

Trattamento della depressione e utilizzo degli antidepressivi

Ferdinando Pellegrino

Psichiatra, Psicoterapeuta
Dipartimento Salute Mentale
Azienda Sanitaria Salerno

Spesso la depressione si presenta in comorbidità con altre malattie organiche. L'approccio terapeutico dovrebbe considerare ogni aspetto che possa rendere il trattamento compatibile con le condizioni fisiche del paziente e con le altre terapie assunte. Oggi vi è la disponibilità di diversi presidi terapeutici che vanno utilizzati in modo appropriato, monitorando nel tempo l'andamento del quadro clinico e verificando periodicamente l'eventuale insorgenza di effetti collaterali

Osservo con particolare interesse, in linea con quanto auspicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'uso crescente dell'utilizzo degli antidepressivi in medicina generale per il trattamento della depressione; ciò evidenzia la maturazione culturale avutasi negli ultimi anni e la maggiore capacità di gestire con efficacia tale patologia.

Obiettivo fondamentale della terapia antidepressiva è quello di curare presto e bene un disturbo grave, che può presentarsi nel corso della vita come un unico episodio, ma che sostanzialmente tende a essere ricorrente, più spesso ancora persistente, con la conseguente elevata disabilità connessa alla depressione, in termini di riduzione della qualità della vita, con compromissione - più o meno grave - del livello di funzionamento individuale, familiare, lavorativo, sociale.

■ Competenza gestionale del Mmg

La diagnosi precoce della depressione e il relativo trattamento possono essere realizzati - al pari di altre patologie come l'ipertensione arteriosa e il diabete - in medicina generale, rinviando allo psichiatra i casi di maggiore complessità clinica.

I medici di medicina generale hanno oggi la competenza necessaria per trattare molte forme di depressione, considerando peraltro la difficoltà che spesso si incontra, soprattutto per le forme depressive ad alta espressività somatica (depressione masche-

rata), dell'invio allo psichiatra, in genere non condiviso dal paziente.

È da notare inoltre anche la migliorata sensibilità nei confronti delle problematiche psicologiche del paziente, avendo acquisito una maggiore competenza, attraverso percorsi formativi specifici, nella gestione degli aspetti psicologici connessi alla patologia depressiva. I medici di medicina generale hanno inoltre imparato a individuare le professionalità, nell'ambito dei diversi indirizzi psicoterapeutici, idonee a trattare in modo appropriato il paziente, laddove vi sia la necessità di un trattamento psicologico.

Un'altra ragione che riafferma il ruolo chiave del Mmg nel trattamento della depressione è data dalla complessità con cui tale patologia si presenta nella pratica clinica; molto spesso la depressione si presenta in comorbidità con patologie fisiche, condizionandone la prognosi e la gestione del programma terapeutico.

Un esempio in tal senso è dato dalla sindrome metabolica, che spesso cela problematiche psicologiche e psicopatologiche che vanno individuate e trattate come quadri depressivi o ansiosi, ma anche stili di vita disfunzionali connessi a condizioni di disagio psichico.

Per tali motivi l'approccio terapeutico alla depressione deve essere complessivo, non rivolto alla singola patologia, ma considerando ogni aspetto che possa rendere il trattamento antidepressivo compatibile con le condizioni fisiche del paziente e con eventuali trattamenti per altre patologie;

particolare sensibilità occorre sviluppare rispetto alla reciproca influenza che hanno le patologie in comorbidità e i relativi interventi terapeutici.

La terapia antidepressiva si avvale di farmaci e di tecniche psicologiche modulate in rapporto al caso clinico; negli ultimi anni, oltre alla documentata efficacia della psicoterapia si sono sviluppate particolare tecniche di intervento - come il counselling - che, previo adeguato addestramento, possono essere utilizzate in medicina generale a supporto e integrazione del trattamento farmacologico.

È bene precisare che allo stato attuale delle conoscenze non esiste né il farmaco né la psicoterapia ideale.

Esistono trattamenti il cui livello di evidenza è condiviso e considerato in rapporto a specifici indici di efficacia e tollerabilità; nessun farmaco è esente da effetti collaterali, anche la psicoterapia ha i suoi effetti collaterali che possono essere altrettanto deleteri.

