

Standaard screening op depressie bij hartpatiënten nog niet zinvol

Authors	Zuidersma,M.; Doornbos,B.; de Jonge,P.
Published in	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
Publication Date	2009
Link	https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/2908c51c-42c2-4031-a31e-0edb10e0d058
Citation	Zuidersma, M, Doornbos, B & de Jonge, P 2009, 'Standaard screening op depressie bij hartpatiënten nog niet zinvol', Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, vol. 53, no. 14, pp. 640-641.
Download Date	2026-04-13 09:03:04
Rights	<p>General rights</p> <p>Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research. - You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain - You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal" <p>Take down policy</p> <p>If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.</p>

COMMENTAAR

Standaard screening op depressie bij hartpatiënten nog niet zinvol

Marij Zuidersma, Bennard Doornbos en Peter de Jonge

Depressie bij hartpatiënten gaat samen met een verminderde kwaliteit van leven, hogere zorgkosten en een verhoogd risico op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Daarom zou men op de cardiologische polikliniek standaard de aanwezigheid van depressieve symptomen moeten evalueren. Dit is de aanbeveling in verschillende richtlijnen, zoals die voor de behandeling van een myocardinfarct,¹ onstabiele angina,² en die voor de risicopreventie van hart- en vaatziekten.³ In een recent advies raadt de American Heart Association eveneens aan standaard te screenen op depressieve symptomen bij hartpatiënten.⁴ Echter, hoe sterk is de empirische onderbouwing van deze adviezen?

GEEN BEWIJS

In een systematische review die in november 2008 verscheen, onderzochten wij samen met anderen voor het eerst systematisch de empirische onderbouwing voor het standaard screenen op depressieve symptomen bij hartpatiënten.⁵ De conclusie daarvan: op dit moment is er nog geen bewijs dat het screenen leidt tot vermindering van depressieve symptomen of tot verbetering van de cardiale prognose. De verklaring die uit deze review naar voren komt, is tweeledig. Ten eerste leidde, in de tot nu toe uitgevoerde gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's), behandeling van depressie bij hartpatiënten niet tot een lagere mortaliteit of morbiditeit. Sterker nog: deze behandeling leidde slechts tot een minimale verbetering van de depressie. Ten tweede zijn er nog geen studies

naar de positieve of negatieve effecten van screening op depressie bij hartpatiënten verricht.

Het is onacceptabel om standaard screenen op depressie bij hartpatiënten te adviseren, terwijl de huidige behandeling voor depressie in deze groep patiënten hoogstens minimaal effectief is. Eerst moet men een effectievere behandeling van depressie ontwikkelen voor deze patiëntengroep, die mogelijk ook leidt tot een verminderde cardiovasculaire morbiditeit. Pas daarna kunnen de effecten van het screenen erop geëvalueerd worden.

Wij bespreken 2 voorbeelden om de mogelijkheden voor effectievere behandeling te illustreren. Het eerste voorbeeld illustreert het effect van aanpassing van de behandeling van depressie en het tweede gaat in op de mogelijke beïnvloeding van risicogedrag.

AANPASSING VAN DE BEHANDELING VAN DEPRESSIE

Er is tot nu toe geen RCT verricht naar de effecten van het aanpassen van de behandeling van depressie bij hartpatiënten bij wie de eerste behandeling niet effectief was. In een groep depressieve patiënten die niet per definitie cardiologische problemen hadden, is dit wel geëvalueerd. Bij patiënten bij wie het eerste antidepressivum niet effectief was, werd de behandeling aangepast door de medicatie te vervangen of door andere medicatie toe te voegen. Dit leidde tot een aanzienlijke verbetering van de behandeluitkomsten.^{6,7}

