

Depression

Depressionen sind häufige psychische Erkrankungen, die gemäss Prognose der WHO im Jahr 2020 neben der koronaren Herzerkrankung der zweithäufigsten Grund für «disability» in der Gesamtpopulation sein werden. Die Lebenszeitprävalenz der Depression beträgt 16%, das Verhältnis von Frauen zu Männern liegt bei 2:1, alle Bevölkerungsschichten sind betroffen. Meist ist der Hausarzt derjenige, der zuerst mit dem Patienten und seiner Erkrankung konfrontiert wird, ca. 80% der depressiven Personen werden in der Hausarztpraxis auch behandelt, allerdings nur die Hälfte der Erkrankten gemäss den offiziellen Leitlinien. In der Regel werden von den Patienten diffuse körperliche Symptome geklagt, sodass es zunächst wichtig ist, rasch und rationell mittels genauer Anamneseerhebung, körperlicher Untersuchung und laborchemischer Diagnostik eine organische Ursache auszuschliessen (DD: Medikamente, Drogen). Nach Ausschluss der wichtigsten infrage kommenden somatischen Diagnosen sollte proaktiv nach dem Vorliegen einer Depression gesucht werden. Häufig genügen schon einige wenige Fragen, nämlich nach Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Deprimiertheit im letzten Monat, sowie die Frage, ob der Patient im letzten Monat häufig kein Interesse oder keine Freude an seinen Aktivitäten verspürte. Sollte nur eine Frage positiv beantwortet werden, lohnt es sich, unbedingt weiterzufragen, liegt doch die Sensitivität bei 97% und die Spezifität immerhin bei 67%. Da Depressionen der Risikofaktor Nummer eins für Suizid sind, kommt einer Prävention grosse Bedeutung zu. Fragebogen zur psychometrischen Erfassung sind zwar gut validiert, werden aber in der Praxis erfahrungsgemäss nur selten genutzt.

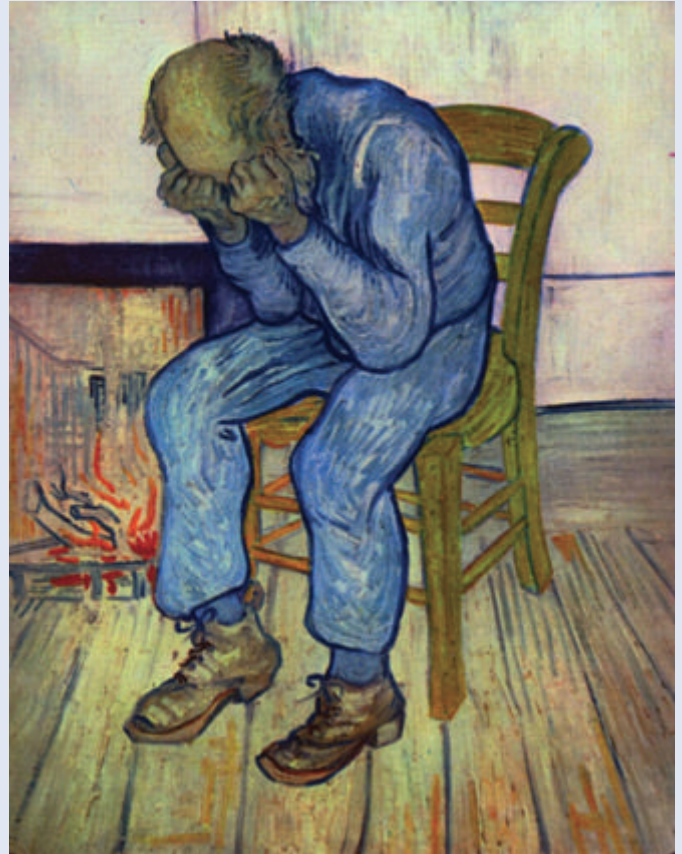


Abb.: Vincent van Gogh. An der Schwelle der Ewigkeit, 1890, Öl auf Leinwand. Kröller-Müller Museum in Otterlo, Holland.

online-CME der PRAXIS ist gemäss Fortbildungsprogramm der **Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM)** als strukturierte und nachweisbare Fortbildung anrechenbar. Die Fortbildung entspricht einem geschätzten Arbeitsaufwand von einer Stunde pro Fortbildungsbeitrag und wird somit mit **1 Credit** bewertet. SGAM-Mitglieder können online-CME der PRAXIS auf dem Selbstdeklarationsprotokoll notieren.

