

**MEDISCH SYMPOSIUM  
GERIATRIE  
VOOR HUISARTSEN**

*Zaterdag 1 oktober 2011*

Centraal auditorium Gasthuisberg, O&N

# Depressie bij ouderen

**Filip Bouckaert**

**Dienst ouderenpsychiatrie**

**UPC** K.U.Leuven



**UZ  
LEUVEN**



# Diagnose

## ***DSM-IV:***

- **Minimaal twee weken *vijf of meer* van de volgende symptomen aanwezig, waarbij *1 van de eerste twee symptomen in ieder geval* aanwezig moet zijn:**
  - **depressieve stemming** gedurende het grootste deel van de dag
  - duidelijke **vermindering van interesse of plezier** in alle of bijna alle activiteiten gedurende grootste gedeelte van de dag
  - stoornissen in de eetlust en veranderingen in gewicht
  - Slaapstoornissen
  - psychomotore rusteloosheid of remming
  - verlies van energie of vermoeidheid
  - gevoelens van waardeloosheid, zelfverwijt of overmatige schuldgevoelens
  - moeilijk met denken of concentreren
  - terugkerende gedachten over de dood, de wens om dood te gaan en pogingen tot suicide

# Schalen

([www.ouderenpsychiatrie.nl](http://www.ouderenpsychiatrie.nl))

## Screening:

- Geriatrische depressie schaal (**GDS**) (Sheikh & Yesevage, 1986)
- **Cornell Scale** for Depression in dementia\*  
(Alexopoulos et al., 1988; Dröes, 1993)

## Verdere opvolging en ernst (licht/matig/ernstig):

- **HRSD** (Hamilton Rating Scale for depression): 17 items  
(Hamilton, 1980)
- **MADRS** (Montgomery Asberg Depression Rating scale): 10 items (Montgomery & Asberg, 1979)

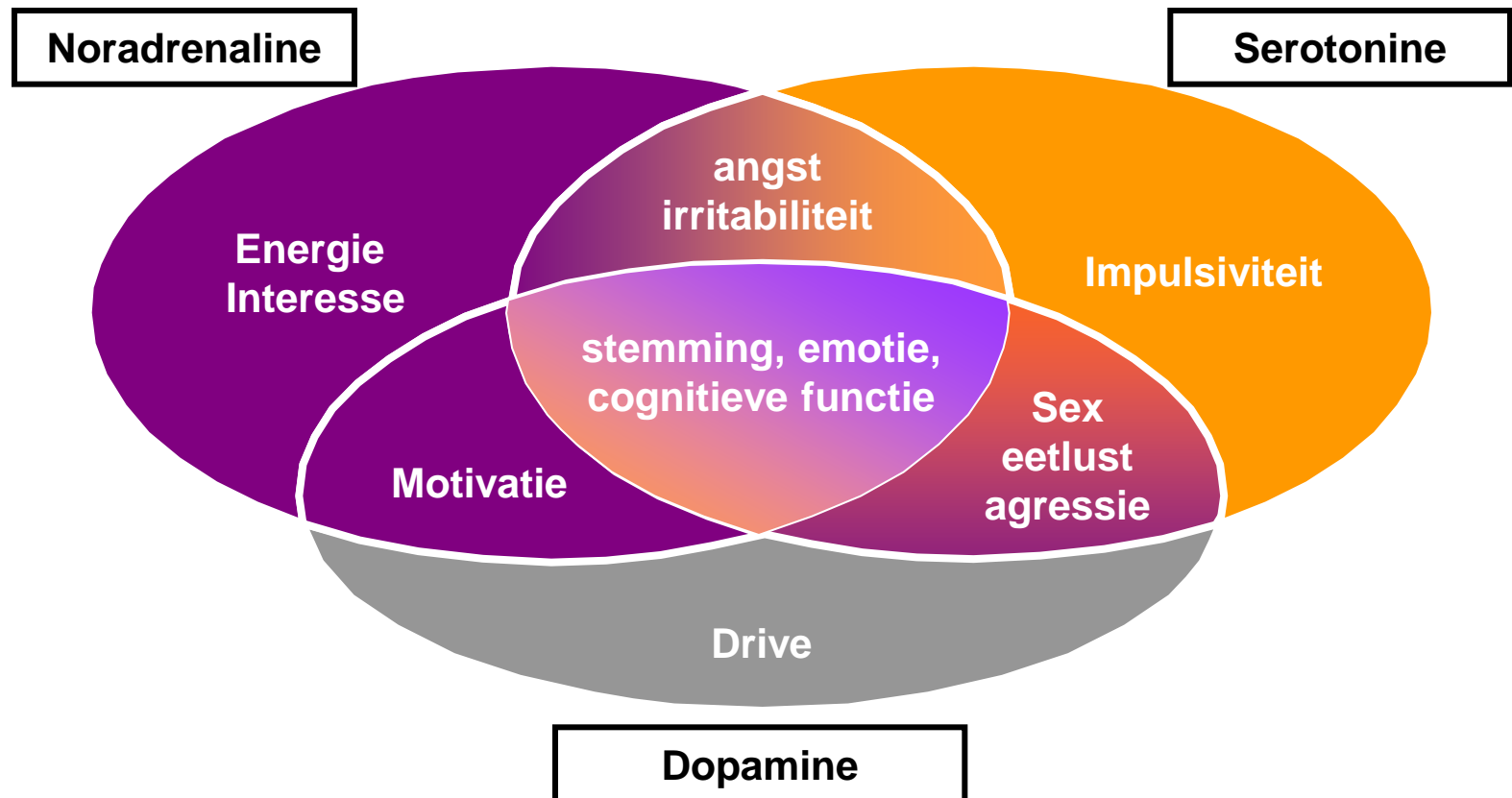
\*antidepressiva in de behandeling van depressie bij dementie:

