

Θεραπευτική διαχείριση μέτριας-σοβαρής κατάθλιψης

Σύσταση 6: Σε άτομα με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη οι Γενικοί Ιατροί και οι άλλοι Ιατροί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συστήνεται να χορηγούν αντικαταθλιπτική αγωγή σε συνδυασμό με ψυχολογική θεραπεία, εφόσον είναι διαθέσιμη.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα λόγω της αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητάς τους συστήνονται ως θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη από τους περισσότερους φορείς διανομής Κ.Ο.^{25-28,30}. Σύμφωνα με υπάρχουσες Κ.Ο.^{25,30} για τους περισσότερους ασθενείς με κατάθλιψη (μέτρια ή σοβαρή) η έναρξη της φαρμακολογικής θεραπείας μπορεί να γίνει με ένα από τα φάρμακα των εξής κατηγοριών: SSRIs, εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης (SNRIs), μιρταζαπίνη και βουπροπιόνη. Σύμφωνα με άλλες Κ.Ο.²⁶⁻²⁸ συστήνεται ως θεραπεία πρώτης επιλογής για τους περισσότερους ασθενείς με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη η χορήγηση των SSRIs, και ειδικότερα το γενόσημο σκεύασμα, εκτός και αν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι, που να υποστηρίζουν την επιλογή φαρμάκου από άλλη κατηγορία. Η αποτελεσματικότητα της αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι συγκρίσιμη μεταξύ φαρμάκων διαφορετικών κατηγοριών, αλλά και μεταξύ φαρμάκων της ίδιας κατηγορίας²⁵. Υπάρχουν ωστόσο διαφορές, όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως: σεξουαλική δυσλειτουργία, καταστολή, αύξηση βάρους, ξηροστομία, ουλίτιδα και περιοδοντική νόσο^{125,126}. Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για τις παρενέργειες των φαρμάκων πριν την έναρξη της θεραπείας. Η αρχική επιλογή ενός αντικαταθλιπτικού πρέπει να στηρίζεται στις εξής παραμέτρους: στην ασφάλεια, την ανεκτικότητα, στο κόστος της θεραπείας, στο ιστορικό προηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής, στην εμπειρία του κλινικού ιατρού, στην ύπαρξη ψυχιατρικής ή οργανικής συννοσηρότητας, καθώς και στις προτιμήσεις των ασθενών. Άλλοι παράγοντες, που πρέπει να ληφθούν υπόψη, περιλαμβάνουν φαρμακολογικές ιδιότητες του φαρμάκου, όπως ο χρόνος ημίσειας ζωής του, ο μεταβολισμός του μέσω του κυτοχρώματος P450 και πιθανές αλληλεπιδράσεις του με άλλα φάρμακα²⁵.

Οι SSRIs συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας, ειδικά σε ηλικιωμένα άτομα ή σε όσους λαμβάνουν αντιπηκτικά ή άλλα φάρμακα που διαταράσσουν το γαστρεντερικό βλεννογόνο. Σε ηλικιωμένους ή σε άτομα που λαμβάνουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή ασπιρίνη μπορεί να χρειαστεί η προσθήκη ενός γαστροπροστατευτικού παράγοντα. Η φλουοξετίνη, η φλουβοξαμίνη και η παροξετίνη συσχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο αλληλεπίδρασης με άλλα φάρμακα συγκριτικά με άλλους SSRIs. Η παροξετίνη εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό συμπτωμάτων που σχετίζονται με διακοπή της θεραπείας συγκριτικά με άλλους SSRIs. Όταν συνταγογραφείται φάρμακο άλλης κατηγορίας πλην των SSRIs, θα πρέπει να συνυπολογισθούν οι εξής παράμετροι:

η αυξημένη πιθανότητα διακοπής της θεραπείας εξαιτίας ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως συμβαίνει συχνά με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και την βενλαφαξίνη.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΕΡΔΑΩΝΙΣΗ



www.espa.gr

Η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων απαιτεί ειδικές προφυλάξεις και στενή παρακολούθηση, όπως:

- η βενλαφαξίνη σε υψηλές δόσεις μπορεί να επιδεινώσει καρδιακές αρρυθμίες, καθώς και να απορρυθμίσει την αρτηριακή πίεση.
- η ντουλοξετίνη, επίσης, μπορεί να επιδεινώσει την αρτηριακή υπέρταση.
- τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά προκαλούν ορθοστατική υπόταση και αρρυθμίες.
- οι μη αναστρέψιμοι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης είναι προτιμότερο να συνταγογραφούνται από ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας^{25-27,30}

Η σχετική ασφάλεια των SSRIs σε περίπτωση υπερδοσολογίας τα καθιστά περισσότερο ασφαλή από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και επίσης στερούνται των καρδιαγγειακών επιπλοκών που συνδέονται με τα τρικυκλικά¹²⁷.

