

Escitalopram bei der Behandlung depressiver Phasen: ein Erfahrungsbericht

N. Klein, J. Tauscher, E. Pjrek-Winkler, S. Kasper

Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien, Österreich

Zusammenfassung

Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI) stellen heute die Therapie der ersten Wahl für depressive Erkrankungen dar. Im Vergleich zu älteren trizyklischen Antidepressiva zeichnen sie sich durch ein günstigeres Nebenwirkungsprofil bei guter Wirksamkeit aus. Vor kurzem wurde Escitalopram als neues Antidepressivum in der Reihe der SSRIs entwickelt. Escitalopram zeichnet sich dadurch aus, dass es sich um das S-Enantiomer des als Racemat seit langem in Verwendung befindlichen Citalopram handelt, welches eine Mischung aus S- und R-Enantiomer enthält. Dem S-Enantiomer wird allerdings die eigentliche biologische Aktivität als Grundlage der antidepressiven Wirkung zugeschrieben. Zusätzlich konnten neuere Untersuchungen zeigen, dass das R-Enantiomer sogar eine hemmende Wirkung auf die Serotonin-Ausschüttung im zentralen Nervensystem hat. In der vorliegenden Arbeit werden klinische Erfahrungen an Hand von drei Patienten, die an der Klinischen Abteilung für Allgemeine Psychiatrie der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien, in Behandlung standen, dargestellt.

Schlüsselwörter: depressive Phase, Escitalopram, Enantiomer, Nebenwirkungen

Escitalopram in the treatment of depressive episodes – case studies

N. Klein, J. Tauscher, E. Pjrek-Winkler, S. Kasper

Abstract

Serotonin reuptake inhibitors (SSRI) are the first choice in the pharmacological treatment of depression. Compared with older tricyclic antidepressants, the advantages of SSRIs are less side effects and equal efficacy of the drug. Only recently, Escitalopram was developed as a new antidepressant in the group of the SSRIs. Escitalopram is the S-Enantiomer of the racemat citalopram, which is in use for a long time and features both the S-Enantiomer and the R-Enantiomer. The S-Enantiomer is responsible for the actual biological activity that causes antidepressive effects. Additionally, recent studies proved in fact an inhibiting effect of the R-Enantiomer on the serotonin release in the central nervous system.

We report clinical experiences with escitalopram in the treatment of three patients at the Department of General Psychiatry of the Medical University of Vienna.

Key words: depressive episode, Escitalopram, Enantiomer, side effects

Neurol Rehabil 2003; 9 (6): 286-288

Einleitung

Die Depression ist eine ernstzunehmende Erkrankung mit einer beachtlichen Morbidität, negativen sozialen Konsequenzen und Suizidrisiko. Die Inzidenz beträgt bis zu 7,5 pro 1.000 Einwohnern und Jahr. Nach neuesten Untersuchungen besteht ein Lebenszeit-Morbiditätsrisiko von bis zu 20%. Es suchen jedoch nur ca. 50 Prozent der erkrankten Personen medizinische Hilfe auf, und von diesen erhalten wiederum nur eine Minderheit eine adäquate Therapie. In früheren Zeiten war die antidepressive Therapie der medikamentösen Behandlung mit MAO-Hemmern bzw. trizyklischen Antidepressiva vorbehalten. Diese Therapie war allerdings oft mit starken Nebenwirkungen assoziiert, die die Lebensqualität der Patienten verminderten. Die Entwicklung der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) leitete eine neue Ära der Pharmakotherapie depressiver

Episoden ein. Moderne bildgebende Methoden unterstreichen die Bedeutung des Serotonin-Systems in der Pathogenese der Depression [7]. Auf Grund ihres günstigen Nebenwirkungsprofils bei mindestens gleich guter Wirksamkeit haben die SSRIs die alten trizyklischen Antidepressiva als Mittel erster Wahl abgelöst [1, 3, 6]. Mit Escitalopram kam erstmals ein SSRI auf den Markt, das nur das S-Enantiomer, also die eigentlich biologisch aktive Form, als Inhaltsstoff enthält [2, 8]. Die verfügbaren Studien konnten eine gute Wirksamkeit von Escitalopram bei Patienten mit Depressionen und Angststörungen nachweisen [4]. Weiters wurde gezeigt, dass bei Behandlung mit Escitalopram mit einem im Vergleich zu älteren Antidepressiva rascheren Wirkungseintritt gerechnet werden kann [5]. In dieser Arbeit soll an Hand von 3 Fallbeispielen ein Erfahrungsbericht über die Behandlung mit Escitalopram an unserer Klinik gegeben werden.