L'appropriatezza di un trattamento è connessa alla capacità del professionista di tradurre nella pratica clinica le migliori evidenze della letteratura internazionale, adattandole al singolo paziente; il medico ha diversi strumenti a disposizione e deve utilizzarli in modo appropriato, monitorando nel tempo l'andamento del quadro clinico e verificando periodicamente l'eventuale insorgenza di effetti collaterali. È pertanto indispensabile il monitoraggio sistematico del programma terapeutico e dell'aderenza del paziente al trattamento e la valutazione degli esiti.

Scelta della terapia antidepressiva

Gli antidepressivi risultano farmaci la cui utilità nella pratica clinica è ampiamente dimostrata; essi risultano costituiti da molecole che hanno diverse caratteristiche farmacodinamiche, farmacocinetiche e tossicologiche; la caratterizzazione principale dipende dalla diversa attività svolta a livello della neurotrasmissione (tabella 1).

Ricordiamo gli antidepressivi triciclici (TCA), gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e gli inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI).

La scelta del farmaco - come raccomanda il *British National Formulary* - deve basarsi sulle necessità individuali del paziente, tenendo conto delle malattie concomitanti, delle terapie già in atto, del rischio di suicidio (in tal caso è consigliato l'invio allo psichiatra) e della risposta a trattamenti antidepressivi precedenti; è consigliato proporre schemi terapeutici semplici mirando alla monosomministrazione sia per la potenziale pericolosità e inutilità di associazioni far-

Tabella 1	
Farmaci antidepressivi comunemente usati	
Triciclici e tetraciclici	<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina • Clorimipramina
Inibitori selettivi del reuptake della serotonina	<ul style="list-style-type: none"> • Fluoxetina • Paroxetina
Inibitori del reuptake di serotonina e noradrenalina	<ul style="list-style-type: none"> • Venlafaxina • Duloxetina
Inibitori del reuptake di dopamina e noradrenalina	<ul style="list-style-type: none"> • Bupropione

macologiche multiple, sia per favorire la compliance.

L'opportunità di associare un ansiolitico - come le benzodiazepine - all'antidepressivo deve essere considerata solo in presenza di sintomi ansiosi di particolare rilievo e comunque deve essere limitata a brevi periodi di trattamento (2-3 settimane).

Condizioni cliniche e terapia antidepressiva

La terapia antidepressiva viene quindi a inserirsi nel contesto generale della pratica medica e deve considerare molti aspetti che negli ultimi anni sono oggetto di studio, come il rapporto tra depressione e diabete, tra terapia antidepressiva e rischio di diabete.

Se l'uso dei farmaci antidepressivi nei trattamenti di lunga durata è associato al rischio di sviluppare il diabete, è anche vero che il rischio di depressione nei diabetici è più elevato rispetto alla popolazione generale, e inoltre la depressione nei diabetici è associata a maggiori tassi di complicazioni e mortalità ed a maggiori costi socio-sanitari.

È dunque necessario per i medici che assistono i pazienti diabetici procedere a uno screening per la depressione e avere cura di adoperarsi per modificare i fattori che condizionano entrambe le patologie, come il fumo di sigaretta, la sedentarietà, l'irritabilità, condotte alimentari errate o l'abuso di alcolici.

L'uso di antidepressivi è anche associato a rischio di sanguinamento e pertanto occorre valutarne con at-

Vuoi discutere con noi?

C'è un blog riservato al mondo di M.D.



M.D.
MEDICINAE DOCTOR

M.D. web tv

SPEED
M.D.

tenzione l'utilizzo nei soggetti a rischio, come i pazienti defedati, di età superiore a 65 anni o con un'anamnesi positiva per ulcera peptica o per sanguinamento gastrointestinale; in particolare il rischio di sanguinamento da SSRI è nettamente aumentato negli ultimi anni a causa dell'incremento della prescrizione di questi farmaci e al crescente uso concomitante di aspirina, di FANS, di bloccanti del recettore dell'angiotensina II, del warfarin o di altri anticoagulanti orali e di corticosteroidi.