Σύμφωνα με συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις η αποτελεσματικότητα των SSRIs έχει συγκριθεί με αυτή άλλων αντικαταθλιπτικών και κυρίως με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Οι SSRIs έχουν αποδείξει συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά,¹²⁸⁻¹³¹ ακόμη και όταν συνυπάρχουν συμπτώματα άγχους^{129,130,132-134}. Αν και σύμφωνα με μετα-ανάλυση προέκυψε μικρή υπεροχή των SNRIs έναντι των άλλων αντικαταθλιπτικών, αναφορικά με τα ποσοστά υποτροπής¹³⁵, η πλειοψηφία των επιστημονικών δεδομένων υποστηρίζει την υπεροχή των SSRIs συγκριτικά με όλες τις άλλες κατηγορίες των αντικαταθλιπτικών^{128,133,134, 136-139}. Μία μετα-ανάλυση υποστηρίζει μία μικρή ανωτερότητα της εσιταλοπράμης συγκρινόμενη με άλλους SSRIs και την βενλαφαξίνη¹³⁶, ενώ μία άλλη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι : η εσιταλοπράμη, η σεραλίνη, η βενλαφαξίνη και η μιρταζαπίνη έχουν σημαντικά μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα συγκριτικά με την ντουλοξετίνη, φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη και παροξετίνη¹⁴⁰. Μετα-αναλύσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν διαφορές στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των διαφόρων SSRIs^{128, 136,137,139,141,142}.

Υπάρχει τεκμηρίωση προερχόμενη από μετα-ανάλυση σχετικά με τη συγκριτική αποτελεσματικότητα δώδεκα αντικαταθλιπτικών νεότερης γενιάς για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης. Συνολικά ανασκοπήθηκαν 117 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (25.928 συμμετέχοντες) από το 1991 έως το 2007, οπότε και συγκρίθηκαν μεταξύ τους τα εξής αντικαταθλιπτικά: βουπροπιόνη, σιταλοπράμη, ντουλοξετίνη, εσιταλοπράμη,



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, μινασιπράμ, μιρταζαπίνη, παροξετίνη, ρεμποξετίνη, σερταλίνη και βενλαφαξίνη. Οι κύριες εκβάσεις της net-work μετα-ανάλυσης ήταν η αναλογία των ασθενών που ανταποκρίθηκαν ή αποσύρθηκαν από την παρεχόμενη θεραπεία. Τα κύρια συμπεράσματα ήταν: η μιρταζαπίνη, η εσιταλοπράμη, η βενλαφαξίνη και η σερταλίνη ήταν περισσότερο αποτελεσματικές από τη ντουλοξετίνη odds ratios [OR] (1·39, 1·33, 1·30 and 1·27, αντίστοιχα), από τη φλουοξετίνη (1·37, 1·32, 1·28, and 1·25, αντίστοιχα), τη φλουβοξαμίνη (1·41, 1·35, 1·30, and 1·27, αντίστοιχα), την παροξετίνη (1·35, 1·30, 1·27, and 1·22, αντίστοιχα), και ρεμποξετίνη (2·03, 1·95, 1·89, and 1·85, αντίστοιχα). Η ρεμποξετίνη ήταν σημαντικά λιγότερο αποτελεσματική σε σχέση με όλα τα άλλα αντικαταθλιπτικά. Η εσιταλοπράμη και η σερταλίνη είχαν το καλύτερο προφίλ αποδοχής και το μικρότερο ποσοστό διακοπής συγκριτικά με τη ντουλοξετίνη, τη φλουβοξαμίνη, την παροξετίνη, τη ρεμποξετίνη και τη βενλαφαξίνη. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των νεότερων αντικαταθλιπτικών, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα και την αποδοχή τους, με την εσιταλοπράμη και τη σερταλίνη να έχουν το καλύτερο προφίλ έναντι των υπολοίπων. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μετα-ανάλυση¹⁴⁰ προκύπτει ότι η σερταλίνη ίσως αποτελεί την καλύτερη επιλογή για έναρξη θεραπείας σε μέτρια προς σοβαρή κατάθλιψη στους ενήλικες, καθώς διαθέτει το ευνοϊκότερο προφίλ αποτελεσματικότητας, αποδοχής και κόστους. Έχει αποδειχθεί επίσης από μετα-ανάλυση η συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα της μιρταζαπίνης¹⁴³.

Ένα άλλο σημαντικό θέμα εκτός από την κλινική αποτελεσματικότητα είναι και το κόστος της αντικαταθλιπτικής αγωγής στην Π.Φ.Υ. Σύμφωνα με μία μετα-ανάλυση έγινε σύγκριση μεταξύ 10 αντικαταθλιπτικών (σιταλοπράμη, ντουλοξετίνη, εσιταλοπράμη, φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, μιρταζαπίνη, παροξετίνη, ρεμποξετίνη, σερταλίνη και βενλαφαξίνη), όσον αφορά τα ποσοστά ύφεσης. Στη συνέχεια τα ποσοστά ύφεσης με ειδική στατιστική επεξεργασία μεταφράστηκαν σε κόστος και ποιότητα ζωής σε διάρκεια ενός έτους. Το αποτέλεσμα ήταν ότι η εσιταλοπράμη είχε το υψηλότερο ποσοστό ύφεσης, ήταν η περισσότερο αποτελεσματική τόσο σε κλινικό επίπεδο όσο και συγκριτικά με το κόστος στην Π.Φ.Υ. Επομένως, μικρές διαφορές στα ποσοστά ύφεσης μεταξύ των διαφόρων θεραπειών μπορεί να είναι σημαντικές, όταν υπολογίζεται η κλινική και οικονομική αποτελεσματικότητα¹⁴⁴.

