

Statusartikel

Ugeskr Læger 2021;183:V05210435

Vedligeholdelses-ECT mod depression

Simone Normark, Krzysztof Gbyl & Poul Videbech

Psykiatrisk Center Glostrup

Ugeskr Læger 2021;183:V05210435

HOVEDBUDSKABER

- Vedligeholdelses-ECT (VECT) kan gives til patienter, der oplever tilbagefald i svær depression.
- Behandling med VECT giver ikke øget risiko for kognitive bivirkninger.
- Op til 50% af dem, der har modtaget VECT, oplever tilbagefald af depression efter ophør. Intensiv opfølgning efter VECT-ophør er nødvendig.

ECT er en sikker og effektiv behandling af flere psykiatriske sygdomme. Det er den mest effektive behandling for patienter med alvorlig depression eller depression med psykotiske symptomer [1]. ECT kan ligeledes tilbydes patienter, der har depression og ikke har haft tilstrækkelig effekt af anden behandling, samt patienter med høj og akut risiko for selvmord [2]. I sjældnere tilfælde kan ECT anvendes hos patienter med skizofreni, især ved utilstrækkelig effekt af antipsykotisk medicin [3]. Der er trods grundige undersøgelser ikke fundet tegn på, at ECT medfører skade på hjernevævet [4].

I den akutte fase administreres ECT typisk tre gange om ugen og i serier a 8-12 behandlinger. Vedligeholdelses-ECT (VECT) gives typisk med henblik på at undgå tilbagefald i depression, efter den akutte behandlingsserie er ophørt. VECT gives med varierende hyppighed, afhængigt af behovet hos patienten, der modtager behandlingen.

I denne artikel gives en up to date-vejledning for brugen af VECT.

INDIKATION FOR VEDLIGEHOLDELSES-ECT

I studier, hvor ECT administreres til patienter med svær depression, har det vist sig, at patienterne havde responsrater på 70-90% i den akutte fase [5], men op mod 60% oplevede tilbagefald af depression inden for de første seks måneder [1]. Den initiale behandling skal derfor almindeligvis efterfølges af behandling med antidepressiv medicin. En metaanalyse fra 2013 viste, at farmakologisk behandling reducerede risikoen for tilbagefald ca. 50% bedre end placebo [6]. Størstedelen af patienterne vil kunne klare sig med en sådan farmakologisk behandling post-ECT, mens en mindre undergruppe (10-15%) [7] vil opleve at få tilbagefald af depression på trods af dette. Andre patienter tåler ikke farmakologisk behandling [8]. Denne gruppe patienter vil det derfor være relevant at tilbyde behandling med VECT, evt. i kombination med farmakologisk behandling (hvis denne tåles) med henblik på at forebygge tilbagefald. Man har i flere undersøgelser påvist effektiviteten af VECT hos sådanne patienter [1].

VECT kan derfor overvejes til patienter, som [1] har responderet på ECT i den akutte fase, og som enten ikke tåler medikamentel behandling eller ikke tidligere har haft tilstrækkelig effekt af medikamentel behandling eller oplever tilbagefald af svær depression evt. med psykotiske symptomer (på trods af farmakologisk behandling) og

selv foretrækker VECT.

PRAKTIK I FORHOLD TIL VEDLIGEHOLDELSSES-ECT, ELEKTRODEPLACERING OG STRØMDOSIS

VECT kan foregå ambulant eller under indlæggelse. De fleste patienter behandles ambulant. Dette stiller visse krav til patienterne. Man skal sikre sig, at de kan overholde fasteregler forud for den generelle anæstesi, der administreres i forbindelse med ECT. Yderligere skal der arrangeres transport til og fra behandlingerne, da man ikke må føre bil 24 timer efter behandling med ECT [9].

Alle patienter, der modtager ambulant ECT, bør være tilknyttet en ambulant enhed med rutine i og viden om varetagelse af ECT. Her tages der stilling til patientens tilstand, eventuelle bivirkninger, samt om den igangværende hyppighed og strømdosis er sufficient for patientens fortsatte velbefindende [10]. Der skal tages stilling til, om der er behov for intensivering af den farmakologiske behandling, og om intervallet mellem behandlingerne med VECT skal mindskes – eller det modsatte, hvis patientens tilstand ændres [11]. Der bør være jævnlig kontakt mellem patient og ambulant behandler, minimum hver tredje måned og hyppigere, hvis patientens tilstand forværres, eller evt. bivirkninger er uacceptable (Tabel 1). Indikationen for fortsat behandling med VECT bør vurderes løbende f.eks. mindst en gang årligt.

TABEL 1 Oversigt over undersøgelser ved vedligeholdelses-ECT.

