



Skuteczność elektrowstrząsów podtrzymujących w leczeniu lekoopornej depresji psychotycznej – opis przypadku

Effectiveness of continuation/maintenance ECT in drug-refractory depression with psychotic features – case report

WOJCIECH MERK, KRZYSZTOF KUCIA, MAGDALENA MARSZALEK,
MAŁGORZATA PRZYTUŁA, KAROLINA DRZYZGA

Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono przypadek ilustrujący zastosowanie podtrzymujących zabiegów elektrowstrząsowych.

Przypadek. Autorzy opisują 79-letnią pacjentkę z rozpoznaniem epizodu ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi w przebiegu zaburzenia depresyjnego nawracającego, u której z powodu lekooporności zastosowano elektrowstrząsy. Zabiegi wykonywano pod kontrolą EEG i EKG wykorzystując dwuskroniową lokalizację elektrod. Po uzyskaniu poprawy funkcjonowania po ośmiu zabiegach EW serii podstawowej, pacjentka wymagała intensywnej terapii podtrzymującej z zastosowaniem EW.

Komentarz. Podtrzymujące zabiegi EW są metodą bardzo skuteczną i dobrze tolerowaną. Pomimo prób tworzenia zaleceń odnośnie częstości i czasu ich stosowania należy zawsze kierować się aktualnym stanem klinicznym pacjenta i adaptować intensywność leczenia do potrzeb.

SUMMARY

Objective. The presented case illustrates the timing of maintenance electroconvulsive therapy (ECT).

Case. In a 79-year-old female patient ECT was administered for the treatment of a severe drug-refractory depressive episode with psychotic features in the course of recurrent major depression. The procedure was performed using bi-temporally localized electrodes, with simultaneous EEG and EKG monitoring. After a basic series of eight ECT procedures the patient's functioning improved, but she still required an intense maintenance treatment including ECT.

Commentary. Maintenance ECT is a very effective and well-tolerated method. Although attempts are made to produce recommendations determining the frequency and duration of ECT treatment, it is the patient's current clinical status that should always decide what treatment intensity is needed.

Słowa kluczowe: ciężka depresja z objawami psychotycznymi / lekooporność / elektrowstrząsy podtrzymujące

Key words: major depression with psychotic features / drug-refractory / continuation / maintenance electroconvulsive therapy

Mimo postępu dokonanego w psychofarmakoterapii epizodów ciężkiej depresji, w szczególności z towarzyszącymi objawami psychotycznymi, odsetek remisji po 4-8 tygodniowym leczeniu nadal pozostaje na poziomie 60–70%. Jednocześnie jeden z głównych celów leczenia, jakim jest uzyskanie pełnej remisji, udaje się uzyskać jedynie w połowie obserwowanych przypadków. Osiągnięcie pełnej remisji objawów chorobowych i jej utrzymanie, zarówno w leczeniu krótko, jak i długoterminowym, nadal stanowi nadrzędną wartość [1]. Elektrowstrząsowy (EW) należą do alternatywnych metod leczenia ciężkich epizodów depresji, a lekooporność jest jednym z wiodących wskazań do ich stosowania [2]. EW prowadzą do uzyskania szybszej odpowiedzi klinicznej w porównaniu z farmakoterapią, co w niektórych sytuacjach jest szczególnie istotne (katatonii, duże ryzyko samobójstwa) [3]. Przy uwzględnieniu grupy pacjentów, u których stosowanie podtrzymującej farmakoterapii jest nieskuteczne, a nawet przeciwwskazane, utrzy-

manie remisji dzięki podtrzymującym zabiegom EW może być jedyną alternatywą terapii [4].