Nelson JC & Devanand DP. JAGS 59:577-585,2011 (review & meta-analysis of Placebo-ctrl'd anti-D studies in depression & dementia)  
Banerjee S et al. The Lancet july 2011 (sertraline or mirtazapine for depression in dementia: R,double blind, placebo CT.)

# De factor licht-matig-ernstig

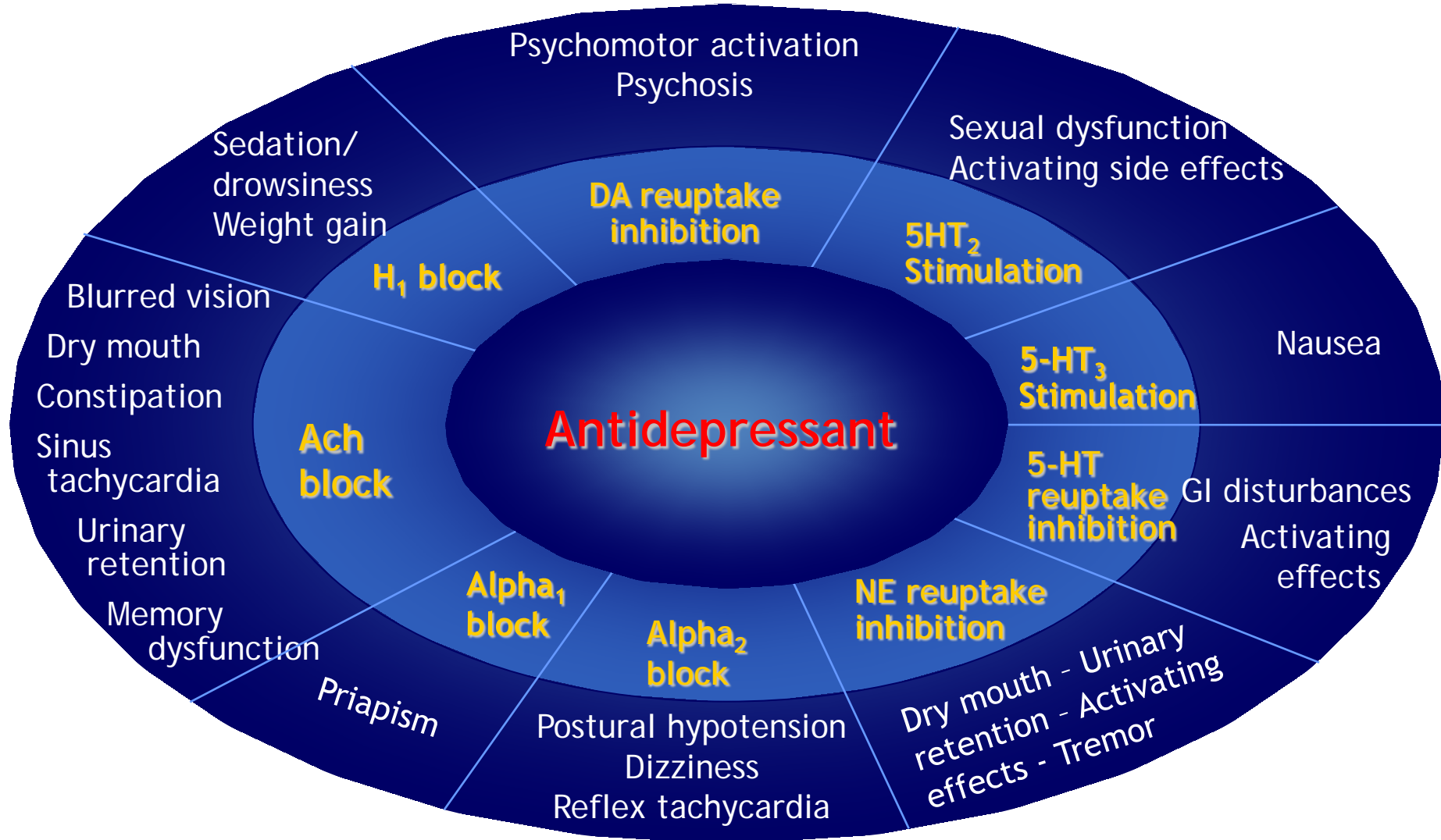
- Majeure factor bij beoordelen werkzaamheid van anti-D
- placebo-respons veel kleiner bij ernstige depressie
- spontaan herstel meer bij lichte vormen
- bij lichte depressie: “watchful waiting” en geen farmacotherapie - herevaluatie (NICE-guidelines)