Die **Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)** vergibt im Rahmen der nachzuweisenden Fortbildung Innere Medizin pro online-CME der PRAXIS **1 Credit**.

Im Artikel verwendete Abkürzungen:

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual IVth Version
 SSRI selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren
 SSNRI selektive Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren

Depression



Definition, Diagnosekriterien, Differentialdiagnose

Gemäss DSM-IV wird zwischen «Major»- und «Minor»-Depression unterschieden.

Die Diagnose einer «Major»-Depression kann gestellt werden, wenn mindestens fünf der folgenden neun Symptome vorhanden sind und länger als zwei Wochen bestehen. Bei einer «Minor»-Depression sind zwei bis vier Symptome vorhanden.

1. Traurige/depressive Stimmung
2. Interessensverlust
3. Schlafveränderungen (Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, vermehrtes Schlafbedürfnis)
4. Appetitveränderungen (Appetitmangel, aber auch Essattacken)
5. Veränderungen in der psychomotorischen Aktivität
6. Kraftlosigkeit/Antriebslosigkeit
7. Konzentrationsschwierigkeiten
8. Gefühl der Wertlosigkeit oder Schuld
9. Todes- oder Suizidgedanken

Das 2-Fragen-System

Wie schon eingangs erwähnt, können statt umfangreicher Selbstrating-Fragebögen die beiden folgenden Fragen gestellt werden:

1. Fühlten Sie sich während der letzten Monate häufig niedergeschlagen, depressiv oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie in den letzten Monaten wenig Interesse oder Freude, Dinge zu tun?

Wenn die entsprechenden Fragen positiv beantwortet werden, muss weiter nach Emotionen, kognitiven Symptomen sowie neurovegetativen Symptomen gefragt werden, insbesondere beim Vorliegen von Risikofaktoren wie positive Familienanamnese, früher durchgemachte depressive Erkrankungen, Komorbiditäten und zusätzlich bestehende chronische Erkrankungen sowie bei Jugendlichen und alten Menschen.

Die 5-Punkte-Skala

Alternativ kann die 5-Punkte-Skala rasch und effizient eingesetzt werden.

1. Sind sie grundsätzlich zufrieden mit ihrem Leben?
2. Langweilen sie sich häufig?
3. Fühlen sie sich häufig hilflos?
4. Bleiben sie eher zu Hause anstatt etwas zu unternehmen und neue Dinge auszuprobieren?
5. Fühlen sie sich häufig wertlos, so wie sie sind?

Auch hier erfordert eine positive Antwort das weitere Nachfragen und Präzisieren der Beschwerden.

Differentialdiagnostisch sollten Drogenkonsum, Medikamentennebenwirkungen (z.B. Interferon) eine Schilddrüsenfunktionsstörung sowie bei entsprechender Anamnese auch eine KHK ausgeschlossen werden, ausserdem eine Anämie sowie komorbide psychiatrische oder somatische Erkrankungen. Nach Ausschluss anderer infrage kommender Diagnosen muss die Verdachtsdiagnose dem Patienten möglichst klar und nachvollziehbar vermittelt werden.

Häufig wird die Diagnose «Depression» von den Patienten nicht oder nur teilweise akzeptiert. Hierbei kann es hilfreich sein, folgende Punkte im Gespräch gezielt zu betonen:

- Depressionen sind häufig.
- Depressionen treten sowohl mit emotionalen Symptomen (Stimmungsschwankungen) wie auch physischen Symptomen (z.B. Müdigkeit, Kopfschmerzen, Bauchbeschwerden, Muskelschmerzen) auf.
- Depression ist eine somatische Erkrankung, verbunden mit Veränderungen in der Neurochemie des Gehirns.
- Die spezielle Therapie mit Medikamenten und/oder Psychotherapie verkürzt die Dauer einer Depression.