Die Fallvignetten

Fall 1

Frau H. leidet seit fünf Jahren an rezidivierenden, depressiven Episoden. Mit 18 Jahren sei die erste depressive Phase für 6–7 Monate aufgetreten. Mit 21 Jahren hätte sich eine zweite Phase für drei Monate eingestellt. Diese ersten beiden Phasen wurden nicht behandelt. Mit 23 Jahren hätte sich die aktuelle dritte depressive Phase eingestellt. Diese Phase blieb die ersten sechs Monate unbehandelt, bis die Pat. sich entschloss, ihren Hausarzt zu konsultieren. Dieser verordnete 20 mg Paroxetin. Unter dieser Medikation litt die Pat. unter einschränkenden Nebenwirkungen wie Zittern, Unruhe, Schlafstörungen und starker Tagesmüdigkeit. Als Begleitmedikation benötigte sie Alprazolam und Triazolam. Neun Wochen nach diesem ersten erfolglosen Behandlungsversuch suchte die Pat. erstmalig die Ambulanz der Klinischen Abteilung für Allgemeine Psychiatrie auf. Die Pat. war depressiv-dysphorisch gestimmt, sie klagte über Freud- und Lustlosigkeit. Konzentrationsfähigkeit und Antrieb waren vermindert. Ohne Benzodiazepine bestanden Ein- und Durchschlafstörungen. Es bestanden eine Appetitminderung mit Gewichtsverlust sowie Verspannungen im Nackenbereich. Weiters berichtete die Pat. über starken Durst und Mundtrockenheit. Es wurde zunächst eine Behandlung mit Escitalopram 10 mg begonnen. Auch unter Escitalopram traten Nebenwirkungen in Form von Zittern und Unruhe auf, weshalb zusätzlich Lorazepam 2 mg unter Tags verabreicht wurde. Die Schlafstörung wurde mit Zolpidem 10 mg behandelt. Bereits nach einer Woche berichtete die Pat. über eine Appetitzunahme und eine Abnahme der Mundtrockenheit. Im Verlauf der zweiten Behandlungswoche konnte die Pat. wieder konzentriert arbeiten, die Stimmungslage normalisierte sich. Es bestanden keine Schlafstörungen. Auch über die muskulären Verspannungen berichtete die Pat. nicht mehr. Ab der dritten Behandlungswoche wurde bei Frau H. eine Vollremission der depressiven Symptomatik erzielt. Während der nächsten 8 Behandlungswochen konnte die Begleitmedikation mit Lorazepam und Zolpidem vollständig abgesetzt werden. Frau H. erhält seither 10 mg Escitalopram als Monotherapie, es bestanden keine Nebenwirkungen mehr und die Vollremission konnte erhalten werden.

Fall 2

Herr G., 38 Jahre alt und verheiratet, ist freiberuflich in der Werbebranche tätig, hält regelmäßig Seminare. Seit der Geburt des Kindes gebe es vermehrt Konflikte mit der Ehefrau. Die Frau habe ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf das Kind gerichtet. Herr G. suchte beruflich neue Herausforderungen. Er versuchte, als Buchautor Fuß zu fassen, mit mäßigem Erfolg. Durch sein Bemühen um berufliche Veränderung machte er Schulden. In seiner freiberuflichen Tätigkeit hält Herr G. auch Seminare. Diese bereiteten Herrn G. immer sehr große Freude. Die letzten Seminare habe er

allerdings abgesagt. Er habe keine Motivation bzw. nicht mehr den nötigen Antrieb gehabt, das Seminar zu halten. Überhaupt fühle er sich schlaff und sei nun schneller als sonst ermüdbar. Sein Konzentrationsvermögen habe auch nachgelassen. Er fühle sich als Versager, sein Selbstwertgefühl sei am Boden. An Schlafstörungen leide er nicht, auch der Appetit habe sich nicht verändert. Er kenne diesen Zustand schon von früher. Im Schnitt erlebe er so einen Zustand schon seit 10 Jahren einmal pro Jahr. Zwischen den Episoden gehe es im gut. Bisher konnte er den Zustand immer selbst meistern. Er habe noch nie einen Psychiater gebraucht. Doch diesmal kamen zu viele Probleme auf einmal zusammen, so dass er sich entschloss fachärztliche Hilfe anzunehmen. Herr G. wurde auf 10 mg Escitalopram als Monotherapie eingestellt. An den ersten drei Behandlungstagen berichtete der Pat. über Müdigkeit beginnend ca. 2 Stunden nach Einnahme des Medikaments. Zusätzlich habe er andeutungsweise eine leichte Zunahme der inneren Unruhe verspürt, welche von außen nicht objektivierbar war. Diese Nebenwirkungen wurden von Herrn G. allerdings toleriert. Ab dem vierten Behandlungstag kam es zu einem zunehmenden Abklingen der Nebenwirkungen. Am vierzehnten Behandlungstag berichtete Herr G. über eine vollständige Remission der depressiven Symptomatik, die anfänglichen Nebenwirkungen seien auch nicht mehr aufgetreten. Ca. zwei Monate nach Behandlungsbeginn hielt Herr G. bereits wieder Seminare. Die Erhaltungstherapie mit 10 mg Escitalopram wurde bislang für sechs Monate fortgesetzt, und die Vollremission bestand weiterhin.

