

Bewegingsstoornissen door antipsychotica

Antipsychotica kunnen wanen en hallucinaties verminderen, maar ook bewegingsstoornissen veroorzaken. Deze stoornissen komen frequent voor en hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven en de behandeltrouw. Als de acute vormen van bewegingsstoornissen tijdig worden herkend, zijn ze goed te behandelen, terwijl de laat ontstane vormen soms irreversibel zijn. Het is daarom van belang dat verpleegkundigen zich realiseren dat gericht periodiek en systematisch onderzoek nodig is voor de vroegtijdige herkenning van bewegingsstoornissen.

RENÉ VAN DER SNOEK, verpleegkundig specialist GGZ, werkzaam bij Julius voor geestelijke gezondheid; werkt als buitenpromovendus bij prof. dr. P.N. van Harten aan de ontwikkeling van een innovatief meetinstrument waarmee verpleegkundigen cliënten kunnen screenen op bewegingsstoornissen die door medicatie worden veroorzaakt



LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel kunt/weet u

- de vier meest voorkomende groepen bewegingsstoornissen noemen die door antipsychotica kunnen worden veroorzaakt;
- de kenmerken en risicofactoren benoemen;
- dat bewegingsstoornissen als gevolg van antipsychotica nog steeds veel voorkomen;
- dat bewegingsstoornissen een negatieve invloed kunnen hebben op de ervaren kwaliteit van leven en behandeltrouw;
- de behandelopties van bewegingsstoornissen noemen.

