

Herkenning en behandeling van depressie in de palliatieve fase

Marijke Koelewijn, Pieter Dijksterhuis, Bernardina Wanrooij

In een reeks van acht artikelen geven we een breed overzicht van de mogelijkheden van huisartsgeneeskundige zorg voor patiënten in de palliatieve fase. In de vorige afleveringen is aandacht besteed aan basisprincipes van palliatieve zorg, pijn, misselijkheid en braken, dyspnoe, interdisciplinaire samenwerking in de palliatieve zorg in de eerste lijn en delier. In dit zevende artikel bespreken we de herkenning en behandeling van depressie. In het laatste artikel komt palliatieve sedatie aan de orde.

Inleiding

In de laatste fase van het leven krijgt een mens te maken met een aantal ingrijpende ervaringen van verlies en afscheid. Alles wat hem maakte tot wie en wat hij was, moet hij loslaten: zijn plaats in de samenleving, zijn vermogen om voor anderen zorg te dragen, de zorg voor zichzelf en ten slotte het leven zelf. Iemand in zulke omstandigheden ervaart gevoelens van verdriet, angst en somberheid. Patiënten en naasten zien deze gevoelens dan ook als behorend bij het proces dat de patiënt doormaakt.¹ Omdat somberheid in deze fase zo invoelbaar is, kan het voor de huis-

Samenvatting

Koelewijn M, Dijksterhuis PH, Wanrooij BS. Herkenning en behandeling van depressie in de palliatieve fase. *Huisarts Wet* 2005;48(8):420-5.

Depressie komt regelmatig voor in de palliatieve fase van levensbedreigende ziekten, namelijk bij 15-25% van de patiënten, maar wordt niet altijd zodanig herkend. In dit artikel gaan we in op de mogelijke verklaringen hiervoor. Verder komen de predisponerende factoren voor depressie bij deze groep patiënten aan de orde. Bij de bespreking van de diagnostiek belichten we problemen die zouden kunnen optreden bij het toepassen van de DSM-IV-criteria in deze fase.

Bij de behandeling komen naast antidepressiva ook psychostimulantia in aanmerking. Voor psychologische begeleiding kunnen huisartsen behalve op de gebruikelijke professionals ook een beroep doen op hulpverleners die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van patiënten in de palliatieve fase.

Afdeling Huisartsgeneeskunde, Divisie Klinische Methoden & Public Health, AMC/UvA, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam: mw. B.S. Wanrooij, huisarts; mw. M. Koelewijn, huisarts te Ruurlo; P.H. Dijksterhuis, huisarts te Olst.

Correspondentie: b.s.wanrooij@amc.uva.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

arts lastig zijn depressie af te grenzen van gewone somberheid. De lichamelijke verschijnselen van depressie vertonen een grote overlap met symptomen van de oncologische aandoening zelf, wat het stellen van de diagnose depressie eveneens bemoeilijkt. Ten slotte kan gebrekkige communicatie tussen arts en patiënt een belemmering zijn voor het vaststellen van een depressie. Weerstand bij de dokter om al te diep op de gevoelens van de patiënt in te gaan kan hierbij een rol spelen, maar ook de neiging van sommige patiënten anderen niet te willen belasten en hun gevoelens voor zich te houden.^{2,3}

Niet alle somberheid is depressie. Wanneer er wel sprake is van een depressie, wordt de diagnose regelmatig niet gesteld, zo blijkt uit diverse onderzoeken bij patiënten in de palliatieve fase, ook al is het bekend dat mensen met een ernstige lichamelijke aandoening een verhoogde kans op depressie hebben.³⁻⁵ Het is zinvol om de diagnose depressie te overwegen omdat behandeling kan leiden tot verbetering van de kwaliteit van (het misschien nog maar korte) leven.

In dit artikel gebruiken we de term depressie als equivalent van 'depressieve stoornis' zoals gedefinieerd in de NHG-Standaard.⁶ We bespreken hoe vaak depressie bij oncologische patiënten in de palliatieve fase voorkomt en welke factoren daarvoor predisponeren. Vervolgens gaan we aan de hand van een casus in op de diagnostiek en de behandeling van depressie, waarbij we ook aandacht besteden aan wat er bekend is over suïcide in deze fase.