Gli SSRI vengono invece impiegati con sicurezza in pazienti che devono eseguire un bypass aorto-coronario. Le notizie riguardo a un aumento del rischio di sanguinamento dovuto all'uso di questa classe di farmaci non hanno trovato riscontro in un recente studio statunitense condotto su un campione di 1.380 pazienti di cui il 78% in trattamento con SSRI (*American Journal of Cardiology* 2008; 101: 95-97)

La depressione è un fattore prognostico negativo per i pazienti con malattia coronarica e pertanto ogni programma terapeutico deve considerare la complessità di questa patologia nel tentativo di favorire trattamenti efficaci limitandone gli effetti avversi; alcuni studi condotti su coronaropatici evidenziano come la presenza di depressione possa associarsi a un'aumentata incidenza di scompenso cardiaco, mentre altri studi mettono in evidenza come l'insorgenza di quadri depressivi nel post-infarto comporta una riduzione della qualità di vita del paziente.

In soggetti depressi con malattia coronarica e in trattamento con antidepressivi si possono, per esempio, verificare problematiche della sfera sessuale o di aumento del peso corporeo e non sempre è facile comprendere se tali effetti siano dovuti alla terapia in atto o al quadro psicopatologico depressivo.

In ogni caso il monitoraggio della funzionalità cardiaca deve essere accorto e costante, soprattutto quando si utilizzano antidepressivi come i triciclici. Altre condizioni cliniche legate alla terapia antidepressiva, come l'iponatremia e la comparsa della sindrome

Tabella 2

Farmaci che possono provocare una sindrome serotoninergica

- Antidepressivi (SSRI, IMAO, triciclici, mirtazapina, venlafaxina, ecc)
- Antiparkinsoniani (amantadina, bromocriptina, levodopa, ecc)
- Sostanze d'abuso (cocaina, amfetamine, LSD, ecc)
- Antiemcranici (sumatriptan, diidroergotamina, ecc)
- Altri farmaci (iperico, carbamazepina, litio, ecc)

serotoninergica confermano l'importanza di un costante monitoraggio della terapia; l'iponatremia, tipica degli anziani e dovuta a una secrezione inappropriata di ormone antidiuretico, si manifesta con sonnolenza, confusione o convulsioni ed è stata associata a tutti gli antidepressivi, ma è riportata con maggiore frequenza con gli SSRI.

La sindrome serotoninergica, caratterizzata dalla comparsa di sintomi motori (tremore, mioclonie, convulsioni), autonomici (ipertermia, cefalea, sudorazione profusa, tachicardia, iper/ipotensione, diarrea, crampi gastrointestinali) e psichici (agitazione, confusione, disorientamento, ipomania, logorrea) è causata da un'eccessiva attività serotoninergica a livello del sistema nervoso centrale e periferico. Si verifica di solito con una combinazione di farmaci serotoninergici, ma anche con un singolo farmaco, come un SSRI (tabella 2).

Metodologia di monitoraggio

Da tali considerazioni ne consegue la necessità di approntare una metodologia di monitoraggio caratterizzata da valutazioni basali, da attuarsi in ogni caso e per classe di antidepressivi utilizzati e una valutazione di secondo livello, mirata a monitorare gli effetti specifici di alcuni antidepressivi.

In questo modo può essere valutato nel tempo l'indice di efficacia di un farmaco (rapporto effetto terapeutico/effetti collaterali) in relazione alla variazione del quadro clinico, consentendo altresì una migliore gestione del rapporto medico-paziente.

La programmazione delle visite di controllo e del relativo monitoraggio

dei farmaci che sono stati prescritti, oltre che essere un forte strumento di farmacovigilanza attiva, permette una più appropriata gestione del programma terapeutico e una migliore compliance al trattamento (tabella 3). Per l'utilizzo dei triciclici il monitoraggio basale deve mirare a escludere la presenza di glaucoma e di ipertrofia prostatica; è necessario un più accorto monitoraggio cardiaco. Con SSRI e antidepressivi serotoninergici va considerato il rischio di iperprolattinemia, la possibilità di reazioni extrapiramidali acute e l'interferenza con i processi di emostasi. Prima di iniziare il trattamento con bupropione occorre escludere una anamnesi positiva per epilessia o anomalie elettroencefalografiche o malattie cerebrali organiche.

Tabella 3

Monitoraggio antidepressivi

> Monitoraggio basale

- Routine: emocromo con formula, test della funzionalità epatica, azotemia, creatinemia, elettroliti
- Funzionalità tiroidea
- ECG
- Misurazione pressione arteriosa e frequenza cardiaca (da ripetere a ogni controllo clinico)
- Peso (da effettuare periodicamente)

> Ogni sei mesi

- Routine

> Ogni anno

- ECG

Bibliografia disponibile online

www.pannoneditore.it - www.aimef.org