TREFWOORDEN

psychose, antipsychotica, bijwerkingen, bewegingsstoornissen

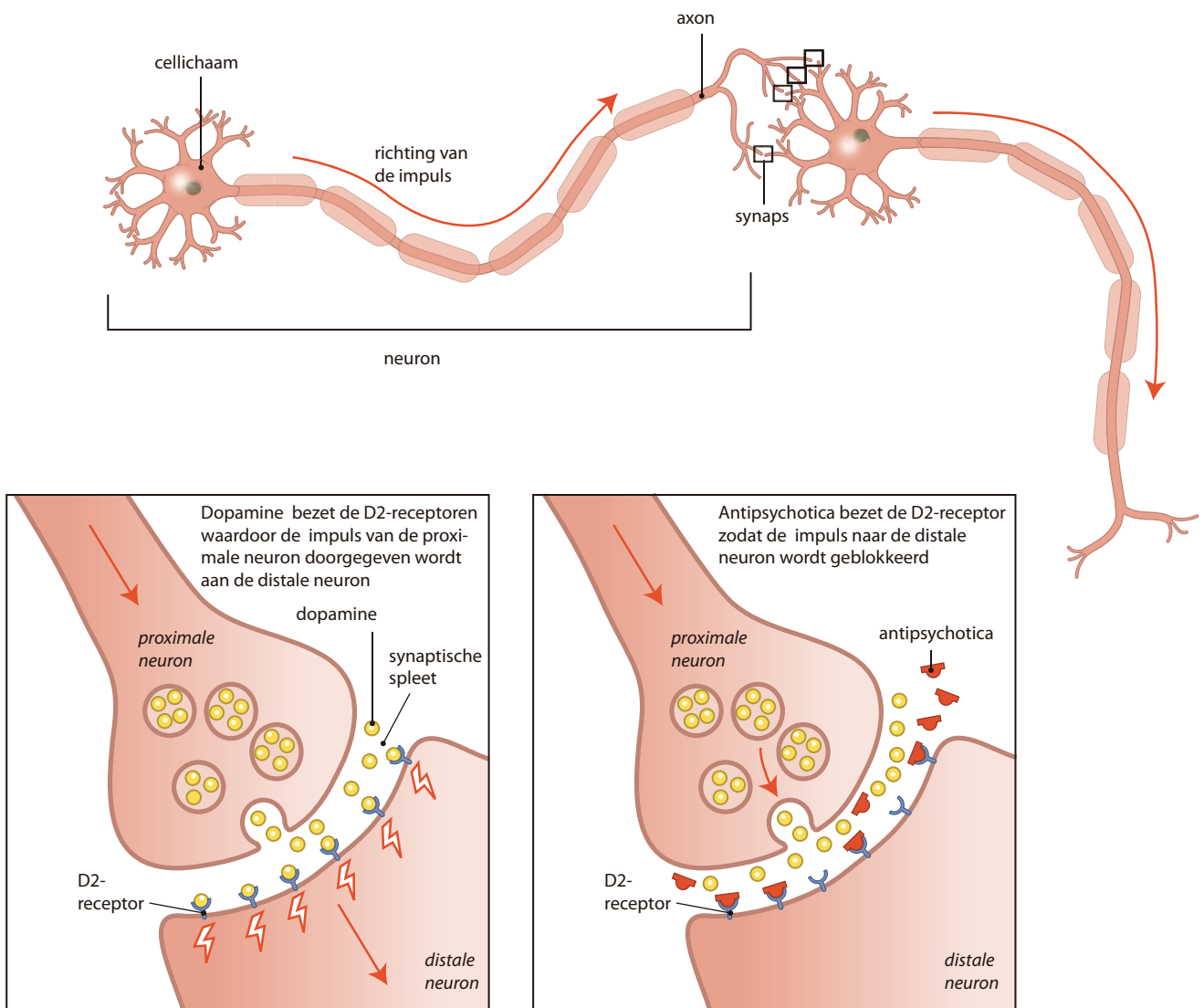
KENNISTOETS 1 STUDIEPUNT

Casus

Mohammed A. is een man van 34 jaar die in behandeling is vanwege schizofrenie van het paranoïde type. Hij heeft geen ziekte-inzicht en dat maakt dat hij zijn medicijnen niet wil innemen. Omdat hij tabletten niet trouw inneemt, wordt hij sinds drie jaar behandeld met een depot zuclopentixol decanoaat 300 mg; eens per drie weken een injectie. Voor de stijve spieren waar hij soms last van heeft, krijgt hij biperideen 2 mg oraal voorgeschreven. Vandaag meldt cliënt zich bij de receptie. Hij heeft last van 'levende vingers' en wil nu echt geen medicatie meer!

CLIËNTVEILIGHEID

Antipsychotica zijn veelgebruikte geneesmiddelen tegen psychotische klachten, maar worden ook gegeven bij andere stoornissen zoals autisme, persoonlijkheidsstoornissen of gedragsstoornissen bij ouderen. Deze medicijnen kunnen ernstige en blijvende bewegingsstoornissen veroorzaken, die zowel psychisch als fysiek een belasting zijn.¹ Psychische last komt vooral voort uit schaamte, omdat andere mensen het kunnen zien. Als het lichaam in een abnormale houding staat, kan de omgeving ten onrechte denken dat de cliënt verstandelijk gehandicapt is of trillende handen koppelen aan alcoholmisbruik. Een cliënt kan dan sociale situaties gaan mijden. Bewegingsstoornissen kunnen ook fysieke last geven. Denk aan onwillekeurige bewegingen van de tong die het slikken bemoeilijken of geen shagje kunnen rollen door het trillen van de handen. Dit kunnen voor



Figuur 1 Dopamine-antagonisme

de cliënt redenen zijn om de medicijnen niet langer te gebruiken, wat veelal een psychotische terugval tot gevolg heeft. Vroegsignalering is voor de behandeling van bewegingsstoornissen van belang. De acute vormen zijn namelijk goed te behandelen, terwijl de laat ontstane vormen soms irreversibel zijn. Het probleem is dat bewegingsstoornissen niet altijd worden herkend. Zo worden bewegingsstoornissen soms verward met psychiatrische symptomen. Vertraagde bewegingen passen zowel bij parkinsonisme als bij een vitale depressie. Motorische onrust kan zowel een symptoom zijn van acathisie als van een geagiteerde psychose.

HET WERKINGSMECHANISME VAN ANTIPSYCHOTICA

Zenuwcellen in onze hersenen zijn voor de overdracht van prikkels afhankelijk van neurotransmitters. Deze chemische stoffen worden door zenuwcellen uitgeschei-

den en door andere zenuwcellen weer opgevangen met behulp van receptoren. Antipsychotica voorkomen dat dopamine opgevangen kan worden, door de receptoren zelf te bezetten. Daardoor verminderen wanen en hallucinaties, maar kunnen tegelijkertijd bewegingsstoornissen ontstaan. Voor een antipsychotisch effect is een receptorbezetting boven de 65-70% vereist, maar bij een bezetting boven de 80% ontstaan er bewegingsstoornissen.² Bij deze medicijnen is de marge tussen een adequate instelling en overdosering dus klein. De dosering moet nauwkeurig gebeuren, waarbij de psychotische klachten zoveel mogelijk worden tegengegaan met een zo laag mogelijke dosis: de minimaal effectieve dosering.

