

Antidepressiva en zelfmanagement bij patiënten met langdurige pijn en depressie

Peter Lucassen

Inleiding

Pijn is de meest voorkomende lichamelijke klacht, depressie het meest voorkomende mentale probleem. Depressie en pijn komen vaak gelijktijdig voor en hebben een ongunstig effect op de kwaliteit van leven. Antidepressiva zijn een erkende behandeling voor depressie en hebben een gunstige invloed op pijn. Zelfmanagementprogramma's zijn bewezen effectief voor pijnklachten in de rug, heupen en knieën, en hebben ook een gunstig effect op psychologische problemen. Een combinatie van farmacologische en gedragsmatige aanpak is mogelijk effectief bij patiënten met pijnklachten van het bewegingsapparaat en een depressie.

Onderzoek

Design Een randomized controlled trial in twee eerstelijnscentra in Indianapolis waarbij patiënten 12 maanden werden gevolgd. Deelnemende patiënten moesten depressief zijn (Patient Health Questionnaire-score 10 of hoger), langer dan drie maanden minimaal matig ernstige pijn hebben in onderrug, heup of knie, en niet reageren op analgetica. De onderzoekers selecteerden patiënten uit de elektronische dossiers door te zoeken naar codes voor artrose, lage rugpijn, pijn in heup en pijn in knie. Bij 2050 patiënten kwam een van de codes voor. Ze screenen deze patiënten op depressie en constateerden bij 756 van hen een depressie. Van deze 756 patiënten werden er uiteindelijk 250 gerandomiseerd (123 naar de interventiegroep, 127 naar de controlegroep). De overige 506 patiënten weigerden deelname. Meer dan 50% van de deelnemers had langer dan 8 jaar pijnklachten.

Interventies Patiënten in de interventiegroep werden behandeld volgens het *stepped care*-principe. De eerste drie maanden kregen zij antidepressiva onder begeleiding van een verpleegkundige (stap 1), daarna gedurende drie maanden zes sessies van een zelfmanagementprogramma (stap 2) en in de laatste zes maanden persoonlijke, telefonische contacten voor terugvalpreventie (stap 3). Alle antidepressiva waren toegestaan. Het zelfmanagementprogramma was onder andere gericht op pijn, de rol van angst en negatieve gedachten, het nut van bewegen en ontspanning. Patiënten in de controlegroep kregen usual care.

Uitkomstmaten De primaire uitkomstmaten waren 1) het bestaan van depressie (PRIME MD); 2) de ernst van de depressie (Hopkins

Symptom-checklist); 3) de ernst van de pijn (Brief Pain Inventory: BPI) en 4) de mate waarin pijn interfereert met dagelijkse activiteiten (BPI). Meting vond plaats bij begin van het onderzoek, en na zes en twaalf maanden.

Analyses De onderzoekers analyseerden volgens het *intention-to-treat*-principe. De belangrijkste uitkomst was een samengestelde uitkomstmaat op twaalf maanden: verbetering van 50% in de ernst van de depressie in combinatie met een verbetering van 30% in de ernst van de pijn. Missende waarden werden toegerekend via het *last-observation-carried-forward*-principe.

Resultaten Van de 123 patiënten in de interventiegroep verbeterden er 32 (26%) op de samengestelde depressiepijnmaat tegen 10 van de 127 controlepatiënten (7,9%). Dit betekent een relatief risico (RR) van 3,3 (95%-BI 1,8-5,4). Bij 46 patiënten uit de interventiegroep (37,4%) verbeterde de ernst van de depressie met minimaal 50% versus 21 controlepatiënten (16,5%): RR 2,3 (95%-BI 1,5-3,2). Dit correspondeerde met een lager aantal patiënten die nog voldeden aan de criteria voor depressie in de interventiegroep (50 versus 87: RR 0,6; (95%-BI 0,4-0,8)). Ook de pijnscores daalden meer in de interventiegroep: 51 interventiepatiënten (41,5%) hadden een reductie van 30% of meer van hun pijnklachten versus 22 controlepatiënten (17,3%): RR 2,4 (95%-BI 1,6-3,2).

Beschouwing De auteurs concluderen dat het *stepped care*-programma resulteerde in een substantiële verbetering van depressie en pijn en dat die verbetering tot zeker een jaar na het begin van de interventie standhoudt.

Interpretatie

Het gaat in dit kwalitatief goede onderzoek om mensen met jarenlang matig ernstige pijnklachten, die daarbij depressief scoren op een vragenlijst, mensen dus met een slechte kwaliteit van leven. De *numbers needed to treat* zijn gunstig en liggen tussen de vier en zes. Er is echter een flinke inspanning gedurende een jaar nodig en ongeveer tweederde van de patiënten zal niet meedoen. Ik zou me in mijn eigen praktijk committeren aan dit programma met de kanttekening dat ik mijn patiënten zou vertellen dat het antidepressivum dient voor bestrijding van chronische pijn en niet voor het bestrijden van een depressie. Het label 'depressie' maakt mensen namelijk vaak afhankelijker van medische zorg in plaats van zelfredzamer. Het programma lijkt mij goed uitvoerbaar met een fysiotherapeut.

Literatuur

- 1 Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, Wu Jingwei, Hoke S, Sutherland J et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain. A randomized controlled trial. JAMA 2009;301:2099-2110

Auteursgegevens

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; huisarts, senior onderzoeker.

Correspondentie: p.lucassen@elg.umcn.nl