	Før hver VECT	Hver md.- hver 3. md. ^a	Hver 3. md. ^b	Årligt som minimum
Objektiv undersøgelse	X			
Ekg + blodprøver		X		
Ambulant kontrol			X	
Revurdering af indikation for VECT				X
Præanæstesiologisk vurdering	X			

ASA = American Society of Anesthesiologists, VECT = vedligeholdelses-ECT.

a) Afhængig af ASA-score.

b) Hyppigere ved behov.

Behandlingsproceduren ved VECT er identisk med den, der er anvendt ved den akutte behandling [7, 12]. Det anbefales således, at man benytter sig af samme elektrodeplacering og strømdosis, som patienten opnåede sufficente anfald på under den akutte behandling [12, 13]. Der kan med tiden være behov for at mindske strømdosis [13], da patienternes krampetærskel kan ændre sig i nedadgående retning ved mindre hyppig behandling. Dette er særlig vigtigt at være opmærksom på, hvis det er nødvendigt at minimere bivirkninger.

Tidligere studier giver ikke entydigt svar på, hvad den optimale hyppighed mellem behandlingerne er. I guidelines af ældre dato, f.eks. NICE-guidelines, beskrives generelt et interval mellem behandlinger på maksimalt én måned [8, 14], men hvis patienten ikke får tilbagefald af depressive symptomer, ses der intet til hindrer for, at man forlænger intervallet mellem behandlingerne.

Ved en workshop, der blev afholdt for the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatry Congress i 2017, diskuterede man anbefalinger for brug af VECT. Her foreslog man indledningsvis at forsøge at nedtrappe behovet for ECT ved at øge intervallerne mellem behandlingerne.

Et forslag kunne være, at man går fra én behandling ugentligt i f.eks. en måned til én behandling hver anden uge i 1-2 måneder og efterfølgende én behandling om måneden. Intervallet mellem behandlingerne afhænger bl.a.

af, hvor hurtigt, man har erfaring for, at den individuelle patient recidiverer. Hvis patienten tåler dette uden tegn på tilbagefald, kan man forsøge at øge intervallet til én behandling hver anden eller måske endda hver tredje måned [13].

Hvis patienten har været stabil og uden tegn på tilbagefald gennem en længere periode, kan man forsøge at udfase behandling med VECT helt [13]. Løbende klinisk vurdering af patientens habitualtilstand og egen oplevelse samt objektive vurderinger med vurderingsskemaer, f.eks. Hamilton Depression Scale, skal indgå i vurderingen af, om man skal genoptage eller ændre hyppigheden af VECT [11].

OPHØR MED VEDLIGEHOLDELSSES-ECT

Risiko for tilbagefald efter pludseligt ophør eller reduktion af VECT blev for nylig undersøgt hos 53 psykiatriske patienter, hvor næsten halvdelen fik VECT pga. depression (n = 26) [15]. Pga. COVID-19-pandemien fik 46 patienter i kohorten enten helt seponeret (n = 34) eller reduceret (n = 12) deres VECT, og kun de syv mest syge patienter fortsatte behandlingen uændret. Patienterne i de første to grupper blev signifikant mere syge inden for seks måneder end dem, der fortsatte VECT. I alt oplevede 59% af de 46 patienter markant forværring. Selvom resultaterne bør fortolkes forsigtigt bl.a. pga. de usædvanlige COVID-19-omstændigheder, stemmer de overens med resultaterne af retrospektive studier, hvor man har fundet 44-50% risiko for tilbagefald efter ophør med VECT [16, 17]. Risikoen ser ud til at være størst inden for tre måneder og stiger ved kortere tid siden den initiale behandlingsserie. En intensiv opfølgning efter VECT-ophør er derfor nødvendig.

SOMATISK VURDERING AF PATIENTER FORUD FOR VEDLIGEHOLDELSSES-ECT

Ved ordination af VECT foretager den ordinerende psykiater en grundig objektiv somatisk og neurologisk undersøgelse. Følgende parakliniske undersøgelser foretages: måling af koncentrationen af kreatinin, hæmoglobin, natrium, kalium, leukocytter, thyroideastimulerende hormon og C-reaktivt protein samt ekg. Formålet er at få et bredt indblik i patientens somatiske tilstand. Prøverne gentages rutinemæssigt og bør højst være 1-3 måneder gamle (afhængig af patientens American Society of Anaesthesiologists (ASA)-score) [9]. Eventuelle abnorme resultater vil næppe være en kontraindikation for behandlingen, men giver den behandlende læge og anæstesiologen mulighed for at være opmærksomme på mulige somatiske komplikationer.