Vóórkomen

Prevalentiecijfers van depressie in de palliatieve fase lopen nogal uiteen: zo vermeldt het rapport van de European Association for Palliative Care (EAPC) een spreiding van 3,7-58%.⁴ Debet aan deze grote spreiding is het verschil in onderzochte groepen, in de fase van de ziekte en vooral in de gebruikte criteria om depressie vast te stellen: met screeningsmethoden worden veel hogere prevalenties gevonden dan met gestructureerde psychiatrische interviews.^{4,7,8} Het meeste onderzoek is verricht bij kankerpatiënten die opgenomen zijn in een ziekenhuis of hospice of die geregeld een oncologische polikliniek bezoeken.⁴ Bij deze groep patiënten met voortgeschreden kanker laten diverse onderzoeken een prevalentie zien van 15-25%.^{4,7,9,10} Er is weinig onderzoek verricht naar het vóórkomen van depressie bij patiënten in de palliatieve fase in de huisartsenpraktijk. Van den Muijsenbergh meldt dat de huisarts bij 7 van de 102 in haar onderzoek betrokken patiënten een depressie vaststelt en bij 23 somberheid.¹ Ter vergelijking: de prevalentie van depressie in de huisartsenpraktijk als geheel bedraagt 5-6%.^{11,12} Suïcide zou onder patiënten in de palliatieve fase tweemaal zoveel

voorkomen als onder de bevolking als geheel.¹³ Er zijn overigens maar weinig recente onderzoeksresultaten hierover beschikbaar.

Predisponerende factoren

Bij patiënten in de palliatieve fase verhogen bepaalde factoren de kans op depressie, net zoals dat het geval is bij patiënten die geen levensbedreigende ziekte hebben. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan het vóórkomen van depressie in de familie, een eerdere depressie in de eigen levensgeschiedenis of het ontbreken van sociale steun.^{2,14} Het uit de algemene populatie bekende sekseverschil bij depressie wordt bij patiënten in de palliatieve fase niet duidelijk teruggevonden.² Wel zou depressie in deze fase meer bij jongeren voorkomen.²

Het aantal patiënten met depressie neemt toe met het voortschrijden van de ziekte, de toename van invaliditeit en van pijn.¹⁴

Metabole verstoringen (hypercortisolisme, hypercalciëmie) of medische behandelingen kunnen bijdragen aan het ontstaan van depressie.² Zo is een hele reeks geneesmiddelen als predisponerende factor bij depressie aangemerkt, zoals diverse chemotherapeutica, tamoxifen, corticosteroïden, bètablokkers, H₂-remmers en (onttrekking van) benzodiazepinen. Uit een recente systematische review blijkt echter dat slechts een beperkt aantal medicamenten, waaronder corticosteroïden en sommige chemotherapeutica, in verband gebracht kan worden met het optreden van depressieve symptomen, maar nooit met een echte depressie.¹⁵

De heer Van Lier

De heer Van Lier is 81 jaar en gepensioneerd slager. Bij het eerste consult met hun nieuwe huisarts klaagt zijn echtgenote dat zij het niet gemakkelijk heeft met het eigenzinnig en overheersend karakter van haar man. In datzelfde consult vertelt de heer Van Lier dat hij pijn in zijn rechterbeen heeft. Hij schrijft dit zelf toe aan een tekenbeet. De huisarts vindt geen andere verklaring dan ischias. Enkele maanden later wordt bij hem bronchuscarcinoom vastgesteld met botuitzaaiingen. De eerdere pijn in zijn been is ook daardoor te verklaren. Pijn zal tot zijn dood, nog geen halfjaar later, een probleem blijven, ondanks tijdelijke verbetering door bestraling. Kort na de diagnose zegt de heer Van Lier tegen de huisarts dat hij 'liever een spuitje wil'. De huisarts ziet dit als een uiting van de moeite die de heer Van Lier heeft om zijn ziekte en de daarmee gepaard gaande beperkingen te accepteren.

De heer Van Lier trekt zich terug en wordt stiller. De huisarts probeert hem te motiveren om zorg te accepteren van de wijkverpleging, vooral om de druk op zijn vrouw te verlichten. Enkele dagen na het bezoek van de functionaris van het regionaal indicatieorgaan vraagt de echtgenote dringend om een visite. De heer Van Lier blijkt na dat bezoek steeds somberder te zijn geworden. Zijn vrouw heeft met moeite uit hem gekregen dat hij ertegen opziet om door een vreemde gewassen te worden. De sfeer is geladen. De heer Van Lier vertelt de somberheid lichamenlijk te voelen en bang te zijn zichzelf wat aan te zullen doen. Hij zegt weer dat hij wel een spuitje wil. Zijn vrouw is bang dat haar man zelfmoord zal plegen, net als zijn vader en diens broer. Over deze vreselijke gebeurtenissen is in de familie verder nooit gepraat.

