

## Antidepressiva bij dysthymie

Lima MS, Moncrief J. *Drugs versus placebo for dysthymia (Cochrane review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 4*, 2003. Chichester, Wiley.

**Achtergrond** Een deel van de patiënten met stemmingstoornissen heeft een depressieve stoornis. Een waarschijnlijk groter deel heeft minder symptomen, maar wel vaak min of meer continu gedurende jaren. In de DSM-classificatie wordt dat een dysthyme stoornis genoemd als de klachten meer dan 2 jaar duren. In eerstelijns literatuur wordt dit ook wel 'minor depressie' genoemd: minder symptomen maar wel langdurig. Patiënten met een dysthymie functioneren sociaal slechter en hebben een hoog zorggebruik. De *lifetime* prevalentie blijkt tussen de 3-6% te liggen. Driekwart van de patiënten met een dysthymie heeft ook een andere psychiatrische stoornis.

**Doel** De effectiviteit van antidepressiva onderzoeken vergeleken met placebo's.

**Patiënten en interventies** Gezocht is naar gerandomiseerde onderzoeken met patiënten met als primaire diagnose een dysthymie of een soortgelijke stoornis, bijvoorbeeld een neurotische depressie. Ook onderzoeken met patiënten met een depressie als tweede diagnose werden geïncludeerd. De meeste patiënten waren ambulante patiënten (veelal GGZ-patiënten). In de onderzoeken werd steeds een antidepressivum met een placebo vergeleken. Verschillende soorten antidepressiva (SSRI's, TCA's, MAO-remmers) werden gebruikt, maar ook andere psychofarmaca die bij de behandeling van depressies gebruikt worden, zoals lithium en benzodiazepinen.

**Methode** Literatuursearch in de gebruikelijke databases. Twee auteurs beoordeelden onafhankelijk van elkaar de methodologische kwaliteit en data-extractie.

**Resultaten** Er werden 27 onderzoeken geïncludeerd: 15 onderzoeken waarin de patiënten (n=1964) voldeden aan de diagnostische criteria voor dysthymie en 12 onderzoeken met patiënten (n=799)

met 'other briefer non-major depressive states'. Van de 27 geïncludeerde onderzoeken kregen er 3 de hoogste kwaliteitsbeoordeling. De duur van de onderzoeken was 4 tot 12 weken.

Op de korte termijn gaf behandeling met antidepressiva vaker een positieve respons. Het *number needed to treat* (NNT) was 3,9 voor alle antidepressiva samen. Ook voor volledige remissie gold een NNT van 4.

Voor stoppen met antidepressiva werden geen verschillen gevonden tussen de verschillende antidepressiva. Om verschillen te kunnen vinden in het aantal bijwerkingen waren er onvoldoende onderzoeken voorhanden, wel liepen bij de verschillende antidepressiva de bijwerkingen uiteen.

Sensitiviteitsanalyses werden uitgevoerd om verschillen te bestuderen tussen korter of langer dan zes weken medicatie, verschillende typen antidepressiva, patiënten met een dysthymie en patiënten met soortgelijke stoornissen, patiënten met een dysthymie en patiënten met een dysthymie en een depressie. Voor geen van deze vier werden significante verschillen gevonden.

### Commentaar

Hoe moet ik een patiënt met dysthymie nu behandelen? Wat is dat eigenlijk dysthymie? Er komen wel een aantal patiënten in mijn gedachten als ik dit zo lees. Zal ik ze de volgende keer een antidepressivum geven? Een NNT van 4 is vergelijkbaar met de keuze om te starten met een antihypertensivum bij een diastolische bloeddruk van 120 mmHg. Dat lijkt toch helder en niet al te discutabel. Wat maakt dan dat ik hier twijfel? Het heeft deels niets met deze Cochrane-review te maken, maar deels ook wel.

Eerst wat niets met deze Cochrane-review te maken heeft. Ik weet niet goed wat een dysthymie nu precies is. Het gaat om minder symptomen dan bij een depressie, maar wel symptomen die meer dan twee jaar aanhouden. Is symptomen inventariseren dan het enige wat telt? Hoe valide is deze diagnose in het algemeen en voor patiënten in de huisartsen-

praktijk in het bijzonder? En zoals in deze review ook staat, heeft driekwart van alle patiënten met een dysthymie ook andere psychiatrische stoornissen: depressies, angststoornissen en middelenmisbruik. Is dysthymie dan wel te onderscheiden van deze andere problemen? Of is het een kwetsbaarheid om een echte depressie te ontwikkelen? En is dysthymie dan hetzelfde als een 'minor depressie'? Ook dat begrip wordt verschillend gebruikt, bijvoorbeeld wanneer het gaat om verschillen in duur van de klachten.

Ik kan niet verwachten dat deze review deze problemen oplost. De review heeft er zelf wel onder te lijden. Niet alleen onderzoeken over 'pure' dysthymie worden geïncludeerd, maar ook over dysthymie en depressie. Er zitten ook onderzoeken bij over soortgelijke aandoeningen, vaak uit de tijd dat dysthymie nog niet in de DSM-classificatie opgenomen was. En deze combinaties van aandoeningen worden behandeld met een scala aan psychofarmaca, veelal antidepressiva die dan weer vergeleken worden met niet-actieve placebo's. Zo includeer je wel erg veel variabelen in de meta-analyses. De verschillende antidepressiva lijken effectiever te zijn dan placebo's voor dysthymie en voor de combinatie dysthymie-depressie.

Nog twee methodologische kritiekpunten: in de meeste geïncludeerde onderzoeken wordt met niet-actieve placebo's vergeleken wat tot overschatting van het effect kan leiden. En een follow-up van 4 tot maximaal 12 weken bij een per definitie langdurende aandoening is erg kort.

Bij de patiënten met een langdurige stemmingstoornis, hoe je die ook precies noemt, verwacht ik meer van psychotherapeutische interventies bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of probleemoplossende therapie. Dat zou een mooi onderwerp zijn voor een nieuwe Cochrane-review, maar ook niet de makkelijkste.

Eric van Rijswijk