

Docenteninstructie met antwoordenblad

Introductie

In deze casus wordt een patiënte, een 63 jarige mevrouw (weduwe), besproken die op haar vijftigste ovariumkanker kreeg, genezen was verklaard en waarbij na 12 jaar de kanker weer terugkwam. Een nieuw behandeltraject volgt waarbij curatie niet meer tot de mogelijkheden behoort. Mevrouw voelt zich in deze periode somber en moedeloos terwijl ze van nature een opgewekt persoon is. Het komen tot een diagnose voor depressieve stoornis en de behandelingsmogelijkheden worden in deze casus beschreven met daarbij enkele vragen voor de zorgverlener om te beantwoorden. De vragen zijn gericht op het herkennen en de aanpak van een depressie in de palliatieve fase.

In de casus staat de richtlijn [Depressie in de palliatieve fase](#) (Pallialine, 2022) centraal. Het raadplegen van de richtlijn kan tijdens het beantwoorden van de casus, maar ook naderhand.

De casus met alleen de vragen is opgenomen in een apart document om te gebruiken in een lessituatie. Het zijn 11 vragen waarvan de laatste vier gaan over de medicamenteuze behandeling.

Bron casus: gebaseerd op een praktijksituatie van een commissielid herziene richtlijn Depressie in de palliatieve fase en besproken met enkele commissieleden, november 2022.

Doelgroep

De casus Depressie bij kanker in de palliatieve fase is geschikt voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met depressie in de palliatieve fase. De gekozen setting bij deze casus is een huisartsenpraktijk met de huisarts als verantwoordelijke zorgverlener. Desgewenst kunnen de setting en zorgverlener worden aangepast zonder dat de inhoud van de casus verandert.

Leerdoelen

Na de casuïstiekbespreking kan de deelnemer:

- een depressie in de palliatieve fase herkennen en criteria benoemen voor het stellen van de diagnose;
- screeningsmethoden en meetinstrumenten benoemen en vertellen hoe en wanneer deze zijn in te zetten in de palliatieve fase;
- aangeven welke factoren een rol kunnen spelen bij een depressie in de palliatieve fase en hoe deze behandeld kunnen worden;
- de niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling aangeven met daarbij de mogelijke bijwerkingen per medicijn.

Werkvorm

- De casus kan individueel als opdracht worden gegeven om de vragen te beantwoorden, gevolgd door een plenaire bespreking conform het antwoordenblad.
- In subgroepen van circa vier personen de vragen bespreken, antwoorden noteren en plenair de antwoorden bespreken conform het antwoordenblad.
- Plenair de casus per vraag bespreken en de antwoorden bespreken conform het antwoordenblad.

Reflectie op de antwoorden vanuit persoonlijke ervaringen kan tijdens de bespreking aan de orde komen. Ook kan de docent/begeleider hier bewust naar vragen. Ruimte en aandacht voor reflectie bevordert het leereffect; het maakt bewust waarom je wat doet.

Antwoordenblad bij de vragen

Het antwoordenblad wordt gebruikt bij het bespreken van de casus. Hieronder staat de casus in het kader uitgeschreven met per stukje een gerichte vraag (blauw) en daaronder de antwoorden met soms een link naar de pagina van richtlijn ter verduidelijking. In totaal zijn het 11 vragen.

Casus Depressie bij kanker in de palliatieve fase

Patiënte is een 63-jarige vrouw (weduwe, echtgenoot jong overleden aan non-Hodgkin lymfoom, geen kinderen) die op haar 50^{ste} jaar een ovariumcarcinoom heeft gehad.

Ze is daarvoor geopereerd en heeft chemotherapie gehad en is genezen verklaard.

Helaas is de kanker teruggekomen na 12 jaar. Ze was al uit de routinecontroles ontslagen.

Er volgt opnieuw een traject met chemotherapie waarbij curatie niet meer tot de mogelijkheden behoort. Patiënte heeft pijn in de buik, waarvoor ze behandeld wordt met opioïden. Verder heeft ze verlies van eetlust, slaperigheid en braakneigingen en is in enkele weken 5 kilo afgevallen. Ze voelt zich heel somber en moedeloos en heeft last van angst- en spanningsklachten, die ze moeilijk kan definiëren. Daarnaast is zij inactief en ligt veel in bed. Ze is moeilijk te motiveren voor een wandeling, waarvan ze altijd zo kon genieten. Het hoeft allemaal niet meer zo voor haar. Als ze niet meer wakker zou worden, zou dat prima zijn. Patiënte herkent bovenstaande klachten niet van zichzelf. Ze beschrijft zichzelf als iemand die altijd positief in het leven stond en na eerdere tegenslagen de schouders er weer onder kon zetten. Haar voorgeschiedenis vermeldt geen eerdere depressieve episode.