De huisarts stelt de diagnose depressie.

De kern

- ▶ Een depressie komt regelmatig voor in de palliatieve fase van levensbedreigende ziekten, maar wordt om verschillende redenen niet altijd herkend.
- ▶ De DSM-IV-criteria kunnen ook in deze fase handvatten bieden voor de diagnose, maar hebben tevens hun beperkingen.
- ▶ Behalve antidepressiva zijn psychostimulantia, met name methylfenidaat, te gebruiken bij de behandeling van depressie in dit stadium.
- ▶ Psychologische hulp is zinvol bij depressie in de palliatieve fase.

Diagnostiek

Zoals we in de inleiding beschreven, is het niet altijd eenvoudig om een depressie bij patiënten in de palliatieve fase vast te stellen. Toch is het zinvol hierop bedacht te zijn, omdat behandeling ook bij patiënten in hun laatste levensmaanden tot een betere kwaliteit van leven leidt.⁴

Om depressieve symptomen op te sporen zijn er screeningsinstrumenten in de vorm van vragenlijsten. Deze worden vaak gebruikt in hospices of op afdelingen voor palliatieve zorg in het ziekenhuis of verpleeghuis. Volgens de herziene NHG-Standaard wordt de diagnose depressieve stoornis gesteld in een diagnostisch gesprek aan de hand van de criteria uit de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).⁶ Deze zijn beschreven in de *tabel*.

Van een depressieve stoornis is sprake als vijf van de negen symptomen gedurende minstens twee weken bijna dagelijks optreden. Ten minste een van de twee kernsymptomen: depressieve stemming of interesseverlies, moet aanwezig zijn om de diagnose te kunnen stellen. Zijn beide kernsymptomen afwezig, dan is er (voorlopig) geen sprake van depressie en kan uitvragen van de overige symptomen achterwege blijven.⁶ Het omgekeerde geldt niet: van de mensen die in een screeningsonderzoek de vraag naar een of beide kernsymptomen positief beantwoordden, bleek slechts 18% bij nader onderzoek een depressie te hebben.¹⁶

Bij het gebruik van de DSM-IV-criteria in de palliatieve fase doen zich een aantal moeilijkheden voor. De patiënt kan zo ziek en vermoeid zijn dat een uitgebreid gesprek, waarbij deze negen criteria allemaal aan de orde komen, eigenlijk niet goed uitvoerbaar is. Het zou dan ook mooi zijn als de huisarts met minder vragen de diagnose depressie zou kunnen stellen. Volgens Terluin et al. sluit

Tabel DSM-IV-criteria voor de diagnose depressieve stoornis⁶

Kernsymptomen:

- depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag
- duidelijke vermindering van interesse of plezier in bijna alle activiteiten

Overige symptomen:

- duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename
- slapeloosheid of overmatig slapen
- psychomotorische agitatie of remming
- moeheid of verlies van energie
- gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
- concentratieproblemen of besluiteloosheid
- gedachten aan de dood, suïcidedachten of plannen

de DSM-systematiek om symptomen vast te stellen in het algemeen slecht aan bij de werkwijze van de huisarts, die, zo blijkt, vooral op een (beperkt) aantal signalen reageert.¹⁷ Bij de heer Van Lier waren dat bijvoorbeeld de toenemende somberheid, de familiale belasting en de suïcidaliteit.

De mogelijkheid van een verkorte en toch betrouwbare wijze van diagnostiek leek dichterbij te komen toen in een Canadees onderzoek bij patiënten in de palliatieve fase bleek dat de enkele vraag 'Are you depressed?' goed overeenkwam met de uitkomst van gestructureerde interviews.¹⁸ In een onderzoek onder Britse patiënten kon dit echter niet bevestigd worden,¹⁹ zodat aan de bruikbaarheid van dit één-vraaginterview in de Nederlandse situatie helemaal te twijfelen valt. De vraag 'Are you depressed?' laat zich ook niet zomaar in een Nederlands equivalent vertalen dat voor alle patiënten begrijpelijk is. Een kort en betrouwbaar alternatief voor de DSM-IV-criteria is dus nog niet voorhanden.