Publikacje naukowe dotyczące zastosowania podtrzymujących zabiegów EW w leczeniu zaburzeń depresyjnych obejmują głównie opisy przypadków klinicznych czy serii przypadków. Istnieją również opisy kilkunastu retrospektywnych badań klinicznych, jednak ich znacznym ograniczeniem jest krótki czas obserwacji pacjentów, brak standaryzacji czy kontroli schematów częstości wykonywania EW, niska liczebność badanych grup. Faktem jest wzrost zainteresowania tą metodą leczenia co odzwierciedla włączenie jej w wytyczne postępowania wielu krajów (APA [5]; CPA [6]; WFSBP [7], *Royal College of Psychiatrists* [8]).

Celem serii terapeutycznej jest leczenie aktualnego epizodu chorobowego, a zabiegi w tej serii wykonuje się, w zależności od kraju, 2-3 razy w tygodniu. Remisję uzyskuje się średnio po 7-9 zabiegach w przypadku chorób afektywnych

oraz 10-20 w manii i psychozach [9]. Po uzyskaniu dobrej odpowiedzi klinicznej w serii terapeutycznej ceną propozycją, zwłaszcza w epizodzie ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi opornym na leczenie farmakologiczne jest kontynuowanie terapii za pomocą zabiegów podtrzymujących. Istnieje podział na kontynuujące EW (*continuation/consolidation ECT* (cECT)), stanowiących kontinuum serii terapeutycznej, których czas wykonywania wynosi minimum 6 miesięcy oraz podtrzymujące EW (*maintenance ECT* (mECT)) będących przedłużeniem cECT, których czas trwania wynosi od kilku miesięcy do nawet kilku lat. Zasadniczym celem mECT jest zapobieganie kolejnym epizodom choroby u pacjentów z dużym ryzykiem nawrotu. Taki podział jest przez wielu traktowany jako sztuczny, nie przynoszący obiektywnych korzyści, w publikacjach obydwaj pojęcia traktowane są wymiennie. Z tego też powodu postuluje się by używać określenia *follow-up ECT* jako określenia zbiorczego podtrzymujących zabiegów EW niezależnie od czasu rozpoczęcia i trwania [10].

Należy zaznaczyć, że dotychczas nie opracowano uniwersalnego algorytmu precyzującego zarówno częstość wykonywania zabiegów, jak i maksymalny czas ich stosowania. Niektórzy autorzy na podstawie badań retrospektywnych oraz doniesień kazuistycznych tworzą zalecenia dostosowywania częstości zabiegów uwzględniając stanu pacjenta: początkowo 1 raz w tygodniu przez okres 4-6 tygodni, następnie raz na 2 tygodnie, w końcu wydłużanie przerw między kolejnymi EW: raz w miesiącu a nawet co 6 tygodni. Jednocześnie zaznaczają, by podtrzymujące zabiegi EW trwały co najmniej 2 lata oraz by rewidować wskazania do ich stosowania co 6 miesięcy [11]. Obecność objawów psychotycznych, zdaniem wielu autorów, wiąże się z lepszą odpowiedzią kliniczną oraz szybszym uzyskaniem remisji [12, 13, 14]. Wywiad w kierunku lekooporności epizodu depresji wiąże się z gorszą skutecznością terapeutycznych i podtrzymujących EW [15, 16, 17]. Inni autorzy nie podzielają tego stanowiska sugerując, iż opisywana korelacja związana była z użyciem „słabych” form EW podtrzymujących jak np. jednostronnego ułożenia elektrod [18]. W niektórych publikacjach zwracano uwagę na długi czas trwania aktualnego epizodu ciężkiej depresji, który korelował z gorszą odpowiedzią na EW [15, 16, 19], niemniej jedno badanie nie potwierdza tego związku [20]. Wykazano, że pacjenci z depresją w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej szybciej osiągnęli remisję w porównaniu z chorymi na nawracającą depresję, choć w punkcie końcowym obydwie grupy wykazywały porównywalny odsetek skuteczności zabiegów [21].

OPIS PRZYPADKU

Wywiad. Pacjentka 79-letnia z wykształceniem średnim, obecnie na emeryturze, wdowa. Leczona psychiatrycznie od 2000 roku, początkowo ambulatoryjnie, wkrótce potem hospitalizowana z powodu ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi. W kolejnych latach pacjentka siedmiokrotnie hospitalizowana z rozpoznaniem j.w. Stosowana farmakoterapia obejmująca leki przeciwdepresyjne (diben-

zepina, mirtazapina, bupropion, reboksetyna, wenlafaksyna), przeciwpsychotyczne (perazyna, sulpiryd, promazyna) i inne (lit, benzodiazepiny) nie przynosiła poprawy stanu psychicznego. W badaniu somatycznym stwierdzono: nadciśnienie tętnicze, rozedma płuc, choroba zwyrodnieniowa stawów barkowych, stan po przebytej histerekтомii z usunięciem przydatków (1997) z powodu raka szyjki macicy, wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego (2006). Neguje występowanie chorób psychicznych w rodzinie.

Przy przyjęciu pacjentka zorientowana autopsychicznie, zdezorientowana co do czasu i miejsca, w obniżonym nastroju i napędzie psychoruchowym. Afekt słabo modyfikowalny. Anhedonia. Apatia. Wypowiedzi krótkie, z licznymi urojeniami hipochondrycznymi, zubożenia, winy, nihilistycznymi dotyczącymi zanikania dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Odmawiała przyjmowania pokarmów i płynów. Nie potwierdzała tendencji suicydalnych, akcentowanych w wywiadzie obiektywnym.

Wyniki badań dodatkowych. MR głowy z kontrastem – miernego stopnia zmiany degeneracyjno-naczyniopochodne istoty białej półkul mózgowych. Ogniska patologicznego sygnału okołokomorowo, pojedyncze podkorowo i w wieńcu promienistym lewym, drobne zawały lakunarne na poziomie jąder podstawy. Badanie psychologiczne: wynik testu Bentona sugeruje nabyte obniżenie funkcji poznawczych, wynik testu Bender wskazuje na organiczne uszkodzenie mózgu. MMSE: 24 pkt., Test Rysowania Zegara wskazywał na łagodne upośledzenie funkcji poznawczych.

Leczenie. Brak poprawy po zastosowanym leczeniu (wenlafaksyna w dawce maks. 300 mg/die, kwetiapina 100 mg/die), obecność uporczywych myśli suicydalnych oraz dane wywiadowe potwierdzające lekooporność stanowiły główne przesłanki kwalifikacji chorej do zabiegów EW. Chora konsultowana internistycznie, neurologicznie oraz anestezyjologicznie. Zabiegi wykonano przy użyciu aparatu Spectrum 5000 Q (Mecta Corp. USA), monitorując zapis EEG, EKG, saturację krwi oraz ciśnienie tętnicze. Wybrano dwuskroniową lokalizację elektrod. Zabiegi wykonywano dwa razy w tygodniu. W serii terapeutycznej wykonano 9 zabiegów EW, istotna poprawa stanu psychicznego nastąpiła po 7 zabiegu: obserwowano ustąpienie objawów wytwórczych oraz myśli suicydalnych. W okresie wykonywania serii terapeutycznej EW wystąpił jeden epizod niepamięci następcej. Po uzyskaniu remisji jako leczenie utrwalające stosowano wenlafaksynę w dawce 75 mg/dzień.

Kolejna hospitalizacja pacjentki nastąpiła miesiąc po wykonaniu ostatniego zabiegu EW, w lutym 2009 roku. Obserwowano pogorszenie funkcjonowania, obniżony nastrój i napęd, urojenia hipochondryczne, zubożenia, winy oraz uporczywe myśli suicydalne. Wykonano kolejną serię zabiegów EW. Po zastosowaniu 7 zabiegów nastąpiła poprawa stanu psychicznego, jednocześnie zwrócono uwagę na występowanie zaburzeń pamięci świeżej. Ze względu na dobrą odpowiedź terapeutyczną zdecydowano o wdrożeniu leczenia podtrzymującego EW. Kolejne zabiegi, które wykonywane były w ramach 2 dniowej hospitalizacji, przeprowadzono w odstępach 2 tygodniowych. Próba wydłużania czasu pomiędzy kolejnymi zabiegami EW skutkowa-

nawrotem depresji z objawami psychotycznymi, w wyniku czego w maju 2009 roku, podczas kolejnej planowej hospitalizacji, zdecydowano o zatrzymaniu pacjentki na oddziale celem rozważenia intensyfikacji leczenia EW. Zabiegi wykonywano początkowo raz w tygodniu, następnie co 2 i 3 tygodnie, jednak próba wydłużania okresu między kolejnymi EW skutkowałą nawrotem objawów chorobowych choć o mniejszym nasileniu – obserwowano bierność, zaburzenia snu, miernego stopnia pogorszenie funkcjonowania. Zdecydowano o skróceniu odstępu pomiędzy kolejnymi zabiegami i wykonywaniu ich w sekwencji co dwa i pół tygodnia. W chwili obecnej pacjentka jest w trakcie leczenia podtrzymującego z dobrym skutkiem – zabiegi EW wykonywane są co 3 tygodnie, co okazało się skuteczne.

KOMENTARZ

U opisywanej pacjentki, przy współistniejącej lekooporności, zabiegi EW uznano za jedyną możliwą alternatywę terapii. Dodatkowymi przesłankami do jej szybkiego wdrożenia były nawracające i uporczywe myśli suicydalne. Co ważne, schemat wykonywania zabiegów podtrzymujących zawsze dostosowywano do aktualnego stanu psychicznego pacjentki.

W procesie terapii pacjentki warte są odnotowania trzy ważne aspekty. Po pierwsze – podtrzymujące zabiegi EW mogą być jedyną skuteczną formą leczenia ciężkich, lekoopornych depresji. Po drugie – wpływ na upośledzenie funkcji poznawczych nie musi być konsekwencją podtrzymujących EW. Niewykluczony jest wpływ samej depresji na wymienione funkcje, wiek pacjentki oraz istniejące przed zabiegami organiczne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. Po trzecie: zmiany organiczne nie stanowią przeciwwskazania do wykonywania EW i kwalifikacji pacjenta do zabiegów podtrzymujących. Dotychczas nie opisano wywołania przez EW zmian organicznych OUN, nawet u pacjenta, któremu wykonano 1250 zabiegów w przeciągu 26 lat [22]. Jednocześnie należy podkreślić fakt nikłego stosowania EW w Polsce. W roku 2005 odsetek pacjentów leczonych zabiegami EW w szpitalach stosujących tę metodę leczenia wynosił zaledwie 0,79% i należał do najniższych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej [23]. Podtrzymujące EW stosowano tylko w 5 ośrodkach w kraju u 25-35% pacjentów wcześniej leczonych EW w serii podstawowej. Przyczyn takiego stanu jest z pewnością kilka: koszty leczenia EW (procedura kwalifikacji, koszt zatrudnienia anestezjologa), niska wiedza o skuteczności i tolerancji zabiegów, brak przeszkolonej kadry czy też powielany negatywny obraz EW w opinii publicznej [23].

PIŚMIENNICTWO

- Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, Akiskal HS, Endicott J, Leon AC, Maser JD, Mueller T, Solomon DA, Keller MB. Does incomplete recovery from first life time major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 1501-1504.
- Husain SS, Kevan IM, Linnell R, Scott AI. Electroconvulsive therapy in depressive illness that has not responded to drug treatment. *J Affect Disord*. 2004; 83 (2-3): 121-126.
- McCall WV. What Does Star*D Tell Us About ECT? *J ECT*. 2007; 23 (1): 1-2.
- Frederikse M, Petrides G, Kellner C. Continuation and maintenance electroconvulsive therapy for the treatment of depressive illness: a response to the national institute for clinical excellence report. *J ECT*. 2006; 22 (1): 13-17.
- Weiner RD. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2001.
- Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments. *Can J Psychiatry*. 2001; 46 (1): 38-58.
- Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, Part 2: Maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorder and subthreshold depressions. *World J Biol Psychiatry*. 2002; 3: 69-86.
- Scott A. The ECT handbook: the second report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT. London: Royal College of Psychiatrists; 2005.
- Stephens SM, Pettinati HM, Greenberg RM, Kelly CE. Continuation and maintenance therapy with outpatient ECT. W: Coffey EC. red. *The Clinical Science of ECT*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.; 1993. s. 143-164.
- Petrides G. Continuation ECT: a review. *Psychiatr Ann*. 1998; 28: 517-523.
- Sartorius A, Henn FA. Erhaltungselektrokrampftherapie bei depressiven Störungen. *Nervenarzt*. 2005; 76: 1363-1369.
- Kho KH, van Vreeswijk MF, Simpson S, Zwinderman AH. A metaanalysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. *J ECT*. 2003; 19 (3): 139-47.
- Birkenhager TK, Pluijms EM, Lucius SA. ECT response in delusional versus non-delusional depressed inpatients. *J Affect Disord*. 2003; 74 (2): 191-5.
- Petrides G, Fink M, Husain MM, Knapp RG, Rush AJ, Mueller M, Rummans TA, O'Connor KM, Rasmussen KG Jr, Bernstein HJ, Biggs M, Bailine SH, Kellner CH. ECT Remission rates in psychotic versus nonpsychotic depressed patients: a report from CORE. *J ECT*. 2001; 17 (4): 244-53.
- Dombrowski AY, Mulsant BH, Haskett RF, Prudic J, Begley AE, Sackeim HA. Predictors of remission after electroconvulsive therapy in unipolar major depression. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 (8): 1043-9.
- Prudic J, Haskett RF, Mulsant B, Malone KM, Pettinati HM, Stephens S, Greenberg R, Rifas SL, Sackeim HA. Resistance to antidepressant medications and short-term clinical response to ECT. *Am J Psychiatry*. 1996; 153 (8): 985-92.
- Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP, Decina P, Kerr B, Malitz S. The impact of medication resistance and continuation pharmacotherapy on relapse following response to electroconvulsive therapy in major depression. *J Clin Psychopharmacol*. 1990; 10 (2): 96-104.
- Kellner C, Fink M. The efficacy of ECT and „treatment resistance”. *J ECT*. 2002; 18 (2): 1-2.
- Prudic J, Sackeim HA, Devanand DP. Medication resistance and clinical response to electroconvulsive therapy. *Psychiatry Res*. 1990; 31 (3): 287-296.

20. Pluijms EM, Birkenhäger TK, Mulder PG, van den Broek WW. Influence of episode duration of major depressive disorder on response to electroconvulsive therapy. *J Affect Disord.* 2006; 90 (2-3): 233-237.
21. Daly JJ, Prudic J, Devanand DP, Nobler MS, Lisanby SH, Peyser S, Roose SP, Sackeim HA. ECT in bipolar and unipolar depression: differences in speed of response. *Bipolar Disord.* 2001; 3 (2): 95-104.
22. Lippman S, Manshadi M, Wehry M, Byrd R, Past W, Keller W, Chuster J, Elam S, Meyer D, Daniel R. 1250 electroconvulsive treatments without evidence of brain injury. *Br J Psychiatry.* 1985; 147: 203-204.
23. Gazdag G, Palinska D, Kloszewska I, Sobow T. Electroconvulsive therapy practice in Poland. *J ECT* 2009; 25 (1): 34-38.

Wpłynęło: 09.12.2009. Zrecenzowano: 14.12.2009. Przyjęto: 29.03.2010.

Adres: Wojciech Merk, Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ziolowa 45/47 40-635 Katowice, e-mail: merk@mp.pl.