

Leczenie elektrowstrząsowe (EW) w chorobach afektywnych¹

Electroconvulsive treatment (ECT) in affective disorders

ANTONI KALINOWSKI

Z II Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Praca omawia miejsce, najważniejsze wskazania i zasady stosowania elektrowstrząsów w leczeniu chorób afektywnych (red.).*

SUMMARY. *The place of ECT, major indications, and principles of ECT administration are discussed in the paper (Ed.).*

Słowa kluczowe: choroby afektywne / terapia elektrowstrząsowa

Key words: affective disorders / electroconvulsive therapy

Poczynając od lat sześćdziesiątych wiele zmieniło się w zasadach stosowania EW w leczeniu chorób psychicznych, a zwłaszcza chorób afektywnych. W szczególności uściślono kryteria dotyczące zasad ich stosowania jako metody z wyboru i jako leczenia tzw. „drugiego rzutu”, zarówno w terapii depresji, jak i manii. Kryteria te w latach dziewięćdziesiątych przedstawiają się następująco [1, 2, 4, 8].

EW jako metoda z wyboru są stosowane w:

- ◆ zespołach depresyjnych („duża depresja”) w przebiegu choroby afektywnej jedno- i dwubiegunowej:
 - ⇒ o obrazie depresji psychotycznej,
 - ⇒ kiedy dominują myśli i tendencje samobójcze,
 - ⇒ kiedy chorzy nie przyjmują posiłków i grozi im z tego powodu odwodnienie, wyniszczenie,

⇒ przy współistnieniu chorób somatycznych wykluczających zastosowanie neuroleptyków, trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych i leków przeciwdepresyjnych z innych grup chemicznych,

- ◆ ostrej manii (mania ze splątaniem, mania z zaburzeniami świadomości) w razie nieskuteczności farmakoterapii, zagrożeniu wyczerpaniem fizycznym z powodu bardzo znacznego pobudzenia psychoruchowego, dużym ryzyku powikłań somatycznych w czasie farmakoterapii (zwłaszcza przy polipragmazji),
- ◆ stanach mieszanych (współistnienie objawów depresyjnych i maniakałnych),
- ◆ współistnieniu objawów katatonicznych w przebiegu chorób afektywnych.

W wymienionych stanach EW mają przewagę nad farmakoterapią, a to z racji szybszego efektu leczniczego, a przez to mniejszego ryzyka samobójstwa, wyniszczenia, odwodnienia. Uważa się też, że kuracja EW w porównaniu np. z koniecznością leczenia

¹ Wykład dla ordynatorów oddziałów psychiatrycznych (Konferencja *Standardy psychiatrii: zaburzenia afektywne* – 26.03.1997 r., CMKP, Warszawa).

neuroleptykami w dużych dawkach czy stosowaniu polipragmazji, ewentualnej sytuacji długiego unieruchomienia chorego, zapewnia większe bezpieczeństwo choremu.

EW jako leczenie tzw. „drugiego rzutu” są stosowane w:

- depresjach lekoopornych,
- depresjach przewlekłych,
- depresjach u osób w wieku podeszłym przy współistnieniu schorzeń somatycznych lub wystąpieniu objawów niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie farmakoterapii,
- w depresjach u kobiet w ciąży.

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [6] w konkretnych sytuacjach klinicznych EW jako metoda z wyboru mogą być stosowane, gdy:

- zachodzi konieczność uzyskania (z psychiatrycznego i ogólnomedycznego punktu widzenia) szybkiego efektu leczniczego, np. gdy nasilenie depresji lub jej skutki zagrażają życiu pacjenta,
- kiedy ryzyko innych metod terapii przewyższa ryzyko związane z EW,
- kiedy przeciwwskazana jest farmakoterapia,
- kiedy w przeszłości farmakoterapia nie przynosiła efektu leczniczego, natomiast korzystne wyniki dawały EW.

W każdym przypadku zastosowanie EW u konkretnego pacjenta wymaga oceny stosunku korzyści do ryzyka związanych z leczeniem EW, w tym wystąpienia objawów niepożądanych, a ponadto oceny ryzyka związanego ze stosowaniem znieczulenia i zwiotczenia.