Dat een dergelijke aanpassing van de therapie mogelijk ook bij depressieve hartpatiënten tot betere uitkomsten leidt, blijkt uit de 'Enhancing recovery in coronary heart disease patients'(ENRICHD)-studie, een RCT naar de effecten van gedragstherapie op depressie bij patiënten die een myocardinfarct doorgemaakt hadden. De hoofdbevinding van de studie was dat gedragstherapie slechts een kleine vermindering van de depressieve symptomen, maar geen verbetering in cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit tot gevolg had.⁸ Uit een secundaire analyse van deze gegevens blijkt echter dat er, in de patiëntengroep bij wie de gedragstherapie was aangevuld met sertraline en bij patiënten die buiten de studie om antidepressiva gebruikten, wel degelijk een lagere mortaliteit en morbiditeit waren.⁹ Deze observatie suggereert dat het aanpassen van de behandeling bij depressieve hartpa-

*Universitair Medisch Centrum Groningen,
Universitair Centrum Psychiatrie, Groningen.
Drs. M. Zuidersma, assistent in opleiding;
drs. B. Doornbos, arts in opleiding tot psychiater;
prof.dr. P. de Jonge, hoogleraar Psychiatrische
Epidemiologie (tevens: Universiteit van Tilburg,
Onderzoeksschool CoRPS, Medische Psychologie,
Tilburg).
Contactpersoon: drs. M. Zuidersma
(m.zuidersma@med.umcg.nl).*

tiënten bij wie dat nodig is, mogelijk kan leiden tot verbetering van de depressie en daarmee wellicht ook de mortaliteit en morbiditeit kan verminderen. Onderzoek zal moeten uitwijzen of dit daadwerkelijk zo is.

RISICOGEDRAG

Bij de relatie tussen depressieve symptomen en morbiditeit bij hartpatiënten speelt risicogedrag mogelijk een belangrijke rol. Risicogedrag bij hartpatiënten is gedrag dat gepaard gaat met een verhoogd risico op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Voorbeelden hiervan zijn roken, gebrek aan lichaamsbeweging en het zich niet houden aan medicatievoorschriften. In de groep hartpatiënten met depressieve symptomen komt dit soort risicogedrag meer voor.

Zo stoppen depressieve hartpatiënten minder met roken dan niet-depressieve hartpatiënten.¹⁰ Een systematische review heeft aangetoond dat stoppen met roken bij hartpatiënten kan leiden tot een reductie van de mortaliteit met 36%.¹¹ Met intensieve counseling is het percentage patiënten dat na een myocardinfarct stopt met roken 60% hoger, zo blijkt uit een meta-analyse.¹²

Een ander voorbeeld is een gebrek aan lichaamsbeweging. In een groep van 1017 patiënten met stabiele harten vaatziekten hadden patiënten met depressieve symptomen een 1,5 keer verhoogd risico op nieuwe complicaties of mortaliteit. Een gebrek aan lichaamsbeweging verklaarde bijna 32% van dit verband.¹³ Dit is een aanzienlijke proportie, zeker wanneer we deze afzetten tegen de gangbare psychofysiologische verklaringen van het verband, zoals inflammatie of veranderingen in het autonome zenuwstelsel. Uit een meta-analyse blijkt dat hart-

revalidatie gebaseerd op lichaamsbeweging leidt tot een verminderde mortaliteit bij infarctpatiënten.¹⁴

Depressieve symptomen gaan dus gepaard met risicogedrag; het wijzigen van risicogedrag leidt tot een verlaging van de morbiditeit en mortaliteit, en risicogedrag is te beïnvloeden door intensieve counseling en revalidatie. Onderzoek zal moeten uitwijzen of behandeling van depressie, aangevuld met intensieve counseling voor risicogedrag, leidt tot een lagere cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit dan behandeling van de depressie alleen.


CONCLUSIE

Tot op heden is er nog geen studie geweest waarin men de effecten van het standaard screenen op depressie bij hartpatiënten heeft geëvalueerd. Pas wanneer er een effectievere behandeling van depressie bij hartpatiënten is gevonden én uit onderzoek blijkt dat het screenen voor depressie bij hartpatiënten ook in de praktijk leidt tot betere uitkomsten, is het gerechtvaardigd om te overwegen een standaardscreening te implementeren. Voorlopig is daarvan nog geen sprake.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: prof.dr. P de Jonge kreeg van ZonMW een VIDI-beurs (nummer 016.086.397).

Aanvaard op 15 februari 2009

Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:A157

 Literatuur op www.ntvg.nl/opinie