Η ομάδα δημιουργίας των συγκεκριμένων Κ.Ο. στηριζόμενη στα υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα συστήνει ως αρχική φαρμακευτική επιλογή για τους περισσότερους ενήλικους



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

ασθενείς με κατάθλιψη-ανεξάρτητα από την βαρύτητα της νόσου- στην Π.Φ.Υ. την επιλογή ενός φαρμάκου από τις παρακάτω κατηγορίες: SSRIs, SNRIs, καθώς και μιρταζαπίνης.

Υπάρχουσες Κ.Ο. συστήνουν το συνδυασμό αντικαταθλιπτικής αγωγής με ψυχολογικές θεραπείες σε μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη²⁵⁻³⁰. Σύμφωνα με μετα-αναλύσεις^{114,117,145} οι ψυχολογικές θεραπείες έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους στη θεραπεία της ΜΚΔ σε επίπεδο Π.Φ.Υ. γενικά και στους ηλικιωμένους ασθενείς ειδικότερα¹⁴⁶. Σε επίπεδο Π.Φ.Υ, όπως προκύπτει και από μετα-ανάλυση οι σύντομες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας^{147,148}. Η περισσότερο προσιτή μορφή ψυχοθεραπείας για τους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ίσως είναι η δομημένη θεραπεία επίλυσης προβλημάτων. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση¹⁴⁹ προκύπτει ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας με ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματικός στη βελτίωση της συμπτωματολογίας των ασθενών με κατάθλιψη και μάλιστα αποδίδει περισσότερο σε σοβαρές, σύνθετες και χρόνιες περιπτώσεις¹⁵⁰⁻¹⁵².

Αρχική παρακολούθηση θεραπειάς

Σύσταση 7: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κατά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής, σε άτομα χωρίς αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας η αρχική εκτίμηση να γίνεται σε 1-2 εβδομάδες και στη συνέχεια κάθε 2-4 εβδομάδες για τους πρώτους τρεις μήνες, εφόσον υπάρχει εμφανής βελτίωση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση στηρίζεται σε οδηγίες από υπάρχουσες Κ.Ο.²⁶⁻²⁸. Σύμφωνα, λοιπόν, με υπάρχουσες Κ.Ο.²⁶⁻²⁸ συστήνεται κατά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής να εξετάζεται η ύπαρξη κινδύνου αυτοκτονίας¹⁵³ (αυτοκτονικού ιδεασμού, επαναλαμβανόμενων σκέψεων θανάτου, ύπαρξης συγκεκριμένου σχεδίου αυτοκτονίας, οικογενειακού ή ατομικού ιστορικού απόπειρας, έντονης απελπισίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, συμπτωμάτων άγχους, ανησυχίας, εκνευρισμού κ.ά.). Αύξηση του άγχους, της ανησυχίας και του εκνευρισμού μπορεί να παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της θεραπείας με SSRIs. Τα συμπτώματα αυτά είναι ενοχλητικά και μπορούν να συνδυαστούν με αυξημένη αυτοκτονικότητα. Στην περίπτωση που εμφανιστούν τα συμπτώματα αυτά οι ασθενείς πρέπει να ενημερώσουν το γιατρό τους και να εξετασθεί το ενδεχόμενο πιθανής τροποποίησης της αγωγής τους^{26,27}. Σύμφωνα με αναδρομικού τύπου



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

μελέτη¹⁵³, που πραγματοποιήθηκε για να εκτιμηθεί ο κίνδυνος θανάτου από αυτοκτονία, προέκυψε ότι ο κίνδυνος δεν είναι σημαντικά υψηλότερος κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα της θεραπείας συγκριτικά με τους επόμενους. Επιπρόσθετα, όταν τα νεότερα αντικαταθλιπτικά συγκρίθηκαν με τα παλαιότερα, μία αύξηση του κινδύνου αυτοκτονίας κατά την έναρξη της θεραπείας αφορούσε μόνο τα παλαιότερα. Ωστόσο, το αρχικό διάστημα της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά φάρμακα θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμο και απαιτείται στενή παρακολούθηση των ασθενών από το θεράποντα ιατρό της Π.Φ.Υ.

