

Partydrugsgerelateerde klachten

Gerard-Jan Alderliefste, Jurgen Damen

Jonge drugsgebruikers praten niet makkelijk met hun huisarts over drugsgebruik. Ze generen zich, vrezen dat hun ouders het te weten komen of denken dat hun huisarts deze specifieke klachten niet zal kennen. Omgekeerd weten huisartsen vaak niet wie risico lopen en wat de risico's van deze middelen zijn, of wat interacties zijn met medicatie. Het is bovendien lastig om betrouwbare informatie te vinden voor professionals, gebruikers en ouders. Doel van dit artikel is het vergroten van kennis en herkenning van aan partydrugs gerelateerde klachten.

Het gebruik van drugs is van alle tijden. De drugs die worden gebruikt, de omgeving waarin dat gebeurt en de risico's die daarmee gepaard gaan, verschillen per generatie. De drugsproblematiek van de hippies uit de jaren zestig, die van de gabbers uit de jaren negentig en die van de festivalgeneratie

CASUS STIMULERENDE DRUGS

Een 25-jarige vrouw meldt zich telefonisch op het Landelijk Medisch Spreekuur Partydrugs (LMSP) vanwege angstklachten, een constant gevoel van spanning en één keer per twee weken een paniekaanval met zweetaanvallen, hartkloppingen en angstgevoelens. Het begon nadat ze bijna een jaar geleden op een festival een pil 4-FMP nam waarna ze een week last had van zwakte, misselijkheid en concentratiestoornissen. De voorgeschiedenis vermeldt recreatief en ongecompliceerd speedgebruik, maximaal eenmaal per twee maanden in het festivalseizoen en eenmalig xtc-gebruik met een gevoel van controleverlies. Ze heeft last van het prikkelbaredarmsyndroom en er is sprake van vermijdende persoonlijkheidstrekken, aanleg tot piekeren en als mogelijk traumatische ervaring gepest zijn op school. De arts stelt de diagnose gegeneraliseerde angststoornis. Het drugsgebruik zou als een trigger hebben gewerkt bij een bestaande gevoeligheid. De arts stelt, in samenspraak met de praktijkondersteuner van de huisarts, een behandelplan op. Met het oog op de angststoornis krijgt de patiënt het advies om geen drugs te gebruiken.



De huisarts kan een grote rol spelen bij het bespreekbaar maken van drugsgebruik en het voorkomen van de nadelige gevolgen ervan.

Foto: Hollandse Hoogte

van nu lopen sterk uiteen.¹ Als middelen met uitgaan samenhangen, worden de termen ‘partydrugs’ of ‘uitgaansdrugs’ (Engels: *recreational drugs*) gebruikt. Typische partydrugs zijn xtc (ecstasy), cocaïne en speed, en in iets mindere mate GHB, 2-CB (een middel dat op xtc lijkt, maar dosisafhankelijk meer hallucinogeen is) en 4-FA (4-FMP). Deze laatste, een mildere variant van xtc, wint snel aan populariteit. Drugs die minder vaak in het uitgaansleven voorkomen zijn cannabis, lsd, paddo’s/truffels en nieuwe psychoactieve stoffen (NPS), zoals 6-APB en *benzo fury*, een kruising tussen xtc en amfetamine.

In Nederland komt drugsgebruik onder jongeren relatief veel voor. In de EU gebruikte het afgelopen jaar naar schatting gemiddeld 1,7% van de 15- tot 34-jarige jongeren en jongvolwassenen xtc, vergeleken met 6,6% voor Nederland. Cannabis is over de hele linie de meest gebruikte drug: in 2015 hebben naar schatting 2,8 miljoen Nederlanders van 18 jaar en ouder (21,1%) ooit in hun leven cannabis gebruikt. Momenteel is xtc het populairst – in 2015 had naar schatting 1 op de 14 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit xtc gebruikt (7,0%). Omgerekend naar de hele bevolking ging het om ongeveer 930.000 personen. Het gebruik van xtc in 2016 ligt op 2,8%, rond de 380.000 personen.² Bij ongeveer 4% persistente klachten zijn er alleen al door xtc in Nederland geëxtrapoleerd ongeveer 15.000 personen met langdurige klachten.³ Trends rond partydrugs worden gemonitord in ‘Het grote uitgaansonderzoek’, een aselechte steekproef, die niet representatief is voor de bevolking.⁴

RISICO'S

Er zijn drie soorten drugs te onderscheiden: stimulerende, dempende en hallucinogene middelen.