Een probleem van een andere orde is al in de inleiding gesignaleerd: vier van de negen DSM-IV-criteria (gewichtvermindering, slapeloosheid, psychomotorische remming en moeheid) vallen samen met symptomen die vaak bij patiënten in de palliatieve fase voorkomen. Om dit probleem op te lossen hebben sommige onderzoekers voorgesteld deze somatische criteria in de palliatieve fase te vervangen door psychologische of cognitieve criteria, zoals 'bedrukt uiterlijk', 'zwijgzaamheid' en 'piekeren'. Onderzoek heeft echter laten zien dat bij gebruik van *strengere* criteria (vergelijkbaar met die van de DSM-IV) deze substitutie de uiteindelijke diagnose niet beïnvloedt.⁸ Het Integraal Kankercentrum Midden-Nederland (IKMN) heeft er in zijn Richtlijn Depressie voor gekozen de lichamelijke criteria volledig mee te laten wegen, ook al is niet duidelijk of ze door de ziekte zelf of door de depressie worden veroorzaakt. Deze keuze wordt onderbouwd met het argument dat een eventuele overbehandeling van depressie minder ingrijpend is dan het ten onrechte niet behandelen van depressieve patiënten in deze fase.²⁰

De tijdsduur van twee weken die in de DSM-systematiek wordt gebruikt, kan een lastig hanteerbaar criterium zijn in de palliatieve fase. Als patiënten bijvoorbeeld te horen krijgen dat curatieve behandeling niet meer mogelijk is, hebben de meesten van hen meer dan die twee weken nodig om weer een zeker evenwicht te vinden. Dit geldt des te sterker als dit al meteen na het stellen van de diagnose duidelijk wordt. Een antidepressieve behandeling is dan ook niet onmiddellijk geïndiceerd.

Al met al is het de vraag hoe betrouwbaar de diagnose depressie in de palliatieve fase is te stellen. In een onderzoek onder (ongetwijfeld gezondere) spreekuurpatiënten bleek er weliswaar sprake te zijn van een goede reproduceerbaarheid van de diagnose depressie, maar kon de huisarts bij het vaststellen van het aantal symptomen er toch gemakkelijk een tot twee symptomen naast zitten.¹⁷ Onder patiënten in de palliatieve fase is zo'n onderzoek niet verricht, maar het advies om bij patiënten die net wel of net niet aan de criteria voldoen, de definitieve diagnose één tot twee weken uit te stellen, lijkt ook bij deze groep patiënten gerechtvaardigd.

Het diagnostisch gesprek met de patiënt biedt de mogelijkheid een indruk te krijgen van de ernst van de depressie, de lijdensdruk en de mate van disfunctioneren. De huisarts kan met de patiënt (en de naasten) bespreken welke factoren aan de depressie hebben bijgedragen. Het is zinvol als de huisarts op de hoogte is van ingrijpende gebeurtenissen in het verleden en de reactie daarop van de patiënt. Soms zijn er onafgemaakte zaken die bij de naderende dood de gemoedrust diepgaand verstoren. Daarnaast geeft het gesprek de gelegenheid om het risico op suïcide in te schatten.

Om een goede differentiële diagnose te kunnen stellen, zijn vragen naar hallucinaties of wanen (depressieve stoornis met psychotische kenmerken), manische periodes (bipolaire stoornis), angst en paniek (angststoornis) en middelenmisbruik nuttig. Tot de differentiële diagnose horen ook de aanpassingsstoornis met depressieve stemming en de apathische vorm van delier.

De heer Van Lier (vervolg)

Na het stellen van de diagnose depressie schrijft de huisarts paroxetine voor, te beginnen met een half tablet van 20 mg per dag. Vooral de echtgenote is teleurgesteld als ze begrijpt dat het wel enkele weken kan duren voor het gewenste effect optreedt. De somberheid en doodswens van haar echtgenoot vallen haar zwaar en veroorzaken angst. De huisarts legt uit dat de doodsgedachten en de herhaalde vraag van de heer Van Lier om 'een spuitje' uitingen zijn van de door de depressie zwartgekleurde visie op zijn leven. Het doel van de behandeling is dat deze gedachten en gevoelens geleidelijk naar de achtergrond verdwijnen, terwijl intussen de stemming verbetert.

