

Diagnostik der Bipolaren Störung – Was gibt es Neues?

S3 Leitlinie-ein Update

AG 4 Klassifikation und Diagnostik (inklusive Früherkennung)

- Prof. Dr. Martin Schäfer, Kliniken Essen-Mitte/Charité Berlin
(Leitung)
- Prof. Dr. Andreas Reif, Universität Frankfurt
- Prof. Dr. Stephan Mühlig, TU Chemnitz
- Dr. Thomas Aabel, Kliniken Essen-Mitte
- Petra Pieper (Angehörigenvertreterin)

Arbeitsschritte

- Systematische Literaturrecherche (Dresden)
 - eigene Ergänzung
- Ausarbeitung Leitlinienupdate:
 - Systematische Literaturbewertung in Evidenztabelle
 - Systematische Auf- und Einarbeitung neuer Informationen in die Leitlinien in Form redaktioneller Änderungen (z.B. DSM-5)
 - Erarbeitung von 2 neuen Empfehlungen und einer Aufwertung einer Empfehlung
 - Abstimmung und Überarbeitung durch e-mails und eines Angebotes einer gemeinsamen TK
 - Zustimmung durch alle AG-Mitglieder

Diagnostik: 4.2.2 Klassifikation

Hinweis M.I.N.I. als strukturiertes Diagnostisches Interview für DSM-5

Die International Society for Bipolar Disorders (ISBD, www.isbd.org) hatte in einem Report der Leitlinien-Task Force mögliche Revisionen der aktuellen DSM-IV und ICD-10 Definitionen sowie Themenfelder mit Konsens und solche mit Dissens diskutiert und Definitionen formuliert, welche klinisch tätigen Kollegen noch immer als Leitfaden zumindest für die Revision der ICD-10 dienen können (Ghaemi et al. 2008a). Da insbesondere in wissenschaftlichen Settings nach DSM-5 codiert wird, ist hier zu berücksichtigen, dass strukturierte Interviews entsprechend der verwendeten DSM-Version gewählt werden. Für DSM-5 bspw. existiert im englischen Sprachraum ein an DSM-5 adaptiertes M.I.N.I.-Interview (Hergueta & Weiller, 2013).

Diagnostik: Verlauf und Anamnese

Vorschlag Frau Pieper:

Die Beschreibung eines bipolaren Verlaufs, der in der Regel durch multiepisodische oder chronische Krankheitsphasen gekennzeichnet ist, erfordert eine sorgfältige Erfassung der Anzahl und Häufigkeit affektiver Krankheitsphasen und des vergangenen und gegenwärtigen Episodenmusters. Zudem sind andere (z. B. schizoaffektive und organisch bedingte) Störungen auszuschließen. Erst dann kann eine genaue Diagnose gestellt und eine spezifische Behandlung geplant werden. Besondere Probleme ergeben sich hinsichtlich des Erkennens hypomanischer Phasen, differenzialdiagnostischer Aspekte (4.5), der retrospektiven Erfassung und ggf. aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht, was die Fremdanamnese und Fremdbeurteilungsverfahren wichtig macht. Daher sollte insbesondere bei der Bipolaren Störung eine aktive Einbindung von Angehörigen und Vertrauenspersonen fremdanamnestisch zur retrospektiven Erfassung und Einschätzung möglicher Krankheitsphasen und deren Intensität ggf. im Rahmen von strukturierten Interviews erfolgen.

.....). Letztendlich bleibt das Problem einer langen Vorlaufzeit bis zur Diagnose der bipolaren Störung, was die Wichtigkeit von Screeninginstrumenten unterstreicht. Bei unipolaren Patienten in der primären Versorgung ließen sich je nach Untersuchungsart bei zwischen 3 und 21% der Patienten mit einer bisher nur unipolaren Störung bipolare Symptome finden. In der BRIDGE Studie erfüllten von 5.635 Erwachsenen mit einer depressiven Episode 16.0% die DSM-IV-TR Kriterien für eine Bipolare Störung, während 47.0% die „bipolarity specifier criteria“ aus der DSM-5 erfüllten (Angst et al. 2011, #U705).

Insbesondere der HCL-32 und MDQ (siehe Tabelle 12) zeigten sich in unterschiedlichen Arbeiten bei primär depressiven Kollektiven in der psychiatrischen Primärversorgung als ausreichend sensitiv zum Screening von maniformen Symptomen im bisherigen Verlauf, und können daher im Rahmen eines Routinescreenings eingesetzt werden (Meyer et al. 2011, #U93; Meyer et al. 2014 #U709; Smith et al. 2011, #U120).

