

Kan ultrakorte screening accuraat depressie ontdekken in de eerste lijn?

Klinische vraag

Kunnen ultrakorte screeningsinstrumenten depressie in de eerste lijn opsporen?

Duiding

M. De Meyere

Bespreking van

Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? *Br J Gen Pract* 2007;57:144-51.

Achtergrond

In aanbevelingen over behandeling van depressie in de eerste lijn wordt aangeraden om risicopatiënten aan de hand van één of twee vragen te screenen op depressie¹. In tegenstelling tot langere vragenlijsten is de diagnostische validiteit van deze screeningsmethode echter nog niet onderbouwd.

Methodologie

Gepoolde analyse volgens type van test en meta-analyse van alle testen samen

Geraadpleegde bronnen

MEDLINE, PsychINFO, EMBASE, CINAHL, Science Direct, Ingenta Select, Ovid Full text, Wiley Interscience, Web of Knowledge.

Geselecteerde studies

- studies met ultrakorte screeningsinstrumenten, gedefinieerd als vragenlijsten met 1-4 items, waar men minder dan twee minuten voor nodig heeft om in te vullen
- evaluatie van de methodologische kwaliteit van de studies d.m.v. **STANDARDS for Reporting of Diagnostic accuracy (STARD)**-criteria en de **Newcastle-Ottawa Scale criteria**.
- exclusie: studies die enkel in ziekenhuizen of bejaardentehuizen werden uitgevoerd, studies die gebruik maakten van visuele analoge schalen, studies die niet voldeden aan de STARD-criteria
- van de 75 gevonden publicaties werden er uiteindelijk 12 geïncludeerd met 22 analyses.

Bestudeerde populatie

- exclusie van studies die enkel personen met rugpijn, multiple sclerose, CVA of kanker opnamen
- de kenmerken van de verschillende studiepopulaties worden niet vermeld in de publicatie.

Uitkomstmeting

- sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde (PPV), negatief voorspellende waarde (NPV) en **Youden index** van de één-, twee- of drievragen testen (zie kader)
- verhouding juist geïdentificeerde (echt-positieven en echt-negatieven) versus onjuist geïdentificeerde (vals-positieven en vals-negatieven) gevallen met de ultrakorte testen, uitgedrukt in relatief risico
- er werd een heterogeniteitsanalyse en een test voor **publicatiebias** uitgevoerd.

Resultaten

1. Resultaten gepoolde analyse

- voor éénvraag testen (acht analyses in zes publicaties, n = 17 624, waarvan 1 881 met depressie)
 - prevalentie van depressie = 10,7% (5% - 36%)
 - sensitiviteit = 31,9%; specificiteit = 96,0%; PPV = 55,6%; NPV = 92,3%; Youden index = 0,289
- voor twee- of drievragen testen (veertien analyses in negen publicaties; n = 9 653 waarvan 1 700 met depressie)
 - prevalentie van depressie = 17,6%
 - sensitiviteit = 73,7%; specificiteit = 74,7%; PPV = 38,3%; NPV = 93,0%; Youden index = 0,47

2. Resultaten meta-analyse

- de ultrakorte testen kunnen significant "wel depressie" van "geen depressie" onderscheiden: RR van juiste versus onjuiste identificatie is 5,46 (95% BI 5,30 tot 5,62; p < 0,001)
- de studies zijn statistisch heterogeen (p = 0,001); er is geen publicatiebias (p < 0,14).

| | |
|---------|---|
| Vraag 1 | Ben je de voorbije maand frequent gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid? |
| Vraag 2 | Ben je de voorbije maand frequent gehinderd door weinig interesse of weinig plezier in de dingen die je deed? |
| Vraag 3 | Zou je daarvoor hulp willen krijgen? |

Conclusie van de auteurs

In de eerste lijn ontdekt een éénvraag test slechts drie van de tien patiënten met depressie. Een dergelijke test is dus onaanvaardbaar. Ultrakorte twee- of drievragen testen ontdekken acht van de tien patiënten met depressie. Dit gaat echter ten koste van een hoog aantal vals-positieven (slechts vier van de tien personen met een positieve score hebben een depressie). Ultrakorte testen kunnen daarom nuttig zijn om depressie uit te sluiten. Diegenen die positief scoren moeten vervolgens verder gericht bevraagd worden.

Financiering: niet vermeld in het artikel.

Belangenvermenging: zou niet aanwezig zijn.

1. NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. *Clinical Guideline Number 23, 2004.*
2. Depressie. *Geneesmiddelenbrief* 2007;14:49-50.
3. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence. Depression in children and young people. *National Clinical Practice Guideline Number 28, 2005.*
4. Williams JW Jr, Noël PH, Cordes JA, et al. Is this patient clinically depressed? *JAMA* 2002;287:1160-70.
5. US Preventive Services Task Force. Screening for depression. May 2002.
6. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments

- for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 4.
7. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003;327:1144-6.
8. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, et al. Effect of the addition of a 'help' question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005;331:1884-6.
9. Van Marwijk HW, Grundmeijer HC, Bijl D, et al. NHC-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2003;46:614-33.
10. Domus Medica. Richtlijn Depressie (in voorbereiding voor 2008).

Methodologische beschouwingen

Sterk punt is zeker dat er een uitgebreide zoektocht gebeurde in heel wat databanken. Voor de meta-analyse werden heterogeniteit en publicatiebias nagekeken.

