	5	10	10	12
5	3	1,5	10	3	7,5	6	7
6	2	1	5	2	5	4	5
7	1	0,5	2,5	1	2,5	2	3
8	0,5	0,25	0	0,5	1,25	1	2
9	0	0		0	0	0	1
10							0
CIT = citalopram, EsCIT = escitalopram, DUL = duloxetine, FLV = fluvoxamine, FLX = fluoxetine, PAR = paroxetine, SER = sertraline, VLX = venlafaxine							

N.B. fluoxetine is niet opgenomen omdat, vanwege de lange halfwaardetijd, zich zelf afbouwt. Zie hiervoor tabel A.

Switchen naar fluoxetine en dan afbouwen

Een andere manier om ADS bij het afbouwen te voorkomen is om te switchen naar het SSRI fluoxetine en deze af te bouwen. Bouw het SSRI of SNRI eerst af tot de minimaal effectieve dosis. Zie hiervoor het verkorte schema, tabel A. Vervang vervolgens het SSRI/SNRI door fluoxetine 20 mg/dag. Als fluoxetine 7 dagen is gebruikt, kan in 1 keer worden gestopt met de fluoxetine. Let wel, deze wijze van afbouwen is nog minder goed beschreven in de literatuur dan het geleidelijk afbouwen.

Niet-geregistreerde sterktes van SSRI's en SNRI's

Voor het afbouwen van SSRI's zijn er verschillende toedieningsvormen beschikbaar namelijk drank, suspensie of druppels. Bespreek met de patiënt welke toedieningsvorm het beste aansluit bij de persoonlijke situatie en leg dit vast in het betreffende individuele zorgplan. Indien bestaande toedieningsvormen en/of doseereenheden niet aansluiten bij de persoonlijke omstandigheden, kan er worden uitgeweken naar apotheekbereidingen.

Let erop dat de laagste dosis in tabel B, ook niet met de vloeibare vormen kan worden verkregen.

Van venlafaxine en duloxetine zijn geen vloeibare doseereenheden op de markt. Titreren van deze middelen vereist maatwerk en individuele apotheekbereidingen.

Vloeibare doseereenheden

	CIT	EsCIT	FLV*	PAR	SER	DUL*	VLX*
Stappen mg/dag							
Beschikbare laagste doseereenheid	10 mg	5 mg	50 mg deelbaar	10 mg	25 mg ^{\$}	30 mg	37,5 mg
Vloeibaar/suspensie (per ml: 20 druppels)	40 mg/ml (2 mg/druppel)	20 mg/ml (1 mg/druppel)		2 mg/ml suspensie [^]	20 mg/ml suspensie [^]		
* Geen vloeibare vorm beschikbaar \$ Doorgeleverde bereiding, niet geregistreerd product ^ Suspensie kan niet worden gedruppeld Afkortingen: zie tabel B.							

EVALUEREN EN MONITOREN

Er zijn een aantal kennislacunes rondom het afbouwen van SSRI's en SNRI's.

Tijdens de nog op te starten evaluatie en monitoring, worden een aantal kennislacunes onderzocht.

Doel van deze evaluatie is om de kennis over het afbouwen te vergroten. Een belangrijke vraag is of beter van tevoren kan worden ingeschat voor welke patiënten, welk afbouwschema het beste past en doelmatigst is en of deze afbouwstappen aantoonbaar effectief zijn.

Het opstarten van een evaluatie- en monitoringsprogramma zal na de publicatie van het multidisciplinaire document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' plaatsvinden.