Für ein erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer Bipolaren Störung sprechen folgende Faktoren:

- Familienanamnese für affektive und schizoaffektive Störungen
- Substanzabusus
- Mehrere depressive Episoden in der Anamnese
- Manische oder hypomanische Episoden während einer Behandlung mit Antidepressiva
- Anzeichen einer gemischten Episode
- Häufige Stimmungsschwankungen
- Vorliegen von ADHS in der Kindheit oder aktuell
- Suizidversuch in der Anamnese
- Frühes Erkrankungsalter bei depressiver Erkrankung
- Atypische depressive Symptomatik
- Temperamentsauffälligkeiten
- Hochnutzerverhalten beim Hausarzt bzw. ein somatisches Beschwerdeprofil ohne unmittelbar erkennbar somatische Ursache.

Diagnostik

Empfehlung neu Diagnostik/Screening

HCL-32 und MDQ können zum Screening auf manische Symptome insbesondere auch in der Primärversorgung eingesetzt werden.

Lit: Meyer et al. 2011, #U93; Meyer et al. 2014 #U709; Smith et al. 2011, #U120

Evidenzgrad 1b bis II: 2 Studien mit über 900 Patienten. Ein systematische Review zu HCL-32. Aber erstmal vorsichtige Aussagen.

KK. 16/16

Diagnostik: Kognitive Störung –

Neue Empfehlung

Erläuterungstext neu:

Kognitive Störungen im Rahmen oder als Folge einer Bipolaren Erkrankung können für verschiedene Bereiche des Lebens, als auch das psychosoziale Funktionsniveau eine erhebliche Bedeutung haben. Das betrifft vor allem berufliche, aber auch versorgungsrechtliche Aspekte. Mehrere Studien konnten das Vorhandensein kognitiver Defizite während akuter Krankheitsphasen, aber auch im euthymen Intervall zumindest bei einem erheblichen Teil Bipolarer Patienten gegenüber gesunden Kontrollen belegen (Keefe et al. 2014, #U398; Bauer et al. 2015, #U708; Volkert J et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2016 Apr;266(3):225-37; Volkert et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2015 Feb;25(2):192-202.). Daher erscheint die Feststellung und Quantifizierung kognitiver Defizite bei Bipolaren Patienten wichtig, zumal es behandelbare Einflussfaktoren gibt. Aufgrund des Einflusses akuter Krankheitssymptome während einer Manie oder Depression, sollten dort erfasste kognitive Defizite nochmals im euthymen Intervall kontrolliert werden (Volkert J et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2016 Apr;266(3):225-37). Einschränkend muss festgestellt werden, dass es noch keinen Konsens hinsichtlich der zu verwendenden neuropsychologischen Testbatterie gibt. Überprüft werden sollten Exekutivfunktionen incl. psychomotorischer Geschwindigkeit, Lernen und Gedächtnis sowie Aufmerksamkeit und Konzentration

Diagnostik

Empfehlung neu Diagnostik/Screening

Bei bipolaren Patienten sollte, wenn möglich im euthymen Intervall, ein Screening auf kognitive Defizite vorgenommen werden. (1b) 16/16

Lit: Keefe et al. 2014, #U398; Bauer et al. 2015, #U708; Volkert J et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2016 Apr;266(3):225-37; Volkert et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2015 Feb;25(2):192-202.

Evidenzgrad 1b: mehrere prospektive kontrollierte Studien mit teilweise über 300 Patienten. Unklar wie weit die kognitiven Defizite v.a. in Krankheitsphasen auftreten und welche davon stabil weiterbestehen können.

KK: Red: Verbindung zu PT-Kapitel, damit nach Diagn Th angepasst erfolgen kann... Kann statt sollte, Evidenz für Nutzen des Screening (noch) nicht gegeben, Nutzen im Einzelfall mögl. 16/16

Diagnostik: somatische Morbidität

Änderung einer bestehenden Empfehlung

Die sorgfältige Erfassung komorbider somatischer Erkrankungen ist nötig, da die Komorbidität Therapieentscheidungen, den Verlauf der Erkrankung und Versorgungsbedürfnisse beeinflusst. So weisen Patienten mit Bipolaren Störungen eine erhöhte Morbidität und Mortalität sowie eine durchschnittlich um ca. 9 Jahre verkürzte Lebenszeit im Vergleich zu gesunden Personen auf (Crump et al. JAMA Psychiatry. 2013;70(9):931-939, Kahn et al. JAMA Psychiatry. 2013 Oct;70(10):1091-9). Dies ist (abgesehen von Suizid) vor allem auf kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Influenza oder Pneumonien und auf Krebserkrankungen zurückzuführen (Newcomer et al. 2006; McIntyre et al. 2005b; Crump et al. JAMA Psychiatry. 2013;70(9):931-939). Eine adäquate Diagnose der somatischen Komorbidität hat eine positive Auswirkung auf die Todesrate v.a. bei kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes mellitus und Krebs (Crump et al. 2013), was die Wichtigkeit der Beachtung der somatischen Erkrankungen bezüglich Diagnostik und Therapie unterstreicht. Eine psychopharmakologische Behandlung wirkt sich dabei eher protektiv auf die Gesamtsterblichkeit aus (Kahn et al. JAMA Psychiatry. 2013).

