

Onwillekeurige bewegingen van de ademhalingsspieren en het middenrif bij langdurig antipsychotica gebruik (Respiratoire dyskinesie)

Respiratoire dyskinesie is een onwillekeurige beweging van alle spieren die zijn betrokken bij de ademhaling. Respiratoire dyskinesie is een variant van tardieve dyskinesie en kenmerkt zich door een onregelmatige en versnelde ademhaling, waarbij ook klachten kunnen voorkomen van een dyspneu (gevoeld dat je moeilijk ademt). Tardieve dyskinesie bestaan uit herhaalde, doelloze onvrijwillige spierbewegingen. Het risico op tardieve dyskinesie is bij nieuwe (atypische) antipsychotica lager dan de klassieke antipsychotica (behalve risperidon, dit bijwerkingen profiel lijkt, in een dosering boven 2 mg, veel op dat van de klassieke antipsychotica wat betreft de bewegingsstoornissen). Eén op de zes patiënten met tardieve dyskinesie hebben last van respiratoire dyskinesie. Een diagnose wordt echter niet vaak gesteld door de onbekendheid met respiratoire dyskinesie.

Het vaststellen van respiratoire dyskinesie bestaat uit het uitsluiten van andere oorzaken van de symptomen.

Behandeling

De dosering van het antipsychoticum traag verminderen als dit klinisch mogelijk is. Een andere optie is over te gaan op naar een ander antipsychoticum met een lager risico op de bijwerking.

Bewegingsstoornissen komen meer voor bij de klassieke antipsychotica en risperidon in hogere doseringen. Clozapine en quetiapine zijn middelen van eerste keus. Anticholinergica (zoals biperideen / Akineton®) verminderen repertoire dyskinesie niet, er is enig bewijs dat anticholinergica dyskinesie juist aanjaagt. Het advies is daarom anticholinergica te stoppen. Bij onvoldoende effect van deze interventies de patiënt instellen op tetrabenazine.

Tetrabenazine (Tetmodis®) instellen; vooral langzaam opbouwen en de dosering zo veel mogelijk verdelen over twee of drie giften. Start met 12,5 mg, op geleide van effect en/of bijwerkingen iedere 7 dagen verhogen met 12,5 mg tot 50 mg. Drie tot vier weken wachten op effect, dan doorgaan naar 75 mg in twee stappen. Op geleide van klinisch beeld tot 150-maximaal 200 mg per dag. Is er bij 75 mg geen verbetering dan de opbouw stoppen. Bij een licht tot matig gestoorde leverfunctie: startdosis halveren en trager titreren.

Als tetrabenazine onvoldoende effectief is of het wordt niet verdragen (ongeveer 20% van de patiënten ontwikkeld een depressie, CAVE de voorgeschiedenis) dan kan tiapride geprobeerd worden.

Referenties

- Douma R, Arends J, Timmerman L, Bogers J.P.A.M. (2008) Respiratoire dyskinesie: een lastige diagnose van een potentieel gevaarlijk symptoom. *Psyfar*, 2008;4:29-31.
- P.N. van Harten (2000) Bewegingsstoornissen door antipsychotica Uitgeverij Boom.
- Harten PN van Dr (2010); Bewegingsstoornissen bij psychosen. So what? Tijdschrift voor psychiatrie Maastricht Universiteit; 2010.
- Beers E., Naarding P. (2015) Molemans praktische psychofarmacologie. Volledig herziende editie. ISBN:9789085621423 Prelum uitgevers; 2015.

Laatste revisiedatum:

03-07-2019

Trefwoorden¹:

- Respiratoire dyskinesie
- Ademhaling
- Tardieve dyskinesie
- Spieren
- Hyperventilatie
- Benauwdheid
- Bewegingsstoornissen

¹ © 2019 M. de Ruijter