DE KERN

- De Nederlandse jeugd gebruikt vaak partydrugs. Het verdient aanbeveling om drugs- en alcoholgebruik bij elke patiënt tussen 14 en 35 jaar ter sprake te brengen.
- Patiënten met psychiatrische klachten (angststoornissen, PTSS) en patiënten met migraine lopen een risico om langdurige gevolgen van partydrugsgebruik te ontwikkelen.
- De huisarts kan een grote rol spelen bij het bespreekbaar maken van drugsgebruik en het voorkomen van de nadelige gevolgen ervan.
- Bij alle angst- en depressieklachten, slaap- en concentratiestoornissen, en waarnemingsstoornissen (visus, evenwicht) moet de huisarts aan een relatie met midde-
lengebruik denken.
- Sommige invaliderende langetermijngevolgen kunnen worden gemist, zoals *hallucinogen persisting perception disorder* (HPPD) en depersonalisatie en derealisatie.

CASUS DEMPENDE DRUGS

Een 17-jarige man wordt bewusteloos aangetroffen op een feest. Een aanwezige EHBO'er belt 112 en zegt dat de man niet reageert op verbale en pijnlijke stimuli. Hij heeft een hartslag van 62/min en een ademhalingsfrequentie van 12/min. In het ziekenhuis blijkt een toxicologische urinescreening negatief voor cocaïne, amfetaminen, benzodiazepinen, cannabis en opiaten. De man heeft een lage ethanolconcentratie van 0,4 mg/L (= 0,0004 promille). De patiënt komt spontaan bij bewustzijn en het coma duurde ongeveer 3 uur. De man vertelt GHB te hebben ingenomen.

CASUS HALLUCINOGENE DRUGS

Een 28-jarige man met enkele paniekreacties na cannabisgebruik in de voorgeschiedenis komt bij de huisarts met sinds drie weken aanhoudende klachten die hem doen vrezen voor een psychose. Hij is angstig, zijn stemming is vlak en hij heeft suïcidale gedachten. Hij ziet stippletjes op muren en draadjes in zijn gezichtsveld, en heeft nabeelden bij sterke lichtbronnen. Daarnaast zijn er klachten van depersonalisatie en derealisatie. Deze klachten zijn ontstaan na het roken van een joint met een onbekend THC-gehalte, na een periode zonder cannabisgebruik. De huisarts verwijst hem door naar de ggz, met de vraag om psychodiagnostiek. Vervolgens wordt de patiënt doorverwezen naar het LMSP omdat de klachten met drugsgebruik samenhangen. Daar worden de volgende diagnoses gesteld: HPPD, en de [*drug-induced*] depersonalisatie-derealisatiestoornis, bij een man met een stoornis in het gebruik van cannabis.

Stimulerende drugs

Stimulerende drugs verhogen vooral noradrenaline en dopamine, met als gevolg verhoging van de hartslag en bloeddruk, pupilverwijding en slaapdeprivatie. Speed, xtc en cocaïne zijn de meest voorkomende voorbeelden, waarbij cocaïnegebruik gepaard gaat met het hoogste cardiale risico.^{5,6} Dit kan zich uiten in plotse hartdood en een 24 maal hoger risico op een hartaanval in de eerste 60 minuten na gebruik.⁷ Bij gepredisponeerden kunnen er angst- en panieklachten ontstaan, waarbij geruststelling, aanwezigheid van anderen en telefonisch vervolcontact op dezelfde avond kunnen volstaan. Zet eventueel kortdurend benzodiazepinen in, zoals oxazepam en lorazepam met respectievelijk startdoseringen van 10 en 0,5 mg, met zo nodig een oplopende dosering. Gebruik bij voorkeur geen metoprolol, in verband met de alfaressorreactie. Cocaïne verhoogt zowel de alfa- als bèta-activiteit. Blokkade van de bèta-activiteit verhoogt dan de alfa-activiteit. Dit geeft een potentieel gevaarlijke toename van vasoconstrictie en een bloeddrukverhoging.⁸

In tegenstelling tot speed en cocaïne zijn xtc en paddo's nauwelijks verslavend.⁹ Xtc kan wel grote korte- en langetermijngesondheidsrisico's hebben. De xtc-hulpvraag betreft een relatief kleine groep in de verslavingszorg, met een aandeel van minder dan 1% (122 personen). Acute en subacute klachten (hyperthermie, hartkloppingen, angst) komen terecht op de HAP en op de SEH. Aanhoudende klachten zoals *hallucinogen persisting perception disorder* (HPPD) en depersonalisatie en derealisatie worden vaak niet herkend en de symptomatologie wordt verzameld, gecategoriseerd en behandeld via het LMSP van Brijder Jeugd.¹⁰



Partydrugs, een greep uit het aanbod.