# Verschillende Neurotransmitters zijn betrokken in de regulering van de stemming



Healy D, McMonagle T. The enhancement of social functioning as a therapeutic principle in the management of depression. *J Psychopharmacol.* 1997;11(4 Suppl):S25-31

# CORRELATIE TUSSEN FARMACOLOGISCHE PROFIELEN EN NEVENWERKINGEN VAN ANTIDEPRESSIVA



Adapted from Richelson E. Current Psychiatric Therapy.

1993;232-239

# Antidepressiva bij ouderen

Generic name	Trade Name	Starting dose (mg/day)	Average Dose	Max recom'd dose (CPS)	Comments/caution
<b>SSRI</b>					
Citalopram	Celexa	10	20-40	40 mg	
Escitalopram	Cipralext	5	10-20	20 mg	
Fluoxetine	Prozac	5	10-20	20 mg*	*Max. dose used in studies; Long elimination 1/2 life; Several potential interactions
Fluvoxamine	Luvox	25-50	100-200	300 mg	Several potential Interactions
Paroxetine	Paxil	5-10	20	50 mg*	*Significant anticholinergic load & possible interactions
Sertraline	Zoloft	25	50-150	200 mg	
<b>Other agents</b>					
Bupropion	Wellbutrin	100	100 mg BID	150 mg BID	May cause seizures
Mirtazapine	Remeron	15	30-45	45 mg	
Moclobemide	Manerix	150	150-300 BID	300 mg BID	Do not combine with MAO B inhibitors or Tricyclics
Venlafaxine	Effexor	37.5	75-225	375 mg*	*For severe depression; May increase blood pressure
<b>Tricyclic antidepressants</b>					
Desipramine	Norpramin	10-25	50-150	300 mg	Anticholinergic properties; cardio-vascular side effects; Monitor blood levels
Nortriptyline	Aventyl	10-25	40-100	200 mg	Anticholinergic properties; cardio-vascular side effects; Monitor blood levels

# Farmacotherapeutische behandelrichtlijn van depressie bij ouderen

- **Start met modern anti-depressivum (citalopram, escitalopram, sertraline, mirtazapine, bupropion, venlafaxine)**
- Dosering conform richtlijnen voor jongere volwassenen (start low, go slow, but... go for it!)
- Beoordeling: MADRS na 4-6 weken:
  - **Weinig of geen respons** (<25% verandering in symptomen):
    - Verhoog dosis, of, indien dosis optimaal
    - Verander van product: stap II
  - **Bij partiële respons** (25-50% verandering in symptomen):
    - Verhoog dosis, of, indien dosis optimaal en indien klinisch stijgende lijn: doorgaan voor 2-4 weken
    - zo optimale dosis en niet in klinisch stijgende lijn: substitutie met stap II (andere auteurs: substitutie naar ander SSRI, substitutie naar ander modern anti-depressivum, augmentatie met ander modern antidepressivum)
  - **>50%:** doorgaan
  - indien na 10-12 weken geen remissie: stap II (nortriptyline) of III (Lithium) overwegen



## Prognosis of Depression in Old Age Compared to Middle Age: A Systematic Review of Comparative Studies

Alex J. Mitchell, M.R.C.Psych.