1. Wat zou er aan de hand kunnen zijn?

Een depressieve stoornis op basis van een significante verandering in gedrag en stemming

2. Waar leid je dit uit af? Welke signalen zijn er?

Uit de beschrijving kun je zien dat ze de twee vragen naar de kernsymptomen van depressie: "Bent u somber gedurende het grootste deel van de dag?" en "Hebt u verlies aan interesse en plezier" zeer waarschijnlijk met ja zal beantwoorden.

De richtlijn adviseert om deze twee vragen altijd te stellen, wanneer aan een depressieve stoornis wordt gedacht.

Bij psychiatrisch onderzoek wordt er een depressieve stemming vastgesteld met een vlak affect. Er is ook sprake van psychomotorische remming en inactiviteit. De diagnose depressieve stoornis wordt gesteld.

3. Aan welke criteria moet een patiënt voldoen voor de diagnose depressieve stoornis?

Kernsymptomen:

- *Sombere stemming grootste deel van de dag*
- *Vermindering interesse of plezier in vrijwel alle activiteiten (anhedonie).*

Verder:

- *gewichtsvermindering of -toename**
- *slaperigheid of overmatig slapen**
- *psychomotorische agitatie of remming**
- *vermoeidheid of verlies van energie**
- *onterechte schuldgevoelens of waardeloosheid*
- *verminderd vermogen tot nadenken, concentratieverlies of besluiteloosheid**
- *gedachten aan de dood of aan zelfmoord**

Er moeten ten minste vijf van deze negen symptomen aanwezig zijn, waaronder ten minste 1 kernsymptoom.

** kan ook optreden ten gevolge van de kanker en de behandeling daarvoor*

Patiënte voldoet aan vijf criteria (sombere stemming, anhedonie, gewichtsvermindering, slaperigheid en psychomotorische remming). Daarmee kan dus de diagnose depressieve stoornis worden gesteld.

4. Welke signaleringsinstrumenten kunnen worden gebruikt om depressie op te sporen in de palliatieve fase?

Afhankelijk van de setting en de onderliggende ziekte worden verschillende instrumenten gebruikt, waarin onder andere naar depressieve klachten wordt gevraagd:

- Utrecht Symptoom Dagboek (USD) (o.a. hospice, verpleegafdeling)
- Lastmeter en probleemlijst (polikliniek ziekenhuis, kanker)
- VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL) (huisartsgeneeskunde)
- Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ,) (longziekten)
- Care Related Quality of Life for Chronic Heart Failure (CaReQoL CHF) (hartfalen)

(zie de richtlijn bij [Samenvatting - Signalering en diagnostiek](#))

Bij een hoge score voor depressie van een van deze instrumenten wordt een psychiatrisch onderzoek verricht.

Andere vragenlijsten (bijv. de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), de Beck Depression Inventory (BDI) of de Geriatric Depression Scale) kunnen gebruikt worden als verdiepingsinstrumenten, maar niet voor screening en niet voor diagnosestelling.

(Zie verder de richtlijn bij [Signalering en diagnostiek](#))

5. Welke factoren zouden een rol kunnen spelen bij de depressieve stoornis van deze patiënte?

Er zijn vele predisponerende factoren (algemene factoren die kwetsbaar maken om een depressie te ontwikkelen) en biologische - en psychosociale risicofactoren die vaak depressie luxeren. Zie hiervoor de richtlijn onder Inleiding ([link](#)).

Bij deze patiënte zou een rol kunnen spelen:

- ziekte in vergevorderd stadium zonder mogelijkheid voor curatie;
- pijn, die niet onder controle is;
- vermoeidheid;
- bijwerkingen van opioïden en/of andere medicatie (bijv. dexamethason);
- zingeving of existentiële problemen.

6. Hoe zou je de depressieve stoornis bij deze patiënte behandelen?

In de eerste plaats vraagt je je af of er mogelijkheden zijn voor behandeling van oorzakelijke factoren. Daarbij kan je denken aan betere behandeling van de pijn en aanpassen van de medicatie.

Een depressieve stoornis wordt in principe behandeld met een combinatie van een psychosociale interventie en medicamenteuze behandeling.

7. Welke psychosociale interventies worden toegepast bij depressieve klachten, aanpassingsstoornissen met depressieve stemming en depressieve stoornissen?

Psychosociale interventies:

- ondersteunende gesprekken bijvoorbeeld door arts of verpleegkundige of POH-GGZ;
- zingevingsgesprekken met een geestelijk verzorger, indien existentiële problematiek op de voorgrond staat;
- een vorm van psychotherapie; en/of
- een andere vorm van therapie (bijv. muziektherapie).