Αρχική παρακολούθηση θεραπείας σε υψηλού κινδύνου ασθενείς

Σύσταση 8: Συστήνεται οι Γενικοί Ιατροί και οι άλλοι Ιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε περιπτώσεις ασθενών υψηλού αυτοκτονικού κινδύνου, να παραπέμπουν πρωτίστως για τη διαχείριση της περίπτωσης σε ειδικές διεπιστημονικές ομάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή σε ψυχιάτρους ή σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας της συγκεκριμένης Κ.Ο. Η αυτοκτονία αποτελεί τη χειρότερη έκβαση της ΜΚΔ και η εκτίμηση του κινδύνου για αυτοκτονία είναι δύσκολη διαδικασία, απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και θα πρέπει να γίνεται καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας και όχι μόνο στην αρχή. Απαιτείται εμπειριστατωμένη κλινική εκτίμηση από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που να λαμβάνει υπόψη της ένα σύνολο παραγόντων για την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας¹⁵⁴. Σύμφωνα με υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες^{26,28}, συστήνεται η αρχική παρακολούθηση σε άτομα ηλικίας <30 ετών ή σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας να γίνεται την πρώτη εβδομάδα μετά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής, στη συνέχεια συστήνεται επανεκτίμηση κάθε 1-2 εβδομάδες μέχρι να υπάρξει εμφανής κλινική βελτίωση. Σύμφωνα με μετα-αναλύσεις κλινικών δοκιμών σε νεαρούς ενήλικες (ηλικίας μικρότερης συνήθως των 25 ετών, διαπιστώθηκε αύξηση της αυτοκτονικότητας (αυτοκτονικές ιδέες και συμπεριφορές) και ειδικότερα αύξηση του σχετικού κινδύνου για αυτοκτονία κατά 1,5 έως 2,5 φορές κατά την έναρξη αντικαταθλιπτικής αγωγής¹⁵⁵⁻¹⁵⁹, χωρίς, ωστόσο, να έχει επιβεβαιωθεί αύξηση της θνητότητας ως αποτέλεσμα της αυτοκτονίας¹⁶⁰. Συνήθως η αύξηση της αυτοκτονικότητας κατά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής αποδίδεται σε μη ορθή διάγνωση¹⁶¹⁻¹⁶² (ύπαρξη μεικτών στοιχείων ή και διπολικότητας). Η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας περιλαμβάνει προσεκτική αξιολόγηση ενός συνόλου κλινικών παραγόντων: ατομικό ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού, επιθυμία θανάτου, ύπαρξη συγκεκριμένου σχεδίου, σοβαρότητα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (απελπισία,



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

αυτοενοχή, αϋπνία, ψυχωτικά στοιχεία, ανησυχία), συννοσηρότητα με ψυχικές- κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας- ή σωματικές ασθένειες, επίμονα ψυχοκοινωνικά στρεσογόνα ερεθίσματα, οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας σε συγγενείς πρώτου και δευτέρου βαθμού, καθώς και έλλειψη οικογενειακού, κοινωνικού ή ιατρικού υποστηρικτικού πλαισίου¹⁶³⁻¹⁶⁷.

Οι ειδικοί που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας δε συστήνουν συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα παρακολούθησης αυτών των ασθενών, απλά προτείνουν, εφόσον κατά την έναρξη της θεραπείας διαπιστωθεί από τον θεράποντα ιατρό της Π.Φ.Υ. αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας, να παραπέμπεται ο ασθενής πρωτίστως σε ειδικές διεπιστημονικές ομάδες της Π.Φ.Υ. ή σε ψυχιάτρους ή σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ανταπόκριση στη θεραπεία-Χρονική διάρκεια θεραπείας

Σύσταση 9: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να ενθαρρύνουν τους ασθενείς που λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή και ανταποκρίνονται στη θεραπεία να συνεχίσουν την αγωγή τους για 6-12 μήνες μετά την ύφεση του καταθλιπτικού επεισοδίου με στόχο τη μείωση του κινδύνου της υποτροπής της κατάθλιψης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών, που συμμετείχαν στην συνάντηση ομοφωνίας, και εν μέρει στηρίζεται σε συστάσεις από υπάρχουσες Κ.Ο. Σύμφωνα, λοιπόν, με οδηγίες από υπάρχουσες Κ.Ο.^{25-28,30}, ο απώτερος στόχος της θεραπείας της ΜΚΔ πρέπει να είναι η πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων, η επιστροφή στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας και η πρόληψη της επανεμφάνισης της κατάθλιψης.

Εκτιμάται ότι το 30% των νέων και το 50% των ενηλίκων που εμφανίζει ένα επεισόδιο κατάθλιψης θα υποτροπιάσει, ανεξάρτητα από τη θεραπεία, και ένα ποσοστό αυτών θα μεταπέσει σε χρονιότητα^{26,27,168}. Ψυχοκοινωνικά στρεσογόνα ερεθίσματα φαίνεται να διαδραματίζουν το μεγαλύτερο ρόλο κατά την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου κατάθλιψης, ενώ η συμβολή τους στην πρόκληση μεταγενέστερων επεισοδίων είναι μικρότερη. Αυτό σημαίνει ότι η αποτελεσματική παρέμβαση κατά την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου κατάθλιψης συμβάλλει ουσιαστικά στην αναχαίτιση της ανάπτυξης μιας ευπαθούς προσωπικότητας που συσχετίζεται με επανεμφάνιση της νόσου¹⁶⁹. Σύμφωνα με επιστημονικές ενδείξεις η επίτευξη πλήρους ύφεσης από ένα οξύ



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

καταθλιπτικό επεισόδιο είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόληψης της υποτροπής και της επανεμφάνισης της νόσου¹⁷⁰.