Uściślono też psychiatryczne przeciwwskazania do stosowania EW [3]. Podzielić je można na:

Przeciwwskazania psychiatryczne do stosowania EW:

- nozologiczne:
 - ⇒ depresje reaktywne,
 - ⇒ depresje nerwicowe,
 - ⇒ uzależnienia lekowe, zaburzenia osobowości;
- objawowe:
 - ⇒ zaburzenia zasypiania,
 - ⇒ lęk,
 - ⇒ pogorszenie samopoczucia po południu,
 - ⇒ płaczliwość, litość nad sobą, hipochondria,
 - ⇒ cechy histeryczne, paranoiczne,
 - ⇒ wiek poniżej 35 roku życia,
 - ⇒ falujący przebieg choroby,
 - ⇒ małe nasilenie objawów.

Powszechnie uważa się, że EW są niewątpliwie skuteczne w głębokich depresjach endogennych, zwłaszcza psychotycznych [6, 8]. Skuteczność EW w leczeniu depresji jest porównywalna co najmniej ze skutecznością farmakoterapii, u części chorych mogą mieć przewagę nad farmakoterapią. Wobec możliwości wystąpienia groźnych powikłań farmakoterapii (np. agranulocytoza, uszkodzenie narządu krążenia, narządów mięszoowych, zespół serotoninowy) EW uważane są za bezpieczną metodę leczenia. EW mają szybszy początek działania niż większość leków przeciwdepresyjnych i z tego powodu EW w depresjach z nasilonymi tendencjami samobójczymi uznawane są za metodę leczniczą ratującą życie. U chorych z depresją lekooporną skuteczność EW oceniana jest na około 50% leczonych. Istotnym wydaje się, że u części chorych nawet mało skuteczna kuracja EW może „uwrażliwić” chorych na później stosowane leki przeciwdepresyjne [7].

W dobie stosowania EW w znieczuleniu i zwiotczeniu bezwzględne i względne przeciwwskazania do EW ograniczają się do następujących chorób i stanów.

Bezwzględne przeciwwskazania do EW:

- choroby przebiegające ze wzrostem ciśnienia śródczaszkowego, świeży zawał mięśnia serca (najwcześniej zabiegi EW można wykonywać po 3 miesiącach),
- świeży krwotok wewnątrzczaszkowy,
- duży tętniak mózgu i tętnicy głównej

Względne przeciwwskazania do EW:

- odklejenie siatkówki,
- *pheochromocytoma*,
- *trombophlebitis*,
- jaskra z zamkniętym kątem przesącza,
- stany stwarzające zwiększone ryzyko anesteziologiczne (infekcja górnych dróg

oddechowych, choroby krtani i jamy ustnej zmniejszające drożność górnych dróg oddechowych, hemoglobina we krwi niższa od 10 g/dl,

- miejscowe uszkodzenie mózgu,
- nieskuteczność EW w uprzednich kuracjach,
- wystąpienie objawów niepożądanych somatycznych i psychologicznych w trakcie kuracji EW.

Należy pamiętać, że w każdym etapie kuracji EW pacjent ma prawo żądać jej przerwania.

Tablica 1. Kojarzenie EW z lekami

Lek, grupa leków	Rodzaj interakcji (mechanizm), następstwa kliniczne
Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne + leki anesteziologiczne	<ul style="list-style-type: none"> ● efekty sercowo-naczyniowe (zatrzymanie serca, migotanie komór) ● bradykardia ● obniżenie progu drgawkowego
Trazodon	<ul style="list-style-type: none"> ● zaburzenia rytmu serca
Fluoksetyna, trazodon, bupropion	<ul style="list-style-type: none"> ● przedłużone lub skrócone napady drgawkowe ● obniżenie progu drgawkowego
IMAO	<ul style="list-style-type: none"> ● przeciwwskazanie do podawania leków anesteziologicznych ● hiper- i hipotensja, gorączka, drgawki, wygórowanie odruchów, hepatotoksyczność
Benzodiazepiny	<ul style="list-style-type: none"> ● skrócony czas trwania napadu ● mniejsza skuteczność terapeutyczna, konieczność większej liczby zabiegów do uzyskania efektu terapeutycznego
Neuroleptyki	<ul style="list-style-type: none"> ● działanie hipotensyjne ● synergizm z EW i lepszy efekt terapeutyczny
Lit	<ul style="list-style-type: none"> ● zwiększona czynność cholinergiczną mózgu i uwalnianie acetylocholiny (klinicznie – majaczenie) ● obniżenie progu drgawkowego
Leki nootropowe	<ul style="list-style-type: none"> ● minimalizowanie efektów związanych z zaburzeniami pamięci
Kofeina	<ul style="list-style-type: none"> ● wydłużenie napadu
Teofilina	<ul style="list-style-type: none"> ● wydłużenie napadu, stan padaczkowy
Leki beta-adrenolityczne (labetalol, osmolol)	<ul style="list-style-type: none"> ● zmniejszenie tachykardii i zwyżki RR po napadzie ● skrócenie czasu trwania napadu ● ryzyko bradykardii, skurczów dodatkowych
Hormony tarczycy	<ul style="list-style-type: none"> ● potencjalizacja efektów przeciwdepresyjnych EW ● zmniejszenie objawów amnestycznych