Een ondersteunend gesprek door arts of verpleegkundige is de primaire interventie. De andere therapiekeuzes worden bepaald door het effect van ondersteunende gesprekken, de persoonlijke voorkeur van de patiënt, de aard van de problematiek, de beschikbaarheid van de therapie en de verwachte levensduur. Bij depressieve klachten of aanpassingsstoornissen met depressieve stemming kan vaak volstaan worden met een psychosociale interventie. Bij een depressieve stoornis wordt daarnaast meestal ook gestart met een antidepressivum.

Er volgen ondersteunende gesprekken met aandacht voor dagstructuur, gedoseerde activering en wordt er stilgestaan bij de betekenis van haar ongeneeslijke ziekte en haar wensen en verwachtingen naar de toekomst toe.

De ondersteunende gesprekken met de huisarts waren voldoende voor patiënte.

8. *Welke medicamenten worden primair aanbevolen voor de behandeling van een depressieve stoornis in de palliatieve fase en kan je inzetten bij deze mevrouw?*

De richtlijn beveelt primair aan:

- escitalopram;
- citalopram;
- sertraline;
- mirtazapine (m.n. bij slaapstoornissen en/of anorexie).

Alternatieven zijn:

- bupropion: bij depressie gekenmerkt door vermoeidheid en lusteloosheid;
- venlafaxine: bij eerder goed effect van venlafaxine of bij eerder slecht verdragen van SSRI's;
- tricyclische antidepressiva (met name nortriptyline): bij eerder goed effect van een TCA of bij een combinatie van depressie en neuropathische pijn; niet bij hartfalen;
- duloxetine: bij een combinatie van depressie en chemotherapie-geïnduceerde neuropathie;

Voor doseringen zie de richtlijn onder [Medicamenteuze behandeling](#) of bij de samenvatting

9. *Door wie worden deze meestal voorgeschreven?*

Psychiater, klinisch geriater, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts palliatieve zorg

10. *Welke bijwerkingen kunnen bij je genoemde medicatie voorkomen?*

De volgende bijwerkingen treden bij >10% van de mensen op:

- escitalopram, citalopram en sertraline (selectieve serotonine heropname remmer (SSRI)): misselijkheid, hoofdpijn, slapeloosheid, slaperigheid (vooral in de eerste week na het starten of na een dosisverhoging), zweten, droge mond, diarree, vermoeidheid, duizeligheid, libidoverlies, erectie- en ejaculatiestoornissen;
- mirtazapine (tetracyclisch antidepressivum): slaperigheid, sedatie, hoofdpijn, toename eetlust en gewicht, droge mond;
- bupropion: slapeloosheid, hoofdpijn, duizeligheid, tremor, concentratiestoornissen, depressie, opwindend, onrust, angst, maag-darmstoornissen (zoals misselijkheid, braken, buikpijn en obstipatie), droge mond smaakstoornissen, koorts, transpiratie, acuut exantheem, jeuk, urticaria, anorexie.
- venlafaxine: slapeloosheid, duizeligheid, hoofdpijn, droge mond, sedatie, misselijkheid, obstipatie, (nachtelijke) transpiratie;
- nortriptyline: anticholinerge effecten (droge mond, verminderde maag-darmmotiliteit, obstipatie, accommodatiestoornissen, hartkloppingen, tachycardie, verminderde warmte-tolerantie), orthostatische hypotensie. gewichtstoename, duizeligheid, hoofdpijn, misselijkheid, hyperhidrose, tremoren;
- duloxetine: misselijkheid, droge mond, slaperigheid, hoofdpijn.

Mevrouw wordt behandeld met antidepressieve medicatie: er werd gestart met escitalopram 5 mg 1xdd; patiënte had nauwelijks last van bijwerkingen waarna deze dosering na een week werd verhoogd naar 10 mg.

Na enkele weken wordt patiënte actiever en verbetert haar stemming. Na ruim 6 weken lijkt de depressie naar de achtergrond verdwenen; ze kan weer genieten en ervaart weer kwaliteit van leven. Zoals vanouds, kan ze weer de regie rond haar ziekbed oppakken.

11. *Stel mevrouw had nog maar een korte prognose / levensverwachting gehad (<3 maanden).*

Welke mogelijkheden zijn er dan voor behandeling?

Overweeg dan naast het psychosociale interventies gebruik van methylfenidaat (een psychostimulans). De richtlijn adviseert methylfenidaat ook bij ernstige depressieve klachten (zonder dat er sprake is van een depressieve stoornis) en een levensverwachting <3 maanden.

Uiteindelijk noemde patiënte haar depressie als de ziekte waar ze het meeste onder geleden had...