Hari Subramaniam,  
M.R.C.Psych.

**Objective:** Depression in old age has a poor long-term prognosis; equal evidence shows that the same is true of depression in middle age. The authors sought to identify research that has compared the prognosis of depression in late life with depression in midlife under similar conditions.

**Method:** The authors separated studies that examined age at presentation/recruitment from studies of age at first episode of depression, studies that examined remission/response from those that examined relapse/recurrence, and those that examined mortality/risk of dementia.

**Results:** Evidence suggests that response and remission rates to pharmacotherapy and ECT are not sufficiently different in old-age depression and middle-age depression to be clinically significant. Older patients at study entry appear to have a higher risk of further episodes, which informs the debate about the duration of

continuation treatment for depression in older people. However, older patients and patients with late-onset depression are at increased risk of medical comorbidity. Medical comorbidity is a risk factor for inferior treatment response and poor antidepressant tolerability. Elderly patients with early-onset depression are more likely to have had a higher number of previous episodes, which also adversely influences prognosis compared to elderly depressed patients with late onset of illness.

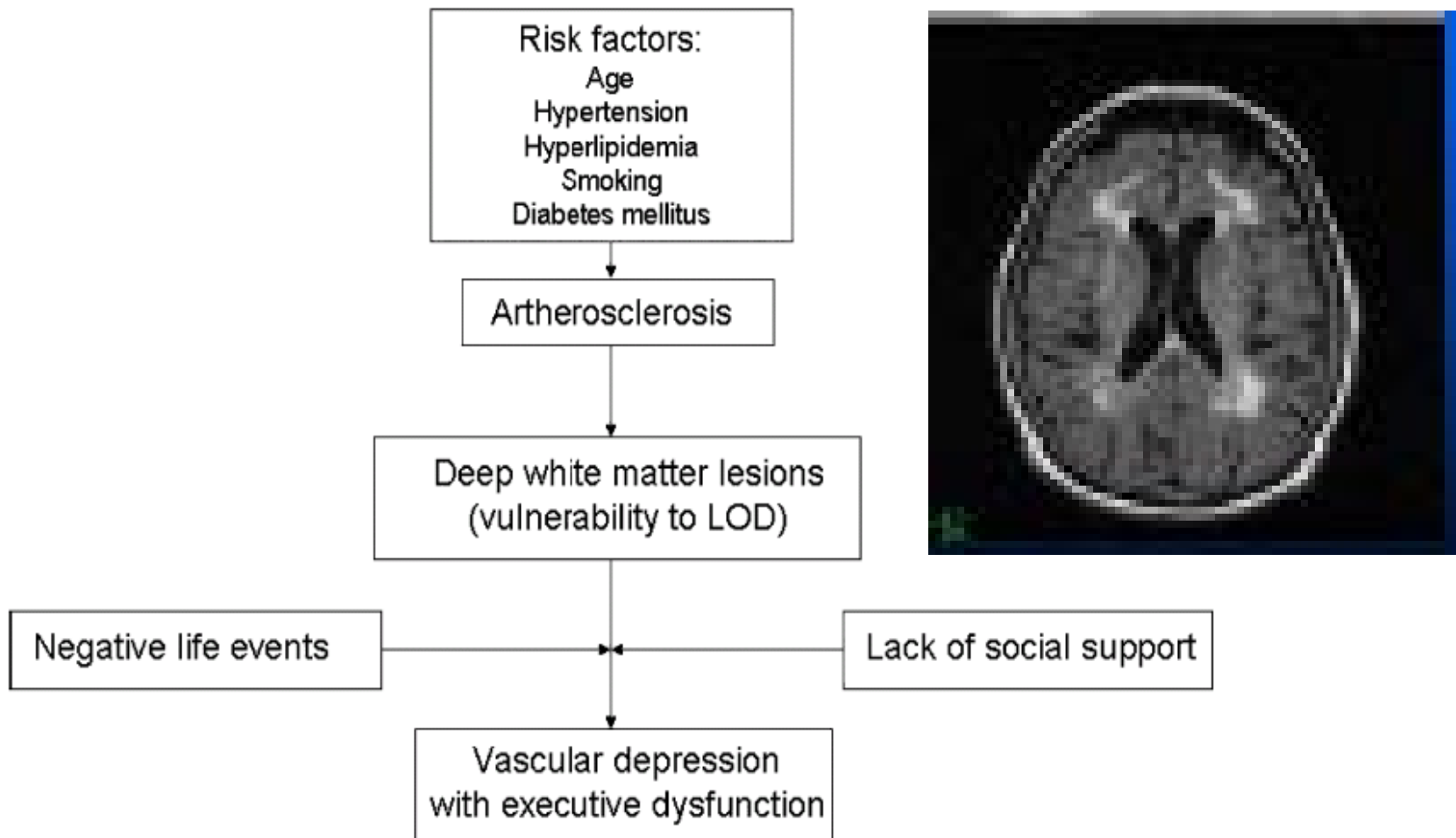
**Conclusions:** With control for confounding variables, remission rates of depression in patients in late life are little different from those in midlife, but relapse rates appear higher. Findings underline the importance of assessing factors related to patient age and not just to age itself in evaluations of risk factors for poor prognosis.

