

TREFWOORD: **MEDICATIE**
Onderwerp: NEUROLEPTICA PG

Stappenplan probleemgedrag bij dementie

1. Breng het probleemgedrag in kaart:
 - a. Wanneer treedt het op? Overdag of 's nachts? Tijdens de zorg?
 - b. Hoe lang houdt het aan?
 - c. Eventuele uitlokkende factoren?
 - d. Welke interventies zijn al geprobeerd en wat is hun effect?
2. Identificeer en behandel eventuele lichamelijke problemen: **LO + LAB + urinestick**
 - a. infect (blaas, luchtwegen, elders)
 - b. pijn
 - c. obstipatie
 - d. jeuk
 - e. etc.
3. Identificeer en behandel eventuele psychische problemen (zie tabel BPSD):
 - a. hallucinaties en wanen
 - b. depressie
 - c. delier
4. Indien geen aanwijsbare lichamelijke problematiek, schakel de psycholoog in om het probleemgedrag verder in kaart te brengen en voor gerichte benaderingsadviezen.
5. Overweeg medicamenteuze behandeling indien 2,3 en 4 onvoldoende effect hebben of indien situatie zodanig ernstig is dat niet kan worden afgewacht.

Medicamenteuze strategie bij agitatie/agressie:

Er wordt onderscheid gemaakt tussen een acute situatie en een behandeling op langere termijn. In een acute situatie kun je vaak niet anders dan kiezen voor sedatie met ofwel antipsychotica ofwel benzodiazepines, afhankelijk van het beeld. Zolang je hier bewust voor kiest en vervolgens op korte termijn een vervolgplan inzet, is hier niets mis mee.

Acute situatie (sedatie)	
anxiolytica (benzodiazepinen) proberen af te bouwen bij stabiele situatie, max 4 weken.	oxazepam: z.n. 5-10 mg max. 3 dd 5-10 mg p.o. lorazepam: z.n. 0.5-1 mg p.o. max. 2 dd 0.5-1 mg p.o. evt. 1 mg i.m. (snelle werking)
antipsychotica proberen af te bouwen bij stabiele situatie in een tijdsbestek van maximaal 12 weken (na 12 weken gaan de bijwerkingen zwaarder tellen dan eventuele positieve werking op agitatie/agressie)	haloperidol: z.n. 0.5-1 mg p.o. max 2 dd 3 mg p.o evt 2.5 mg i.m. quetiapine (seroquel): bij LBD/parkinson startdosering 50 mg p.o./dag max 300 mg p.o./dag

Langere termijn (modulatie)	
<p>antidepressiva (serotonine)</p> <p>agressie is geassocieerd met een te lage serotonerge activiteit, los van het wel of niet voorkomen van depressie</p>	<p>cipramil (SSRI): starten met 1 dd 20 mg evt ophogen tot max 1 dd 40 mg natrium controle ook als druppelvorm (40 mg/ml, 1 dr = 2 mg)</p>
<p>NMDA-antagonist (glutamaat)</p> <p>er is evidence voor positieve effecten van memantine op agressie bij matige tot ernstige vormen van Alzheimer</p>	<p>memantine (ebixa): startdosering 1 dd 5 mg, per week ophogen met 5 mg tot max 1 dd 20 mg, afhankelijk van evt bijwerkingen ook als druppelvorm (10 mg/g, 10 dr = 5 mg) evaluatie na 3 maanden bij klaring < 30 max 10 mg</p>
<p>choline-esteraseremmers (acetylcholine)</p> <p>er is onvoldoende evidence voor effecten van choline-esteraseremmers op agressie an sich</p> <p>wel kunnen zij bijdragen aan een vermindering van gevoeligheid voor (chronisch) delier, bij (agressie met) verdenking chronisch delier is een proefbehandeling daarom te overwegen</p> <p>bij LBD en PDD met gedragsproblematiek</p>	<p>galantamine (reminyl): startdosering 8 mg per dag (retard), afhankelijk van effect per 4 weken ophogen met 8 mg tot max 24 mg/dag, bij geen effect bij max dosering: stoppen.</p> <p>rivastigmine (exelon): startdosering: - oraal: 1,5 mg 2x/per dag tijdens maaltijd, bij goed verdragen na min 2 weken verhogen met 1,5 mg per keer tot max 6 mg 2x per dag - pleister: 4,6 mg/24 uur, bij goed verdragen na min 4 weken verhogen tot 9,5 mg/24 uur</p>
<p>anti-epileptica</p> <p>binnen deze groep is alleen evidence beschikbaar voor een mogelijke positieve werking van carbamazepine (zij het beperkt)</p> <p>het is aangetoond dat natriumvalproaat geen werking heeft op agressie/agitatie</p> <p>er zijn enkele casereports met positieve effecten van gabapentine</p> <p>gebruik blijft dus beperkt tot proefbehandeling bij zeer therapie-resistente agressie</p>	<p>carbamazepine (tegretol): startdosering 200 mg 1x - 2x/dag, afhankelijk van effect na 1 week verhogen met 100 mg per dosis tot max 1200 mg/dag in meerdere giften.</p> <p>gabapentine (neurontin): startdosering 100 mg 1x/dag, na 3 dagen verhogen tot 100 mg 2x/dag, na 3 dagen verhogen tot 100 mg 3x/dag vervolgens a 3 dagen verhogen met 100 mg per dosis tot max 300 mg 3x/dag.</p>

