

SGAIM-Frühjahrskongress 2017, Lausanne

## Antidepressiva bei betagten Patienten

Anhand zweier klinischer Fälle erarbeitet Prof. Dr. med. Philippe Huber, Genf, sehr interaktiv mit seinen Zuhörern die Therapie depressiver betagter Patienten. Wobei depressive alte Menschen auch immer psychosozial betreut werden sollten und die Therapie vorsichtig und mit Bedacht begonnen werden sollte.

Schwere depressive Episoden treten bei alten Menschen mit ähnlicher Prävalenz wie bei jungen Menschen auf (4.6–9.3%). Dagegen stark erhöht ist die Rate an leichten depressiven Episoden (5–37%). Auch alte Menschen, die hospitalisiert sind oder in einem Alters- oder Pflegeheim leben, weisen eine stark erhöhte Rate an schweren depressiven Episoden auf mit 9–23% bzw. 17–35%. Co-Morbiditäten, insbesondere Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen und degenerative Störungen des Gehirns, fördern zusätzlich das Risiko für schwere depressive Episoden. Da alte Patienten seltener Rat und Hilfe suchen und tiefe Traurigkeit selten von ihnen ausgesprochen wird, ist die Rate an erfolgreichen Selbstmorden in dieser Altersgruppe besonders hoch. Es ist daher wichtig die Depression betagter Menschen ausreichend zu diagnostizieren und zu therapieren.

Oft stehen im Alter die depressiven Symptome nicht im Vordergrund, sondern werden von körperlichen Beschwerden überlagert, oder werden fälschlicherweise als normales Merkmal beschwerlicher Lebensumstände angesehen.

Die Diagnose beim alten Menschen erfolgt wie beim jungen, einige Besonderheiten sind jedoch zu beachten. Nicht die depressive Verstimmung ist das Hauptsymptom, sondern häufig Interessensverlust und Freudlosigkeit oder ein Gefühl der Sinnlosigkeit. Angstgefühle und Reizbarkeit verbinden sich oft mit Zurückgezo-



Prof. Dr. med.  
Philippe Huber

genheit oder Renitenz. Die bei einer Altersdepression häufig auftretenden körperlichen Symptome und Wahngedanken machen eine Diagnose bei diesen häufig polymorbiden Patienten schwierig. Der Schweregrad einer Depression wird nach DSM-IV gemäss der Anzahl Symptome bestimmt.

### Behandlung der Depression

Im Vordergrund der Therapie der leichten Depression stehen psychosoziale Massnahmen, physische Aktivität und kognitive Verhaltenstherapie. Medikamentös sollte nur therapiert werden, wenn die Depression anhält oder sich verstärkt.

Schwere depressive Episoden müssen parallel zu psychosozialer und psychotherapeutischer Betreuung medikamentös therapiert werden. Fournier (JAMA 2010;303:47) konnte eine Proportionalität von Schwere der Depression und Ansprechen auf die Therapie nachweisen, wobei die Wirksamkeit bei über 65-Jährigen niedriger ist und später eintritt. Evidenz besteht für die Wirksamkeit einer medikamentösen antidepressiven Therapie in Zusammenhang mit chronischen somatischen Erkrankungen, Herzinfarkt und Schlaganfall (Taylor Br J Psychiatry 2011;198:179), nicht jedoch für Demenz und Parkinson. Bei einer medikamentösen Behandlung sollte beachtet werden, dass durch das Alter und die Einnahme anderer Medikamente ein höheres Nebenwirkungsrisiko besteht. Als Erstlinientherapie werden Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer empfohlen und besonders, aufgrund ihrer kur-



zen Halbwertszeit und geringen medikamentösen Interaktionen, Escitalopram, Citalopram oder Sertralin. Auch Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer, wie Duloxetin, Venlafaxin und Mirtazapin, werden für die Erst- und Zweitlinientherapie empfohlen (J Clin Psychiatr 2011;72:e04). Atypische Antidepressiva wie Mianserin und Trazodon zeigen ebenfalls gute Wirksamkeit. Trizyklische Antidepressiva und Quetiapin sind zu vermeiden. In jedem Fall ist bei den Selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern und in geringerem Ausmass bei den Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmern ein Auftreten des Schwartz-Bartter-Syndroms zu überwachen. Mögliche medikamentöse Interaktionen sind sorgfältig zu überprüfen.

Die medikamentöse Therapie sollte stets nach dem Grundsatz «start low, go slow» erfolgen, jedoch ist eine Unterdosierung zu vermei-

den. Die Kontrolle der Serumkonzentrationen erlaubt parallel die Beobachtung des Patienten. Eine Verbesserung sollte sich nach 4-12 Wochen einstellen. Handelt es sich um die erste schwere depressive Episode, so beträgt die Dauer der Medikation sechs Monate bis ein Jahr ab Remission, bei mehr als zwei Rezidiven sollte lebenslang therapiert werden.

Depression ist eine Erkrankung, die sich im Laufe der Zeit entwickelt, besonders somatische Co-Morbiditäten und soziale Isolation sind Marker für eine schlechte Prognose.

Die Langzeitprognosen (6 Jahre) schwerer Depressionen sind schwierig mit nur 31% Komplettremissionen, 28% Rezidiven vor der Remission, 23% Teilremissionen und 17% therapieresistenten schweren Depressionen.

▼ Dr. Heidrun Ding

Quelle: SGAIM – 2. Frühjahrskongress, Lausanne, 3.–5. Mai 2017