På dagen for VECT gentages den objektive somatiske undersøgelse ved den tilstedeværende psykiater [9], og anæstesiologen foretager den præanæstesiologiske vurdering efter gældende vejledning.

Der findes ingen absolutte kontraindikationer for ECT-behandling, men visse ændringer i patienters somatiske tilstand (f.eks. graviditet, retinaløsning, cerebralt insult, fund af aneurismer, myokardieinfarkt, frakturer osv.) bør lede til revurdering af, om patienterne skal fortsætte med vanlig behandling, eller denne skal pauseres [7]. Sådanne tilstande og øvrige relative kontraindikationer bør konfereres med anæstesiaafdelingen og en relevant somatisk afdeling.

BIVIRKNINGER – PÅ KORT OG LANGT SIGT

De hyppigste bivirkninger efter ECT er konfusion og anterograd amnesi, mere sjældent ses retrograd amnesi [1]. Konfusionen er kortvarig, hvorimod amnesi som følge af ECT vil være af varierende sværhedsgrad fra patient til patient. Anterograd amnesi varer fra få dage til sjældnere få uger og vil gradvist aftage. Retrograd amnesi vil oftest være forbigående og vil overvejende være knyttet til hændelser, der tidsmæssigt ligger tæt på tidspunktet for den afgivne ECT-behandling. Det kan være vanskeligt at vurdere, om de tabte erindringer er en bivirkning af behandlingen, eller om det er en konsekvens af depressionen, der i sig selv reducerer det kognitive

funktionsniveau og den autobiografiske hukommelse [18, 19].

Forekomsten af de kognitive bivirkninger afhænger af flere individuelle og tekniske faktorer, såsom unilateral versus bilateral behandling og strømmdosis. Unilateral behandling kræver således flere behandlinger og højere strømmdosis for at opnå samme effekt, som opnås ved bilateral elektrodeplacering og lavere strømmdosis. Potentielle kognitive bivirkninger kan formindskes ved mindre hyppige behandlinger. Det er derfor nærliggende at antage, at intervallet mellem behandlingerne kan øges ved at give bilateral behandling [1].

Et studie har vist, at patienter, der fik VECT i en periode på over ti år, ikke oplevede tiltagende kognitiv forværring på trods af stigende antal ECT-behandlinger [20]. I et andet studie fandt man ingen forskel i kognition hos en gruppe personer, der hver især havde modtaget over 100 ECT-behandlinger, og en sammenlignelig kontrolgruppe, der aldrig havde modtaget behandling med ECT [21-23]. Disse resultater viser, at kognitive bivirkninger ikke akkumuleres i intensitet med stigende antal behandlinger.

Monitorering af kognitiv funktion hos patienter, der behandles med ECT, er vigtig. I en statusartikel fra 2018 i Ugeskrift for Læger [24] anbefales screeningsværktøjet the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP), hvormed man måler forstyrrelser i anterograd amnesi. Ved anvendelse af SCIP før og efter ECT er det muligt at identificere patienter med længerevarende kognitive bivirkninger, således at der kan tages højde for dette i patientens rehabilitering [1].

KONKLUSION

Ved gennemgang af litteraturen er der bred konsensus om, at patienter, der tidligere har haft effekt af en akut behandlingsserie med ECT for en svær depression eller depression med psykotiske symptomer og som ikke kan undgå tilbagefald på farmakologisk behandling alene, formentlig vil have gavn af at modtage VECT. Studier viser ligeledes, at VECT er en sikker behandling, som på trods af jævnlig anvendelse ikke giver patienten vedvarende kognitive bivirkninger.

Patienter, der modtager VECT, skal være tilknyttet en ambulant enhed, hvor der løbende tages stilling til effekt og bivirkninger. Behandlingshyppigheden tilpasses den enkelte patient. Patientens somatiske og psykiatriske tilstand vurderes med blodprøver, screeningsredskaber, objektiv vurdering samt patientens egne oplysninger. Indikation for at fortsætte med VECT bør vurderes minimum én gang årligt.

Bivirkninger ved behandlingen er, forståeligt, en faktor, der bekymrer patienterne. Et screeningsredskab såsom SCIP bør anvendes mere rutinemæssigt til at monitorere ECT-relateret anterograd amnesi. Dette vil formentlig føre til mere kvalificeret vurdering af risk-benefit-forhold for den enkelte patient.

Generelt er de studier, der ligger til grund for denne artikel, af ældre dato. Der er behov for nyere og mere omfattende studier, hvor de forskellige behandlingsmodaliteter stilles over for hinanden, samt yderligere forskning i bivirkninger ved VECT.

