



## Somatische Ko-Morbiditäten bei Depression

Medizinisches Update, Privatklinik  
Obach, Solothurn

23. Mai 2013

Prof. Dr. med. Martin Hatzinger

Chefarzt Erwachsenenpsychiatrie Psychiatrische Dienste Solothurn  
Professor für Psychiatrie Universität Basel

## Häufigkeit von Depression bei körperlichen Erkrankungen

- Chronischer Schmerz 10-50% (Tunks et al. 2008)
- COPD 10-50% (Ng Tze-Ping 2008)
- Diabetes mellitus Typ 2 11-15% (Anderson et al. 2001)
- Epilepsie 10-50% (Giesinger et al. 2008)
- Herzerkrankungen 17-27% (Rudish et al. 2003)
- HIV-Infektion 5-23% (Atkinson et al. 1988)
- Krebserkrankungen 4-50% im Mittel 24% (Evans et al. 2005)
- IFN- $\alpha$ -Behandlung bei Hepatitis C 20-50% (Raison et al. 2005)

## Depression

Wichtige somatische Ko-Morbiditäten

### Prävalenz Depression

- |                      |           |
|----------------------|-----------|
| 1. Demenz            | 30 - 50 % |
| 2. Parkinson-Syndrom | 4 - 70 %  |
| 3. Stroke            | 20 - 65 % |
| 4. KHK               | ca. 25 %  |

## Leitlinien Depressionsbehandlung

- Internationale: z.B. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) (2002, 2003, 2004, 2007, 2008)
- Nationale: z.B. DGPPN, APA, NICE



Nach Evidenced-based Kriterien

Recommendation Level

[www.wfsbp.org/pdf/guides](http://www.wfsbp.org/pdf/guides)  
[www.dgppn.de](http://www.dgppn.de)  
[www.psych.org](http://www.psych.org)  
[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

## Depression: Therapie-Optionen

1. **Medikamente und Chronobiologie**
  - ✓ Antidepressiva
  - ✓ Mood-Stabilizer
  - ✓ Adjuvante Therapien:
    - Neuroleptika
    - Benzodiazepine
  - ✓ Schlafentzug, Lichttherapie, EKT
2. **Psychotherapie**
  - ✓ Basisverfahren
  - ✓ Spezifische Psychotherapieformen
3. **Soziotherapie**
  - ✓ Milieutherapeutische und allgemeine, soziale Massnahmen

## Pharmakotherapie Akutbehandlung

1. Differentielle Medikamentenwahl
2. Richtige Dosis
3. Angemessene Behandlungsdauer

## Schlafregulierende Antidepressiva

- Agomelatin (Valdoxan®)
- Amitriptylin (Saroten®, Tryptizol®)
- Doxepin (Siquan®)
- Mianserin (Tolvon®)
- Mirtazapin (Remeron®)
- Trazodon (Trittico®)
- Trimipramin (Surmontil®)

## Akuttherapie Wirkungsschwerpunkt

1. Schlafstörungen (erwünschte Sedierung)
2. Schweregrad:
  - Leichte Depression: Hypericum, SSRI
  - Schwere Depression: eher TZA, SNRI
3. Suizidalität: „sicherere“ Antidepressiva
4. Ängstlich gefärbtes Zustandsbild:
  - SSRIs, SNRIs, Mirtazapin
5. Wahnhafte Depression: Kombination mit Neuroleptika, Trimipramin
6. Atypische Depression: RIMA, SSRI, NDRI (Bupropion)

## Akuttherapie: Psychiatrische Komorbidität

1. Angst- / Panikstörungen: SSRI, SNRI, Clomipramin
2. Zwangsstörungen: SSRI, Clomipramin
3. Soziale Phobie: RIMA, SSRI, SNRI
4. Essstörungen (z.B. Bulimie): SSRI
5. Chronische Schmerzzustände: SNRI, TZA, Mirtazapin ?, SSRI?

## Akuttherapie

### Entscheidungskriterien für medikamentöse Therapiestrategie (2)

- **Nebenwirkungen**
  - dosisabhängig; frühe/späte NW; vorübergehend
  - abhängig von Pharmakodynamik
- **Medikamenteninteraktionen**
  - Abbauwege über das Cytochrom-P450-System
- **Pharmakokinetik**
  - Halbwertszeit
  - Bioverfügbarkeit

## Antidepressiva bei speziellen somatischen Problemen

### Symptomatik

Symptomatik	Geeignete Antidepressiva
Hypertonie	SSRI, Mirtazapin, Duloxetin, Trazodon, Agomelatin
Orthostatische Hypotonie	SSRI, Moclobemid, Venlafaxin, Duloxetin, Agomelatin
Herzkrankheit	SSRI, Mianserin, Mirtazapin, Moclobemid, Duloxetin, Trazodon
Extrapyramidale Symptome	Mirtazapin, Reboxetin, Agomelatin
Epileptische Krampfanfälle	Moclobemid, Citalopram, Sertralin
Gewichtszunahme	SSRI, Moclobemid, Venlafaxin, Reboxetin, Duloxetin, Trazodon, Agomelatin
Schlafstörungen	Mianserin, Mirtazapin, Trazodon, Trimipramin, Agomelatin
Sexuelle Dysfunktion	Mirtazapin, Mianserin, Moclobemid, Duloxetin, Trazodon, Agomelatin

