

Kombination, Non-Responder, Suizidprävention

Was Sie über „Antidepressiva“ wissen müssen

Ist eine Kombination von Antidepressiva wirksamer als eine Monotherapie? Sollte man bei Non-Respondern auf ein anderes Antidepressivum wechseln? Können Antidepressiva Suizide verhindern und wie lange sollte mit Antidepressiva therapiert werden? Diesen Fragen wurde im Rahmen neuer Metaanalysen nachgegangen – mit überraschenden Ergebnissen.

— 10 bis 20% aller Non-Responder erhalten eine Kombinationstherapie. Ist das sinnvoll?

Kombination oder Monotherapie?

Eine neue Metaanalyse von 38 Studien mit 4.511 Patienten, wovon 45% Non-Responder waren, zeigte eine signifikante Überlegenheit der Kombinationstherapie. „Dieser Effekt war stabil bei allen Subgruppen und auch bei allen sekundären Parametern wie Remission und Response“, so Dr. Jonathan Hensler von der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité in Berlin. Bzgl. Dropouts und Abbrüchen wegen Nebenwirkungen ergab sich kein Unterschied zwischen Mono- und Kombinationstherapie. Nur bei einem Patienten trat unter der Kombination ein mildes serotonerges Syndrom auf. Bei einer Subgruppenanalyse erwies sich die Kombination eines Serotonin-Wiederaufnahmehemmers mit einem präsynaptischen Alpha-2-Blocker (Mirtazapin, Mianserin) am günstigsten.

Was tun bei Non-Respondern?

Ist es sinnvoll, bei Non-Respondern nach 12 Wochen auf ein anderes Antidepressivum umzustellen oder sollte man die Therapie einfach weiterführen? Zu dieser Frages fanden sich vier Studien mit strikten und vier weitere mit erweiterten Einschlusskriterien, d.h. die ursprüngliche Therapie wurde in diesen Studien in einer höheren Dosis weitergeführt. „Es lässt sich sagen: Die Umstellung bringt nichts“, so Prof. Tom Bschor von der Schlosspark-Klinik in Berlin. Es fand sich kein Nutzen beim Wechsel unabhängig von der eingesetzten Substanzgruppe. Deshalb wird in der aktualisierten Leitlinie zurückhaltend formuliert: „Der Wechsel ist bei Nichtansprechen



nicht die Behandlungsalternative erster Wahl. Jeder Wechsel sollte daher sorgfältig geprüft werden“.

Entfalten Antidepressiva eine Suizid-präventive Wirkung?

6% aller depressiven Patienten begehen einen Suizid, bei schwer Erkrankten sind es 14%. „Bisher vorliegende Daten aus Beobachtungsstudien zum Thema Suizid-präventive Wirkung von Antidepressiva geben kein einheitliches Bild“, so Prof. Christopher Baethge, psychiatrische Universitätsklinik Köln. In einer jetzt vorgelegten Metaanalyse wurden Daten von 4.016 Patienten mit einer über drei Monate dauernden Antidepressiva-Therapie mit denen von 2.918 Patienten unter Placebo verglichen. Insgesamt fand sich mit nur 8 Suiziden und 14 Suizidversuchen eine sehr niedrige Ereignisrate. Im Vergleich zu Placebo war die Suizidrate unter dem Antidepressivum erhöht (Suizide: 2,18 vs. 0,43/1.000 Patientenjahre [PJ], $p=0.102$, Suizidversuche 4,34 vs. 0,48/1.000 PJ, $p=0.007$). „Somit

gibt es keine Evidenz für eine Suizid-präventive Wirkung einer länger als drei Monate durchgeführten Therapie mit einem Antidepressivum“, so Baethge.

Wie lange sollten Antidepressiva gegeben werden?

Was ist der natürliche Verlauf einer depressiven Episode und wie lange sollten Antidepressiva gegeben werden? „Die Remissionsrate im natürlichen Verlauf ohne Therapie liegt nach sechs Monaten bei 32% und nach einem Jahr bei 53%.“ so Baethge. In der Leitlinie wird eine Therapiedauer bis 12 Wochen empfohlen. Eine Metaanalyse zeigte jetzt, dass durch eine Verlängerung der Medikation von 12 auf 24 Wochen die Remissionsrate nicht gesteigert werden kann, der Nutzen gegenüber Placebo aber unverändert bestehen bleibt. Die Number needed to treat (NNT) lag nach 12 Wochen Therapie bei 9, nach 24 Wochen bei 8.

■ Dr. med. Peter Stiefelhagen

▪ DGPPN-Tagung, 27.11.2015 in Berlin