Θεραπεία οξείας φάσης

Πρόκειται για την αρχική φάση της θεραπείας που στοχεύει στην ύφεση. Διαρκεί 6 με 12 εβδομάδες μπορεί, όμως, το χρονικό διάστημα να παραταθεί μέχρι να επιτευχθεί η ύφεση²⁵. Ύφεση ορίζεται το χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών εβδομάδων κατά το οποίο απουσιάζουν τα βασικά συμπτώματα της νόσου-καταθλιπτική διάθεση και ανηδονία- και υπάρχουν το πολύ τρία συμπτώματα της ΜΚΔ¹⁷¹. Η ύφεση είναι η κατάσταση στην οποία υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία της νόσου ή βαθμολογία στο PHQ-9 μικρότερη ή ίση με 4³⁰. Πλήρης ύφεση ορίζεται το χρονικό διάστημα δύο μηνών κατά το οποίο απουσιάζουν συμπτώματα και σημεία μείζονος κατάθλιψης²⁵.

Συνεχιζόμενη φάση θεραπείας

Μία επιτυχημένη οξεία φάση ακολουθείται από τη συνεχιζόμενη φάση, η οποία διαρκεί 4 με 9 μήνες σύμφωνα με υπάρχουσες Κ.Ο.^{25,172}. Ο στόχος σε αυτή τη φάση είναι η πρόληψη της υποτροπής κατά τη διάρκεια της ευπαθούς περιόδου αμέσως μετά την ύφεση^{173,174}. Η πιθανότητα της υποτροπής θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη σε αυτή τη φάση της θεραπείας, καθώς ο κίνδυνος είναι μεγάλος¹⁷⁵. Κατά τους πρώτους έξι μήνες μετά την ανάρρωση από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο η υποτροπή είναι πολύ συχνή, με ποσοστό που κυμαίνεται περίπου από 20%^{176,35} μέχρι και 85%¹⁷⁷ σε πιο σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς που δεν αναρρώνουν πλήρως κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής και ανάγκη για μεγαλύτερης διάρκειας συνεχιζόμενη φάση θεραπείας συγκριτικά με όσους δεν έχουν υπολειμματικά στοιχεία της νόσου^{171,178}. Σύμφωνα με προοπτικού τύπου μελέτη¹⁷⁹ φάνηκε ότι η παρουσία ήπιων υπολειμματικών στοιχείων φαίνεται να αποτελεί πιο σημαντικό παράγοντα επανεμφάνισης επεισοδίου ΜΚΔ συγκριτικά με το προηγούμενο ιστορικό πολλαπλών επεισοδίων ΜΚΔ. Παρόμοια ποσοστά υποτροπής έχουν και οι ασθενείς που δεν έχουν πετύχει πλήρη ύφεση με την ψυχοθεραπεία¹⁸⁰⁻¹⁸².

Αν και οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές με αντικαταθλιπτικά φάρμακα στη συνεχιζόμενη φάση της θεραπείας είναι περιορισμένες^{183,184}, οι υπάρχουσες Κ.Ο. υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που θεραπεύονται για το πρώτο επεισόδιο με ένα συγκεκριμένο αντικαταθλιπτικό και έχουν ικανοποιητική ανταπόκριση πρέπει να



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

συνεχίσουν να λαμβάνουν το ίδιο φάρμακο στην πλήρη θεραπευτική δόση για διάστημα τουλάχιστο 4 με 9 μηνών^{25,172}. Ικανοποιητική ανταπόκριση θεωρείται η κλινικά σημαντική μείωση της βαρύτητας των συμπτωμάτων τουλάχιστο κατά 50% (ο υπολογισμός μπορεί να γίνει και με βάση τη βαθμολογία από μία κλίμακα, όπως π.χ. είναι το ερωτηματολόγιο PHQ-9). Αξιόπιστα εργαλεία, όπως π.χ. το PHQ-9, που χρησιμοποιούνται για την αρχική ανίχνευση και εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ως εργαλεία παρακολούθησης της ανταπόκρισης στη θεραπεία στα πλαίσια της Π.Φ.Υ.^{67,68}. Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας μία ελάττωση κατά 5 βαθμούς στη βαθμολογία του PHQ-9 θεωρείται κλινικά σημαντική διαφορά¹⁸⁵.

Θεραπεία συντήρησης

Είναι η φάση της θεραπείας που έπεται της συνεχιζόμενης φάσης. Ο στόχος σε αυτή τη φάση είναι η πρόληψη της επανεμφάνισης νέων επεισοδίων κατάθλιψης¹⁷³. Οι πλέον κατάλληλοι υποψήφιοι για λήψη θεραπείας συντήρησης είναι: ασθενείς που είχαν τρία ή και περισσότερα επεισόδια κατάθλιψης, όσοι είχαν δύο επεισόδια, αλλά και σύντομη επανεμφάνιση νέου επεισοδίου, ασθενείς μεγάλης ηλικίας κατά την έναρξη του πρώτου επεισοδίου (> 60 ετών)¹⁸⁶, όσοι είχαν σοβαρά επεισόδια μείζονος κατάθλιψης, ασθενείς με θετικό οικογενειακό ιστορικό, όσοι είχαν υπολειμματικά συμπτώματα, ασθενείς με συνοδό αγχώδη διαταραχή ή και όσοι κάνουν κατάχρηση ουσιών²⁵. Παράγοντες κινδύνου για επανεμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου αποτελούν: η παρουσία οργανικού προβλήματος υγείας, επίμονες διαταραχές του ύπνου, καθώς και παρουσία στρεσογόνων ψυχοκοινωνικών ερεθισμάτων^{25,187}. Η θεραπεία συντήρησης διαρκεί 2 με 3 έτη και η παρακολούθηση σε αυτή τη φάση μπορεί να γίνει κάθε 3 με 12 μήνες, εφόσον ο ασθενής βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση^{187,188}.

