

Quelle: Fotolia_E.Srasisk

Antidepressiva bei Diabetes

SSRI als erste Wahl in der antidepressiven Therapie



C. Axmann

Diabetes und Depression treten oft gemeinsam auf. Patienten mit Diabetes haben ein 2- bis 3-fach erhöhtes Risiko für eine Depression im Vergleich zu Patienten ohne Diabetes. Jeder vierte Diabetespatient ist betroffen,

bei jedem zehnten entwickelt sich im Laufe seines Lebens eine schwere depressive Episode, die oftmals eine stationäre Behandlung erfordert [1], berichtet Dr. Christoph Axmann, Liebenburg.

Neurobiologische Veränderungen (z.B. dauerhafte Stimulation der Stressachse und Ungleichgewicht im Serotoninstoffwechsel) spielen eine wesentliche Rolle in der Genese einer Depression. Daneben können auch metabolische Faktoren wie eine schlecht eingestellte diabetische Stoffwechsellage mit hohem HbA_{1c}-Wert oder schwere Hypoglykämien ebenso wie psychosoziale Belastungen im Zusammenhang mit der Diabeteserkrankung zur Entwicklung einer Depression beitragen.

Jährliches Screening auf Depressionen wird empfohlen

In Kenntnis dieser Zusammenhänge wird von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) eine jährliche Screeninguntersuchung auf Depressionen bei Patienten mit Diabetes empfohlen [1]. Wichtig ist dabei die Beurteilung der Suizidalität, die durch riskante Verhaltensweisen beim Diabetesmanagement wie zum Beispiel durch „Hyposurfing“ oder „Insulinpurgung“ evident werden kann. Wenn bei Diabetespatienten die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt wird, hat das erhebliche negative Folgen für die Lebensqualität, die Funktionalität, das Krankheitsverhalten, die Diabeseinstellung und die Prognose der betroffenen Patienten [2].

Verordnung von Antidepressiva im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes

Neben einer engmaschigen, kompetenten und empathischen diabetologischen Begleitung mit Optimierung der Kohlenhydrat-Stoffwechsel-Einstellung bei betroffenen Patienten mit Diabetes und Depression gilt es, die Depression

unter Hinzuziehung des gesamten Armamentariums antidepressiver Maßnahmen zu therapieren. Dabei sind oftmals Psychopharmaka indiziert, die schon bei mittelschwerer depressiver Episode frühzeitig eingesetzt werden sollten. Die Verordnung von Antidepressiva sollte jedoch stets im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes erfolgen, der neben der medikamentösen Therapie auch psycho- und sozialtherapeutische sowie psychoedukative Maßnahmen mit Erlernen von Stressbewältigungsstrategien umfasst.

Monotherapie mit einem Antidepressivum ist anzustreben

Die Wirksamkeit eines Antidepressivums kann bereits nach 2-wöchiger Einnahme (entgegen früheren Annahmen) gut beurteilt werden. Prinzipiell ist zur besseren Steuerbarkeit eine Monotherapie mit einem Antidepressivum anzustreben. Kombinationsbehandlungen werden nach ungenügender „Response“ favorisiert. Bei akuter Suizidalität muss sofort ein Antidepressivum und eventuell begleitend ein Benzodiazepin gegeben werden. Die Auswahl eines Antidepressivums erfolgt nach einem gegebenenfalls früheren Ansprechen und der Patientenpräferenz sowie nach dem Nebenwirkungsprofil, wobei insbesondere in der Langzeitbehandlung mit einem Antidepressivum bei Patienten mit Diabetes eine Gewichtszunahme vermieden werden sollte.

SSRI sind aufgrund ihres günstigen Nebenwirkungsprofils zu bevorzugen

Bei Diabetespatienten sind selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) als Antidepressiva (z.B. Sertralin, 50mg/Tag) aufgrund ihres günstigen Nebenwirkungsprofils gegenüber trizyklischen Antidepressiva (Gewichtszunahme) und Monoaminoxidase-Hemmern (Hypoglykämien) zu bevorzugen [3]. SSRI sind Hemmstoffe des Serotonintransporters und führen zu einer erhöhten Konzentration und einem verlängerten Verbleib von Serotonin im synaptischen Spalt. Zusätzlich haben sie eine appetithemmende Wirkung.

