

Depressie behandelen: niet voor elke arts weggelegd?

S. J. CLAES

De consumptie van antidepressiva heeft in België een explosieve groei doorgemaakt. Er werd een toename vastgesteld van 105 miljoen *daily defined doses* (DDD) in 1997 naar 181 miljoen in 2004. Deze trend zet zich ook nu nog verder door. Bij de behandeling van depressie worden deze middelen voor het grootste deel door de huisarts voorgeschreven.

In de loop van dit jaar verschenen een aantal artikelen in toonaangevende tijdschriften over de resultaten van het STAR*D-onderzoek. STAR*D staat voor *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*. Dit groots opgezette onderzoek, gefinancierd door het National Institute of Mental Health bestudeerde meer dan 4000 patiënten met een niet-psychotische depressieve stoornis, die werden behandeld in 23 psychiatrische en 18 eerstelijns praktijken. Het verschil met de klassieke 'clinical trials' is dat het hier gaat om een gewone patiëntenpopulatie zoals die zich aandient in de dagelijkse praktijk, en dus niet om de sterk geselecteerde patiëntengroep die in klassieke klinische onderzoeken wordt opgevoerd. Bij 80% van de onderzochte groep was er dan ook sprake van chronische of recidiverende depressies, vaak ook met somatische en psychiatrische comorbiditeit.

In een eerste fase werden deze patiënten niet-geblindeerd behandeld met citalopram in flexibele doses (Trivedi, Rush e.a. 2006). De resultaten waren verre van schitterend. Slechts 28% vertoonde volledige remissie van symptomen. Patiënten die de meeste kans hadden op remissie waren hoogopgeleide blanke vrouwen met weinig comorbiditeit. Patiënten die geen volledige remissie vertoonden werden in een tweede stap behandeld met óf bupropion, óf venlafaxine, óf sertraline (Rush e.a. 2006). Deze drie opties leidden alle tot vergelijkbare remissiepercentages, ergens tussen 18 en 25%. In een ander deel van dit STAR*D-onderzoek werd de citaloprambehandeling bij onvolledige respons niet gestopt, maar wel geaugmenteerd met óf bupropion óf buspiron. Dit leidde tot remissiepercentages van ongeveer 30% in beide groepen (Trivedi, Fava e.a. 2006). In een derde arm van het onderzoek werd als derdelijns behandeling gekozen voor mirtazapine (tot 60 mg per dag) of voor nortriptyline (tot 200 mg per dag) (Fava e.a. 2006). Dit leidde tot remissiepercentages van respectievelijk 12,3% en 19,8%, een numeriek maar niet significant voordeel voor nortriptyline. Andere armen van het STAR*D-onderzoek bevatten dan weer augmentatiestrategieën met lithium of schildklierhormoon, of behandeling met een monoamineoxidaseremmer, telkens leidend tot remissiepercentages van 15 tot 20%. Augmentatie van de citaloprambehandeling met cognitieve gedragstherapie werd ook bestudeerd, maar de resultaten waren nog niet gepubliceerd bij het schrijven van deze tekst.

Het STAR*D-onderzoek is een complex onderzoek met belang-

rijke implicaties voor de klinische praktijk. De voornaamste conclusie is de bevestiging van wat we al vreesden: louter psychofarmacologische behandeling van depressie heeft slechts bij een beperkte groep succes. Patiënten die na een eerste of zelfs na een tweede behandeling remissie bereiken vormen een minderheid. Wellicht kan met complexere combinaties iets meer dan de helft van de depressiepatiënten voldoende geholpen worden. Vaak zal bijkomende psychotherapeutische behandeling nodig zijn. Deze vaststellingen gaan regelrecht in tegen de rooskleurige visie, ondersteund vanuit de farmaceutische nijverheid, dat elke arts de meeste depressieve patiënten kan behandelen met een eenvoudige farmacologische schema's. Het is belangrijk zowel de artsen als de patiënten te informeren dat dit een illusie is.

In België is de behandeling van depressie in grote mate in handen van de huisarts. Daar zijn ook goede redenen voor. De drempel om naar de huisarts te stappen is een stuk lager dan die voor een bezoek aan de psychiater. Verder komt depressie zo vaak voor dat het eenvoudig ondoenlijk zou zijn voor onze beroepsgroep om de zorg voor alle depressieve patiënten op te nemen. Toch kan men zich de vraag stellen of de behandeling van depressie, gezien de hier geschetste complexiteit, geen zaak moet zijn voor de specialist of voor een kleinere groep van huisartsen die hiervoor intensief worden opgeleid en bijgeschoold.

LITERATUUR

- Fava, M., Rush, A.J., Wisniewski, S.R., e.a. (2006). A comparison of mirtazapine and nortriptyline following two consecutive failed medication treatments for depressed outpatients: a STAR*D report. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1161-1172.
- Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., e.a.; STAR*D Study Team. (2006). Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *New England Journal of Medicine*, 354, 1231-1242.
- Trivedi, M.H., Fava, M., Wisniewski, S.R., e.a.; STAR*D Study Team. (2006). Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *New England Journal of Medicine*, 354, 1243-1252.
- Trivedi, M.H., Rush, A.J., Wisniewski, S.R., e.a.; STAR*D Study Team. (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 28-40.