*(Am J Psychiatry 2005; 162:1588–1601)*

‘remission rates of depression in patients in late life are little different...  
But relapse rates appear higher...’

# Vervolg- en onderhoudsbehandeling van depressie bij ouderen

- therapeutische **dosis** voor zowel de vervolg- als de onderhoudsbehandeling **zoals in de acute fase**
- **Optimumduur** voor vervolg- en onderhoudsbehandeling:  
(Reynolds et al., 1999, Alexopoulos et al., 2001. Postgrad. Med. Special Report / expert consensus guidelines, Reynolds et al. 2006)
  - 70+ sneller en meer herhaling van depressie dan 60-69 (in eerste jaar na succesvolle behandeling met remissie) (Reynolds et al., 1999)
  - Optimumduur voor onderhoudsbehandeling eerste episode depressie bij 70+:  
*24 maanden*
  - Levenslange onderhoudsbehandeling voor:
    - patiënten met twee of meer herhalingen in voorbije twee jaar
    - patiënten met slechte lichamelijke gezondheid, chronische sociale moeilijkheden of ernstige depressieve symptomen



*Depression Executive Dysfunction (DED) disorder* of late-life (cerebrovascular pathology in etiology & ED) (Alexopoulos, 1997)

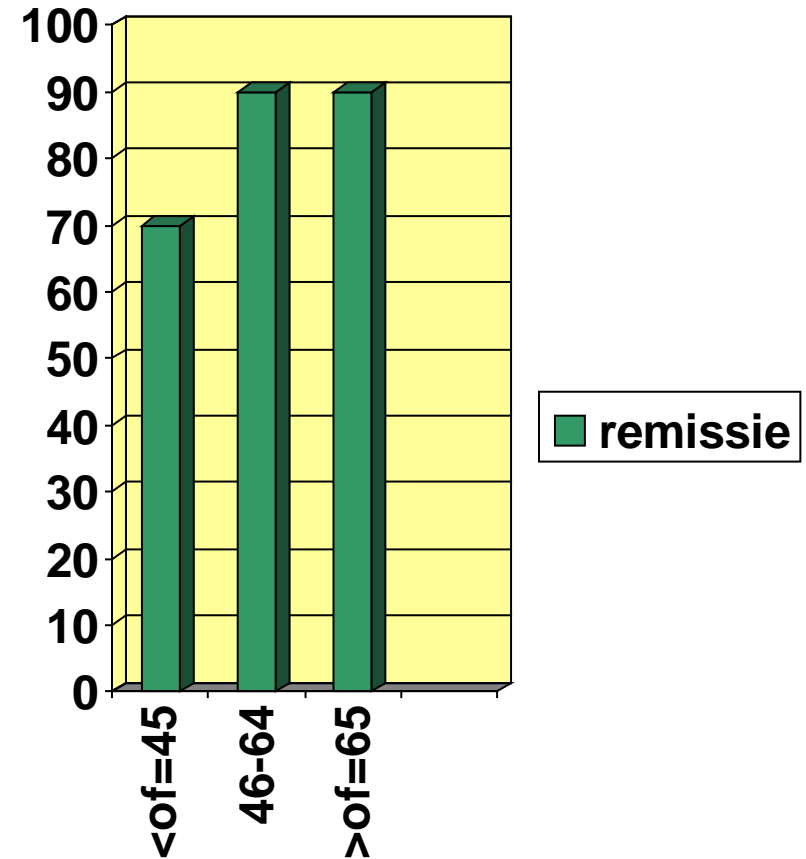
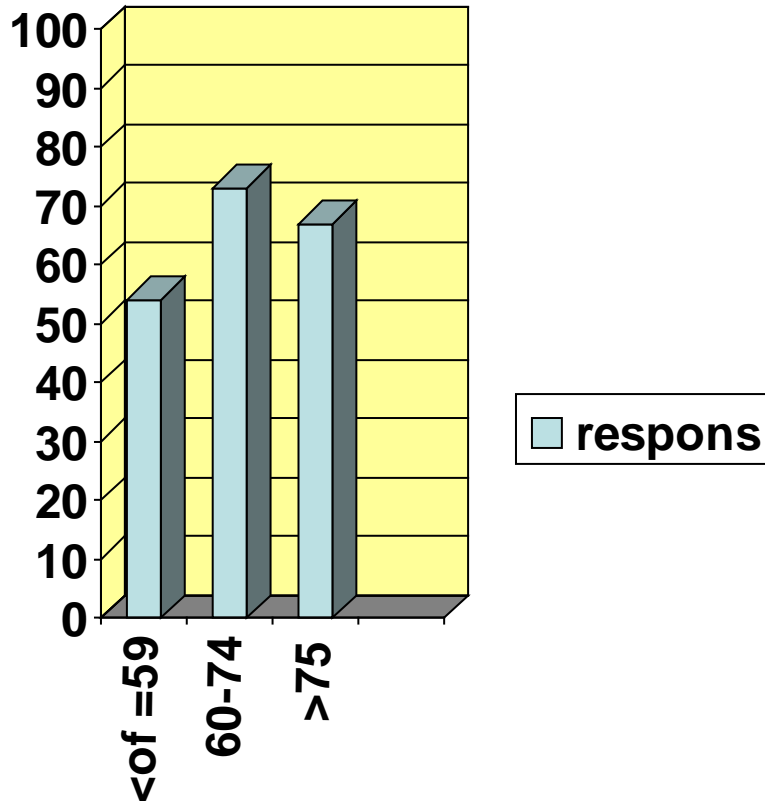
*Subcortical Ischemic Depression (SID)* (only MRI evidence of cerebrovasc pathology needed) (Krishnan et al., 1997)

