

Früherkennung und Betreuung von MDDM (Major Depression & Diabetes Mellitus-)Patienten in der Praxis

Prim. Dr. Andreas Walter

Depressionen werden häufig nicht als solche erkannt, da nur wenige Patienten ihre psychischen bzw. depressionstypischen Beschwerden offen zugeben. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten klagt über somatoforme Symptome wie Schmerzen, Schlafstörungen, Abgeschlagenheit und Müdigkeit, wie eine große Untersuchung von Simon et al. (1999) ergeben hat.

Demnach suchen 69% der Patienten ausschließlich aufgrund von körperlichen Beschwerden einen Arzt für Allgemeinmedizin auf, bei näherem Nachfragen zeigt sich jedoch, dass die körperlichen Symptome eine Depression maskieren¹. Die Hälfte der depressiven Patienten gab mehrere somatische Symptome an, 11% verneinten eine direkte Frage nach depressiven Symptomen.

In den letzten 15 Jahren wurde eine Reihe von Fragebögen entwickelt, mit deren Hilfe depressive Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis identifiziert werden können, allerdings sind diese meist sehr zeitaufwendig. Daher wurde 1997 ein strukturiertes klinisches Interview (SKID) entwickelt, das der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen dient, wie sie im DSM-IV definiert werden^{2,3} (siehe Abbildung auf der nächsten Seite).

SKID besteht aus nur zwei Fragen, basierend auf den wesentlichen Kriterien einer depressiven Episode. Werden von einem Patienten beide Fragen mit Ja beantwortet, sollte nach weiteren Symptomen gefragt werden.

Während der letzten vier Wochen, gab es da eine Zeitspanne, in der Sie sich fast jeden Tag nahezu durchgängig niedergeschlagen oder traurig gefühlt haben?

Wenn ja: Wie lange hielt dies an? – mindestens zwei Wochen



Während der letzten vier Wochen, haben Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren, die Ihnen normalerweise Freude machten?

Wenn ja: War dies fast jeden Tag der Fall?

Wenn ja: Wie lange hielt dies an? – mindestens zwei Wochen

Liegen psychosomatische Komorbiditäten vor, bedeutet dies, dass somatische Erkrankungen das Risiko, an einer Depression zu erkranken, erhöhen können und umgekehrt. Darüber hinaus verschlechtern depressive Erkrankungen den Verlauf somatischer Erkrankungen. So haben Diabetiker mit komorbider Depression häufig eine unzureichende Stoffwechseleinstellung. Daher ist es wichtig, beide Krankheiten gleichzeitig zu behandeln. Idealerweise verbessert sich dadurch die depressive Symptomatik ebenso wie die metabolischen Parameter.

In Studien mit den Antidepressiva Sertralin, Escitalopram, Paroxetin sowie Fluoxetin konnte zwar die depressiven Symptomatik signifikant verbessert werden, jedoch war der Einfluss der antidepressiven Therapie auf die metabolische Kontrolle nur moderat^{4,5,6,7}. Lediglich die Behandlung mit Bupropion ging auch mit signifikanten Verbesserungen des HbA1c und des BMI einher, wobei die Reduktion der depressiven Symptome mit niedrigeren HbA1c-Werten korrelierte⁸.

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass es für Diabetiker bestimmte Medikamente gibt, die sich für die antidepressive Behandlung besser eignen als andere, da sie in Bezug auf die Stoffwechselsituation neutraler sind. Bei diabetischen Patienten ist es besonders wichtig, dass das verordnete Antidepressivum gewichtsneutral ist, kein Interaktionspotenzial mit den meist zahlreichen anderen Medikamenten, die der Patient bereits einnimmt, aufweist und zudem auch Leber, Herz und Blutdruck nicht negativ beeinflusst.

In dieser Hinsicht hat sich zum Beispiel Milnacipran, ein Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), in der österreichischen MDDM-Studie⁹ als besonders vorteilhaft erwiesen, da es im Gegensatz zu anderen gängigen Antidepressiva keine Interaktion mit dem Cytochromsystem P450 besitzt, keine Wirkung auf den Lebermetabolismus zeigt und kein kardiovaskuläres Risiko darstellt sowie keine Gewichtszunahme zur Folge hat.

Bei Patienten mit Diabetes mellitus und einer komorbiden Depression sollte die antidepressive Behandlung mit einem wirksamen und gut verträglichen Antidepressivum wie Milnacipran parallel zur Diabetesbehandlung erfolgen.

Literatur

1. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341(18):1329-35
2. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12(7):439-4
3. Wittchen HU, Zaudig M und Fydrich T. SKID-I und SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen / Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe Testsystem, Freiburg/Schweiz, 1997
4. Lustmann PJ, Clouse RE, Nix BD, et al. Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:521-529
5. Gülseren L, Gülseren S, Hekimsoy Z, et al. Comparison of fluoxetine and paroxetine in type 2 diabetes mellitus patients. *Arch Med Res* 2005; 36:159-165
6. Lustmann PJ, Griffiti LS, Freedland KE, et al. Fluoxetine for depression in diabetes. *Diabetes Care*. 2000;23:618-623
7. Amsterdam JD, Shults J, Rutherford N, et al. Safety and efficacy of s-citalopram in patients with comorbid major depression and diabetes mellitus. *Neuropsychobiology* 2007;54:208-214
8. Lustmann PJ, Williams MW, Sayur GS, et al. Factors influencing glycemic control in type 2 diabetes during acute- and maintenance-phase treatment of major depressive disorder with bupropion. *Diabetes Care* 2007;30:459-466
9. Abrahamian H et al. Diabetes mellitus and co-morbid depression: treatment with milnacipran results in significant improvement of both diseases. *Neuropsychiat. Dis. Treat.* 2009; 5 261-266