Συμπερασματικά, οι ειδικοί που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας για την παρούσα Κ.Ο, λαμβάνοντας υπόψη τους τις υπάρχουσες οδηγίες, καθώς και τις μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι: οι ασθενείς που ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στη θεραπεία τους για το πρώτο επεισόδιο ΜΚΔ πρέπει να ενθαρρύνονται από τους γενικούς ιατρούς, καθώς και από τους άλλους ιατρούς της Π.Φ.Υ, να συνεχίσουν την αγωγή τους στην ίδια θεραπευτική δόση για 6-12 μήνες μετά την ύφεση του πρώτου καταθλιπτικού επεισοδίου με στόχο την πρόληψη της υποτροπής.

Μερική ανταπόκριση -Μη ανταπόκριση στη θεραπεία



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 10: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να αυξάνουν τη δόση του φαρμάκου, εφόσον υπάρχει μερική ανταπόκριση στη θεραπεία μετά από διάστημα 3-4 εβδομάδων, και, σε περίπτωση μη ανταπόκρισης στη θεραπεία μετά από 4-6 εβδομάδες, συστήνεται να γίνει επαναξιολόγηση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-3

Βαθμός Σύστασης: A

Η μερική ανταπόκριση αναφέρεται στη μείωση της βαρύτητας των συμπτωμάτων τουλάχιστο κατά 25% (ο υπολογισμός μπορεί να γίνει βάση της βαθμολογίας από μία κλίμακα, όπως π.χ. είναι το ερωτηματολόγιο PHQ-9). Σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται πλήρως στη φαρμακευτική αγωγή μετά από διάστημα 3-4 εβδομάδων μπορεί να αυξηθεί η δόση του φαρμάκου. Παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη πριν την αύξηση της δόσης είναι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και η συμμόρφωση στην αγωγή, καθώς ενδέχεται να αποτελέσουν αιτία πρόωρης διακοπής της θεραπείας¹⁸⁹⁻¹⁹⁰. Εκτός από την αύξηση της δόσης, μία στρατηγική που προτείνεται από υπάρχουσες Κ.Ο.^{25-28,30} σε περιπτώσεις μερικής ανταπόκρισης στην αρχική αγωγή είναι η επέκταση της θεραπείας με προσθήκη και ενός άλλου αντικαταθλιπτικού. Σύμφωνα με τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή¹⁹¹ η αύξηση της δόσης ενός SSRI (φλουοξετίνη) σε ασθενή με μερική ανταπόκριση φάνηκε να υπερτερεί συγκριτικά με την προσθήκη ενός άλλου αντικαταθλιπτικού.

Εάν δεν υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία μετά από 4-6 εβδομάδες,, συστήνεται να γίνει επαναξιολόγηση. Παράγοντες που πρέπει να εξεταστούν στην περίπτωση αυτή είναι: ύπαρξη συνοδών ψυχιατρικών διαταραχών, όπως π.χ. κατάχρηση ουσιών, διαταραχή προσωπικότητας, διπολική διαταραχή¹⁹², έλεγχος συμμόρφωσης του ασθενή στη θεραπεία, τροποποίηση του θεραπευτικού πλάνου με τεχνικές είτε επέκτασης-ενίσχυσης της θεραπείας¹⁹³ ή με προσθήκη ψυχοθεραπευτικής μεθόδου¹⁹⁴ ή αλλαγή του είδους της ψυχολογικής θεραπείας ή παραπομπή σε εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας^{30,195}.

Διαχείριση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους

Σύσταση 11: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τη διαχείριση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους να λαμβάνουν υπόψη τους επιπρόσθετα τις φυσιολογικές μεταβολές του οργανισμού που



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

σχετίζονται με την ηλικία, τα πιθανά συνοδά νοσήματα, καθώς και τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ηλικιωμένος.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Το ποσοστό της κατάθλιψης σε ενήλικες άνω των 65 ετών κυμαίνεται από 7% έως 36% σε εξωτερικούς ασθενείς και αυξάνει στο 40% σε νοσηλευόμενους. Η συννοσηρότητα της κατάθλιψης με άλλες σωματικές ή ψυχικές ασθένειες είναι πολύ συχνή στους ηλικιωμένους^{196,197}. Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης ανευρίσκονται σε ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (30 έως 60%), στεφανιαία νόσο (έως 44%), καρκίνο (έως 40%), νόσο Parkinson (40%) και άνοια τύπου Alzheimer (20 έως 40%). Το ποσοστό επανεμφάνισης είναι επίσης εξαιρετικά υψηλό¹⁹⁸ (40%).

