

TABEL 1	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patienten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten (95% CI)	Conclusie	Opmerkingen, commentaar
Hammad et al. 2006	A1	MA van RCT's	24 trials (n=4582), 16xMDD 4xOCD 3xangst 1xADHD waarvan 4xOCD 4 van de 8 OCD-trials zijn niet geanalyseerd, omdat er geen events waren in drug of placebo groep	4584 patiënten in 24 trials, daarvan 4 met OCD Leeftijd (NR): 'pediatric patients'	SSRI : (4-16 weken) Fluoxetine (NR) Fluvoxamine (NR) Paroxetine (NR) Sertraline (NR)	Placebo	RR voor suïcidaliteit (95%CI) m.b.t. de losse OCD-trials Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline	 1.38 (0.06-32.87) 5.52 (0.27-112.55) 3.24 (0.13-78.62) 0.34 (0.01-8.16)	Voor alle trials gezamenlijk is er een licht verhoogd risico op suïcidaal gedrag. Voor OCD alleen zijn echter geen resultaten beschikbaar. Te weinig events in kleine groepen.	Patiënten die meedoen of geselecteerd zijn voor een trial zijn mogelijk niet representatief voor alle patiënten, bij voorbeeld met betrekking tot suïcidaal gedrag. Geen overall RR berekend voor OCD-patiënten alleen Geen volbrachte zelfmoorden

<u>TABEL 1 (deel 2)</u> Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patienten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten (95% CI)	Conclusie	Opmerkingen, commentaar
Bridge et al., 2007	A1	MA van RCT's	27 RC-trials (1998-2006) 15xMDD (n=3430) 6xOCD (n=718) 6xnon-OCD(n=1162)	MDD, OCD en non-OCD-patiënten Leeftijd: 5-18 jaar	SSRI: <i>Overall:</i> - fluoxetine - paroxetine - setraline - citalopram - escitalopram - venlafaxine - nefazodone - mirtazapine OCD: 2x Sertraline (25-200 mg/dag, 12 wk), 2x fluoxetine (20-60 (13 wk)/20-80 mg/dag(8 wk)), fluvoxamine (50-200 mg/dag, 10 wk), paroxetine (10-50 mg/dag, 10 wk)	Placebo	<i>Overall (MDD, non-OCD en OCD)</i> Gepoolde maat voor suïcidaliteit - risicoverschil - NNH <i>m.b.t. OCD</i> Gepoolde maat voor suïcidaliteit - SSRI - placebo - risico verschil - NNH	0.7% (0.1% tot 1.3%) 143 (77 tot 1000) 1% (0% tot 2%) 0.3% (-0.3% tot 1%) 0.5% (-1.2% tot 2.2%) 200	De voordelen van SSRI's (m.b.t. effectiviteit) lijken veel groter dan de risico's op zelfmoord. Benefit/risk ratio is echter afhankelijk van indicatie, leeftijd, chroniciteit en studiecondities.	- Relatief weinig trials m.b.t. OCD - Studies niet ontworpen om zelfmoordgedachten te meten (als onderdeel van adverse events gerapporteerd) Geen volbrachte zelfmoorden.

TABEL 2	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patienten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten (95% CI)	Conclusie	Opmerkingen, commentaar
Watson & Rees, 2008	A1	MA van RCT's	13 Studies met kinderen met OCD, - 10 farm. Therapie (n=1016) - 5 CGT (n=161)	Kinderen met OCD (DSM of ICD diagnose) <19 jaar	CGT (5-14 weken) Pharmacotherapie (8-16 weken) - paroxetine - fluoxetine - fluvoxamine - fluoxetine (3x) - setraline - clomipramine (2x)	Wachlijst/Placebo Placebo	Gepoolde effect van OCD ernst van symptomen behandeling vs. Controle (CY-BOCS) ¹ - CGT - farmacotherapie: * clomipramine * fluoxetine * fluvoxamine * paroxetine * setraline Overall (alle behandelingen)	1.45 (0.68 tot 2.22) 0.48 (0.36 tot 0.61) 0.85 (0.32 tot 1.387) 0.51 (0.18 tot 0.84) 0.31 (-0.05 tot 0.67) 0.44 (0.24 tot 0.64) 0.47 (0.21 tot 0.73) 0.72 (0.48 tot 0.96)	CGT heeft een groter behandelingseffect dan farmacotherapie.	- Weinig studies -CGT studies gepoold ondanks grote heterogeniteit in therapieën - Controlegroepen verschillen tussen CGT en farmacotherapie-studies Onderlinge vergelijking van middelen op basis van deze studie niet mogelijk Clomipramine lijkt meest effectief t.o.v. andere middelen, maar is vanwege zijn bijwerkingen geen eerste keus.

CGT=Cognitieve Gedrags Therapie

¹ Eén van de studies gebruikte een andere instrument.

Literatuur

Bailly D. Tolérance des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine chez l'enfant et l'adolescent. *Presse Med* 2006; 35: 1507-15.

Blier P, Habib R, Flament MF. Pharmacotherapies in the management of obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry* 2006; 51(7):417-30.

Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007; 297(15): 1683-1696.

Goodman WK, Storch EA, Geffken GR, Murphy TK. Obsessive-compulsive disorder in Tourette Syndrome. *J Child Neurol* 2006; 21: 704-714.

Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 332-339.

Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S, Hoppe L. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3

Marks Dm, Park MH, Ham BJ et al. Paroxetine: safety and tolerability issues. *Expert Opin Drug Saf* 2008; 7(6):783-794.

Reinblatt SP, Riddle MA. The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology (Berl)* 2007; 191(1): 67-86.

Watson HJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(5): 489-98.