Fall 3

Frau A., Studentin, ist 28 Jahre alt. Seit ca. vier Wochen leide sie an Schlafstörungen. Sie neige dazu zu weinen, habe Schuldgefühle, könne kaum noch studieren, grüble ständig und sei appetit- und ruhelos. Sie habe das Interesse an den Dingen verloren und sei ständig erschöpft und müde. Darüber hinaus verspüre sie ständig Druck auf der Brust und habe manchmal ein Globusgefühl. Als psychosozialen Stressfaktor gibt Frau A. die Trennung von ihrem Freund an. Anamnestisch ist eine depressive Erkrankung bei der Mutter bekannt. Die Pat. wurde auf 10 mg Escitalopram am Morgen sowie 1 mg Lorazepam am Abend eingestellt. Nach der ersten Behandlungswoche konnte bereits eine leichte Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens erreicht werden. Die Stimmungslage begann sich zu bessern, auch die Unruhe und der Druck auf der Brust nahmen ab. In den folgenden vier Behandlungswochen kam es allerdings zu keiner weiteren Besserung bzw. Remission der Symptomatik. Ohne Lorazepam bestanden weiterhin Schlafstörungen. Schuldgefühle, Grübeln, Appetitlosigkeit und Zukunftsängste bestanden weiterhin. Ab der insgesamt fünften Behandlungswoche wurde Escitalopram auf 20 mg gesteigert. Zwölf Tage nach der Dosiserhöhung zeigte sich Frau A. in voll remittierten Zustand. Lorazepam wurde gestuft abgesetzt und im weiteren Verlauf nicht mehr benötigt. Die Erhaltungstherapie mit 20 mg Escitalopram wur-

de für insgesamt sechs Monate aufrechterhalten. Anschließend wurde für einen weiteren Monat auf 10 mg, und dann für einen Monat auf 5 mg reduziert. Als die Medikation schließlich vollständig abgesetzt wurde, berichtete Frau A., dass sie sich etwas verlangsamt und leicht benommen fühle. Nach einer Woche verschwanden allerdings auch diese diskreten Symptome.

Fazit

In allen drei Fällen konnte eine rasche und effektive Besserung der depressiven Symptomatik erreicht werden. Escitalopram wurde von unseren Patienten sehr gut toleriert. Nebenwirkungen traten vor allem am Anfang der Behandlung in Form von Zittern und Unruhe auf, diese waren jedoch nur leichten Ausmaßes und vorübergehend. Durch das gute Ansprechen konnte bei allen drei Patienten die Lebensqualität erheblich verbessert werden.

Literaturverzeichnis

1. APA: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (4 Suppl): 1-45
2. Baumann P, Zullino DF and Eap CB: Enantiomers' potential in psychopharmacology – a critical analysis with special emphasis on the antidepressant escitalopram. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002; 12 (5): 433-444
3. Gorman JM and Kent JM: SSRIs and SMRIs: broad spectrum of efficacy beyond major depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 4): 33-38; discussion 39
4. Gorman JM, Korotzer A and Su G: Efficacy comparison of escitalopram and Citalopram in the treatment of major depressive disorder: pooled analysis of placebo controlled trials. *CNS Spectrums* 2002; 7 (suppl 1): 40-44
5. Hakanson R: The preclinical observation that escitalopram possesses a faster time to onset of efficacy than citalopram. *Pharmacol Toxicol* 2002; 90 (1): 3-4
6. Kasper S, Fuger J and Moller HJ: Comparative efficacy of antidepressants. *Drugs* 1992; 43 (Suppl 2): 11-23
7. Kasper S, Tauscher J, Willeit M, Stamenkovic N, Neumeister A, Kufferle B, Barnas C, Stastny J, Praschak-Rieder N, Pezawas L, de Zwaan M, Quiner S, Pirker W, Asenbaum S, Podreka I and Brucke T: Receptor and transporter imaging studies in schizophrenia, depression, bulimia and Tourette's disorder – implications for psychopharmacology. *World J Biol Psychiatry* 2002; 3 (3): 133-146
8. Winkler D and Kasper S: Escitalopram. *Psychopharmakotherapie* 2002; 9: 128-132

Korrespondenzadresse:

Dr. med. univ. Nikolas Klein
Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie
Universitätsklinik für Psychiatrie
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
E-Mail: nikolas.klein@univie.ac.at