

schiede im Risiko intrakranieller Blutungen.



Kommentar

Der Titel der Arbeit erschreckt Psychiater und Neurologen, Hausärzte und Internisten womöglich, da zunächst der Eindruck erweckt wird, dass die Kombination von Antidepressiva und nichtsteroidalen Antirheumatika ein hohes Risiko für intrakranielle Blutungen trägt. Die absoluten Zahlen sind allerdings außerordentlich gering. Für den klinischen Alltag bedeutet dies dennoch, dass man wegen der möglichen Interaktion bei Patienten, die antikoaguliert sind, oder bei Patienten,

die bereits eine intrakranielle Blutung in der Vorgeschichte hatten, vorsichtig sein sollte. Bei diesen Patienten ist es möglicherweise sinnvoll, einen selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer und anstelle von nichtsteroidalen Antirheumatika bei chronischen Rückenschmerzen beispielsweise Gabapentin oder Pregabalin zu verwenden.

Die Studie zeigt aber auch, dass seltene Medikamenten-Interaktionen und Komplikationen nur durch die Auswertung nationaler Krankenregister erfasst werden können, wie sie in Schweden, Dänemark und Korea existieren. Leider gibt es keine entsprechenden Register

in Deutschland. Die Ergebnisse sollten allerdings nicht dazu führen, bei Risikopatienten keine Antidepressiva zu verschreiben. Das Suizidrisiko bei unbehandelten Patienten übersteigt um ein Vielfaches das Risiko einer Blutungskomplikation.

Quelle

Shin JY, et al. Risk of intracranial haemorrhage in antidepressant users with concurrent use of non-steroidal anti-inflammatory drugs: nationwide propensity score matched study. *BMJ* 2015;351:h3517.

*Prof. Dr. Hans-Christoph Diener,
Essen*

Bipolare Störung

Stimmungsstabilisierer verringern das Risiko eines Antidepressiva-induzierten manischen Switches

Auf Grundlage der Daten des schwedischen Nationalregisters wurde in einer Studie das Risiko des Antidepressiva-induzierten manischen Switches bei Patienten mit einer Bipolaren Störung untersucht, deren depressive Episode entweder mit einem Antidepressivum in Monotherapie oder mit einem Antidepressivum in Verbindung mit einem Stimmungsstabilisierer behandelt wurde. Um den Einfluss des Schweregrads der Erkrankung, hereditärer Faktoren und früher Umweltfaktoren auf die Ergebnisse zu verringern, wurde ein innerindividuelles Design gewählt. Dazu wurde die Manie-Rate in den Zeiträumen von 0 bis 3 und 3 bis 9 Monaten nach Beginn der Antidepressiva-Behandlung mit den entsprechenden Zeiträumen vor Behandlungsbeginn verglichen. Das erhöhte Risiko eines manischen Switches war begrenzt auf die Patienten in Monotherapie. Bei den Patienten, die begleitend mit einem Stimmungsstabilisierer behandelt wurden, änderte sich das Risiko bis zu drei Monate nach Beginn der Behandlung nicht. In den folgenden 3 bis 9 Monaten nahm es sogar ab.



Mit einem Kommentar von Priv.-Doz. Dr. Dieter Angersbach, Wolfratshausen

Merkmal der Bipolaren Störung ist unter anderem das Auftreten manischer/hypomanischer und depressiver Episoden, wobei Verlaufsuntersuchungen zufolge die depressiven Symptome deutlich dominieren, das heißt während der überwiegenden Zeit ihrer Erkrankung befinden sich die Betroffenen in einer depressiven Phase. Die Behandlung der depressiven Episode ist daher ein wesentliches Ziel der Therapie der Bipo-

laren Störung. Obwohl sie dazu häufig eingesetzt werden, sind Antidepressiva als Monotherapie umstritten. Geeignete Studien, die für ihre Wirksamkeit in der Behandlung der bipolaren Depression sprechen, sind eher selten und widersprüchlich. Weiterhin wird vermutet, dass Antidepressiva das Risiko eines Switches in die Manie/Hypomanie erhöhen. Die International Society for Bipolar Disorders (ISBD) gelangt nach kri-

tischer Bewertung der Literatur zu der Schlussfolgerung, dass – insbesondere bei Patienten mit einer Bipolar-I-Erkrankung – Antidepressiva nur als Zusatztherapie zu Stimmungsstabilisierern eingesetzt werden sollten [1]. Die Autoren der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen stellen zu dieser Frage fest, dass die aktuelle Datenlage keine klare Empfehlung ermöglicht, ob ein Antidepressivum in Monotherapie zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression gegeben werden kann [2]. In der vorliegenden Beobachtungsstudie wurden die Auswirkungen einer antidepressiven Behandlung bipolarer depressiver Episoden auf die Switch-Rate in den Perioden 0 bis 3 und 3 bis 9 Monate nach Beginn der Therapie untersucht. Dazu wurden Daten des nationalen schwedischen Registers ausgewertet. Die Patienten wurden in zwei Gruppen unterteilt: Patienten, die keinen Stimmungsstabilisierer einnahmen und nur mit einem Antidepressivum behandelt wurden und Patienten, die bereits einen Stimmungsstabilisierer einnahmen und zusätzlich ein Antidepressivum erhielten. Um den Einfluss des Schweregrads der Erkrankung, hereditärer Faktoren und früher Umweltfaktoren auf die Ergebnisse zu verringern, wurde ein innerindividuelles Design gewählt. Nach Ansicht der Autoren hat eine Beobachtungsstudie den Vorteil, dass – im Unter-