Korrespondance Simone Normark. E-mail: simonenormark@gmail.com

Antaget 23. september 2021

Publiceret på ugeskriftet.dk 20. december 2021

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2021;183:V05210435

SUMMARY

Continuation electroconvulsive therapy for depression

Simone Normark, Krzysztof Gbyl & Poul Videbech

Ugeskr Læger 2021;183:V05210435

Electroconvulsive therapy (ECT) is a highly effective treatment for depression. Continuation ECT (C-ECT) is indicated for patients suffering from severe, recurrent or treatment-resistant forms of depression who have responded to an index course of ECT. This review aims at giving an updated set of guidelines for the use of C-ECT for patients suffering from depression. The guidelines will describe which patients are likely to benefit from the treatment, what to consider before administering the treatments and potential adverse effects.

REFERENCER

1. Videbech P, Hjerrild S, Jørgensen A, Jørgensen MB. Dansk Psykiatrisk Selskabs ECT Vejledning. Dansk Psykiatrisk Selskab, 2020.
2. Bolwig T, Jensen HM. Elektrokonvulsiv terapi. Ugeskr Læger 2018;180:V11170893.
3. Bjørnshauge D, Hjerrild S, Videbech P. Electroconvulsive therapy practice in the Kingdom of Denmark. J ECT 2019;35:258-63.
4. Gbyl K, Videbech P. Electroconvulsive therapy increases brain volume in major depression: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 2018;138:180-95.
5. Rabheru K. Maintenance electroconvulsive therapy (M-ECT) after acute response: examining the evidence for who, what, when, and how? J ECT 2012;28:39-47.
6. Jelovac A, Kolshus E, McLoughlin D. Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: a meta-analysis. Neuropsychopharmacology 2013;38:2467-74.
7. Videbech P, Kjølby M, Sørensen T, Vestergaard P. Psykiatri, en lærebog om voksnes psykiske sygdomme, FADLs forlag, 2018.
8. Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv – ECT. Helsedirektoratet, Norge, 2017.
9. VIPportalen, ECT behandling, Region H. <https://vip.regionh.dk/vip/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?Open> (17. nov 2021).
10. Trevino K, McClintock SM, Husain MM. A review of continuation electroconvulsive therapy. J ECT 2010;26:186-95.
11. Brown E, Lee H, Scott D. Efficacy of continuation/maintenance electroconvulsive therapy for the prevention of recurrence of a major depressive episode in adults with unipolar depression: a systematic review. J ECT 2014;30:195-202.
12. Kellner CH, Obbels J, Sienaert P. When to consider electroconvulsive therapy (ECT). Acta Psychiatr Scand 2020;141:304-15.
13. Gill S, Kellner CH. Clinical practice recommendations for continuation and maintenance electroconvulsive therapy for depression. J ECT 2019;35:14-20.
14. Guidance on the use of electroconvulsive therapy. NICE Guidance, 2003.
15. Methfessel I, Besse M, Belz M, Zilles-Wegner D. Effectiveness of maintenance electroconvulsive therapy – evidence from modifications due to COVID-19 pandemic. Acta Psychiatr Scand 2021;144:238-45.
16. Huuhkak K, Viikki M, Tammentie T et al. One-year follow-up after discontinuing maintenance electroconvulsive therapy. J ECT 2012;28:225-8.
17. Cabelguen C, Caillet P, Poulet E et al. Recurrence after stopping maintenance electroconvulsive therapy: a retrospective case studies. J ECT 2020;36:265-71.
18. Bolwig T. Elektrokonvulsiv terapi ved behandling med depression. Ugeskr Læger 2007;169:1447-50.
19. Semkovska M, McLoughlin DM. Measuring retrograde autobiographical amnesia following electroconvulsive therapy: historical perspective and current issues. J ECT 2013;29:127-133.
20. Kirov G, Owen L, Ballard H et al. Evaluation of cumulative cognitive deficits from electroconvulsive therapy. Br J Psychiatry 2016;208:266-70.
21. Devanand D, Verma A, Tirumalasetti F, Sackeim H. Absence of cognitive impairment after more than 100 lifetime ECT treatments. Am J Psychiatry 1991;148:929-32.

22. Luccarelli J, McCoy TH Jr, Seiner SJ, Henry ME. Maintenance ECT is associated with sustained improvement in depression symptoms without adverse cognitive effects in a retrospective cohort of 100 patients each receiving 50 or more ECT treatments. *J Affective Disorders* 2020;271:109-14.
23. Bailine SH, Sanghani SN, Petrides G. Maintenance electroconvulsive therapy is not acute electroconvulsive therapy. *J ECT* 2019;35:1-2.
24. Petersen JZ, Miskowiak KW. Kognitive bivirkninger af ECT. *Ugeskr Læger* 2018;180:V09170688.