Diagnostik

S3-LL Bipolare Störungen
Langversion 1.8

Mai 2012, letzte Anpassung Januar 2014

**Klassifikation und Diagnostik
inkl. Früherkennung**

Diagnostik23

Komorbide somatische Erkrankungen sollten zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bei Bipolaren Störungen sorgfältig diagnostiziert und in Therapie und Verlaufsbeobachtung berücksichtigt werden.

KKP

Vorschlag Änderung Diagnostik 23:

16/16

**„sollen“ mit Empfehlungsgrad A aufgrund neuer
Literatur**

Crump et al. JAMA Psychiatry. 2013;70(9):931-939 National cohort study of 6 587 036 Swedish adults, including 6618 with bipolar disorder. Auswertung der Daten zwischen 2003 und 2009.

Kahn et al. JAMA Psychiatry. 2013 Oct;70(10):1091-9 (overall Mortality 3 fold increased in bipolar disorder, medication reduce mortality risk)

Diagnostik: Somatische Komorbidität

Lungenerkrankungen	25	
Chronische Lungenerkrankung		2,32 (2,08-2,59)
Asthma	18 (6-35)	2,67 (2,32-3,06)
Infektionen		
AIDS		9,53 (3,84-23,64)
Hepatitis C	7,1 (3-16)	3,6 (1,3-5,46)
Chronische Eierstockentzündung		2,17 (1,84-2,57)

SE: Standardfehler, CI: Konfidenzintervall

*adjustiert für Alter, Geschlecht, Wohnort, Anzahl der nicht mit psychiatrischen Erkrankungen zusammenhängenden Arzttermine/Krankenhausaufenthalte

**mit Komplikationen (ohne Komplikationen: 1,08 (0,90-1,29))

% Komorbidität aus McIntyre et al. 2008, ORs aus Carney und Jones 2006.

Neue Literatur:

Fuller BE1, Rodriguez VL, Linke A, Sikirica M, Dirani R, Hauser P . Prevalence of liver disease in veterans with bipolar disorder or schizophrenia. Gen Hosp Psychiatry. 2011 May-Jun;33(3):232-7.: Liver disease (21.5% versus 3.5%; OR=7.58); HCV (15.5% versus 2.1%; OR=8.60); and alcohol-related cirrhosis (1.6% versus 0.4%; OR=3.82)

Matthew AM, Huckans MS, Blackwell AD, Hauser P. Bipolar Disord. 2008 Mar;10(2):266-70. : HCV ohne Sucht 1,36, mit Sucht 5,46

Diagnostik

Vorschlag Änderung Diagnostik 23:

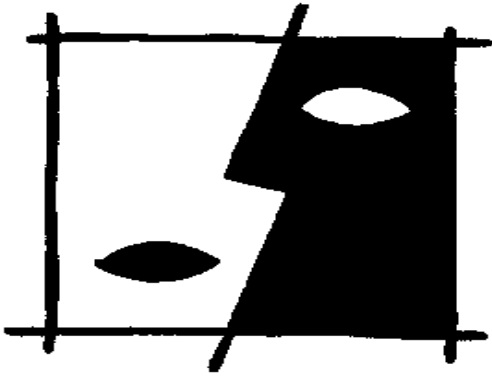
„sollen“ mit Empfehlungsgrad A aufgrund neuer Literatur

Crump et al. JAMA Psychiatry. 2013;70(9):931-939 National cohort study of 6 587 036 Swedish adults, including 6618 with bipolar disorder. Auswertung der Daten zwischen 2003 und 2009.

Kahn et al. JAMA Psychiatry. 2013 Oct;70(10):1091-9 (overall Mortality 3 fold increased in bipolar disorder, medication reduce mortality risk)

AG 4 Klassifikation und Diagnostik (inklusive Früherkennung)

- Prof. Dr. Martin Schäfer, Kliniken Essen-Mitte/Charité Berlin (Leitung)
- Prof. Dr. Andreas Reif, Universität Frankfurt
- Prof. Dr. Stephan Mühlig, TU Chemnitz
- Dr. Thomas Aibel, Kliniken Essen-Mitte
- Petra Pieper (Angehörigenvertreterin)



Das war: Diagnostik der Bipolaren Störung – Was gibt es Neues?

**Bedanke mich für eure/ihre Aufmerksamkeit.
Und stehe für eure/ihre Fragen zur Verfügung**

S3 Leitlinie-ein Update