

Depresjon hos demente

– en diagnostisk og terapeutisk nøtt

■ OLE HENRIK KRAT BJØRKHOLT *fastlege i Drammen*

■ JØRUND STRAAND *professor i allmennmedisin, Universitetet i Oslo*

Demens er en av de vanligste og mest invalidiserende sykdommer hos eldre, og antallet demente forventes å stige betydelig i de kommende årene. Det finnes ingen kurativ behandling. Om lag 20 prosent av demente har alvorlig depresjon, og disse kan ha nytte av SSRI-behandling. Tall viser en betydelig grad av overbehandling, da rundt 40 prosent av demente bruker SSRI. Dette er ikke ufarlig, og bivirkninger er vanligere enn mange tror – særlig hos eldre. Det er derfor viktig å målrette SSRI-behandlingen av demente til dem som forventes å ha effekt av den. En grundig diagnostisering er viktig, og Cornell depresjonsskala er et svært nyttig verktøy.

Forekomst/prevalens

En av de aller vanligste sykdomstilstandene vi ser i allmennmedisin generelt, særlig på sykehjem, er demens. Det er i dag rundt 70 000 personer i Norge med demens, hvorav Alzheimers sykdom (60 prosent) og vaskulær demens (15 prosent), samt blandingstilstander av disse, er langt de vanligste (1). I og med at demens hovedsakelig er en sykdom som rammer eldre mennesker, er det grunn til å anta at antallet demente i Norge, så vel som resten av den vestlige verden, vil stige markant de kommende årene i takt med eldrebølgen. Riktig håndtering av disse pasientene er derfor et avgjørende bidrag til bedre livskvalitet hos en stadig økende del av befolkningen, og vi som allmennleger kommer til å få hovedansvaret for dette.



Om demens

Demens er et kronisk, invalidiserende syndrom som preges av kognitiv svekkelse, endringer i personlighet og adferd (nevropsykiatriske symptomer – NPS) og redusert funksjonsevne. Per i dag kjenner vi ikke patogenesene for de fleste demenssykdommer, og det finnes ingen «helbredende» medikamentell behandling for demens. De fire legemidlene som finnes på markedet i dag (donepezil, rivastigmin, galantamin og memantin) gir i beste fall symptomlette og noe forsinket sykdomsprogresjon. Vi er derfor nødt til å fokusere bredt ved behandling av demens pasienter, både hva gjelder medikamentell og ikke-medikamentell behandling. Medikamentelt kan det, især i senere stadier av demens, bli aktuelt med symptomatisk behandling av NPS (psykose, apati, affektive symptomer og agitasjon). Hvorvidt og hvordan disse symptomene skal behandles medikamentelt, er omstridt. Blant annet er det ting som kan tyde på at depresjon hos demens pasienter er annerledes enn depresjon hos ikke-demens, både rent genotypisk og fenotypisk. Jeg skal i denne artikkelen fokusere på en av de vanligste medikamentgruppene som brukes overfor demens pasienter – nemlig SSRI.

SSRI-behandling av demente

Det bor i dag rundt 40 000 mennesker på norske sykehjem, og omlag 80 prosent av disse er demente. Omtrent 40 prosent av demente ved norske sykehjem behandles med antidepressiva, og SSRI utgjør 65 prosent av disse (2 og 3). Indikasjonene er ofte vage, og det foreligger ofte mangelfull eller ingen diagnostisk utredning for depresjon i forkant, delvis grunnet praktiske vanskeligheter ved å stille symptomdiagnoser hos en pasientgruppe som ofte mangler kommunikative evner, men også fordi dette ikke er prioritert av helsevesenet. I en del tilfeller forskrives SSRI mot uro etter påtrykk fra pleiepersonell ved sykehjemmene. En stor norsk studie publisert i *British Medical Journal* i 2012 viste at kun rundt 30 prosent av demente sykehjemsbeboere som stod på SSRI, fikk det verre da dette ble seponert (4). Dette indikerer at forskrivningen er langt over det den bør være.

Evidensen for bruk av antidepressive medikamenter (bl.a. SSRI) mot alvorlig depresjon er god. Videre er det brukbar dokumentasjon for effekt ved moderate depresjoner samt generalisert angst, panikkangst og Obsessiv-kompulsiv lidelse. SSRI er derimot ikke en behandling av demens i seg selv – og kun hvis en av overnevnte tilstander foreligger, må SSRI antas å kunne være nyttig – også hos demente.

Bildet er imidlertid ikke så enkelt. Forskning viser at selv om rundt 50 prosent av demente har depressive symptomer, er det kun ca. 20 prosent som tilfredsstiller ICD-10-kriteriene for depresjon. Det er dessuten mye som tyder på at depresjon hos demens pasienter arter seg annerledes enn hos ikke-demens, og at «standardbehandling» ikke nødvendigvis er like effektiv. Mange mener også at det dreier seg om en helt annen hjerneorganisk lidelse. Bildet kompliseres ytterligere av at demens og depresjon har flere sammenfallende symptomer (hukommelsessvikt, apati) og at depresjonssykdom tidligere i livet ser ut til å øke risikoen for demens senere i livet.