Nowsze piśmiennictwo zawiera nieco danych o możliwości stosowania EW u kobiet chorych na choroby afektywne w ciąży [5]. Metoda ta oceniana jest jako bezpieczna w każdym trymestrze ciąży z zastrzeżeniem, że mało jest danych o pierwszym. Stosowanie EW zaleca się tylko wtedy, gdy można przewidywać dobre efekty lecznicze i gdy trzeba szybko uzyskać poprawę. EW stosowane u kobiet w ciąży mają przewagę nad farmakoterapią, która wiąże się z ryzykiem teratogennego i toksycznego działania leków psychotropowych. Stwierdzono też, że EW nie wpływają negatywnie na rozwój dziecka, a ryzyko teratogennego działania leków anestetycznych nie jest większe niż leków psychotropowych. Do objawów niepożądanych występujących u kobiet leczonych EW należą: łagodne krwawienia z pochwy, bóle brzucha, przemijające skurcze macicy, a u płodu łagodna arytmia.

EW stosowane są też u osób w wieku podeszłym, przy czym zaawansowany wiek nie zmniejsza ich skuteczności [2, 6]. Przed podjęciem tego typu leczenia należy dokonać szczegółowej oceny leków towarzyszących (tabl. 1) i pamiętać o konieczności stosowania mniejszych dawek leków do znieczulenia i zwiótnienia. EW u osób w wieku podeszłym stwarzają podwyższone ryzyko wystąpienia groźnych powikłań ze strony narządu krążenia, szczególnie u osób z już współistniejącymi chorobami somatycznymi. Zachodzi zatem konieczność monitorowania w czasie każdego zabiegu chorych z zaburzeniami rytmu serca i niedokrwieniem mięśnia serca. Skutkiem stosowania EW w wieku podeszłym mogą być większe dysfunkcje procesów poznawczych, istnieje też większe ryzyko wystąpienia zaburzeń świadomości (po zabiegu). Stąd konieczność dłuższych przerw między zabiegami.

Na zakończenie trzeba wspomnieć, że zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa

Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. (Dz.U. nr 100, poz. 503), wydanym na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wykonanie EW wymaga zgody na piśmie wyrażonej przez pacjenta i dołączenie jej do dokumentacji medycznej pacjenta. Lekarz jest obowiązany poinformować chorego o dających się przewidzieć skutkach tych zabiegów.

PIŚMIENNICTWO

1. Blaine J.D., Clare S.M.: Report of the NMIH-NIH Consensus Development Conference on Electroconvulsive Therapy. *Psychopharmacol. Bull.* 1986, 22, 445-452.
2. Bolwig T.G.: Biological treatments other than drugs. W: Sartorius N., de Girolamo G., German G.A., Eisenberg L. (red.): *Treatments of mental disorders*. American Psychiatric Press, Inc., Washington, London 1993, 91-112.
3. Fink M.: *Convulsive therapy*. Raven Press, New York 1979.
4. Krzyżowski J.: *Leczenie elektrowstrząsami*. Warszawa 1991.
5. Lock T.: ECT and obstetrics. W: Freeman C.P. (red.): *The ECT handbook. The second report of the Royal College of Psychiatrist's Special Committee on ECT*. Council Report CR 39, January 1995, Royal College of Psychiatrists, London, 22-23.
6. The practice of ECT: recommendations for treatment, training and privileging. American Psychiatric Association. Task force on ECT. *Convulsive Therapy*, Raven Press Ltd., New York 1990, 85-120.
7. Scott A.: ECT and depressive disorders. W: Freeman C.P. (red.): *The ECT handbook. The second report of the Royal College of Psychiatrist's Special Committee on ECT*. Council Report CR 39, January 1995, Royal College of Psychiatrists, London, 3-5.
8. Wilkinson D.: *Electroconvulsive therapy*. W: Copeland J.R.M., Abou-Saleh M.T., Blazer D.G. (red.): *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Wiley J. and Sons Ltd., 1994, 564-574.