BEWEGINGSSTOORNISSEN

We spreken van een bewegingsstoornis als een cliënt abnormaal meer of minder beweegt. Dat kan gebeuren

TIPS

Kijk voor de meetinstrumenten op www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/measuringinstruments.
Kijk voor leerzaam videomateriaal op www.bewegingsstoornissendoormedicijnen.nl



Figuur 2 Torticollis

kort nadat met het medicijn is gestart: na enkele uren, dagen of weken. Soms ontstaan bewegingsstoornissen echter pas later in de behandeling: na enkele maanden of jaren. Bewegingsstoornissen kunnen veroorzaakt worden door medicijnen, giftige stoffen of door ziekten. Sommige auteurs vermelden dat bewegingsstoornissen een symptoom zijn van schizofrenie. Bewegingsstoornissen worden namelijk ook gezien bij schizofrene cliënten die nog geen antipsychotica gebruiken.³ Hoewel er meer soorten bewegingsstoornissen zijn, beperken we ons in dit artikel tot: acute dystonie, acathisie, parkinsonisme en tardieve dyskinesie.

Acute dystonie

Acute dystonie treedt veelal op de tweede dag op nadat is gestart met het veroorzakend medicijn of na een forse verhoging van de dosering ervan. Bij dystonie trekken de spieren samen, waardoor een abnormale houding of spasme ontstaat. Zeker in meer extreme gevallen kan dat erg pijnlijk en verontrustend zijn. De psychotische cliënt weet wellicht niet dat het hier om een bijwerking van de medicatie gaat en kan, als het hoofd 'uit zichzelf' gedraaid wordt (torticollis), denken dat hij bestuurd wordt. Bekende risicofactoren voor het ontstaan van dystonie zijn een lage leeftijd, het mannelijk geslacht, cocaïne-gebruik en een voorgeschiedenis met acute dystonie.

Acathisie

Acathisie komt uit het Grieks en betekent letterlijk niet stil kunnen zitten. Het wordt wel gezien als de meest hinderlijke bijwerking van antipsychotica.⁴ Acathisie kent zowel een objectief als een subjectief aspect. Een cliënt met acathisie kan niet lang stilzitten of -staan. Bij ernstige vormen bewegen cliënten continu. Ze wiebelen of trappelen met hun benen of slaan ze steeds over elkaar. In staande houding stapt de cliënt op de plaats of verplaatst het gewicht van de ene voet op de andere. Subjectief ervaart de cliënt gevoelens van angst, prikkelbaarheid, rusteloosheid of een drang om te bewegen.

Risicofactoren voor het ontwikkelen van acathisie zijn het gebruik van hoogpotente antipsychotica, hogere doseringen antipsychotica en een voorgeschiedenis met acathisie.

Parkinsonisme

Bij parkinsonisme komen er symptomen voor die ook voorkomen bij de ziekte van Parkinson, maar ze hebben een andere oorzaak. Kenmerkend voor parkinsonisme is de rusttremor. De handen trillen relatief langzaam: drie tot zes keer per seconde. Verder is er sprake van rigiditeit: een spierstijfheid die goed gevoeld kan worden door de armen en benen van een cliënt te bewegen. Tot slot wordt parkinsonisme gekenmerkt door een overduidelijke bewegingsarmoede. De automatische bewegingen, zoals de armuitslag tijdens het lopen of het knippen met de ogen, zijn afgenomen. Cliënten met parkinsonisme bewegen ook trager. Het risico om last te krijgen van parkinsonisme is groter als de cliënt ouder is, er zich eerder parkinsonisme heeft voorgedaan en bij hogere doseringen antipsychotica.

Tardieve dyskinesie

Omdat deze bijwerking pas na enkele maanden of jaren ontstaat, wordt het tardieve (laat ontstane) dyskinesie genoemd. Dyskinesie is een samenvoeging van de woorden dys (afwijkend) en kinesie (beweging). Kenmerkend zijn de, vaak constant aanwezige, vloeiende, onwillekeurige en doellose bewegingen. Een cliënt kan deze onwillekeurige bewegingen desgewenst onderdrukken. Wordt hij afgeleid, dan komen de bewegingen terug. Dit mechanisme is de basis van de provocatietesten in het bewegingsonderzoek. Tardieve dyskinesie kent drie verschijningsvormen. In het gezicht/rond de mond, van de ledematen en het romp/halsgebied en de relatief zeldzame dyskinesie van de ademhalingsspieren. Risicofactoren voor tardieve dyskinesie zijn een hogere leeftijd, niet-kaukasische afkomst, onderbroken behandeling met antipsychotica en tardieve dyskinesie in de voorgeschiedenis.

BEWEGINGSSTOORNISSEN?

