

VIDENSKAB OG PRAKSIS | INTERNATIONAL FORSKNING

fra Det Nationale Indikator Projekt. Indlæggelsen på apopleksiafsnittet har primært omfattet akut diagnostik og behandling af apopleksi, vurdering af rehabiliteringsbehov og potentiale samt rehabilitering til forløbsafslutning eller evt. overflytning til anden rehabiliteringsinstitution. Dersom man vælger at lade den diagnostiske tvivl »komme patienten til gode« og at påbegynde behandling på klinisk mistanke om depression, bør overvejelserne naturligvis anføres i journalen, ligesom behandlingsindikationen skal opvejes mod de ikke uvæsentlige bivirkninger, der kan være forbundet med antidepressionsbehandling. Hvornår behandlingseffekten bør tages op til vurdering med henblik på evt. dosisjustering og forventet behandlingsvarighed, bør naturligvis anføres i epikrisen.

Vi må konkludere, at der behov for skærpet opmærksomhed på behandlingsindikation, behandlingsiværksættelse, opfølgning og planlægning i forbindelse med håndtering af postapopleksidepression og grådabilitet.

Korrespondance: Stine Chabert Olesen, Godthåbsvej 99, 3. mf., DK-2000 Frederiksberg. E-mail: chabert@dadlnet.dk

Antaget: 11. oktober 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Anderson CS, Hackett ML, House AO. Interventions for preventing depression after stroke. The Cochrane Library, Issue 3, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
2. Hackett ML, Anderson CS, House AO. Interventions for treating depression after stroke. The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
3. House AO, Hackett ML, Anderson CS, Horrocks JA. Pharmaceutical interventions for emotionalism after stroke. The Cochrane Library, Issue 3, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
4. Bhogal SK, Teasell R, Foley N et al. Heterocyclics and selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment and prevention of poststroke depression. JAGS 2005;53:1051-7.
5. Whyte EM, Mulsant BH. Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. Biol Psychiatry 2002;52:253-64.
6. Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi. København: Sundhedsstyrelsen, Sekretariatet for Referenceprogrammer, 2005.
7. Carota A, Staub F, Bogousslavsky J. Emotions, behaviours and mood changes in stroke. Curr Opin Neurol 2002;15:57-69.
8. Fruehwald S, Gatterbauer E, Rehak P et al. Early fluoxetine treatment of post-stroke depression – a three-month double-blind placebo-controlled study with an open-label long-term follow up. J Neurol 2003;250:347-51.
9. Choi-Kwon S, Han SW, Kwon SU et al. Fluoxetine treatment in poststroke depression, emotional incontinence, and anger proneness: a double-blind, placebo-controlled study. Stroke 2006;37:156-61.

Depression og rygsmerter – en giftig cocktail

Overlæge Ole Kudsk Jensen, e-mail: okj@dadlnet.dk

Silkeborg Centralsygehus, Medicinsk Afdeling, Rygcentret, Center for Bevægeapparatlidelser

Vi har i mange år vidst, at længerevarende smerter ofte er forbundet med depression. Det angives, at depression forekommer hos 30-54% af kroniske smertepatienter, og i et stort populationsbaseret studium [1] har man påvist, at depression forekommer 6,2 gange hyppigere hos personer med længerevarende rygsmerter (> 1/2 år) end hos befolkningen uden rygsmerter. Yderligere kunne det i samme undersøgelse påvises, at depression forekom tiltagende hyppigt med tiltagende smerteintensitet, således at depression syntes at foreligge hos over 25% af dem, som havde svære rygsmerter.

I en dansk kohorteundersøgelse blev det ved langtidsopfølgning sandsynliggjort, at den psykiske påvirkethed var betinget af rygsmerterne og ikke omvendt [2]. I mange undersøgelser er den psykiske status blevet vurderet, efter smerterne var opstået, og har vist sig at være af væsentlig betydning for, om der udvikles kroniske smerter. Men den psykiske påvirkethed kan da være betinget af smerterne, hvorfor det igen kan være vanskeligt at afgøre, om det er smerterne eller den psykiske påvirkethed, som kommer først.

I to tidligere studier er den psykiske status imidlertid blevet vurderet, før rygsmerterne opstod. I det ene studium [3] med yngre raske, overvejende kvinder, som ikke tidligere havde haft rygproblemer, fandt man, at tilstedeværelse af somatisering eller depression var en beskeden, men statistisk signifikant risikofaktor for, om der opstod rygsmerter i løbet af de næste halvandet år. I det andet studium [4] kunne man påvise, at psykisk stress (*distress*) var en af flere risikofaktorer for, at smerterne blev længerevarende og medførte nedsat funktionsniveau det efterfølgende år.

