

THERAPIERESISTENTE DEPRESSIE IN DE HUISARTSGENEESKUNDE

Welke dialoog met de psychiater? Enkele tips

Hoe weet een huisarts of een depressieve patiënt het best naar een psychiater verwezen wordt? En hoe moet hij de patiënt begeleiden tijdens de periode voor een consultatie bij de psychiater? Dat is een probleem dat vaak rijst in de huisartsgeneeskunde. Tijdens een virtuele vergadering spraken we hierover met 6 huisartsen, dr. Luc Baguet (Arquennes), dr. Yves Vandemaele (Jette), dr. Nelson De Oliveira (Waremmme), dr. Dirk Quagebeur (Sint-Lievens-Houtem), dr. An Lanckman (Lede) en dr. Bart Schoolmeester (Aarschot), en met 6 psychiaters, namelijk dr. Chloé Leemans (liaisonpsychiatrie, Erasmus), dr. Benoît Gillain (eenheid voor psychiatrische urgenties, St Pierre, Ottignies), prof. Philippe De Timary (algemene psychiatrie en alcoholproblemen, UCL St Luc), dr. Hendrik Peuskens (verslavingszorg, Universitair Psychiatrisch Centrum, KU Leuven), dr. Marianne Destoop (affectieve stoornissen, Collaboratief Antwerps Psychiatrisch Onderzoeksinstituut) en dr. Dieter Zeeuws ((geriatrische) depressie, Psychiatrie, UZ Brussel).

Depressie is een groot probleem voor de volksgezondheid en is wereldwijd de op twee na belangrijkste oorzaak van invaliditeit.¹ Een ernstige depressie veroorzaakt gemiddeld 108 dagen ziekteverlof per jaar, waarbij 57% van de patiënten minstens één keer arbeidsongeschikt is in het jaar.² Volgens de medische literatuur reageert 31-49% van de depressieve patiënten niet op een antidepressivum in een toereikende dosering gedurende een voldoende lange tijd.³ Iedereen is het er echter over eens dat de behandeling van een depressie niet mag beperkt worden tot medicatie en dat psychotherapie een belangrijke plaats inneemt bij de behandeling.

THERAPIERESISTENTE DEPRESSIES: FUNDAMENTEN

Therapieresistentie kan te wijten zijn aan onderliggende ontstekingsverschijnselen of een ontregeling van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras met celdood, vooral in de hippocampus. Die ontstekingsverschijnselen hebben meer te maken met de duur van blootstelling dan met de ernst van de depressie. Dat verklaart waarom een chronische depressie moeilijker te behandelen is doordat neuronen beschadigd worden. Klinisch wordt een therapieresistente depressie

gedefinieerd als een depressie die na 6-8 weken nog niet reageert op de gebruikelijke behandelingen. Eerst moet echter een onderliggende ziekte uitgesloten worden en moet een onderscheid worden gemaakt tussen depressie en existentiële crisis. Als een huisarts een depressie diagnosticeert, zal hij de patiënt er eerst van overtuigen zich te laten behandelen en zo nodig een psychiater te raadplegen. De huisarts moet ook angst opsporen en behandelen. Depressieve mensen blijken immers meestal ook angstig te zijn. Patiënten met die comorbiditeit kennen een chronischer verloop, zijn meer invalide, doen meer een beroep op gezondheidszorg en nemen meer medicatie in. Ze lopen ook een hoger risico op zelfmoordgedrag en verslaving. En de depressie zal minder goed op een behandeling reageren.

THERAPIETROUW VERZEKEREN, EEN UITDAGING?

De eerste behandeling die een depressieve patiënt moet krijgen, is tijd: informatie geven over de frequentie van consultaties veeleer dan over de duur van de consultaties en de patiënt ertoe brengen de diagnose te aanvaarden zonder schuldgevoelens. **“U hebt geen schuld aan uw ziekte, maar u bent wel verantwoordelijk voor uw verzorging.”** De hulp

van eerstelijnspsychologen kan dan ook zeer interessant zijn om de patiënt te leren zijn depressie met of zonder angst het hoofd te bieden. Ook uitleg geven is primordiaal om te vermijden dat de patiënt zijn depressie zou beschouwen als een mislukking, en het innemen van een antidepressivum als een teken van zwakte.