Foto: Getty iStock

Dempende middelen

Dempende middelen zijn alcohol en GHB die via gamma-aminoboterzuurverhoging en glutamaatverlaging in de hersenen hun effect sorteren. GHB heeft een hoog verslavingspotentieel, GBL is de tweemaal sterkere variant, waaruit het lichaam weer GHB maakt. In 2016 was het aantal GHB-aanmeldingen in de verslavingszorg 837. In 2007 was dit nog 50. De toename is nu gestopt. Er kunnen ook bijwerkingen optreden, zoals ernstige agitatie, oververhitting, wanen en verwardheid. Over de frequentie van deze bijwerkingen bestaan geen betrouwbare cijfers. Er zijn wel cijfers uit de Trimbos-monitor incidenten uit 2016.¹¹ Ambulancediensten zagen in dat jaar bij 21% van de incidenten door alcohol en drugs GHB als enige drug. In bijna 90% van deze GHB-incidenten waren de patiënten matig of ernstig onder invloed. Het aandeel van GHB-incidenten op SEH-posten schommelt al jaren rond 10%. Een relatief groot deel van deze SEH-patiënten is matig of ernstig onder invloed van GHB (64% in 2016).

Verslavingsbehandeling kan ambulante plaatsvinden, maar detoxificatie is voorbehouden aan een kliniek die aan een algemeen ziekenhuis is gelieerd. GHB kan incidentele gebruikers in een comateuze toestand brengen, terwijl ze zich bijvoorbeeld nog op een festival bevinden. De korte halfwaardetijd van GHB maakt dat observatie tot ontwakken volstaat. Deze observatie moet klinisch plaatsvinden vanwege het risico op verstikking gedurende de coma.

GHB heeft een zeer korte halfwaardetijd (21 minuten), die bij hogere doseringen kan oplopen tot 45 minuten. GHB laat zijn maximale effect zien na 30 tot 60 minuten. Bloed kan het best binnen 6 tot 8 uur na inname van GHB worden afgenomen, en urine binnen 10 tot 12 uur.

Hallucinogene middelen

Hallucinogene middelen werken onder andere via een blokkade van de specifieke serotonine-receptor 5-HT_{2a} in de hersenen. Hierdoor kan bijvoorbeeld een SSRI de bijwerkingen van cannabis versterken. Het gebruik van paddo's, truffels, 2C-B, LSD, cannabis en ook xtc kan een overweldigende er-

Aanhoudende klachten van stimulerende drugs worden vaak niet herkend

varing geven. Personen met controlerende karaktertrekken of angststoornissen in de voorgeschiedenis kunnen een immense doodsangst krijgen, een zogenaamde *bad trip*. Die kan leiden tot bij PTSS bekende depersonalisatie- en derealisatieklachten, waarmee ook EMDR binnen het behandelplan past. Derealisatie en depersonalisatie zijn goedaardig en van voorbijgaande

aard bij 30 tot 70% van de adolescenten en komen in 50 tot 80% van de gevallen voor bij andere psychiatrische stoornissen. Bij 1 tot 2% van de gebruikers die klachten krijgen kunnen deze overgaan in de persisterende depersonalisatie-derealiseerstoornis.¹² HPPD kan verergeren door stimulerende middelen, maar wordt veroorzaakt door hallucinogenen. De verschijnselen doen soms denken aan die van een psychose, gezien bijvoorbeeld het ervaren van lucht in het hoofd, het voelen van schokjes en trillingen of het ervaren van beweging bij stilstaan. De visuele waarnemingsstoornissen, zoals oogruis, mouches volantes en nabeelden, worden in theorie verklaard door verminderde frontale inhibitie en verhoogde occipitale schorsactiviteit.¹³

Alle gebruikers zouden de 'bijsluiters' moeten lezen voor ze drugs gebruiken

DE ROL VAN DE HUISARTS

Informatie over drugs

Bij vragen over drugs kan de huisarts de patiënt verwijzen naar betrouwbare bronnen, zoals drugsinfo.nl van het Trimbos-instituut, drugsinfoteam.nl, jellinek.nl of unity.nl. Met het oog op preventie zouden alle gebruikers de 'bijsluiters' moeten hebben gelezen voor ze drugs gebruiken. Dit geldt vooral bij risicofactoren voor bijwerkingen, zoals pre-existente angst- of stemmingsstoornissen. Dit zijn contra-indicaties voor gebruik van drugs. Op deze sites kunnen patiënten, verwijzers en ook ouders terecht. Ook organiseren instellingen voor verslavingszorg ouderavonden en trainingen. Het Trimbos-instituut biedt ook documentatie, bijvoorbeeld *Mijn kind en drugs*. Vragen over interacties komen op deze plekken aan de orde. Ze kunnen ook door ziekenhuisapothekers beantwoord worden. De landelijke drugmonitor en de monitor drugsincidenten op de website van het Trimbos-instituut bieden informatie over epidemiologie.