Depression

Therapie

Zur Behandlung einer Depression stehen medikamentöse, psychotherapeutische und nicht zuletzt verhaltenstherapeutische Massnahmen zur Verfügung. Wichtiger Bestandteil der Behandlung ist das Erarbeiten eines gemeinsamen Konzeptes, in das die Vorstellungen des Patienten sowie des Therapeuten einfließen. Entscheidend für die *Adherence* des Patienten ist, dass das Depressions-Screening mit einem nachhaltigen *Case-Management* des als depressiv identifizierten Patienten verbunden ist

Zusätzliche allgemeine Verhaltensregeln wie die Wiederherstellung einer geregelten Tagesstruktur mit regelmässigen Schlaf- und Wachzeiten, regelmässigen ausgewogenen Mahlzeiten und einer regelmässigen körperlichen Aktivität, sind in ihrer Wirksamkeit nicht zu unterschätzen.

Psychotherapie

Die Psychotherapie alleine oder in Kombination mit einer antidepressiven Medikation ist eine Option für Patienten mit leichter bis mittelschwerer «Major»-Depression. Sollte sich jedoch unter alleiniger Psychotherapie nach spätestens 8 bis 12 Wochen keine Verbesserung einstellen, sollte mit einer antidepressiven Therapie begonnen werden.

Patienten mit einer schweren, chronischen oder rezidivierenden Depression sollten grundsätzlich mit einer Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie behandelt werden. Wichtig hierbei ist vor allem die regelmässige Betreuung der Patienten, sowohl im Hinblick auf die Überwachung der medikamentösen Therapie als auch zum Erhalt einer stabilisierenden Beziehung zum Patienten.

Medikamentöse Therapie

Bei der Wahl des Antidepressivums sollte man sich auf einige Substanzen beschränken, mit denen man bereits Erfahrungen gesammelt hat. Wichtig ist die Mitteilung an den Patienten, dass alle Antidepressiva Nebenwirkungen haben; in der Regel setzen diese sofort ein, während die Wirkung der Medikamente auf sich warten lässt (in der Regel 3–6 Wochen nach Aufdosierung). Ebenfalls wichtig ist die Mitteilung, dass es nicht immer gelingt, im ersten Anlauf das wirksame Medikament einzusetzen, sodass ein Medikamentenwechsel notwendig sein kann.

Prinzipiell zu überlegen ist, ob die Schlaf- oder die Antriebsstörung im Vordergrund steht, da z.B. der schlafanstossende Effekt von Mirtazapin bei Patienten mit schweren Schlafstörungen oftmals zu einer raschen Entspannung der Situation führt.

Unterschieden werden die SSRI (selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren), z.B. Citalopram, Sertralin, Paroxetin und Fluoxetin, die SSNRI (selektive Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren), zu denen Venlafaxin und Duloxetin gehören sowie eine heterogene Gruppe von Antidepressiva (Mirtazapin, Trazodon). Ein weiterer Faktor für die Auswahl ist das Vorhandensein von Komorbiditäten wie z.B. Angst- und Panikstörungen und das Vorliegen von somatischen Pathologien. Grundsätzlich genauso wirksam, wenn auch nebenwirkungsreicher sind die trizyklischen Antidepressiva, die ebenfalls therapeutisch eingesetzt werden können.

Komplexe psychopharmakologische Therapien sollten psychiatrischen Fachpersonen vorbehalten bleiben.

SSRI sind häufig die erste Wahl aufgrund der geringeren Nebenwirkungen und geringeren Gefahr der Überdosierung im Vergleich zu anderen Wirkstoffklassen.