Zuverlässige Vorhersage des Therapieerfolges noch nicht möglich

Eine zuverlässige Vorhersage des individuellen Therapieerfolges bei

einem bestimmten Antidepressivum ist auch heute noch nicht möglich. Allerdings spielt bei fehlender Wirkung häufig eine Non-Compliance des Patienten eine Rolle. Bei unzuverlässiger Medikamenteneinnahme sollte ein Gespräch mit dem Patienten über dessen Gründe stattfinden. Dabei sollte über die Nutzen-Risiko-Abwägung informiert werden und gegebenenfalls ein Umsetzversuch auf ein Antidepressivum mit günstigerem Nebenwirkungsprofil erfolgen.

Vollständige Remission als Ziel der antidepressiven Behandlung

Das Ziel einer Behandlung mit Antidepressiva ist die vollständige Remission, das Erreichen einer Symptomfreiheit sowie die Wiederherstellung des psychosozialen Funktionsniveaus. SSRI haben in Studien (RCT) mit Diabetespatienten zu einer Verbesserung der Depressionssymptome und der Stoffwechseleinstellung geführt [4]. Zusätzlich konnte die Dauer der depressionsfreien Intervalle verlängert werden [5]. Zusammenfassend sind SSRI die erste Wahl in der antidepressiven Therapie von Patienten mit Diabetes.

Dr. Christoph Axmann, Innere Medizin und Diabetologie, Klinik Dr. Fontheim, Liebenburg

Literatur

- 1 Kulzer B, Albus C, Herpertz S et al. Psychosoziales und Diabetes mellitus. Diabetologie 2012; 7: 136–142
- 2 Black SA, Markides KS, Ray LA. Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. Diabetes Care 2003; 26: 2822–2828
- 3 Deuschle M. Effects of antidepressants on glucose metabolism and diabetes mellitus type 2 in adults. Curr Opin Psychiatry 2013; 26: 60–65
- 4 Echeverry D, Duran P, Bonds C et al. Effect of pharmacological treatment of depression on A1C and quality of life in low-income Hispanics and African Americans with diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Diabetes Care 2009; 32: 2156–2160
- 5 Lustman PJ, Clouse RE, Nix BD et al. Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 521–529

Donnerstag, 29. Mai 2014

Depression und Diabetes
16:45–18:15 Uhr, Saal 7.2c „Pfeiffer“
(17:40–17:55 Uhr: Antidepressiva bei Diabetes mellitus: Welche Indikation, wie wirksam und welche Wechselwirkungen?)

Herzinsuffizienz bei Diabetes

Wo liegen die Besonderheiten und welche



A. Mügge

Bei Patienten mit Herzinsuffizienz tritt häufig auch eine Diabeteserkrankung auf und bei Patienten mit Diabetes entwickelt sich im Verlauf oft eine Herzinsuffizienz. Die Assoziation zwischen Diabetes und Herzinsuffizienz ist multifaktoriell. Die Therapie der Herzinsuffizienz unterscheidet sich zwischen Patienten mit und ohne Diabetes nicht. Dabei ist die Frage, welche Antidiabetika von Vorteil sind, um das Entstehen oder das Vorschreiten einer begleitenden Herzinsuffizienz zu verhindern, Gegenstand aktueller Forschung, berichtet Prof. Andreas Mügge, Bochum.

Epidemiologische Studien belegen eine hohe Assoziation zwischen Diabetes und Herzinsuffizienz. Eine gestörte Glukosetoleranz lässt das Risiko für die Entstehung einer klinisch manifesten Herzinsuffizienz bereits um den Faktor 1,7 ansteigen, beim Patienten mit Typ-2-Diabetes ist das Risiko um den Faktor 2,8 im Vergleich zu Patienten ohne Diabetes erhöht.