## Antidepressiva und Schmerz

	Wirkstoff	Dosis zur Schmerztherapie (mg/Tag)
TZA	Amitriptylin*	10- 100
	Clomipramin*	10- 150
	Imipramin*	25- 75
SNRI	Venlafaxin*	150- 375
	Duloxetin*	30- 120
andere	Mirtazapin	15- 45

\*Bei diesen Wirkstoffen wurde die Wirkung in doppelblind, randomisierten Studien nachgewiesen (Feuerstein 1997, Jann 2007)

## Depression und Demenz Antidepressiva

RCT	Substanz (mg) vs. Placebo	p-value	SE
▪ Reifler (1989)	Imipramin (83)	n.s.	↓ Cog.
▪ Petracca (1996)	Clomipramin (100)	<0.05	↓ Cog.
▪ Magai (2000)	Sertralin (100)	n.s.	
▪ Petracca (2001)	Fluoxetin (40)	n.s.	
▪ Lyketsos (2003)	Sertralin (150)	<0.05	
▪ Roth (1996)	Moclobemid (400)	<0.05	
▪ Nyth (1992)	Citalopram (20)	<0.05	

Herrmann et al., Can J Psychiatry 2007

Universitäres Partnerspital der Med. Fakultät Basel

## Depression und Morbus Parkinson Antidepressivatherapie

Studie	Methoden	Teilnehmer	Interventionen	Resultate	NW
Ander- sen et al. 1980	doppel- blind, crossover, Placebo- kontrolliert	Patienten mit L-Dopa	Nortriptylin Placebo	N > P	Orthostase
Hauser et al. 1997	offen	15 Patienten mit L-Dopa o. Selegelin o. Amantadin	Sertralin	10 Pat. verbessert	Insomnie Schwäche sexuelle Dys- funktion
Lemke et al. 2002	offen	16 Patienten mit L-Dopa	Reboxetin	nach 4 W. Besserung	psychot. (1) Unruhe (7) Schlafstörung Schwitzen
Menza et al. 2004	offen	10 Patienten	Citalopram	nach 8 W. Besserung	wenig NW

Lemke, Eur J Neurology 2008

Universitäres Partnerspital der Med. Fakultät Basel

## Depression und Stroke Antidepressiva

RCT	Substanz
▪ Fruehwald (2003) Wiat (2000)	Fluoxetin > Pla
▪ Anderson (1994)	Citalopram > Pla
▪ Murray (2002), Rasmussen (2003)	Sertralin > Pla
▪ Lipsey (1994)	Nortriptylin > Pla
▪ Robinson (2000)	Nortriptylin > Fluoxetin

Kennedy & Marcus, Drugs Aging 2005

Universitäres Partnerspital der Med. Fakultät Basel

## Depression und KHK Epidemiologie/Therapie

- ① Depression: signifikanter Risikofaktor für Entwicklung von KHK (2fach ↑)
- ② Depression und KHK (Häufigkeit ~ 25%): ↑ kardiovaskuläre Mortalität (2, 3fach)
- ③ Depression: ↑ Risiko für plötzlichen Herztod
- ④ Depressionstherapie: - ↓ kardiovaskuläres Risiko  
- ↑ Lebensqualität bei Herzpatienten

Rudish B, Nemeroff, Biol Psychiatry 2003;54:227-40  
Roosse S, Biol Psychiatry 2003;54:262-68

Universitäres Partnerspital der Med. Fakultät Basel

## Depression und KHK: Antidepressiva

RCT	Substanz
▪ Strik JJ (2000)	Fluoxetin > Pla (n=54)
▪ SADHAT (1999, 2002, 2003*)	Sertralin > Pla (n=369)
▪ ENRICHD (2005**)	SSRI > Pla (n=2481)
▪ MIND-IT (2007***)	Response to AD (Cit, Mirt): weniger Cardiac Events (n=2177)

\*SADHAT: Shapiro et al., Am Heart J 1999; Serebruany et al. 2003; Glassman et al. 2002  
\*\* ENRICHD: Berkman et al., JAMA 2003; Taylor CB et al., Arch Gen Psychiatry 2005  
\*\*\* MIND-IT: van Melle et al., Br J Psychiatry 2007; de Jonge et al., Am J Psychiatry 2007

Taylor D, Acta Psy Scand, Sept 2008

Universitäres Partnerspital der Med. Fakultät Basel

## Pharmakotherapie mit Antidepressiva Zusammenfassung: Akuttherapie

1. Wirkungsschwerpunkt:
  - Syndromausprägung
  - Diagnostische Subtypen
2. Komorbidität: Psychiatrisch / Somatisch
3. Pharmakodynamik: NA vs. SER vs. DP
4. Nebenwirkungsprofil:
  - Biochemische Selektivität**
5. Pharmakokinetik und -interaktionen

Universitäres Partnerspital der Med. Fakultät Basel