# Depression Executive Dysfunction disorder / Subcortical Ischemic Depression

- Slechtere resultaten met anti-depressiva en hogere hervalcijfer (Hickie e.a.,1995 ; O'Brien e.a.,1998; Alexopoulos e.a., 2002; Taylor e.a., 2003; Alexopoulos e.a.,2008).
- Executieve dysfunctie: predictie voor slechte respons op antidepressiva (Alexopoulos e.a., 2005; Sneed e.a., 2007; Sneed e.a., 2010)
- Progressieve cognitieve achteruitgang (Hickie e.a., 1997)
- Verhoogde mortaliteit (Levy e.a., 2003)
- goede respons op ECT (Coffey e.a., 1989)

# Leeftijd en ECT

(Tew et al., 1999; O'Connor et al., 2001; van der Wurff et al., 2003)



Electroconvulsietherapie (ECT) is een veilige, werkzame en goed verdragen behandeling voor ernstige depressie bij ouderen (psychotische depressie, psychomotore retardatie, actieve suïcidale ideatie, cachexie, ernstige lichamelijke comorbiditeit)

# Take home messages

- Bepaal de depressie-ernst: licht, matig of ernstig
- Doelstellingen:
  - van respons naar volledige remissie;
  - preventie van herval en herhaling
- antidepressiva zijn **even werkzaam** bij ouderen als bij jongvolwassenen (respons en remissie).
- Het risico op **herval** (relapse) en **herhaling** (recurrence) bij ouderen is **hoger** dan bij jongvolwassenen.
- De **duur** van **onderhoudsbehandeling** met antidepressiva is dan ook **langer**.
- Electroconvulsietherapie (**ECT**) is een veilige, werkzame en goed verdragen behandeling voor zeer ernstige depressie bij ouderen