Bivirkninger ved SSRI-behandling

Det er viktig å presisere at SSRI ikke er et helt ufarlig medikament uten bivirkninger, og at det derfor er svært viktig å utrede pasientene grundig før de settes på denne typen behandling. Vanlige bivirkninger hos voksne er kvalme (22 prosent), munntørrhet (21 prosent), hodepine (17 prosent), nervøsitet (15 prosent), agitasjon (14 prosent), svimmelhet (13 prosent), diaré (13 prosent), angst (13 prosent), insomni (12 prosent) og forstoppelse (10 prosent) (5). Man ser også relativt ofte alvorlige bivirkninger, slik som hyponatremi og økt blødnings-tendens. Eldre pasienter vil ha hyppigere forekomst av alle bivirkningene, blant annet grunnet multifarmasi og aldersbetingede endringer i metabolisme og nyrefunksjon.

Depresjon hos demente

Når demens pasienter skal utredes for depresjon, er det ofte vanskelig eller umulig å benytte tradisjonelle screeningsverktøy, slik som MADRS. Dette fordi pasientene i mange tilfeller verken verbalt eller intellektuelt er i stand til å svare adekvat på spørsmålene. Imidlertid er det utviklet et velegnet og validert diagnostisk verktøy, nemlig Cornell skala for depresjon ved demens. Dette er en kartlegging av ulike symptomer hos pasienten, slik det tolkes av den som observerer pasienten jevnlig (pleiepersonalet ved sykehjemmet, pårørende ell.). En Cornell-score på 7–10 indikerer depressive symptomer eller mild depresjon, mens Cornell-score på 11 eller mer indikerer alvorlig depresjon (6).

Det er etter hvert konsensus i fagmiljøene globalt om at antidepressiv behandling av demens pasienter trolig er nyttig og bør forsøkes til de ca. 20 prosent av pasientene som har en alvorlig depresjon (Cornellscore på 11 eller mer). I disse tilfellene bør SSRI foretrekkes. Hos denne pasientgruppen gjelder i høyeste grad prinsippet «start low, go slow». Behand-

lingen må følges opp klinisk, evt. supplert med serummålinger. Dersom det oppstår betydelige bivirkninger, eller medikamentet ikke har påvisbar effekt (for eksempel lavere Cornellscore) etter tre måneder, bør medikamentet seponeres. Bråseponering bør, hvis mulig, unngås, og nedtrapping over flere uker er å foretrekke.

SSRI bør ikke være en «quickfix» mot plagsomme og urolige demente, uten at depresjon antas å ligge til grunn for uroen. Uro kan skyldes mange andre ting, slik som smerter, som krever en helt annen type behandling.

Oppsummering

- » SSRI kan forsøkes til behandling av alvorlig depresjon (for eksempel diagnostisert ved Cornellscore på 11 eller mer).
- » Ved SSRI-behandling, gjelder prinsippet om «start low go slow», samt seponer alltid ved betydelige bivirkninger og/eller uteblitt effekt etter tre måneder.
- » SSRI er ikke indisert ved uro per se, med mindre uroen er forårsaket av depresjon.
- » SSRI er ikke ufarlig og er ikke uten bivirkninger.
- » Ved uro og/eller apati hos demente, kan dette skyldes mange andre ting enn depresjon.
- » Det er stort behov for mer forskning på dette feltet.

REFERANSER

1. Hva er demens? Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Hukommelsesklinikken Oslo Universitetssykehus, Ullevål, 4.rev. utg. 2009. og Engedal K og Haugen PK (2005) «Demens – Fakta og utfordringer» Forlaget Aldring og helse
2. Selbaek et al., Int. J. Geriatr. Psychiatry 2007 «The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes».
3. www.reseptregisteret.no, tall for 2010, målt i DDD.
4. Bergh S, Selbaek G, Engedal K. «Discontinuation of antidepressants in people with dementia and neuropsychiatric symptoms (DESEP study): double blind, randomised, parallel group, placebo controlled trial.» *BMJ*. 2012 Mar 9;344:e1566. doi: 10.1136/bmj.e1566.
5. Andrea Cipriani, Corrado Barbui, Rob Butler, Simon Hatcher and John Geddes. *Clinical Evidence* june 2009 «Depression in adults: drug and physical treatments».
6. Barca ML, Engedal K, Selbaek G. «A reliability and validity study of the cornell scale among elderly inpatients, using various clinical criteria.» *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;29(5):438-47. Epub 2010 May 25.

dr.olehenrik@gmail.no

forund.straand@medisin.uio.no