Omdat de heer Van Lier de paroxetine goed verdraagt, wordt de dosis na 2 dagen opgehoogd naar 20 mg per dag. Kort daarop vraagt de wijkverpleegkundige zich af of hij niet een snelwerkend pempmiddel kan krijgen. Gezien de suïcidaliteit is de huisarts er echter beducht voor om een stimulerend middel voor te schrijven. Op de zevende dag is er gelukkig al een begin van verbetering te merken. Hierna wordt de depressie met medicatie, gesprekken en zorg goed hanteerbaar. De pijn blijft evenwel erg moeilijk te behandelen en is uiteindelijk een reden om verder te praten over euthanasie. In een uitgebreid gesprek, waarbij de kinderen aanwezig zijn, wordt de beslissing tot euthanasie genomen, maar binnen een dag na dit gesprek overlijdt de heer Van Lier vredig.

Behandeling

Algemene maatregelen

Allereerst is het van belang dat de patiënt de gelegenheid krijgt zich uit te spreken over zijn gevoelens en gedachten. Zo'n gesprek biedt de huisarts de mogelijkheid actief te inventariseren of er factoren zijn die aan de depressie bijdragen die hij kan weg nemen of verlichten. Onvoldoende behandelde pijn is zo'n factor bij uitstek. Daarnaast valt ook te denken aan misselijkheid of jeuk en aan problemen met het verlies van lichaamsfuncties, zoals incontinentie. De patiënt kan tobben met voorstellingen over het beloop van de ziekte en bang zijn over hoe hij zal sterven of gekweld worden door suïcidale gedachten. Het kan een opluchting voor hem zijn dit hardop uit te spreken. Hij kan dan van de



Foto: Hapè Smeete/Hollandse Hoogte

huisarts horen hoe die tegen zijn toekomstscenario aankijkt en wat de mogelijkheden zijn om een eventueel te verwachten lijden te verlichten. Ook zorgen over achterblijvende naasten kunnen aan de orde komen.

Tot de algemene maatregelen behoren ook het zo veel mogelijk stopzetten van medicijnen die aan een depressie kunnen bijdragen en het corrigeren van somatische factoren die een rol kunnen spelen, zoals hypercalciëmie.²¹

Psychologische begeleiding en psychotherapie

Een zekere vertrouwensrelatie tussen een patiënt en zijn huisarts is een voorwaarde voor een goede psychologische begeleiding. In de palliatieve fase kan deze vertrouwensrelatie om verschillende redenen onder spanning staan. Soms is de patiënt vooral door de specialist behandeld en een tijdlang 'uit beeld geweest' bij de huisarts. In een aantal gevallen zijn er (onuitgesproken) verwijten aan het adres van de huisarts, bijvoorbeeld dat hij de diagnose te laat zou hebben gesteld of te weinig belangstelling zou hebben getoond. Een anticiperende houding van de huisarts, waarbij hij contact houdt met de patiënt tijdens de specialistische behandeling en alert is op signalen van onvrede, legt de basis voor een goede relatie in een latere fase. Het belang van communicatieve vaardigheden bij de behandeling van depressie bleek heel duidelijk uit een recent onderzoek in de huisartsenpraktijk. Huisartsen die een goede diagnose stelden, een adequate behandeling inzet-

ten en bovendien goed met de patiënt communiceerden, bereikten betere resultaten dan huisartsen bij wie de communicatie minder goed verliep.²²

Het geven van voorlichting over de aard en het beloop van de depressie is volgens de NHG-Standaard een belangrijk onderdeel van de behandeling.⁶ Door uit te leggen dat depressie vaker voorkomt bij een ernstige ziekte, hoeft de patiënt zich niet schuldig te voelen over zijn toestand.

Het herstel van een depressie gaat meestal met ups en downs, waarbij te verwachten is dat goede en slechte dagen elkaar afwisselen en zeker ook de symptomen van de achterliggende ziekte de dagen zullen kleuren. De kunst is om te bereiken dat de patiënt bij de dag leeft en niet al te hoge eisen aan zichzelf stelt. Dat is niet altijd gemakkelijk. Begripvolle mensen in de omgeving kunnen hierbij tot steun zijn. Bij patiënten die nog mobiel en actief zijn, zijn adviezen over een gestructureerde dagindeling, vermijden van overmatig alcoholgebruik en voldoende lichaamsbeweging zinvol. Het is heilzaam als zij activiteiten als werk of hobby's in enige vorm kunnen voortzetten. Op deze wijze probeert de huisarts de copingvaardigheden en de autonomie van de patiënt te versterken.

Daarnaast is aandacht voor de naasten van belang. Het is een grote belasting om voortdurend op te trekken met een ernstig zieke patiënt die ook nog depressief is. Een gesprek met de naaste zonder de patiënt, bijvoorbeeld op het spreekuur, kan extra

ondersteuning bieden. Het is belangrijk de naaste te stimuleren ook eens iets voor zichzelf te gaan doen en de zorg voor de patiënt even aan een ander over te laten. Eventueel kunnen vrijwilligers van de Vrijwillige Terminale Thuiszorg hierin een rol spelen.

