

Szerkesztői levél

Tisztelt Olvasó!

Az elmúlt évtizedekben számos áttekintő tanulmány és metaanalízis írta le, hogy akut szakban antidepresszívum kezelésre jól reagáló depressziós pácienseknél a fenntartó gyógyszeres terápia jelentősen csökkenti a visszaesés vagy betegség kiújulás kockázatát. A nyugati országokban becslések szerint a teljes népesség 7-13%-a használ antidepresszívumot, közülük több mint fele depresszió miatt. A hangulatjavítók hosszú távú – több mint 2 éven át tartó – alkalmazása általánosan növekszik, ami előnyös lehet, ugyanakkor a legtöbb páciens egy bizonyos ponton – legalább évente egyszer – abbahagyja szedésüket. Ennek oka lehet a hosszabb távon fennálló remisszió, az olyan kellemetlen mellékhatások jelenléte, mint a szexuális diszfunkció, érzelmi szürkülés, súlygyarapodás, de lehet az is, hogy úgy gondolják, az antidepresszívum használata akadályozza a teljes gyógyulást. Abban az esetben, ha az antidepresszív kezelés eredménytelen, a hatástalannak látszó gyógyszer abbahagyása releváns megoldás, és alternatív stratégiák, beavatkozások jöhetnek szóba.

A kezelési irányelvek szólnak az antidepresszívumok remissziót követő bizonyos ideig történő folytatásáról és a jobb funkcionálásról, de az ajánlott kezelés időtartama változó, amely adott országtól, a rendellenesség típusától, és kórtörténettől függ. Ezt a heterogenitást a klinikai bizonyítékok hiánya okozza és ezért bizonytalanok a páciensek, klinikusok és döntéshozók az antidepresszívumok racionális diszkontinuációjának stratégiájával kapcsolatban.

Az antidepresszívum leállítása során nemritkán fordul elő a diszkontinuációs tünetcsoport, de ezek becsült prevalenciájában (27-86%) komoly eltérések vannak. A tünetegyüttes olyan szomatikus és pszichés tünetekből áll, mint a szédülés, hányinger, szorongás és kétségbeesés-szerű érzések, amelyek potenciálisan különböznek a major depresszió kiújulása során tapasztalt tünetektől. A klinikai gyakorlatban ezen kívül kihívást jelent a megszakított antidepresszív kezelés okozta szindróma megkülönböztetése a depressziós-szorongásos zavar kiújulásától. A dóziscsökkentést követő gyors tünetkiújulás, a tünetek megjelenése előtt alkalmazott dózis újbóli bevezetése utáni tüneteltűnés – szemben a tünetek megmaradásával vagy akár rosszabbodásával, ami új epizód kezdetét jelenti – diszkontinuációs tünetegyüttesre utal.

A becslések szerint ugyanakkor a páciensek legfeljebb 50%-a tapasztal problémákat az antidepresszív kezelés megszakításakor, legyen az relapszus, betegségkiújulás, vagy diszkontinuációs szindróma. A jelenség fontossága és előfordulási gyakorisága ellenére korlátozott tudományos bizonyíték áll rendelkezésünkre, hogy válaszoljunk azokra a kérdésekre, „ki” hagyhatja abba a kezelést a betegségkiújulás kockázatának növekedése nélkül, „mikor” optimális az időpont a kezelés abbahagyására, és végül milyen „módon” kell az antidepresszívumot abbahagyni, hogy megelőzzük az diszkontinuációs tünetegyüttest.

A páciensek az esetek egy részében vonakodnak abbahagyni az antidepresszívum szedését, amely segített visszanyerni az irányítást pszichiátriai tüneteik felett. Valóban törekedni kell a gyógyszer abbahagyására stabil remisszió – például 6 hónap – után? Vagy jobb, ha a páciens nem hagyja abba az antidepresszívum szedését, hosszabb ideig vár, mivel az antidepresszívumok csökkentik az ismétlődés kockázatát, amíg használják őket? Néha az antidepresszívum hosszabb ideig tartó folytatása tűnik a legészszerűbb választásnak, különösen akkor, ha a kórelőzményben szorongás vagy depresszió többszörös és súlyos epizódjai, szuicid kísérlet, vagy a családi anamnézisben szuicidium szerepel. Legtöbb ismeretünk az antidepresszívum regisztrációjához kötelezően végzett „abbahagyási” vizsgálatokból származik, amelyek általában azt mutatják, hogy a remisszió utáni fenntartó kezelés felére csökkenti a visszaesés és a kiújulás kockázatát a placebohoz képest. Ezek a vizsgálatok viszont kritizálhatók, mert ezeket az ipar finanszírozza és előfordulhat, hogy helytelenül címkézik a diszkontinuációs szindrómát relapszusként vagy rekurrenciaként, mivel ezeket egyes esetekben nem lehet teljes bizonyossággal megkülönböztetni.

Megfigyelték, hogy a rövidebb eliminációs felezési idejű antidepresszívumok – pl. paroxetin és venlafaxin – súlyosabb „megszakítási” tüneteket okoznak abbahagyásuk után, különösen az alacsonyabb dózistartományokban, amikor a szerotonin transzporter kihasználtsága nagyobb mértékben csökken, továbbá „in vivo” vizsgálatok azt mutatják, hogy az agyszöveti mintából származó antidepresszívumok eliminációja a vérhez képest eltérő és sokkal lassabb kinetikát követhet, ami a farmakológiai hiszterézis jelenlétére utal.

Szilárd tudományos bizonyítékok hiánya miatt napjainkban nem a protokollok, inkább a klinikusi vélemények vagy személyes tapasztalatok befolyásolják az azzal kapcsolatos döntéseket, hogy a remisszió után mikor kell megkezdeni az antidepresszívumok abbahagyását, milyen egyéni vagy farmakológiai jellemzők határozzák meg a kezelés megszakításával járó tünetegyüttes előfordulását és/vagy a visszaesés/kiújulás kockázatát. Szükségünk van arra a tudásra, hogy a páciensek, akik abba akarják hagyni antidepresszív kezelésüket, ezt a lehető legbiztonságosabban és legracionálisabban tehessek meg.

Üdvözlettel,

FALUDI GÁBOR
főszerkesztő