Eine entsprechende Information über mögliche Nebenwirkungen erhöht die Compliance und beugt einem vorzeitigen Therapieabbruch vor. So gehören gastrointestinale Symptome wie Diarrhöe und Nausea, Unruhe und Agitiertheit, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit zum Nebenwirkungsspektrum. Gelegentlich können sexuelle Störungen auftreten, daneben ist ebenfalls bei einem geringen Prozentsatz eine Gewichtszunahme möglich. Diese Symptome sind gewöhnlich auf die ersten Wochen begrenzt, nach ca. drei bis vier Wochen ist mit der stimmungsaufhellenden Wirkung zu rechnen.

Hierbei sei noch auf ein mögliches Blutungsrisiko hingewiesen. SSRI können die intrathrombozytäre Serotoninkonzentration erhöhen, was die Thrombozytenaggregation beeinflussen kann. In Studien hat sich ein erhöhtes Risiko für obere gastrointestinale Blutungen gezeigt, wenn gleichzeitig NSAR eingenommen werden. Marcoumar scheint hierauf keinen Einfluss zu haben. Die Blutungsgefahr kann durch die gleichzeitige Einnahme von PPI vermindert werden.

Citalopram (z.B. Seropram®) als ein Vertreter aus der Gruppe der SSRI hat den Vorteil, dass es eine geringere Wirkung auf die Sexualität hat, als dies bei anderen Wirkstoffen der SSRI-Gruppe der Fall ist.

Gewöhnlich beträgt die Startdosis von Citalopram 10 mg pro Tag. Eine therapeutische Dosierung wird mit einer morgendlichen Einmaldosis von 20–40 mg täglich erreicht. Grundsätzlich sollte immer mit einer niedrigen Dosis gestartet werden, da hier das Risiko der Nebenwirkungen deutlich reduziert werden kann. Vor allem beim älteren Patienten kann es auch unter niedriger Dosierung zur Ausbildung von unerwünschten Nebenwirkungen kommen.

Mitrazapin (Remeron®) aus der Gruppe der atypischen Antidepressiva besitzt vor allem eine schlafanstossende Komponente, weswegen die Einnahme am Abend erfolgen sollte und sich dieses Medikament vor allem für Patienten mit Schlafstörungen eignet. Nachteil ist eine mögliche Gewichtszunahme, hier ist der Einsatz der Substanz limitiert. Aufgrund der langen Halbwertszeit (20–40 Std.) wird die einmalige Einnahme empfohlen, die Dosis liegt zwischen 15 und 45 mg. Es können jedoch auch gleichmässig über den Tag verteilte Einzeldosen eingenommen werden.

Johanniskraut (*Hypericum perforatum*) ist bei einer leichten Depression wirksamer als Placebo und stellt eine Alternative zur Psychotherapie dar. Auch wenn das Nebenwirkungsprofil (gastrointestinale Beschwerden, allergische Hautreaktionen) günstig scheint, so beeinflusst die Substanz das Cytochrom P 250, was einen Einfluss auf die Metabolisie-

rung diverser anderer Medikamente hat. Deshalb ist der Einsatz von Johanniskraut bei der Einnahme von bestimmten Medikamenten wie z.B. HIV-Proteaseinhibitoren, Cyclosporin oder Antikonzeptiva kontraindiziert.

Bei der Neu-etablierung einer Pharmakotherapie ist vor allem die regelmässige ärztliche Überwachung wichtig. Während der Einstellphase (ca. 6 bis 8 Wochen) sollte mindestens alle ein bis zwei Wochen eine Rücksprache mit dem Patienten erfolgen (persönlich oder per Telefon). Bei stark depressiven Patienten wird sogar eine Konsultation mindestens zweimal im Monat empfohlen. Das Antidepressivum sollte für ein Minimum von sechs bis neun Monaten eingenommen werden.

Ergänzend zu den oben erwähnten Therapien bewirken sportliche Aktivitäten einen positiven Stimulus, weswegen die Patienten hierzu ermuntert werden sollten («behavioral activation»).