De huisarts kan bij de begeleiding van de patiënt professionals van andere disciplines betrekken, zoals een maatschappelijk werkende, een psycholoog/psychotherapeut of een psychiater. Een pastor kan voor mensen die pastorale zorg wensen een belangrijke rol spelen. Ook bij patiënten met gevorderde kanker en een nog redelijke levensverwachting is de effectiviteit van diverse vormen van psychotherapie aangetoond, zoals individuele en groepstherapie, deelname aan een zelfhulpgroep, hypnotherapie, psychoeducatie, relaxatietraining en biofeedback.² Verspreid over het land bestaan er instellingen die zich richten op psychosociale hulp aan patiënten met kanker. Een bekend voorbeeld daarvan is het Helen Dowling Instituut, maar er zijn er meer, te vinden op www.ipso.nl. In sommige gevallen zijn psychosociale hulpverleners ook bereid de patiënt thuis te bezoeken. Informatie hierover is op te vragen bij de regionale Integrale Kankercentra.

Medicamenteuze behandeling

In de meeste publicaties wordt farmacotherapie, naast begeleidende gesprekken, de basis genoemd van de behandeling van terminaal zieke patiënten met een depressie.^{2,9} Het EAPC-rapport ondersteunt deze visie en concludeert dat er genoeg klinisch en wetenschappelijk bewijs is om antidepressieve medicatie te rechtvaardigen, zelfs in een terminaal stadium van de ziekte.⁴

Ook in de palliatieve fase zijn de tricyclische antidepressiva (TCA's) of selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's) die de NHG-Standaard aanraadt de aangewezen middelen, naast de andere moderne antidepressiva als venlafaxine en mirtazapine. In deze fase is een aparte plaats ingeruimd voor psychostimulantia, zoals methylfenidaat.

Het is niet duidelijk welk antidepressivum het meest werkzaam is bij patiënten in de palliatieve fase. Een Cochrane-review over het gebruik van antidepressiva bij somatische ziekte suggereert dat TCA's mogelijk wat effectiever zijn dan SSRI's, maar ook meer bijwerkingen hebben.²³ Voor de huisarts zullen het met name de bijwerkingen van de diverse middelen zijn, die de keuze bepalen. Hierbij verdient overweging dat sommige bijwerkingen, zoals sedatie of bevordering van eetlust, juist positief gewaardeerd kunnen worden in deze fase.

Wanneer de huisarts begint met TCA's, zoals amitriptyline, nortriptyline, imipramine en clomipramine, volstaat een dosering van 10-25 mg voor de nacht. Afhankelijk van effect en bijwerkingen kan de dosering met 10-25 mg per 2-4 dagen opgehoogd worden. In de palliatieve fase moet de dosering lager zijn dan bij gezonde volwassenen: 150 mg (soms 225 mg) wordt als bovengrens aangehouden.²⁰ Overigens laat een in 2003 verschenen Cochrane-review zien dat ook bij gezonde volwassenen lagere doses (tot 100 mg/dag) even effectief zijn als hogere en gepaard gaan met minder bijwerkingen.²⁴

TCA's hebben neveneffecten die welkom kunnen zijn in deze fase,

zoals een slaapbevorderende werking en effect op neuropathische pijn. Daarnaast hebben TCA's beperkingen in het gebruik bij hartpatiënten en anticholinerge bijwerkingen, zoals droge mond, orthostatische hypotensie, obstipatie en urineretentie, wat ze weer minder geschikt maakt voor deze groep patiënten. Ook kunnen TCA's bijdragen aan het ontstaan van een delier. Nortriptyline heeft de minste anticholinerge en sederende bijwerkingen.

SSRI's hebben deze anticholinerge en cardiale bijwerkingen niet. Hun bijwerkingen zoals misselijkheid, duizeligheid en angst, zijn van voorbijgaande aard. Met een lage aanvangsdosering, zoals bij de heer Van Lier, zijn deze minder ernstig. In de palliatieve fase kan een lagere onderhoudsdosering dan gebruikelijk effectief zijn.¹⁴ De SSRI's hebben alle eenzelfde werkingsmechanisme, maar verschillen onderling sterk in hun kans op interacties via het cytochroom P450-enzymstelsel.²⁵ Met name fluoxetine, fluvoxamine en paroxetine geven veel kans op interacties met allerlei soorten medicatie; sertraline, citalopram en escitalopram hebben dit veel minder en zijn daarom geschikter voor patiënten in de palliatieve fase.