Resultaterne af en stor epidemiologisk undersøgelse fra 2004 [5] har nu kastet yderligere lys over problemstillingen: depression og rygsmerter, hvad kommer først? I alt 790 individer med ingen eller ubetydelige rygsmerter blev fulgt i 12 måneder. Af disse fik 89 moderate eller svære (*troublesome*) ryg- eller nakkesmerter. Risikoen for at få nakke- eller rygsmerter var fordoblet, hvis man havde depressive symptomer, *hazard rate ratio* (HRR): 1,87 (1,10-3,19), i ugen før basisdata blev indsamlet. Hvis man havde svære depressive symptomer, var risikoen firedoblet, HRR: 3,97 (1,81-8,72). I undersøgelsen blev der korigeret for talrige mulige konfundere, specielt den generelle helbredstilstand og ingen eller lette rygsmerter ved indgangen i studiet samt akutte belastningsrelaterede rygsmerter under forløbet.

Det kunne konkluderes, at depression er en væsentlig og

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

uafhængig risikofaktor for betydende nakke- eller rygsmerter det følgende år.

Hvad kan vi så bruge denne undersøgelse til?

For det første bidrager den til at forklare det fænomen, man undertiden oplever i et rygambulatorium, nemlig at patienten på spørgsmål om depression svarer nej, vedkommende følte sig deprimeret for 1-2 år siden, men ikke nu, hvor det kun er smerterne, der er et problem.

For det andet dokumenterer den for første gang entydigt, at depressive symptomer kan forudgå ryg- og nakkesmerter. Mekanismen er foreløbig uafklaret, men man kunne overveje, om nedsat fysisk aktivitetsniveau hos depressive kunne have betydning. En anden mulig forklaringsmodel kunne være en ændret funktion af nervesystemet, inklusive den smertefor-midlende del af nervesystemet, betinget af depressionen.

For det tredje understreger den endnu en gang vigtigheden af at være opmærksom på forekomsten af depression hos patienter med langvarige smerter, specielt ryg- eller nakkesmer-

ter. Dermed være ikke sagt, at antidepressiv behandling nødvendigvis løser problemet, men det kan ikke udelukkes, at antidepressiv behandling kan være en nødvendig forudsætning for, at tilstanden kan bedres.

For det fjerde kan det i diskussionen om subklassifikation af nonspecifikke rygsmerter give anledning til at foreslå en væsentlig selvstændig kategori, nemlig nonspecifikke rygsmerter + depression (inklusive tidlige depression).

Litteratur

1. Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain* 2004;107:54-60.
2. Hansen FR, Biering-Sorensen F, Schroll M. Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles in persons with or without low back pain. *Spine* 1995;20: 2716-20.
3. Mannion AF, Dolan P, Adams MA. Psychological questionnaires: do "abnormal" scores precede or follow first-time low back pain? *Spine* 1996;21: 2603-11.
4. Thomas E, Silman AJ, Croft PR et al. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ* 1999;318:1662-7.
5. Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain* 2004;107:134-9.

Risiko for udvikling af affektive lidelser hos patienter med binyrebarkinsufficiens – sekundærpublikation

Klinisk assistent Anders F. Thomsen, cand.scient. Tine K. Kvist, professor Per K. Andersen & professor Lars V. Kessing

Rigshospitalet, Psykiatrisk Forskningsenhed, og Københavns Universitet, Biostatistisk Afdeling

Resume

Formålet var at bestemme risikoen for udvikling af affektiv lidelse blandt patienter med binyrebarkinsufficiens i tidsperioden 1977-1999. Ved hjælp af registerdata blev der fundet to kohorter af førstegangsindlagte patienter: en probandkohorte af binyrebarkinsufficienspatienter og en kontrolkohorte af slidgigtpatienter. Risikoen for senere hospitalsindlæggelse med depression eller mani blev bestemt ved overlevelsesanalyse. Patienterne med binyrebarkinsufficiens havde en 2,68 (95% konfidensinterval: 1,62-4,42) gange større indlæggelsesrate end kontrolpatienterne. Binyrebarkinsufficiens synes således at være forbundet med en øget langtidsrisiko for at få affektiv lidelse.

Dysregulering af hypothalamus-hypofyse-binyrebark (HPA)-aksen spiller formentlig en væsentlig rolle i patogenesen til visse typer af depression, og erkendelsen af dette har medført øget interesse for de affektive forstyrrelser, der ofte ses i for-

bindelse med klinisk binyrebarksygdom [1]. Man er blevet opmærksom på, at patienter med binyrebarkinsufficiens kan have vedvarende psykiske vanskeligheder trods substitutionsbehandling med kortikosteroider [2], men det er ikke undersøgt, om binyrebarkinsufficiens er en risikofaktor for alvorlig affektiv lidelse.

Binyrebarkinsufficiens er et relativt sjældent syndrom, og de eksisterende prospektive studier af patienternes psykiske tilstand er små og har kort opfølgningstid. Ved at anvende data fra danske patientregistre har vi undersøgt en stor kohorte af binyrebarkinsufficienspatienters langtidsrisiko for at blive hospitalsindlagt med en affektiv lidelse. Vi forventede, at binyrebarkinsufficienspatienter ville have en øget incidens af affektive forstyrrelser og følgelig have en større risiko for at blive hospitalsindlagt med depression eller mani end kontrolpatienter med slidgigt.

Metode

I Danmark har man haft en elektronisk registrering af hospitalsindlæggelser siden 1970.

Ud fra et dataudtræk fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister, Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret dannedes to kohorter af patienter der i tidsrummet fra den