Παρόμοια με άλλες ηλικιακές ομάδες, οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να μην αναφέρουν στον γιατρό τους τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Συχνά προσέρχονται με μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, όπως αυπνία, διαταραχές της όρεξης, έλλειψη ενέργειας, κόπωση, χρόνιο πόνο, δυσκοιλιότητα, καθώς και μυοσκελετικές διαταραχές. Η ανάρρωση των ηλικιωμένων είναι παρόμοια με αυτή των νεότερων ασθενών, εφόσον υπάρχει η κατάλληλη αντιμετώπιση. Συνήθως η θεραπεία διαρκεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, καθώς οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται περισσότερο χρόνο για την επίτευξη ύφεσης. Οι ηλικιωμένοι είναι συνήθως αυτοί που έχουν ανάγκη από θεραπεία διατήρησης^{30,186}. Συγκριτικά με τους νεότερους ασθενείς οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν υποτροπή της νόσου και είναι λιγότερο πιθανό να πετύχουν πλήρη ανταπόκριση στη θεραπεία¹⁹⁹⁻²⁰¹.

Τεκμηρίωση προερχόμενη από μετα-αναλύσεις υποστηρίζει ότι τόσο η φαρμακοθεραπεία²⁰²⁻²⁰⁵ όσο και η ψυχοθεραπεία⁹⁶ είναι κατάλληλες θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων, καθώς υπερτερούν έναντι του placebo κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της θεραπείας. Κατά τη χορήγηση των αντικαταθλιπτικών ο θεράπων ιατρός πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του τον μεταβολισμό του φαρμάκου, καθώς επηρεάζεται από τις φυσιολογικές μεταβολές του οργανισμού κατά τη γήρανση, από τα συνοδά νοσήματα, καθώς και από τη φαρμακευτική αγωγή, που λαμβάνει ο ασθενής. Σε όσους δεν ανταποκρίνονται σε διαφορετικά αντικαταθλιπτικά μεμονωμένα, η ενίσχυση-επέκταση της θεραπείας ίσως είναι απαραίτητη. Η ψυχοθεραπεία είναι επίσης κατάλληλη, υπάρχουν ωστόσο περιορισμοί λόγω γνωσιακών διαταραχών. Παρεμβάσεις συμπεριφορικής ενεργοποίησης, όπως καθημερινή συμμετοχή σε ευχάριστες δραστηριότητες, είναι ασφαλείς, απλές και έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στη θεραπεία της κατάθλιψης των ηλικιωμένων⁹⁵. Τεκμηρίωση προερχόμενη από τυχαίοποιημένη κλινική



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

δοκιμή αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα της ατομικής ΓΣΘ σε ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη σε επίπεδο Π.Φ.Υ.²⁰⁶ Επιπρόσθετα, η μακροπρόθεσμη κλινική αποτελεσματικότητα της θεραπείας της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους τεκμηριώνεται και από μεγάλη τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή²⁰⁷.

Θεραπεία συννοσηρότητας

Σύσταση 12: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε περίπτωση συννοσηρότητας της κατάθλιψης με άλλες ψυχικές ή σωματικές παθήσεις, η ταυτόχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στην συνάντηση ομοφωνίας. Οι ασθενείς με κατάθλιψη συχνά έχουν συνοδά νοσήματα²⁰⁸, ειδικά οι ηλικιωμένοι. Στη μελέτη STAR*D οι συμμετέχοντες είχαν κατά μέσο όρο 3,3 προβλήματα υγείας²⁰⁹. Διάφορα νοσήματα έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, όπως: χρόνιος πόνος²¹⁰⁻²¹², διαβήτης²¹³⁻²¹⁴, καρκίνος²¹⁵⁻²¹⁶, λοίμωξη από τον HIV²¹⁷⁻²²⁰, νόσος του Parkinson²²¹, καρδιαγγειακά²²²⁻²²³ και αγγειακά εγκεφαλικά νοσήματα²²⁴⁻²²⁵. Μελέτες κατέδειξαν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ αποτελεσματικής θεραπείας της κατάθλιψης και βελτίωσης της συμμόρφωσης στη θεραπεία των χρόνιων νοσημάτων, όπως στην περίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη²²⁶, του άσθματος και της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας²²⁷. Αν και θα περίμενε κανείς ότι η αποτελεσματική ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης θα βελτίωνε τις κλινικές εκβάσεις των συνοδών νοσημάτων, ωστόσο τα υποτιθέμενα οφέλη της αντικαταθλιπτικής αγωγής, όπως ελάττωση της θνητότητας μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αορτοστεφανιαία παράκαμψη, είναι δύσκολο να αποδειχθούν.

Καρδιαγγειακή Νόσος

Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση η κατάθλιψη συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου²²⁸⁻²²⁹ και με αυξημένο (κατά τέσσερις φορές) κίνδυνο θνητότητας μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου²³⁰, ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν άλλες μελέτες που αμφισβητούν την ύπαρξη αυτής της συσχέτισης²³¹⁻²³². Η μέτρια προς σοβαρή κατάθλιψη πριν την εγχείριση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου στο διπλάσιο σε σχέση με όσους δεν πάσχουν από κατάθλιψη²³³.