Medicamenteuze strategie bij andere vormen van BPSD

probleemgedrag	groep & middel	dosering	opmerkingen
hallucinaties & wanen	antipsychotica		antipsychotica afbouwen/stoppen bij stabiele situatie gedurende 3 maanden
	haloperidol	startdosering 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen tot max 2 dd 3 mg p.o. per dag	
	risperidon	startdosering 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen tot max 2 dd 3 mg p.o. per dag	
	choline-esteraseremmers		
	rivastigmine	startdosering 2 dd 1,5 mg p.o.; ophogen tot max 2 dd 6 mg	bij LBD en parkinsondementie
angst	anxiolytica		therapie duur bij continu gebruik, max 2-4 weken cave: paradoxale reacties op benzodiazepines ¹
	oxazepam	z.n.: 5-10 mg p.o. continu: 3 dd 5-10 mg	
	lorazepam	z.n.: 0,5 – 1 mg p.o. continu: 2 dd 0,5 mg	
depressie	antidepressiva		ook als druppelvorm verkrijgbaar (40 mg/ml, 1 dr = 2 mg) evt. bij FTD, evidence dubieus
	citalopram	startdosering 1 dd 10 mg p.o, ophogen tot max 40 mg per dag	
	trazodon	startdosering 1 dd 50 mg p.o. a.n., ophogen tot max 300 mg per dag a.n.	
apathie	choline-esteraseremmers		
	rivastigmine	startdosering 2 dd 1,5 mg p.o.; ophogen tot max 2 dd 6 mg	alleen te overwegen bij apathie bij LBD
nachtelijke onrust / omkering dag-nachtritme (niet medicamenteuze interventies gericht op daglicht	antipsychotica		mogelijk is effect van antipsychotica een groepseffect, er is echter geen onderzoek naar effecten van andere antipsychotica (b.v. dipiperon)
	risperidon	startdosering 1 dd 0,5 mg p.o. (a.n.), ophogen op geleide van beeld tot 1 dd 3 mg p.o. (a.n.)	

en dagactiviteiten hebben de voorkeur!)	melatonine	start 2,5 mg p.o. (een uur voor het slapen)	alleen zinvol indien gecombineerd met lichttherapie of versterkt daglicht
roepgedrag	als geïsoleerd symptoom bij dementie onvoldoende bewijs aanwezig voor aanbeveling over medicamenteuze behandeling. Zoek naar niet-medicamenteuze behandelstrategieën in samenwerking met psycholoog.		
constant aandacht vragend gedrag	als geïsoleerd symptoom bij dementie onvoldoende bewijs aanwezig voor aanbeveling over medicamenteuze behandeling. Zoek naar niet-medicamenteuze behandelstrategieën in samenwerking met psycholoog.		
seksueel ontremd gedrag	als geïsoleerd symptoom bij dementie onvoldoende bewijs aanwezig voor aanbeveling over medicamenteuze behandeling. Zoek naar niet-medicamenteuze behandelstrategieën in samenwerking met psycholoog.		

1. Paradoxe reacties bij voortdurend gebruik van benzodiazepines: op momenten dat de dagspiegel laag is (tussen twee giften in, dalspiegel) reageert het lichaam met meer onrust en angst, extra giften van benzodiazepines tussendoor leiden vervolgens paradoxaal tot nog meer onrust en angst (vanwege overdosering), dit geeft een negatieve spiraal waarbij de dosering vaak almaar opgehoogd wordt. Enige behandeling is geleidelijk uitsluipen van de medicatie tot stop.