

DER ARZNEIMITTELBRIEF

www.der-arzneimittelbrief.de

Unabhängiges
Informationsblatt



Gegründet von
H. Herzheimer, M. Schwab,
H.-W. Spier
Herausgeber
Dietrich von Herrath,
Wolf-Dieter Ludwig,
Walter Thimme

Schriftleitung
Dietrich von Herrath, Wolf-Dieter Ludwig,
Wolfgang Oelkers, Thomas Schneider,
Jochen Schuler, Walter Thimme
Mitarbeiter
Josefa Lehmke, Andreas Michalsen

Jahrgang 44
Nr. 5
Berlin
Mai 2010

Neuere Befunde zur Pharmakotherapie schwerer Depressionen [CME]

Zusammenfassung: Bei leichten Depressionen sollten Antidepressiva wegen der ungünstigen Nutzen-Risiko-Relation nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden. Psychotherapie ist hier besser. Bei mittelschweren und besonders bei schweren Depressionen ist - neben der auch hier wichtigen Psychotherapie - eine antidepressive Pharmakotherapie indiziert. Mittel der ersten Wahl sind selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), insbesondere Citalopram und Sertralin. Für den Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer Reboxetin konnte in neueren Analysen des IQWiG keine Wirksamkeit nachgewiesen werden. Spricht ein Patient auf einen SSRI nicht an, empfiehlt sich eine Umstellung auf das dual wirksame Venlafaxin in höherer Dosierung oder auf ein tri- oder tetrazyklisches Antidepressivum, sofern diese gut vertragen werden. Weitere Behandlungsversuche wie z.B. Lithium-Augmentierung, Kombination verschiedener Antidepressiva sowie weitere assoziierte Therapien, sollten Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder psychiatrisch besonders erfahrenen Ärzten vorbehalten sein.

Einleitung: Hinsichtlich der günstigsten antidepressiven Pharmakotherapie gab es zuletzt einige Verunsicherungen. So wurde erneut in Frage gestellt, ob Antidepressiva überhaupt besser wirksam sind als Placebo (1). Anhand einer Analyse der Zulassungsdaten von Antidepressiva wurde gezeigt, dass die Effekte von Antidepressiva überschätzt werden, weil Studien mit positiven Ergebnissen häufiger publiziert werden als solche mit negativem Ausgang („Publication bias“; 2). Andererseits wurden in den letzten Jahren aber auch Daten veröffentlicht, die zu mehr Sicherheit bei der Auswahl der Antidepressiva führen können. Dazu gehören, neben der Therapieempfehlung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (3), eine neue Metaanalyse zur vergleichenden Wirksamkeit neuerer Antidepressiva (4), die neu erschienene S3/NVL-Leitlinie „Unipolare Depression“ (5) sowie zwei Berichte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Wirksamkeit neuerer Antidepressiva (6). Basierend auf diesen neuen Studien sollen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Sollen Patienten mit Depressionen mit Antidepressiva behandelt werden und wenn ja, ab welchem Schweregrad?
2. Welches Antidepressivum kann als Mittel der ersten Wahl angesehen werden?

Indikationen für eine antidepressive Pharmakotherapie: Die im Dezember 2009 erschienene S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ (5) empfiehlt eine antidepressive Pharmakotherapie bei mittelschweren und schweren Depressionen sowie bei schweren Depressionen zusätzlich eine psychotherapeutische Behandlung.

Inhalt

Neuere Befunde zur Pharmakotherapie schwerer Depressionen	33
ACCORD-BP- und ACCORD-Lipid-Studie: Intensiver heißt nicht immer erfolgreicher behandeln	36
Schwer behandelbare Kopfläuse: Ivermectin oral versus Malathion topisch	37
Rifaximin: Ein Antibiotikum sucht eine Indikation	38
Progressive multifokale Leukoencephalopathie bei Therapie der Multiplen Sklerose mit Natalizumab	38
Finanzierung klinischer Arzneimittelstudien und die Folgen	39
Bufexamac-haltige Arzneimittel. Widerruf der Zulassung in der EU	39
Stinkt generisches Metformin?	39
Leserbrief	40

Bei leichten Depressionen empfiehlt die S3-Leitlinie nach Aufklärung und Psychoedukation eine sogenannte „aktiv-abwartende Begleitung“ über 14 Tage. Während dieser Zeit soll im Sinne eines „watchful waiting“ die Entwicklung der Symptome beobachtet werden. Auch bei anhaltender oder sich verschlechternder Symptomatik einer leichten Depression sollte eine antidepressive Pharmakotherapie nur zurückhaltend eingesetzt werden, da hierbei die Nutzen-Risiko-Relation oft ungünstig ist. Eine antidepressive Pharmakotherapie kann allerdings bei Präferenz des Patienten, gutem Ansprechen auf ein Antidepressivum zuvor oder einer Vorgeschichte mit mittelschweren bis schweren Depressionen erwogen werden. Psychotherapie und eventuell eine Therapie mit Johanniskraut kann versucht werden. Die deutsche S3-Leitlinie hat sich damit den Empfehlungen des „National Institute for Clinical Excellence“ (NICE) aus Großbritannien angeschlossen, das ebenfalls eine sehr zurückhaltende Vorgehensweise bei leichten Depressionen empfiehlt (7). Im Gegensatz zur S3-Leitlinie empfiehlt die NICE-Leitlinie im Falle leichter Depressionen auch das Lesen von Selbsthilfe-Büchern, internetbasierte Verhaltenstherapie-Programme oder ein strukturiertes Gruppentraining zur Steigerung der körperlichen Aktivität. Die klinischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Ergebnisse auf diesem psychotherapeutischen Gebiet können hier nicht abgehandelt werden.

Dass es sinnvoll ist, Antidepressiva bei leichten Depressionen nur in Ausnahmefällen einzusetzen, zeigen zwei neuere Metaanalysen (1, 6). Beide Studien belegen in ihrer Zusammenfassung vieler Antidepressiva-Studien, dass Antidepressiva nur bei schweren Depressionen Placebo überlegen sind. Kirsch und Kollegen (1) geben hier einen Schweregrad der Depression von 28 Punkten (Hamilton-Skala; s. Tab. 1) als „Schwellenwert“ an, ab dem eine Überlegenheit gegenüber Placebo nachweisbar ist, und Fournier et al. (8) einen Wert von 25 Punkten. Bei solchen Punktwerten liegt eine schwere

Zs B
1375
ZB MED