Eine **Überweisung zum Spezialisten** hängt von verschiedenen Faktoren ab und wird in folgenden Situationen eher früher als später empfohlen:

- Die Ersttherapie wird nicht vertragen oder zeigt keine Wirkung.
- Es zeigen sich Zeichen einer schweren Depression mit suizidalen Ideen.
- Rezidivierende depressive Episoden
- Bipolare Störung
- Komorbidität, z.B. Substanzabusus

Fallbericht Depression



Anamnese der Patientin

Eine 59-jährige Patientin stellte sich zur Abklärung von vermehrten Schwindelanfällen in der Medizinischen Poliklinik vor. Zudem berichtete sie über eine Hitzeentwicklung im Bereich der Fußsohlen beidseits. Bereits im Vorfeld wurde die Patientin aufgrund der Beschwerden umfangreich abgeklärt und die Symptome im Rahmen einer diabetischen Polyneuropathie gedeutet. Ihre bisherige medikamentöse Therapie bei bekannter HIV-Infektion hatte sie eigenmächtig vor ein paar Monaten gestoppt, da sie die Hitzebeschwerden als Nebenwirkung der Therapie deutete.

Während des Anamnesegesprächs brach die Patientin plötzlich in Tränen aus und erzählte von ihrer drogensüchtigen Tochter und dem Tod der Mutter im vergangenen Jahr. Seither fühle sie sich sehr traurig, habe sich zunehmend von der Aussenwelt zurückgezogen, von Freunden und Bekannten fühle sie sich bedroht. Sie grübele sehr viel und mache sich Sorgen wegen ihrer Erkrankungen. Daher könne sie auch sehr oft nicht einschlafen oder wache nachts wieder auf. Tagsüber sei sie dann müde. Zudem wurde über einen teils gewollten Gewichtsverlust von 10 kg innerhalb der letzten 3 Monate berichtet. Die direkte Frage nach Todes- und Suizidgedanken wurde von der Patientin eindeutig bejaht.

Bereits 1992 war es nach der Diagnosestellung der HIV-Infektion zu einer Depression gekommen, welche medikamentös mit Fluctine behandelt worden war. Seit einem Jahr war jedoch keine psychiatrische Konsultation mehr erfolgt.

Die ledige Patientin, die wegen Depressionen seit 1996 IV-be-rentet ist, hat eine 25-jährige Tochter.

Weg zur Diagnose/Kommentar

In der Regel suchen auch depressive Patienten zuerst den Allgemeinpraktiker oder den Internisten auf und klagen über körperliche Symptome. Bereits nach wenigen Sätzen wurde klar, dass die Patientin ein ernsthaftes somatisches Leiden hat (HIV-Infektion), aber dazu noch einige unspezifische Symptome.

Die Patientin zeigte eine deutliche emotionale Reaktion, schilderte eine Anhedonie, sozialen Rückzug, Ängste, Schlafstörungen, Müdigkeit, und Gewichtsverlust sowie Suizidgedanken. Damit sind die wesentlichen Kriterien einer Depression erfüllt.

Die Patientin gehört zu einer Risikogruppe mit einer Depression in der Anamnese und einer schweren chronischen körperlichen Erkrankung. Zudem bestehen psychosoziale Belastungssituationen.



Befunde der Patientin

Internistischer Status

59-jährige Patientin in leicht reduziertem AZ, adipösem EZ (BMI 31.2 kg/m²) und weinerlicher Stimmung. Blutdruck 140/70 mmHg, Herzfrequenz 72/min. Bis auf einen abdominalen Fettverteilungstyp körperlicher Status unauffällig.

Aktuelle Therapie

Diamicron®	30 mg	1–0–0
Metformin®	1000 mg	1–0–1
Bedtime-Insulin	6 IE	(22 Uhr)

seit Februar 2009 von Patientin gestoppt:

Reyalaz®	150 mg	0–0–2
Norvir®	100 mg	0–0–1
Trivada®	30 mg	0–0–1

Routinelabor

Laborchemisch keine Auffälligkeiten

Psychiatrisches Konsilium

Beurteilung als eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig schweren Episode. Anhaltspunkte für eine akute Suizidalität ergeben sich nicht, eine chronische Suizidalität ist seit über 10 Jahren bekannt.