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν επαρκή επιστημονικά δεδομένα που να υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η αντικαταθλιπτική θεραπεία ελαττώνει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα²³². Ωστόσο, σύμφωνα με δήλωση, που προέρχεται από συνάντηση ομοφωνίας ειδικών, συστήνεται στα πλαίσια ορθής κλινικής πρακτικής η θεραπεία της κατάθλιψης σε



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

ασθενείς με καρδιαγγειακό νόσημα με ένα ασφαλές φάρμακο²³⁴. Η ομάδα δημιουργίας των συγκεκριμένων Κ.Ο. συμφωνεί με αυτή τη δήλωση.

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αν και είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία της κατάθλιψης, εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ορθοστατική υπόταση, επιβράδυνση καρδιαγγειακής αγωγιμότητας, αύξηση καρδιακού ρυθμού, καθώς και προαρρυθμική δραστηριότητα. Αντίθετα οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) είναι καλώς ανεκτά φάρμακα με ευνοϊκό καρδιαγγειακό προφίλ και θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως αρχική θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ασθενών με συνοδό καρδιαγγειακό πρόβλημα²³². Η σερταλίνη και η σιταλοπράμη προτείνονται από τη συμβουλευτική επιστημονική επιτροπή της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρίας²³⁰ ως φάρμακα πρώτης επιλογής για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Σύμφωνα με το καναδικό δίκτυο για τη θεραπεία διαταραχών διάθεσης και άγχους η χρήση ψυχοθεραπευτικών θεραπειών, όπως η ΓΣΘ, η διαπροσωπική θεραπεία, η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων, είναι ωφέλιμη είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή για ασθενείς με ήπια προς μέτρια κατάθλιψη²³⁵.

Χρόνιος Πόνος

Η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχει με συμπτωματολογία άλγους, καθώς φαίνεται να μοιράζονται κοινά βιολογικά και νευροδιαβιβαστικά μονοπάτια. Σύμφωνα με δεδομένα προερχόμενα από τον Π.Ο.Υ. το 2004, το 22% των ασθενών στην Π.Φ.Υ. υποφέρει από χρόνια άλγος. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με χρόνια πόνο ήταν 4 φορές πιο πιθανό να έχουν συνοδό κατάθλιψη σε σχέση με τους μη πάσχοντες από χρόνια άλγος ασθενείς²¹⁰.

Ορισμένες αντικαταθλιπτικές θεραπείες προσφέρουν ταυτόχρονα βελτίωση τόσο στον πόνο όσο και στα συμπτώματα της κατάθλιψης²¹². Σύμφωνα με μία άλλη μελέτη την STAR*D οι ασθενείς με κατάθλιψη και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα άλγους²¹¹. Σε αυτούς τους ασθενείς πρέπει να εκτιμηθούν και τα δύο συμπτώματα. Εάν υπάρχει συννοσηρότητα χρόνιου πόνου με ήπιας προς μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη προτείνεται η θεραπεία και των δύο νοσημάτων με στόχο τη βελτίωση των εκβάσεων^{212,236}. Εάν ταυτόχρονα με το χρόνια άλγος διαγνωσθεί και συνοδός σοβαρή ΜΚΔ, τότε πρωταρχικός στόχος της θεραπείας θα είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης³⁰.

Σακχαρώδης Διαβήτης

Η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχει με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και ποσοστό 12-18% των ασθενών με ΣΔ2 πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της ΜΚΔ. Σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση²³⁷, η συνοδός κατάθλιψη σε ασθενείς με ΣΔ2 αυξάνει τον κίνδυνο των



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

αγγειακών επιπλοκών, ελαττώνει τη συμμόρφωση στη θεραπεία, αυξάνει τη χρήση υπηρεσιών υγείας, καθώς και τον κίνδυνο θνητότητας των διαβητικών ασθενών. Η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ΣΔ2 και της κατάθλιψης διαπιστώθηκε, σύμφωνα με τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή²³⁸, ότι βελτιώνει τη συμμόρφωση στη θεραπεία, καθώς και τις κλινικές εκβάσεις των νοσημάτων στην Π.Φ.Υ.

Αγχώδεις Διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που απαντώνται σε ασθενείς με ΜΚΔ²³⁹. Σύμφωνα με επιδημιολογική μελέτη, το 62% των ασθενών με ΜΚΔ εμφανίζει συγχρόνως και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή²⁴⁰. Τόσο η καταθλιπτική συμπτωματολογία όσο και τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην αντικαταθλιπτική θεραπεία²⁴¹. Κατά την έναρξη της θεραπείας με τα νεότερα αντικαταθλιπτικά σε περιπτώσεις συνύπαρξης της κατάθλιψης με αγχώδεις διαταραχές μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση της ανησυχίας και του άγχους και γι' αυτό συστήνεται η ταυτόχρονη χορήγηση και αγχολυτικών, όπως είναι οι βενζοδιαζεπίνες²⁴². Οι βενζοδιαζεπίνες εξαιτίας των ανεπιθύμητων ενεργειών και κυρίως της εξάρτησης που προκαλούν δε συστήνονται ως πρωταρχική θεραπεία σε ασθενείς με κατάθλιψη και συνοδό αγχώδη διαταραχή²⁴³. Ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι μπορούν επίσης να χορηγηθούν για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του άγχους σε ασθενείς με ΜΚΔ²⁴⁴.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr