

Elektrowstrząsowe zabiegi podtrzymujące – przegląd piśmiennictwa

Maintenance electroconvulsive therapy – a review of literature

Danuta Palińska¹, Iwona Makowska¹ Tomasz Sobów¹,
Robert T. Hese², Iwona Kłoszewska¹

¹ Klinika Psychiatrii Wiekii Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych UM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Kłoszewska

² Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach, ŚAM w Katowicach
Kierownik: dr hab. n. med. R.T. Hese

Summary

Continuation and maintenance electroconvulsive therapy (ECT) is used to reduce the risk for relapse and recurrence of affective disorders and schizophrenic disorders. Despite the potential value of these ECT schedules, both are relatively neglected in clinical practice. This article reviews the recent research on the subject. Although most of the research are small open studies and case reports, continuation and maintenance ECT does emerge as a safe and effective treatment for relapse and recurrence-prone patients who have responded to the basic course of ECT.

Słowa kluczowe: elektrowstrząsowe zabiegi podtrzymujące

Key words: continuation electroconvulsive therapy, maintenance electroconvulsive therapy

Wstęp

Pacjenci cierpiący z powodu zaburzeń schizofrenicznych lub zaburzeń afektywnych, leczeni nieefektywnie lekami przeciwpsychotycznymi lub przeciwdepresyjnymi, mogą (po wyrażeniu dodatkowej zgody) być poddani leczeniu metodą zabiegów elektrowstrząsowych. Po uzyskaniu poprawy klinicznej w wyniku zastosowania podstawowej serii zabiegów, wykonywanych z częstością 2–3 razy na tydzień w liczbie od 10 do 15, nadal istnieje ryzyko pojawiania się nawrotów ostrej fazy psychotycznej w przebiegu schizofrenii lub nawrotów choroby afektywnej. W celu zapobiegania nawrotom czynnej fazy choroby psychicznej cenną propozycją leczniczą są zabiegi elektrowstrząsowe podtrzymujące (często w skojarzeniu z farmakoterapią), szczególnie w razie uzyskania istotnej poprawy w wyniku zastosowania podstawowej serii EW [1–3]. W piśmiennictwie naukowym odróżnia się tzw. *continuation electroconvulsive therapy (c-ECT)* od *maintenance electroconvulsive therapy (m-ECT)* [4–6]. Termin

c-ECT oznacza kontynuowanie elektrowstrząsów bezpośrednio po ukończeniu podstawowej serii zabiegów EW, zwykle z zachowaniem przerw pomiędzy nimi trwającymi od 1 tygodnia do 1 miesiąca. Czas stosowania c-ECT to zwykle 6 miesięcy. Termin m-ECT odnosi się do zabiegów elektrowstrząsowych wykonywanych po zakończeniu półrocznego stosowania c-ECT. Przerwy między zabiegami wynoszą zwykle od 4 do 8–10 tygodni. Okres stosowania m-ECT wynosi od kilkunastu miesięcy do kilku lat. Należy zaznaczyć, że w niektórych publikacjach obydwu terminów używa się zamiennie, bez uwzględnienia opisanej powyżej specyfiki [7].

Mechanizm działania podtrzymujących zabiegów EW jest taki sam jak podczas podstawowej serii EW, tj. polega na wywołaniu napadu drgawkowego, który, badany za pomocą EEG, powinien trwać co najmniej 25 s. Podobnie też jak w serii podstawowej EW, obserwuje się zjawisko skracania napadów drgawkowych w kolejnych zabiegach. Możliwym mechanizmem neuronalnym wywołującym taki efekt jest wzmocnienie przekazywania noradrenergicznego w OUN obserwowane w postaci regulacji w dół receptorów alfa-2-adrenergicznych i następczej regulacji w dół postsynaptycznych receptorów beta-adrenergicznych w mózgu [8, 9, 10]. Niektórzy badacze uznają regulację w dół postsynaptycznych receptorów beta-adrenergicznych w mózgu jako końcową wspólną drogę efektu przeciwdepresyjnego elektroterapii i leków przeciwdepresyjnych.

Publikacje na temat efektów ubocznych stosowania podtrzymujących zabiegów EW, zwłaszcza w odniesieniu do funkcji poznawczych pacjentów, są nieliczne i dotyczą pojedynczych przypadków. Hay i Scott [11] donoszą o 67-letniej pacjentce, którą poddano 125 zabiegom EW w ciągu 7 lat i u której wykonano baterię testów neuropsychologicznych przed rozpoczęciem zabiegów i po ich zakończeniu, nie stwierdzając pogorszenia w funkcjach poznawczych. Barnes i wsp. [12] donoszą o przypadku 74-letniej pacjentki, u której stosowano podtrzymujące zabiegi EW z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej. Wykonano 430 zabiegów z częstością 1 zabieg na dwa tygodnie. Ocenę funkcji poznawczych przeprowadzono czterokrotnie w ciągu 8 lat, stwierdzając upośledzenie pamięci i czynności wykonawczych, jednakże deficyt poznawczy nie pogłębiał się podczas trwania leczenia EW podtrzymującego.

Praktyczne aspekty wykonywania zabiegów elektrowstrząsowych podtrzymujących

Zgodnie z zaleceniami Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [7] zabiegi elektrowstrząsowe podtrzymujące powinny być rozważane jako metoda leczenia u pacjentów spełniających następujące kryteria:

- przebieg choroby z nawrotami z dobrą odpowiedzią kliniczną na zabiegi EW w serii podstawowej,
- zła tolerancja leczenia farmakologicznego po zastosowaniu podstawowej serii zabiegów EW lub niska skuteczność farmakoterapii w profilaktyce nawrotów choroby,
- dobra współpraca z pacjentem, akceptowanie przez niego leczenia przez długi okres EW podtrzymującymi.

Zabiegi podtrzymujące są w zasadzie kontynuacją podstawowej serii EW, z „rozrzedzaniem” ich częstości początkowo do 1 zabiegu na tydzień przez 2–4 tygodnie, następnie 1 zabiegu na dwa tygodnie przez 1–2 miesiące, później 1 zabieg na 3–4 tygodnie. Zgodnie z praktyką Katedry Psychiatrii UM w Łodzi stosuje się dalsze zmniejszanie częstości zabiegów – do 1 na 8–10 tygodni, jednakże skuteczność takiej procedury wymaga potwierdzenia badaniami naukowym, ponieważ w piśmiennictwie są doniesienia, że jeden zabieg EW na więcej niż miesiąc wiąże się z dużym ryzykiem nawrotu choroby [7, 13]. Zgodnie z tą hipotezą u pacjentów, u których pojawiają się pierwsze objawy nawrotu choroby, warto jest wykonać wcześniej zabieg EW podtrzymujący, aby zapobiec nasileniu objawów.

Odnosnie do techniki wykonywania zabiegów podtrzymujących, podobnie jak w przypadku serii podstawowej, preferowana jest lokalizacja dwustronna elektrod, tj. zabiegi dwuczłowe lub dwuskroniowe, z uwagi na większą ich skuteczność niż EW z lokalizacją elektrod jednostronną nad półkulą nie dominującą.

Czas stosowania zabiegów podtrzymujących wynosi według doświadczeń własnych i danych z piśmiennictwa od kilkunastu miesięcy do kilkunastu lat. Fox [13] opisał leczenie 3 pacjentów w wieku 75, 76 i 89 lat, które trwało około 4 lat. Przytoczony powyżej przypadek pacjentki, którą poddano 430 zabiegom, z częstością 1 zabiegu na dwa tygodnie, jest najprawdopodobniej przykładem najdłuższej – około 20-letniej – elektroterapii podtrzymującej, opisaną w piśmiennictwie naukowym [12].

Jednostki chorobowe, w których znajdują zastosowanie zabiegi EW podtrzymujące

Najczęstszym wskazaniem do zastosowania elektroterapii podtrzymującej są choroby afektywne: nawracające epizody depresji [14, 15], choroba afektywna dwubiegunowa [16], w tym choroba afektywna dwubiegunowa z szybką zmianą faz [17], drugim – profilaktyka nawrotów schizofrenii, zwłaszcza schizofrenii katatonicznej [18, 19, 20], paranoidalnej [21], odpornej na leczenie farmakologiczne [1, 20, 21], oraz profilaktyka nawrotów zaburzeń schizoafektywnych [22]. Z innych wskazań należy wymienić chorobę Parkinsona [23, 24] oraz zespół obsesyjno-kompulsywny [25].

Skuteczność zabiegów EW podtrzymujących mierzy się spadkiem liczby nawrotów, wydłużeniem okresu całkowitych lub częściowych remisji, redukcją częstości rehospitalizacji. Wyniki nielicznych prac badawczych są bardzo zachęcające. Gagne i wsp. [2] opublikowali dane dotyczące skuteczności elektroterapii podtrzymującej w leczeniu depresji. Po 2 latach leczenia skumulowane prawdopodobieństwo remisji wynosiło 93% u pacjentów, u których stosowano zabiegi EW podtrzymujące w porównaniu z 52% u pacjentów z grupy otrzymującej leki przeciwdepresyjne. Po 5 latach leczenia prawdopodobieństwo to wynosiło odpowiednio 73% (zabiegi EW) i 18% (leki przeciwdepresyjne). Średni okres remisji wynosił w grupie poddanej elektroterapii podtrzymującej 6,9 roku, a w grupie leczonej lekami przeciwdepresyjnymi 2,7 roku. Częstość rehospitalizacji była podobna w obydwu grupach. Jedną z nielicznych prac badawczych [1], oceniającą skuteczność podtrzymujących zabiegów EW w zaburzeniach schizofrenicznych, w randomizowanej próbie, potwierdza, że leczenie skojarzone

– zabiegi EW i farmakoterapia – jest bardziej skuteczne aniżeli tylko elektroterapia lub tylko farmakoterapia. Badanie prowadzono przez 6 miesięcy wśród 51 pacjentów przydzielonych losowo do grup: 1 – leczonej flupentiksolem (dawka 12–24 mg/d.), 2 – w której stosowano podtrzymujące zabiegi EW (1 zabieg/tydzień przez miesiąc, potem 1 zabieg/2 tygodnie) oraz 3 – poddanej leczeniu skojarzonemu. Wskaźnik nawrotów choroby w grupie leczonej metodą skojarzoną wynosił 40%, a w grupach pozostałych, leczonych metodą farmakoterapii lub elektroterapii podtrzymującej – około 93%. Podobnie zachęcające wyniki uzyskano stosując elektroterapię podtrzymującą w leczeniu choroby Parkinsona i zespołu natręctw.

Zabiegi EW podtrzymujące i funkcje poznawcze

Zabiegi podtrzymujące mogą powodować zaburzenia pamięci, podobnie jak podstawowa seria EW. Jednakże zaburzenia funkcji poznawczych mają zwykle charakter łagodny i przemijający. Niektóre ze skarg pacjentów spowodowane są wyjściowym obniżeniem funkcji poznawczych przed rozpoczęciem elektroterapii podtrzymującej, działaniem leków lub przewlekłego procesu chorobowego [12]. Jednakże należy zaznaczyć, że w piśmiennictwie dostępne są nieliczne doniesienia na ten temat i prezentowane dane są niewystarczające do formułowania pewnych wniosków.

Omówienie

Zabiegi elektrowstrząsowe podtrzymujące są metodą leczenia skuteczną i dobrze tolerowaną przez pacjentów, u których stwierdza się wysoką częstość nawrotów epizodów chorobowych i którzy odpowiedzieli poprawą kliniczną na podstawową serię zabiegów. Jednakże EW rzadko stosowane są w codziennej praktyce klinicznej zarówno w ośrodkach na świecie, jak i w Polsce. W piśmiennictwie naukowym dostępne są nieliczne prace badawcze, pomimo to ich wyniki są wysoce zachęcające do szerszego stosowania elektrowstrząsów w psychiatrii. Katedra Psychiatrii UM w Łodzi, jako jedyny ośrodek w Polsce, wykonuje zabiegi elektrowstrząsowe podtrzymujące rutynowo u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, zaburzeń schizoafektywnych i depresji. Obecnie prowadzone są prace badawcze na temat skuteczności tej metody leczenia oraz jej tolerancji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii.

Поддерживающие электрошоковые вмешательства – литературный обзор

Содержание

Поддерживающие электрошоковые вмешательства уменьшают риск рецидивов адекватных и шизофренических симптомов. Кроме их потенциальных возможностей как лечебного метода, применяются редко в ежедневной клинической практике. В статье представлены литературные в доступной литературе предмета на тему поддерживающих электрошоковых вмешательств. Большинство опубликованных работ описывают малые открытые пробы или же представление клинических наблюдений. Несмотря на это, предлагаемые результаты подтверждают факт, что поддерживающая электрошоковая терапия является эффективной и хорошо переносится пациентами, у которых существует большая частота рецидивов. У этих больных отмечено клиническое улучшение при применении установленной серии электрошоков.

Unterstützende Elektrokrampftherapie – Literaturübersicht

Zusammenfassung

Die Eingriffe der unterstützenden Elektrokrampftherapie senken das Risiko der Rückfälle der affektiven und schizophrenen Störungen. Trotz des potentiellen Wertes als Behandlungsmethode kommen sie selten in der täglichen klinischen Praxis zur Anwendung. Die Arbeit ist eine Literaturübersicht zu der unterstützenden EKT. Die meisten Arbeiten sind kleine offene Versuche oder Darstellungen der klinischen Fälle, aber die besprochenen Ergebnisse bestätigen, dass die unterstützende Therapie eine wirksame Behandlungsmethode ist, die für die Patienten bekömmlich ist, bei denen häufig Krankheitsrückfälle aufkommen und die mit klinischer Besserung auf die Eingriffe der EKT reagiert haben.

La thérapie d'entretien de l'électrochoc – revue de littérature

Résumé

La thérapie d'entretien de l'électrochoc est pratiquée pour diminuer le risque de la rechute des troubles affectifs et schizophréniques. Elle est rarement pratiquée bien que sa valeur thérapeutique soit positive. Cet article présente la revue de la littérature en question. La plupart de cette littérature décrit les cas particuliers et il en résulte que la thérapie d'entretien de l'électrochoc est efficace et bien tolérée par les patients avec le risque assez élevé de rechute et qui ont répondu positivement à cette thérapie au début.

Piśmiennictwo

1. Chanpattana W, Chakrabhand MLS, Sackeim HA i in. *Continuation ECT in treatment-resistant schizophrenia: a controlled study*. J ECT 1999; 15: 129–139.
2. Gagne GG, Furman MJ, Carpenter LL i in. *Efficacy of continuation ECT and antidepressant drugs compared with long-term antidepressants alone in depressed patients*. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 1960–1965.
3. Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH i in. *Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial*. JAMA 2001; 285: 1299–1307.
4. Rabheru K, Persad E. *A review of continuation and maintenance electroconvulsive therapy*. Can. J. Psychiatry 1997; 42: 476–484.
5. Monroe RR. *Maintenance electroconvulsive therapy*. Psychiatr. Clin. North Am. 1991; 14: 947–960.
6. Schwarz T, Loewenstein J, Isenberg KE. *Maintenance ECT: indications and outcome*. Convuls Ther. 1995; 11: 14–23.
7. American Psychiatric Association. *The practice of ECT: Recommendations for practice, training, and privileging. Task Force Report on ECT*. Washington, DC. American Psychiatric Press; 1990.
8. Francis A, Fochtmann L. *Sustained downregulation of cortical adrenergic receptor density with aintenance electroconvulsive stimulation*. Convuls. Ther. 1993; 9: 185–191.
9. Gleiter CH, Nutt DJ. *Chronic electroconvulsive shocks and neurotransmitter receptors: an update*. Life Sc. 1989; 44: 985–1006.
10. Andrade C, Sudha S. *Electroconvulsive therapy and the alpha2 noradrnergic receptor: implications of treatment schedule effects*. J. ECT 2000; 16: 268–278.
11. Hay AG, Scott AIF. *Electroconvulsive therapy and brain damage*. Brit. J. Psychiatry 1994; 165: 120–121.

12. Barnes RC, Hussein A, Anderson DN i in. *Maintenance ECT and cognitive function*. Brit. J. Psychiatry 1997; 170: 285–287.
13. Fox HA. *Extended continuation and maintenance ECT for long-lasting episodes of major depression*. J. ECT 2001; 17: 60–64.
14. Petrides G, Dhossche D, Fink M i in. *Continuation ECT: relapse prevention in affective disorders*. Convuls. Ther. 1994; 10: 189–194.
15. Bourgon LN, Kellner CG. *Relapse of depression after ECT: a review*. J. ECT 2000; 16: 19–31.
16. Jaffe RL, Rives W, Dubin WR i in. *Problems in maintenance ECT in bipolar disorder: replacement by lithium and anticonvulsants*. Convuls. Ther. 1991; 7: 288–294.
17. Calabrese JR, Suppes T, Bowden CL i in. *A double-blind, placebo-controlled, prophylaxis study of lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder; Lamictal 614 Study Group*. J. Clin. Psychiatry 2000; 61: 841–850.
18. Ucok A, Ucok G. *Maintenance ECT in a patient with catatonic schizophrenia and tardive dyskinesia*. Convuls. Ther. 1996; 12: 108–112.
19. Suzuki K, Awata S, Takano T. *Adjusting the frequency of continuation and maintenance electroconvulsive therapy to prevent relapse of catatonic schizophrenia in middle-aged and elderly patients who are relapse-prone*. Psychiatry Clin. Neurosc. 2006; 60(4): 486–492.
20. Chanpattana W, Andrade C. *ECT for treatment-resistant schizophrenia: a response from the far east to the UK*. Nice report. J. ECT 2006; 22: 4–12.
21. Hoflich G, Kasper S, Burghof KW i in. *Maintenance ECT for treatment-resistant paranoid schizophrenia and Parkinson's disease*. Biol. Psychiatry 1995; 37: 892–894.
22. Swoboda E, Conca A, Konig P i in. *Maintenance electroconvulsive therapy in affective and schizoaffective disorder*. Neuropsychobiol. 2001; 43: 23–28.
23. Wengel SP, Burke WJ, Pfeiffer RF i in. *Maintenance electroconvulsive therapy for intractable Parkinson's disease*. Am. J. Geriatr. Psychiatry 1998; 6: 263–269.
24. Fall PA, Granerus AK. *Maintenance ECT in Parkinson's disease*. J. Neural. Transm. 1999; 106: 737–741.
25. Casey DA, Davis MH. *Obsessive-compulsive disorder responsive to electroconvulsive therapy in an elderly woman*. South Med. J. 1994; 87: 862–864.

Adres: Danuta Palińska
Klinika Psychiatrii Wieku Podeszłego
i Zaburzeń Psychotycznych
92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10

Otrzymano: 3.03.2008
Zrecenzowano: 1.04.2008
Przyjęto do druku: 17.07.2008