Met de komst van de tweedegeratie antipsychotica dacht men dat bewegingsstoornissen niet meer zouden voorkomen. Dat blijkt helaas niet zo te zijn. In vergelijking met haloperidol, veroorzaken de tweedegeratie antipsychotica wel minder bewegingsstoornissen. Wanneer een antipsychoticum een sterk anticholinerge werking heeft (de werking van de neurotransmitter acetylcholine tegengaat), ontstaan acute bewegingsstoornissen minder vaak. Het risico op metabole stoornissen is dan wel weer groter. Antipsychotica hebben een eigen farmacologisch profiel met bedoelde en onbedoelde effecten, maar ze kunnen allemaal bewegingsstoornissen veroorzaken.

FEITEN EN CIJFERS

Het aantal gebruikers van antipsychotica varieert in Nederland tussen de 283.000⁵ en de 317.000⁶ met een gemiddelde toename van 5% per jaar. Dat is te verklaren doordat antipsychotica ook aan andere doelgroepen worden voorgeschreven. Hoewel de tweedegeratie antipsychotica minder bewegingsstoornissen veroorzaakt dan de eerstegeratie antipsychotica, komen bewegingsstoornissen nog veel voor.⁷ In de GROUP-studie, met voornamelijk jonge mensen en een ziekte-duur tot tien jaar, werd bij één op de drie cliënten een bewegingsstoornis gezien.⁸ Bij cliënten die langer antipsychotica gebruiken is dat twee op de drie.⁹ Globaal krijgt 20-50% parkinsonisme, 20-30% acathisie en bij tardieve dyskinesie neemt de kans erop per jaar cumulatief toe met 3-5%. Na acht jaar stabiliseert die kans.¹⁰ Dystonie komt van de vier bewegingsstoornissen het minst vaak voor (2-3%).



figuur 3 Tardieve dyskinesie van de vingers

ROL VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST GGZ

Het vakinhoudelijk handelen van de verpleegkundig specialist is door de gewijzigde Geneesmiddelenwet en de Wet BIG veranderd. De verpleegkundig specialist GGZ is nu bevoegd zelfstandig medicijnen voor te schrijven die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn. Daarmee is de rol in de farmacotherapie niet langer beperkt tot het geven van psycho-educatie en het rapporteren van bijwerkingen. De verpleegkundig specialist moet gedegen kennis hebben over het profiel van het individuele medicijn. Verder zal hij ook zelf onderzoek moeten doen naar de bedoelde en onbedoelde werking ervan en op basis daarvan beslissingen moeten nemen. Dat verpleegkundigen dat net zo goed kunnen als artsen blijkt uit recent onderzoek.¹¹ Een blijvende inspanning om up-to-date te blijven en uzelf erin te verdiepen is wel een vereiste.

BEHANDELING

Voor de behandeling wordt er een antipsychoticum gekozen met een passend profiel (rekening houdend met de te verwachten werking, bijwerking en bekende risicofactoren) en daarmee wordt in een lage dosering gestart. De behandeling van bewegingsstoornissen begint met het geven van voorlichting aan de cliënt over de mogelijke bijwerkingen. Voor een vroegtijdige signalering van bewegingsstoornissen is een jaarlijkse screening noodzakelijk.¹² Hiervoor is het bewegingsonderzoek te gebruiken zoals beschreven door Van Harten.¹⁰ Voor het vastleggen van de ernst van bewegingsstoornissen en het opvolgen ervan in de tijd worden scoringsinstrumenten gebruikt. Aanbevolen worden de Abnormal Involuntary Movement Scale voor tardieve dyskinesie, de Barnes Akathisia Rating Scale voor acathisie, de Fahn en Marsden rating Scale voor dystonie en de Unified Parkinsons Disease Rating Scale voor parkinsonisme.¹³ Voor een betrouwbare beoordeling is wel enige training vereist.

Mochten er zich acute bewegingsstoornissen voordoen, dan noemt de *richtlijn Schizofrenie 2012* bij parkinsonisme of dystonie een anticholinergicum als optie. Bij parkinsonisme kan ook de dosering worden verlaagd of worden overgegaan op een ander antipsychoticum. Tegen acute klachten van acathisie kan een bètablokker of benzodiazepine gebruikt worden. De behandeling van tardieve dyskinesie bestaat uit een switch naar een ander antipsychoticum of naar clozapine.