De auteurs wijzen zelf op enkele problemen. In de verschillende studies varieert de prevalentie van depressie van 5 tot 37%. Dit feit, samen met de vaststelling dat studies met één tot drie vragen werden samengenomen, doet vragen rijzen over de mogelijkheid om hiermee een betrouwbare meta-analyse uit te voeren.

In acht van de 22 analyses werd uiteindelijk gebruikgemaakt van de CIDI (Composite International Diagnostic Interview) als gouden standaard i.p.v. de DSM-IV. De auteurs vermelden zelf dat de CIDI vooral wordt gebruikt in epidemiologisch onderzoek en een zwakke sensitiviteit heeft. Het is merkwaardig dat de auteurs dan toch nog deze acht studies hebben geïnccludeerd. Ten slotte wijzen ze erop dat ze weinig weten over comorbiditeit.

De grootste lacune van deze publicatie is echter dat we niets weten over de populaties die in de studies zijn opgenomen zoals leeftijd van de patiënten, ernst van de depressie (drie graden in majeure depressie) en studieuitval. Het is bijvoorbeeld bekend dat een depressie zich bij ouderen op een andere manier kan uiten. De Geriatric Depression Scale (met vijftien items) zou voor deze specifieke populatie meer geschikt zijn². De vraag blijft of in deze groep de ultrakorte testen ook gebruikt kunnen worden. Dezelfde vraag stelt zich ook voor kinderen en adolescenten waar tot nu toe enkel langere scorelijsten geëvalueerd werden³. Deze lacune is bijzonder te betreuren.

Andere studies

Een eerder literatuuronderzoek toonde reeds het belang aan van screeningstesten⁴. Men vond elf verschillende testen bestaande uit twee tot dertig items. Tussen de verschillende testen kon men geen significant verschil vaststellen in positieve likelihood ratio om personen met een depressie te identificeren (LHR+ 3,3 (2,3 tot 12,2)).

Weinig studies hebben gedifferentieerd tussen ultrakorte (één tot vier items, minder dan twee minuten), korte (vijf tot veertien items, twee tot vijf minuten) en standaardscorelijsten (vijftien of meer items, meer dan vijf minuten)^{4,5}.

De auteurs wijzen er zelf op dat dit de eerste meta-analyse is over ultrakorte screeningstesten. In een Cochrane review besluiten de auteurs dat lange scorelijsten moeilijk te realiseren zijn in de huisartspraktijk: het effect op detectie, management en outcome van depressie in de klinische setting

is slechts marginaal; de kosten-batenverhouding is nog niet geëvalueerd⁶.

Vóór de publicatie van deze meta-analyse was de waarde van de tweevragenmethode in de eerste lijn reeds erkend en aangeraden: Arroll et al. vonden een sensitiviteit van 97% en een specificiteit van 67% voor de tweevragen methode (studie tevens geïnccludeerd in deze meta-analyse)⁷. Dit is dus een zeer hoge herkeningsgraad van de echt-positieve gevallen, maar met een hoog aantal vals-positieven. Voor vroege herkenning is echter vooral het niet missen van een depressie belangrijk en is de test dus zeer waardevol.

In een andere studie (ook opgenomen in de meta-analyse) voegen Arroll et al. nog een derde "helpvraag" toe om de lage specificiteit te verbeteren: "zou je hiervoor hulp wensen?"⁸. De toevoeging van deze éne vraag doet de specificiteit stijgen tot 94% met tevens zelfs een lichte stijging van de sensitiviteit tot 79%.

Implicaties voor de praktijk

De hier voorgestelde vragenlijsten zijn niet bedoeld om systematisch toe te passen bij elke patiënt die de huisarts consulteert. Ze kunnen echter wel gebruikt worden als instrument om aan case-finding te doen. Personen met een risico moeten vooreerst opgespoord worden. Een drietal belangrijke stappen worden in verschillende aanbevelingen naar voor gebracht^{9,10}.

De huisarts dient alert te zijn voor deze soms levensbedreigende problematiek, door een empathische aanpak en door te reageren op bepaalde risicosituaties. Dit alertheidsproces wordt omschreven als 'invoelend' (dit klachtenpatroon heeft toch een aantal depressiekenmerken) of ook 'normaliserend' (dit is voor deze omstandigheden toch niet meer normaal te noemen).

De huisarts is vertrouwd met deze alerterende situaties: vage, veeleer fysische klachten; steeds wisselende presentatie van klachten; isolerend gedrag, vooral bij ouderen; ingrijpende levensgebeurtenissen; ernstige somatische aandoeningen; en ten slotte voorgeschiedenis van depressie¹⁰. Bij deze situatie zou het dus zinvol zijn om de twee of drie hierboven besproken vragen te stellen. Verder onderzoek naar het effect van ultrakorte vragenlijsten bij risicopatiënten is echter nodig.

Ten slotte dient de arts bij positieve antwoorden verder te vragen naar de andere symptomen (DSM-IV) en alles te kaderen in een totale psychosociale context, om uiteindelijk tot een mogelijke diagnose en differentiaaldiagnose te komen.

● Besluit Minerva

Deze meta-analyse komt tot het besluit dat het voor screening naar depressie in de eerste lijn niet zinvol is slechts één vraag te stellen. Drie screeningsvragen kunnen acht van de tien patiënten met depressie detecteren. Deze vragen zouden dus een goed screeningsinstrument kunnen vormen voor de huisarts, maar een diagnostische bevestiging door verdere bevraging blijft noodzakelijk. Uit ander onderzoek blijkt dat het gebruik van uitgebreide scorelijsten in de eerste lijn weinig meerwaarde biedt.