Venlafaxine lijkt qua werking meer op de 'ouderwetse' TCA's, maar heeft minder bijwerkingen en geeft ook weinig kans op interacties. Mirtazapine werkt op een andere wijze in op het serotonerge systeem dan de SSRI's en heeft een sederende en eetlustopwekkende werking, hetgeen binnen de palliatieve setting van voordeel kan zijn.

Voor alle antidepressiva geldt dat het gewenste effect pas na twee tot vier weken optreedt. Die tijd heeft men lang niet altijd in deze fase, gewoonweg omdat de levensverwachting van de patiënt soms korter is. De huisarts kan dan overwegen psychostimulantia, zoals methylfenidaat, te geven. De werkzaamheid hiervan voor de behandeling van depressie in de palliatieve fase is uitgebreid gedocumenteerd, maar niet met wetenschappelijk onderzoek onderbouwd.^{14,26} De startdosering van methylfenidaat is 2,5 mg om 08.00 uur en om 12.00 uur. Toediening later op de dag kan tot slaapproblemen leiden. De dosis wordt gedurende enkele dagen langzaam opgevoerd tot er effect ontstaat of bijwerkingen optreden, meestal tot 10-20 mg per dag. Hoger doseren dan 40 mg per 24 uur is meestal niet nodig. Psychostimulantia hebben een stemmingsverbeterende werking, bevorderen aandacht en concentratie, verminderen het gevoel van vermoeidheid en hebben zo een positief effect op het algeheel welbevinden. Het effect is al binnen enige dagen merkbaar: bij uitblijven van een gunstig effect dient het medicament weer gestaakt te worden. Bijwerkingen kunnen zijn: onrust, irritatie, verwardheid en slaapproblemen. Als contra-indicaties voor het gebruik noemt het EAPC-rapport agitatie of angst.⁴

Ten slotte

Huisartsen zijn zeer betrokken bij de zorg voor hun patiënten in de palliatieve fase. De nabijheid die hierbij bestaat, kan een valkuil zijn als het gaat om het herkennen van een depressie bij deze groep patiënten. Soms bestaat er zelfs enige weerstand om deze diagnose te stellen. Elk mens heeft immers recht op verdriet als

het levenseinde nabij is. Wanneer normaal verdriet echter uitmond in een ernstig verlies van kwaliteit van leven, kan het voor de patiënt een opluchting zijn wanneer de huisarts de diagnose depressie wel stelt. Zijn constante gevoelens van verdriet, somberheid, schuld en waardeloosheid zijn immers toe te schrijven aan een ziekte en er bestaan mogelijkheden om zijn toestand te verbeteren. Wanneer de huisarts eenmaal aan een depressie denkt, biedt de systematiek van de DSM-IV handvatten om de diagnose te stellen, zij het met de nodige beperkingen. Nog meer dan bij de groep gezonde patiënten zijn in de palliatieve fase – naast medicatie – begeleiding en ondersteuning van wezenlijk belang. Het gaat erom dat het beeld van de depressie verbleekt waardoor er ruimte ontstaat om waardig afscheid te nemen van naasten en van het leven.

