

# Screenen op depressie?

Karin Wittkampf

## Inleiding

De discussie over de zin van screenen op depressie woedt voort. De U.S. Preventive Services Task Force heeft onlangs een update gemaakt van het eerdere systematische literatuuroverzicht over dit onderwerp.<sup>1</sup>

## Onderzoek

**Design** De auteurs zochten in de Database of Abstracts of Reviews of Effects, de Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, en PsycINFO van januari 1998 tot december 2007. Twee auteurs selecteerden de artikelen met expliciete selectiecriteria op basis van 4 te beantwoorden vraagstellingen: (1) Is er bewijs dat screenen op depressie bij volwassenen en ouderen in de eerste lijn de morbiditeit en/of mortaliteit vermindert?; (2) Wat zijn de nadelige bijwerkingen van screenen op depressie in deze populatie?; (3) Zijn antidepressiva en/of psychotherapie bij ouderen effectief?; (4) Wat zijn de nadelige bijwerkingen van antidepressiva (met name SSRI's) in deze populatie? De auteurs beoordeelden de kwaliteit van de artikelen met designspecifieke kwaliteitscriteria (zoals Oxman en NICE-criteria). Eén auteur deed de data-extractie, gecontroleerd door een tweede auteur.

**Methode van analyse** In verband met heterogeniteit werden de geïncludeerde onderzoeken voor de eerste drie vraagstellingen niet gepoold, maar kwalitatief weergegeven. Cohortonderzoeken over het suïciderisico bij antidepressiva werden wel gepoold.

**Resultaten** *Vraagstelling 1* In 4 trials voor volwassenen werden in totaal 38.843 patiënten gescreend van wie er 1908 (5%) een depressie hadden en werden behandeld. Alle onderzoeken over volwassenen vonden positieve resultaten van de interventie en het grootste onderzoek rapporteerde dat na 3 en na 12 maanden 40% van de patiënten (met depressie tijdens screening) in de interventiegroep voldeed aan de depressiecriteria vergeleken met 50% van de patiënten in de controlegroep. In 4 onderzoeken over ouderen werden 12.432 patiënten gescreend van wie 1443 (12%) een depressie hadden. Slechts 1 van de 4 geïncludeerde trials vond een positief maar niet-klinisch relevant effect; de interventiegroep scoorde na 1 jaar gemiddeld 1 punt beter op de 30-punten 'geriatric depression scale'.

*Vraagstelling 2* Er is geen bewijs gevonden voor een nadelig effect van screenen.

*Vraagstelling 3* Zowel antidepressiva als psychotherapie bij ouderen is effectief. Een Cochrane-review over antidepressiva rapporteerde

dat 36% geen depressie meer had aan het einde van de behandeling vergeleken met 21% in de placebogroep. Met psychotherapie had een oudere patiënt twee keer zoveel kans om beter te worden als zonder psychotherapie (OR 2,5; 95%-BI 1,8-3,5).

*Vraagstelling 4* De kans op suïcidaal gedrag verdubbelt met het nemen van tweedegeneratie antidepressiva, vooral in de eerste maand van behandeling en in de leeftijdsgroep van 18 tot 29 jaar, met name bij gebruik van paroxetine. Bij patiënten boven de 65 jaar lijken antidepressiva juist te beschermen tegen suïcidaal gedrag (OR 0,06; 95%-BI 0,01-0,6).

**Conclusie** De U.S. Preventive Service Task Force concludeert dat het zinvol is om volwassenen te screenen op depressie indien de behandelaar is getraind in de diagnostiek van depressie en het geven van een effectieve behandeling.

## Interpretatie

Het artikel zegt niet of het 'number needed to screen' acceptabel is, dus het aantal patiënten dat moet worden gescreend om één nieuwe nog niet ontdekte depressie effectief te behandelen. Dit verdient echter aandacht, zeker omdat het hier gaat om een stoornis waarbij een deel van de gevonden patiënten behandeling zal afwijken. Bij slechts de helft van de patiënten leidt behandeling tot verbetering van klachten en bij afwachtend beleid knapt 40% op. Verder is er weinig aandacht voor de methode van screenen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat screenen van de wachtkamerpopulatie bij de huisarts niet effectief is door de relatief lage prevalentie en daardoor lage positief voorspellende waarde van de screener. De NICE Guideline adviseert dan ook alleen te screenen in hoogrisicogroepen.<sup>2</sup> Recent onderzoek hiernaar laat echter nog steeds een te hoog 'number needed to screen' zien.<sup>3</sup> Bij vraagstelling 2 over de mogelijk negatieve aspecten van screenen hebben de auteurs geen literatuur gevonden. Screenen resulteert echter in veel fout-positieven, met medicalisering en stigmatisering tot gevolg. Daarnaast lopen de fout-negatieve patiënten een in potentie effectieve behandeling mis.

Kortom, er is geen overtuigend bewijs voor het nut van screenen op depressie en daarvoor is dus geen plaats in de huisartsenpraktijk.

## Literatuur

- 1 U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009;151:784-92.
- 2 National Institute for Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 23. Depression: management of depression in primary and secondary care. NICE, 2004:1-63. [http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Depression\\_Update\\_FULL\\_GUIDELINE.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Depression_Update_FULL_GUIDELINE.pdf)
- 3 Baas KD, Wittkampf KA, Van Weert HC, Lucassen P, Huyser J, Van den Hoogen H, et al. Screening op depressie in hoogrisicogroepen levert te weinig op. *Huisarts Wet* 2009;52:269-74.

## Auteursgegevens

AMC, UvA, afdeling Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam; dr. K. A. Wittkampf, aiotho.  
Correspondentie: K.A.Wittkampf@amc.uva.nl