Door frequente contacten met de cliënt, een langere observatietijd en participatie in verschillende levenssituaties kunnen verpleegkundigen in een vroeg stadium signaleren of er zich bewegingsstoornissen voordoen. Ook kunnen zij dan observeren welke problemen of psychische last de bewegingsstoornissen in het dagelijkse leven van de patiënt veroorzaken. De verpleeg-

DO'S EN DON'TS VOOR VERPLEEGKUNDIGEN

Don'ts

- Interpreteer vreemd voorkomende klachten niet direct als een psychotisch fenomeen, maar beoordeel of ze een bijwerking zijn.
- Onderschat de negatieve effecten van bewegingsstoornissen op het leven van de cliënt en de behandeling niet.
- Beschouw farmacotherapie niet alleen een taak van de arts. Verpleegkundigen dragen bij aan de behandeling van andere disciplines.

Do's

- Ken de symptomen van bewegingsstoornissen en de bijbehorende risicofactoren.
- Realiseer u dat acute bewegingsstoornissen zich al snel na de inname van een antipsychoticum (of na een injectie met een antipsychoticum) kunnen voordoen en blijf de patiënt volgen.
- Verricht voor de start met antipsychotica een bewegingsonderzoek als o-meting. Daarna vindt minimaal jaarlijks een follow-up onderzoek plaats waarin het bewegingsonderzoek standaard kan worden opgenomen.

kundige discipline is aangewezen om cliënten te screenen op bewegingsstoornissen.

Casus (vervolg)

Na de eerste opvang is systematisch bewegingsonderzoek uitgevoerd en werd vastgesteld dat de vingers continu vloeiende, onwillekeurige, doelloze bewegingen maakten. Alsof de cliënt piano speelde. Met een verlaging van het depot werd eerst getracht de dyskinetische bewegingen laten afnemen. Om de klachten tussentijds te verlichten, is tevergeefs een benzodiazepine (alprazolam en later clonazepam) ingezet. Na enkele maanden werd het bewegingsonderzoek herhaald. De dyskinetische bewegingen waren onverminderd aanwezig, waarna de diagnose tardieve dyskinesie is gesteld. Een medicatiewissel naar een ander antipsychoticum werd niet zinvol geacht, omdat cliënt in de voorgeschiedenis al meerdere antipsychotica (Risperdal® en Penfluridol®) heeft gebruikt zonder het gewenste resultaat. Er werd besloten clozapine voor te schrijven. Die beslissing werd ingegeven door de diagnose onbehandelbare tardieve dyskinesie met sociale implicaties, de bereidheid van cliënt om dagelijks medicatie onder toezicht in te nemen en de dwingende reden voor het gebruik van een antipsychoticum. Aan de hand van de *Richtlijn voor het gebruik van clozapine* is gestart met de voorbereidingen daarvoor.

LITERATUUR

1. Harten PN van. Acute bewegingsstoornissen door medicijnen. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2003;45(5):251-63.
2. Bruggeman R, Laar T van, Leenders KL. Het werkingsmechanisme van atypische antipsychotica. Neurologie en Neurochirurgie. 2003;104(2):105-12.
3. Koning JP, Tenback DE, Os J van, Aleman A, Kahn RS, Harten PN van. Dyskinesia and parkinsonism in antipsychotic-naïve patients with schizophrenia, first-degree relatives and healthy controls: a meta-analysis. Schizophr Bull. 2010 Jul;36(4):723-31.
4. Poyurovsky M. Acute antipsychotic-induced akathisia revisited. The British Journal of Psychiatry 2010;196(2):89-91.
5. GIP. Geraadpleegd via www.gipdatabank.nl/databank.asp?tabel=85_psy&infoType=g&geg=gebr&label=00-totaal&item=bijlage op 18 januari 2014.
6. SFK. Geraadpleegd via www.sfk.nl/pdf-documenten/data-en-feiten/data-en-feiten-2012 op 18 januari 2014.
7. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. The Lancet. 2009;373(9657):31-41.
8. Koning JP, Tenback D, Kahn RS, Harten PN van. Prevalentie van bewegingsstoornissen bij jong-volwassenen met schizofrenie. Posterpresentatie Schizofrenie congres; 2009.
9. Bakker PR, Groot IW de, Os J van, Harten PN van. Long-stay psychiatric patients: A prospective study revealing persistent antipsychotic-induced movement disorder. PLoS ONE 2011 Oct;6(10):Art e25588-6.
10. Harten PN van. Bewegingsstoornissen door medicijngebruik. een handleiding voor verpleegkundigen. Soesterberg: Van Harten Education and Research, 2012.

Overige literatuur kunt u vinden op www.nurseacademyggz.nl.

WEBSITE

- Clozapinepluswerkgroep. Geraadpleegd via www.clozapinepluswerkgroep.nl/publicaties/richtlijn-voor-het-gebruik-van-clozapine op 18 januari 2014.