Literatuur

- 1 Van den Muijsenbergh METC. Palliatieve zorg door de huisarts [Proefschrift]. Universiteit Leiden, 2001.
- 2 Wilson KG, Chochinov HM, De Faye BJ, Breitbart W. Diagnosis and management of depression in palliative care. In: Chochinov HM, Breitbart W, editors. Handbook of psychiatry in palliative medicine. New York: Oxford University Press, 2000.
- 3 Greenberg DB. Barriers to the treatment of depression in cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr 2004;32:127-35.
- 4 Stiefel R, Die Trill M, Berney A, Nunez Olarte JM, Razavi D. Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. Support Care Cancer 2001;9:477-88.
- 5 Cassem EH. Depressive disorders in the medically ill. An overview. Psychosomatics 1995;36:S2-10.
- 6 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MG, De Haan M, Van Weel-Baumgarten EM, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie). Eerste herziening. Huisarts Wet 2003;46:614-23.
- 7 Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. Palliat Med 2002;16:81-97.
- 8 Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Prevalence of depression in the terminally ill: effect of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. Am J Psychiatry 1994;151:537-40.
- 9 Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. J Clin Psychiatry 1990;51:12-7.
- 10 Lloyd-Williams M, Friedman T. Depression in palliative care patients - a prospective study. Eur J Cancer Care (Engl) 2001;10:270-4.
- 11 Ormel J, Van den Brink W, Van der Meer K, Jenner J, Giel R. Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:123-6.
- 12 Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A, De Rijk C, Langendoen Y. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:581-6.
- 13 Woodruff R. Palliative Medicine. Evidence-based symptomatic and supportive care for patients with advanced cancer. 4th ed. Melbourne: Oxford University Press, 2004.
- 14 Breitbart W, Chochinov HM, Passik S. Psychiatric aspects of palliative care. In: Doyle D, Hanks GWC, Cherry NI, Calman KC, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2004.
- 15 Patten SB, Barbui C. Drug-induced depression: a systematic review to inform clinical practice. Psychother Psychosom 2004;73:207-15.
- 16 Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. BMJ 2003;327:1144-6.
- 17 Terluin B, Van Hout HPJ, Van Marwijk HW, Adèr HJ, Van der Meer K, De Haan M, et al. Diagnose depressie niet zo betrouwbaar te stellen. Huisarts Wet 2004;47:66-70.
- 18 Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. Am J Psychiatry 1997;154:674-6.
- 19 Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F, Baker I. Is asking patients in palliative care, "are you depressed?" appropriate? Prospective study. BMJ 2003;327:372-3.
- 20 De Graeff A, Verhagen EH, Eliel MR, Hesselman GM, Kroeze-Hoogendoorn GJ. Oncologieboek deel II. Richtlijnen Palliatieve Zorg. Utrecht: IKMN, 2002.
- 21 Koelewijn M, Wanrooij BS. De behandeling van misselijkheid en braken in de palliatieve fase. Huisarts Wet 2005;48:179-185.
- 22 Van Os TWDP, Van den Brink RHS, Van der Meer K, Ormel J. Behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk. De dokter als medicijn. Huisarts Wet 2005;48:95-101.
- 23 Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness. Cochrane Database Syst Rev. 2000, Issue 4:CD001312.
- 24 Furukawa T, McGuire H, Barbui C. Low dosage tricyclic antidepressants for depression. Cochrane Database Syst Rev 2003, Issue 3. CD00319725.
- 25 Commissie Farmaceutische Hulp. Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen, 2005.
- 26 Rozans M, Dreisbach A, Lertora JJ, Kahn MJ. Palliative uses of methylphenidate in patients with cancer: a review. J Clin Oncol 2002;20:335-9.

Palliatieve zorg. Wist u dat...?

In de serie artikelen over palliatieve zorg besteden we aandacht aan enkele veel voorkomende symptomen, maar er valt meer te vertellen. We noemen enkele websites en geven een paar suggesties.

- Veel medicijnen kunnen fijngemaakt of opgelost worden of zijn vloeibaar te verkrijgen.
- Een zetpil metoclopramide van 20 mg komt overeen met een tablet van 10 mg.
- Het is belangrijk om bij palliatieve patiënten geregeld de mond te inspecteren.
- Vijfentachtig procent van de ouders met een terminale ziekte denkt dat hun kinderen van niets weten, terwijl 95% van hen alles blijkt te weten. (www.achterderegenboog.nl)
- www.palliativedrugs.org is een website met veel informatie over medicamenteuze behandelingen. Inschrijving is gratis.
- Begin 2006 verschijnt het boek 'Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk', uitgegeven door de Vereniging van Integrale kankercentra. Aan te raden aan elke huisarts.
- Op www.oncoline.nl kunt u het beleid bij vele tumoren vinden. Er staan inmiddels ook enkele palliatieve richtlijnen op deze site.
- Het *Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg* verschijnt sinds een aantal jaren. Informatie is te vinden op www.lemma.nl/palliatieve.htm.
- Een collectie van artikelen over palliatieve zorg die sinds 1998 gepubliceerd zijn in de BMJ is (vanaf 1 jaar na publicatie) vrij toegankelijk op de volgende website: http://bmj.bmjournals.com/cgi/collection/palliative_medicine.
- De negen integrale kankercentra in Nederland zijn regionale netwerkorganisaties die hulpverleners in de oncologie en de palliatieve zorg ondersteunen (www.ikcnet.nl).
- De vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland kan helpen naasten van terminaal zieken te ontlasten zodat ook die eens aan zichzelf toekomen (www.vptz.nl).

Bernardina Wanrooij