“Ik zeg aan mijn patiënten vaak dat ik de mogelijkheid heb om ze een illusie voor te schrijven, meer bepaald benzodiazepines. Maar het zou veel beter zijn benzodiazepines juist stop te zetten, want ze zijn te vergelijken met alcohol in tabletvorm. Antidepressiva daarentegen zijn geneesmiddelen die ‘niets doen’, maar die ervoor zorgen dat de informatie opnieuw gaat circuleren. Patiënten die benzodiazepines innemen, zien een roze hemel terwijl die in feite grijs is. Dat is niet zo met antidepressiva. Met antidepressiva zien de patiënten een stukje blauwe hemel als dat er is.”

Dr. Benoît Gillain

Ongeveer 5% van de depressieve patiënten die op spreekuur gezien worden, is verwezen door de huisarts. De psychiaters denken dat zij 10-50% van de doorverwezen depressieve patiënten op spreekuur zien.

WAAROM VERWIJZEN?

Een frequente reden voor verwijzing zijn urgentie en lijden (of angst), waarvoor onmiddellijke hulp wordt gevraagd. Een andere reden zijn zelfmoordgedachten. Of de patiënt al dan niet dringend moet worden verwezen, kan worden geëvalueerd met de RUD-schaal (risico, urgentie, gevaar - D voor *danger*). Die schaal drukt het zelfmoordrisico uit in 3 niveaus (laag, matig, hoog), rekening houdend met het individu in zijn persoonlijke, familiale en sociale context en met evaluatie van de beoogde manier van zelfdoding en het gevaar.

Depressieve patiënten hebben vaak zelfmoordgedachten, maar we moeten onderscheid maken tussen actieve zelfmoordgedachten met een project om zelfmoord te plegen en ‘passieve dood’. Een frequente andere reden voor verwijzing is dat de huisarts het gevoel heeft dat de psychiater iets meer kan bijbrengen, of als de huisarts denkt dat hij de grenzen van zijn kennis bereikt heeft.

Sommige symptomen zijn overigens moeilijker te behandelen in de huisartsgeneeskunde, met name als de familiale of sociale context niet evolueert of als de patiënt herhaaldelijk zegt dat hij er een einde aan wil maken. Bovendien is het soms moeilijk een bipolaire depressie te onderscheiden van een depressie met een psychotische component. Sommige huisartsen zijn ook bang om antidepressiva en/of psychotrope farmaca in hoge dosering voor te schrijven, en het kan ook moeilijk zijn de psychiatrische (angst, alcoholisme...) of somatische comorbiditeit aan te pakken.

IN AFWACHTING VAN EEN CONSULTATIE BIJ DE PSYCHIATER

Ook al hebben niet alle huisartsen dezelfde betrokkenheid bij en kennis van de ziekte, toch is het belangrijk te weten dat de huidige geneesmiddelen vrij veilig zijn. Voor een doeltreffend gebruik is het beter zich te beperken tot één of twee geneesmiddelen, die men dan ook goed kent, inclusief de bijwerkingen. Verhoog de dosering tot de maximale dosering die wordt aanbevolen en voeg er daarna een ander geneesmiddel of een stemmingsstabiliserend middel aan toe, idealiter onder toezicht van een psychiater. Het resultaat zal beter zijn als de huisarts verwijst naar iemand in wie hij vertrouwen heeft, in plaats van naar de eerste de beste specialist die vrij is. De patiënt heeft immers behoefte aan een groep rondom zich die hem steunt. Als een huisarts een patiënt naar een psychiater verwijst, vraagt hij niet louter advies (zoals wanneer hij de patiënt naar een ander specialisme verwijst), maar vaak ook een behandeling, aangezien zijn tijd beperkt is. De psychiater heeft tijd voor de consultatie, de huisarts doet de follow-up. En als een psychiater mee aan boord wordt genomen, is dat niet voor één enkele consultatie.

Om een en ander te vergemakkelijken kan worden gedacht aan telefonisch overleg tussen psychiater en huisarts, waarbij de psychiater vooral een begeleidende rol krijgt, veeleer dan een taak bij de behandeling en follow-up op lange termijn. Een tandem huisarts-psycholoog is een ander goed alternatief. Soms is het nuttig de plasmaconcentraties van het geneesmiddel te bepalen om snelle metaboliseerders op te sporen in geval van therapieresistentie en om het antidepressivum te kiezen dat zich het best leent voor de behandeling van een depressie met of zonder angst.

Referenties

1. Park LT et al. Depression in the primary care setting. *NEJM* 2019;380(6):559-69.
2. Onafhankelijke Ziekenfondsen: hf24_zorgverleners_op_zoek_naar_verandering_in_2016_1215.
3. Fava M. et al. Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. *The Psychiatric Clinics of North America* 1996;19(2).