Bespreekbaar maken

Aanleiding voor het bespreekbaar maken van middelengebruik zijn algemene klachten, zoals moeheid, afvallen of eetstoornissen, zintuiglijke waarnemingsklachten, inclusief evenwichtsstoornissen, sociale klachten als relatie-, gezins- of werkproblemen en alle psychische klachten. Patiënten met angst- en depressieklachten, mensen met migraine in de voorgeschiedenis (gebaseerd op een hoge prevalentie in LMSP en op overlap in symptomatologie) en feitelijk alle patiënten tussen 14 en 35 jaar verdienen een gesprek over de risico's van drugsgebruik. Wijs de patiënt daarbij op het beroepsgeheim. Dankzij zo'n gesprek met zijn huisarts leert de patiënt dat erover gepraat kan worden. 'We leven in een tijd met veel drugsgebruik, mag ik je vragen hoe jij daarmee omgaat?' zou een openingszin van zo'n gesprek kunnen zijn. 'Weet je de

weg naar informatie?' is een goede tweede vraag. Voor een SSRI krijgt een patiënt een bijsluiter, dus voor een middel dat velen malen sterker en op gelijke wijze werkt (xtc), is dat nog belangrijker, maar velen gebruiken het impulsief en zonder voorinformatie.

Probeer onbevooroordeeld naar de patiënt te luisteren, die soms worstelt met schuldgevoelens en gevoelens van onzekerheid over de aard van de klachten. Ruim extra tijd in en zoek samen naar informatie. Erken uw eigen beperkingen ('Ik ken het niet, maar wil graag met je meedenken') en verwijz op de juiste wijze door. Het is belangrijk woorden als 'psychose' en 'hersenschade' te vermijden en niet hardop te denken. Het helpt te vertellen dat de angstklachten, en depersonalisatie- en derealisatieverschijnselen geen blijvende schade aan de hersenen veroorzaken. ■

LITERATUUR

1. Goossens FX, Van Hasselt NE. Strategische verkenning Uitgaansdrugs 2015. Utrecht: Trimbos Instituut, 2015.
2. Van Laar MW, Van Ooyen-Houben MMJ. Nationale Drugs Monitor Jaarbericht 2016. Utrecht: Trimbos Instituut, 2016
3. Baggot MJ, Coyle JR, Erowid E, Erowid F, Robertson LC. Abnormal visual experiences in individuals with histories of hallucinogen use: a web-based questionnaire. *Drug Alcohol Depend* 2011;114:61-7.
4. Monshouwer K, Van der Pol P, Drost YC, Van Laar MW. Het Grote Uitgaansonderzoek 2016. Uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.
5. Riezzo I, Fiore C, De Carlo D, Pascale N, Neri M, Turillazzi E, Fineschi V. Side effects of cocaine abuse: multiorgan toxicity and pathological consequences. *Curr Med Chem* 2012;19:5624-46.
6. Lucena J, Blanco M, Jurado C, Rico A, Salguero M, Vazquez R, et al. Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain. *Eur Heart J* 2010;31:318-29.
7. Mittleman MA, Mintzer D, Maclure M, Tofler GH, Sherwood JB, Muller JE. Triggering of myocardial infarction by cocaine. *Circulation* 1999;99:2737-41.
8. Zilker T. Poisoning with ecstasy or cocaine. Why no beta blockers? *Internist (Berl)* 1999;40:981.
9. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2015. LADIS, Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Houten: Stichting IVZ, 2016.
10. Drugsinfoteam. Brijder Jeugd Verslavingszorg, Parnassia-groep.
11. Wijers L, Croes E, De Ruiter N, Valkenberg H. Monitor drugsincidenten. Factsheet 2016. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.
12. Hunter EC, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2004;39:9-18.
13. Abraham HD, Duffy FH. Stable quantitative EEG differences in post-LSD visual disorder by split half analyses: evidence for disinhibition. *Psychiat Res* 1996;67:173-87.

Alderliefste GJ, Damen J. Partydruggerelateerde klachten. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0285-y.
Brijder Jeugd, Alkmaar: G.J. Alderliefste, verslavingsarts KNMG, gerard.alderliefste@brijder.nl; J. Damen, huisarts, j.damen@erasmusmc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.