Weg zur Diagnose/Kommentar

Aufgrund der chronischen HIV-Infektion wurden allfällige somatische Pathologien (Anämie, Hypothyreose, Elektrolytentgleisung) ausgeschlossen. Bei Patienten mit Depressionen findet man häufig eine Erhöhung des basalen Kortisols, es handelt sich um einen so genannten Pseudohyperkortisolismus. Bei unklaren Situationen ist ein Cushing-Syndrom, welches auch Depressionen verursachen kann, mittels Dexamethason-Kurztest auszuschliessen.

Unabhängig von der Depression sollte eine Evaluation der Diabetes-Situation erfolgen (Suche nach Folgeschäden) und eine Evaluation der Immunkompetenz und der Viruslast im Rahmen der HIV-Infektion.



Therapie der Patientin

Eine stationäre Therapie wurde von der Patientin vehement abgelehnt, hingegen war sie mit einer engmaschigen psychiatrischen Betreuung einverstanden.

Wiederaufnahme der Psychopharmakotherapie mit Fluctin® 20 mg/die. Als Reservemedikation Temesta® 1 mg, bis max. 4 mg/die.

Fragen zur Depression

Frage 1

Welches ist die Zieldosis von Citalopram? (Einfachantwort)

- a) 60–80 mg
- b) 20–40 mg
- c) 10–15 mg
- d) 25–35 mg

Frage 2

Welches sind die Leitsymptome einer Depression?

(Mehrfachantwort)

- a) Müdigkeit
- b) Hunger
- c) Traurigkeit
- d) Interessensverlust

Frage 3

Welches ist die Haupt-NW von Remeron®?

(Einfachantwort)

- a) Gewichtszunahme
- b) Elektrolytverschiebung
- c) Diarrhöe
- d) Schwindel

Frage 4

Welches sind denkbare Therapiemöglichkeiten bei Depression? (Mehrfachantwort)

- a) Psychotherapie
- b) Schlafentzug
- c) Pharmakotherapie
- d) Hypnose

Frage 5

Was ist ein gefürchteter Nebeneffekt unter SSRI-Therapie? (Einfachantwort)

- a) Erhöhung des Augeninnendrucks
- b) Erhöhung des Blutungsrisikos
- c) QT-Zeit-Verlängerung
- d) Agranulozytose

Auflösung der Fragen und Kommentar in PRAXIS Nr. 6 vom 17. März 2010.

Sie können die Fragen auch online unter www.praxis.ch lösen. Nach Beantwortung der Fragen sind Auflösung und Kommentar sofort abrufbar.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Manuela Mischo
 Departement Innere Medizin
 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
 Universitätsspital Zürich
 Rämistrasse 100
 8091 Zürich

Manuela.Mischo@usz.ch

Autoren

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich¹; Klinik Susenberg, Zürich²; Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital Basel³

¹Dr. med. Manuela Mischo, ²Dr. med. Christel Nigg, ³Prof. Dr. med. Alexander Kiss

Bibliographie

1. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians – a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008; 23:25
2. Ebmeier KP, Donaghy C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet* 2006; 367:153
3. Karton W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14:237
4. Lunch-Symposium Prof. Kiss, 5.02.2009 – Diagnose und Therapie von depressiven Störungen in der Allgemeinpraxis
5. Mann JJ. The medical management of depression. *N Engl J Med* 2005; 353:1819
6. Martina B et al (Hg). *Ambulante Medizin, Evidenz auf einen Blick*, Basel, EMH/IHAMB, 2006, S. 30-31, A. Kiss
7. Mitchell AJ. Depressed patients and treatment adherence. *Lancet* 2006; 367:2041
8. O'Connor E.A., Whitlock E.P., Beil T.L. & Gaynes B.N. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med* 2009; 151(11), 793-803
9. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G et al. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:714
10. Rollman B.L., Belnap B.H., LeMenager M.S., Mazumdar S., Houck P.R., Counihan P.J., Kapoor W.N., Schulberg, H.C. & Reynolds, C.F., 3rd Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression: a randomized controlled trial. *Jama* 2009; 302(19), 2095-103
11. Williamson JW Jr, Mulrow CD, Chiquette E et al. A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. *Ann Intern Med* 2000; 132:743

Antworten zu den Fragen zur Depression aus PRAXIS Nr. 5

Frage 1

Antwort b) ist richtig.