Störung der diastolischen Funktion als frühester Hinweis

Der früheste Hinweis auf eine Herzinsuffizienz scheint eine Störung der diastolischen Funktion zu sein, die bei bis zu 30–75% bisher nicht kardial erkrankten Patienten mit Typ-2-Diabetes beobachtet werden kann. Während des Vorschreitens der Herzinsuffizienz wird zusätzlich die systolische Pumpfunktion als Folge einer diabetischen Kardiomyopathie und einer progressiv verlaufenden, begleitenden koronaren Herzkrankheit eingeschränkt.

Mit einfachen Parametern das erhöhte Herzinsuffizienzrisiko abschätzen

Einfach zu bestimmende Parameter erlauben, das erhöhte Risiko für die Entwicklung einer Herzinsuffizienz bei Patienten mit Typ-2-Diabetes abzuschätzen. Dazu gehören das Lebensalter, der Body-Mass-Index, die Notwendigkeit einer Insulinbehandlung, die Diabetesdauer, der HbA_{1c}-Wert (pro 1% steigt das Herzinsuffizienzrisiko um den Faktor 1,8) und das Vorhandensein einer Nephro- oder Retinopathie wie auch einer Albuminurie (>20 mg/l). Der Nutzen einer Bestimmung des B-Typ natriuretischen Peptids (BNP) im Blut zur Identifizierung von Risikopatienten ist Gegenstand aktueller Forschung. Andererseits führt eine Herzinsuffizienz zu einer gesteigerten Insulinresistenz und kann demnach die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes begünstigen. In früheren epidemiologischen Studien verdoppelte eine Herzinsuffizienz das Diabe-

Forum der Industrie

DDG-Symposium, BERLIN-CHEMIE AG und MSD Sharpe & Dohme GmbH „Crosstalk Typ-2-Diabetes – Wissenschaft trifft Praxis“

28. Mai 2014, 13:30–18:00 Uhr, Saal 7.2c „Pfeiffer“, Messe Berlin

Unter Vorsitz von Prof. Hans-Ulrich Häring, Tübingen, und Prof. Wolfgang E. Schmidt, Bochum, berichten die Referenten über wissenschaftliche Hintergründe und Praxiserfahrungen zur oralen Diabetes-therapie mit Sitagliptin. Neben Vorträgen zu aktuellen Daten und zur klinischen Anwendung ist der Einsatz oraler Antidiabetika in der Praxis Thema einer interaktiven Falldiskussion.

Vorsitz: Prof. Hans-Ulrich Häring, Tübingen

Inkretine: Aktuelles aus der Wissenschaft

- 13:30–14:00 Uhr **Organ-Crosstalk bei Gefäß- und Nierenerkrankungen**
Prof. Hans-Ulrich Häring, Tübingen
- 14:00–14:25 Uhr **Adipositasphänotypen bei Gefäß- und Nierenerkrankungen**
Prof. Norbert Stefan, Tübingen
- 14:25–14:50 Uhr **Kardiovaskuläre Ereignisse beim vulnerablen Patienten mit Diabetes mellitus**
Prof. Nikolaus Marx, Aachen
- 14:50–15:00 Uhr **Diskussion und Zusammenfassung**

Inkretine: Aktuelles aus der klinischen Anwendung

- 15:00–15:30 Uhr **Kardiovaskuläre Sicherheitsstudie mit Sitagliptin (TECOS) – ein Überblick**
Assoz. Prof. PD Harald Sourij, Oxford
- 15:30–16:00 Uhr **Differenzierung DPP-4-Hemmer**
Dr. Carolyn Deacon, Kopenhagen

16:00–16:30 Uhr **Pause**

Vorsitz: Prof. Wolfgang E. Schmidt, Bochum

Crosstalk: Orale Therapieoptionen

- 16:30–17:00 Uhr **Neues trifft Bewährtes**
Prof. Michael Nauck, Bad Lauterberg
- 17:00–18:00 Uhr **Und jetzt sind Sie dran – eine interaktive Falldiskussion**
Diabetologie: Dr. Ralph Bierwirth, Essen
Psychologie: PD Dr. Bernhard Kulzer, Bad Mergentheim
Nephrologie: Dr. Ludwig Merker, Dormagen
Geriatric: Dr. Ann-Kathrin Meyer, Hamburg