Gewöhnlich wird mit einer Startdosis von 10 mg Citalopram pro Tag begonnen. Eine therapeutische Dosierung wird mit einer morgendlichen Einmaldosis von 20 bis 40 mg täglich erreicht. Es wird empfohlen, immer mit einer niedrigen Dosis zu starten, da hier das Risiko der Nebenwirkungen deutlich reduziert werden kann. Vor allem beim älteren Patienten kann es auch unter niedriger Dosierung zur Ausbildung von unerwünschten Nebenwirkungen wie gastrointestinalen Symptomen, Unruhe und Agitiertheit, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit oder auch sexuelle Störungen kommen.

Frage 2

Alle Antworten sind richtig.

Depressionen sind häufige psychische Erkrankungen. In der Regel werden von den Patienten diffuse körperliche Symptome geklagt. So wird über Schlafveränderungen wie Einschlaf- oder Durchschlafstörungen berichtet, auch ein vermehrtes Schlafbedürfnis ist möglich. Daneben kommt es sehr häufig zu Appetitveränderungen, sowohl Appetitmangel, als auch Essattacken können auftreten. Ebenso wird über Kraftlosigkeit/Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Interessensverlust oder Veränderungen in der psychomotorischen Aktivität geklagt. Direkt darauf angesprochen, wird häufig eine traurige und depressive Stimmung bestätigt.

Frage 3

Antwort a) ist richtig.

Elektrolytverschiebungen im Sinne einer Hyponatriämie sind v.a. bei neueren Antidepressiva wie Efexor® beschrieben.

Diarrhoe ist eher beim Gebrauch von SSRI zu beachten. Der Schwindel als uncharakteristisches Symptom kann bei verschiedenen Substanzgruppen auftreten. Als Hauptnebenwirkung sei bei der Einnahme von Remeron® die Gewichtszunahme genannt, was sehr häufig zu Compliance-Problemen führen kann, wenn die Patienten im Vorfeld nicht darüber informiert worden sind.

Frage 4

Antworten a) und c) sind richtig.

Sowohl die Psycho- als auch die Pharmakotherapie sind häufige Therapieformen bei der Behandlung einer Depression. Aber auch Schlafentzug oder Hypnose können sekundär zur Therapie eingesetzt werden.

Frage 5

Antwort b) ist richtig.

Unter der SSRI-Therapie kann es zu einem erhöhten Blutungsrisiko kommen. SSRI können die intrathrombozytäre Serotoninkonzentration erhöhen, was die Thrombozytenaggregation beeinflussen kann. Ein erhöhtes Risiko für obere gastrointestinale Blutungen hat sich in Studien gezeigt, wenn gleichzeitig NSAR eingenommen werden. Hierauf scheint Marcoumar jedoch keinen Einfluss zu haben. Die Blutungsgefahr kann durch die gleichzeitige Einnahme von PPI vermindert werden.

Eine Agranulozytose wurde vor allem in Zusammenhang mit dem Analgetikum Novalgin® (Metamizol) beschrieben. Sowohl eine QT-Zeit-Verlängerung als auch ein akutes Engwinkelglaukom sind als sehr seltene Nebenwirkungen in Zusammenhang mit der Einnahme von Efexor® (Venlafaxin) erwähnt.

Korrigendum

PRAXIS (Schweizerische Rundschau für Medizin) 2010; 99: 325–327

CME-Labor 15/Auflösung

In der **Erklärung zu Frage 2** muss es im weissen Kasten richtigerweise heissen:

Der *positiv prädiktive* Wert eines Testes beschreibt den Anteil der richtig positiven Testergebnisse unter allen **positiven** Testergebnissen.