

Elektroconvulsieve therapie bij therapieresistente manie

M.E.C. NEVE, J. HUYSER, J.H. ESHUIS, J.G. STOROSUM

SAMENVATTING Een 25-jarige patiënte werd 6 weken gesepareerd vanwege suïcidaal en chaotisch gedrag tijdens een eerste manische episode. Zij reageerde onvoldoende op medicamenteuze behandeling (olanzapine 20 mg, clorazepinezuur 50 mg en lithium met een spiegel van 0,9 mmol/l). Na eenmalige elektroconvulsieve therapie was haar toestand zodanig verbeterd dat separatie niet meer nodig was. Ongeveer 4 weken later kon zij met medicatie (olanzapine 10 mg) in een psychiatrisch redelijke toestand overgedragen worden aan de ambulante zorg. Elektroconvulsieve therapie kan een snelle verbetering bewerkstelligen bij een (therapieresistente) manie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)11, 851-854]

TREFWOORDEN elektroconvulsieve therapie, manie, therapieresistent

Elektroconvulsie therapie (ECT) is een werkzame behandeling bij een therapieresistente en ernstige depressie (UK ECT Review Group 2003). Het lijkt er echter op dat men soms vergeet dat ECT in het premedicamenteuze tijdperk ook bij de behandeling van manie succesvol aangewend werd (Fink 2006). ECT bij manie laat een snelle verbetering zien, waardoor medicatie en/of separatie vanwege agressief en/of suïcidaal gedrag soms niet nodig is (Bond 1980; Fink 1999; Kramp & Bolwig 1981).

GEVALSBESCHRIJVING

Een 25-jarige vrouw die voor de eerste keer in haar leven een manische episode doormaakte, werd in verband met de ernst van deze episode, aanvankelijk vrijwillig, opgenomen.

Zij was bij opname tachyfreen, verhoogd associatief en expansief met een gespannen eufore stemming. Eenmaal op de afdeling werd zij gesepareerd in verband met suïcidaal, chaotisch en druk gedrag en omdat ze overgevoelig reageerde op externe prikkels. Voor deze separatie werd een

inbewaringstelling (IBS) aangevraagd, die vervolgens werd afgegeven.

Het lichamelijk onderzoek en een MRI van het cerebrum lieten geen afwijkingen zien. Er waren geen relevante laboratoriumafwijkingen. De tests op drugs waren negatief en de familieanamnese was blanco voor bipolaire en schizofrene stoornissen.

Patiënte werd aanvankelijk behandeld met lithiumcarbonaat en clorazepinezuur 50 mg. Later werd hier olanzapine 20 mg aan toegevoegd. Drie weken na opname was de lithiumspiegel 0,93 mmol/l en weer 3 weken later 0,91 mmol/l. Er werd om de volgende redenen besloten ECT toe te passen: een klinisch relevante verbetering bleef uit, verdere farmacologische alternatieven voor het verkrijgen van een snelle response leken niet aantrekkelijk, en een nog langer separeerverblijf werd onaanvaardbaar geacht. Patiënte stemde echter niet in met het voorgestelde behandelbeleid. Een onafhankelijke psychiater gaf een *second opinion* en bevond haar wilsonbekwaam. De ouders van de patiënte werden geïnformeerd; zij waren het eens

met de indicatie voor ECT-behandeling. De lithiummedicatie werd binnen 48 uur gestopt in verband met de non-respons en de kans op neurotoxiciteit (Dolenc & Rasmussen 2005). De clorazepinezuur werd geheel afgebouwd en de olanzapine werd in een dosering van 20 mg voortgezet.

Gezien de ernst van het beeld werd gestart met een bilateraal uitgevoerde ECT met de Thyatron DG. Aan de hand van de leeftijdsmethode (Abrams & Schwartz 1989) werd de stimulusdosering bepaald op 25%. Als anestheticum werd 16 mg etomidaat gebruikt en 50 mg succinylcholine. De duur van het motorische insult bedroeg 76 s.

Al na de eerste ECT was patiënte dusdanig opgeknapt dat separeren niet meer nodig was. Zij was niet meer suïcidaal en verzocht de behandelaren af te zien van verdere ECT, vanwege haar angst voor het risico van de narcose. Dit verzoek werd gerespecteerd, ook omdat bleek dat het psychiatrische symptomenbeeld sterk verbeterde in de dagen die volgden na de eenmalige ECT. Ongeveer een week later kon patiënte overgeplaatst worden naar onze halfgesloten afdeling. Daar vertelde zij last te hebben van piekeren, concentratieverlies, vermoeidheid en sufheid. Op verzoek van de patiënte werd hierop de olanzapine verlaagd naar 10 mg/dag. Twee weken later werd zij in een psychiatrisch redelijke conditie overgedragen aan de ambulante zorg. Zij had bij ontslag nog last van enkele depressieve symptomen, maar was niet suïcidaal. Vier weken na ontslag voldeed zij aan de criteria van een matig ernstige depressieve stoornis.

BESPREKING

Bovenbeschreven patiënte werd zes weken gesepareerd vanwege suïcidaal en chaotisch gedrag in het kader van een eerste manische episode. Zij reageerde onvoldoende op een medicamenteuze behandeling. Na eenmalige ECT was haar toestand zodanig verbeterd, dat separatie niet meer nodig was. De mogelijkheid bestaat echter dat de verbetering niet door de ECT werd bewerkstelligd, maar door andere factoren, zoals het snelle stop-

pen met het lithium of het natuurlijke beloop van de episode. De snelle respons op ECT bij manie wordt echter ook door anderen gerapporteerd (Bond 1980; Fink 1999; Kramp & Bolwig 1981). Een kanttekening hierbij is dat een snelle respons niet hetzelfde is als een duurzaam effect.

Na de eerste keer ECT was er geen volledig herstel van het manische beeld en bestond er een indicatie voor een verdere voortzetting van ECT. Patiënte weigerde dit. In de loop van 4 weken trad een klinisch relevante verbetering op, waarna de patiënte overgedragen werd aan de ambulante zorg. Als onderhoudsmedicatie gebruikte zij olanzapine 10 mg/dag.

Het gebruik van ECT bij de medicatieresistente manie wordt in de Richtlijn *Electroconvulsivetherapie* van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) (Van den Broek e.a. 2000) als een behandeloptie gezien. In de meeste gepubliceerde richtlijnen voor bipolaire stoornissen wordt ECT gezien als een bruikbare alternatieve strategie bij een ernstige of therapieresistente manie (Fountoulakis e.a. 2005). Ook in de Richtlijn *Bipolaire Stoornissen* van de NVVP (Nolen e.a. 2001) wordt ECT als een behandeloptie genoemd indien er sprake is van een ernstige manie met psychotische kenmerken, en/of de duur van de stoornis lang is en/of er uitputting dreigt.

Toch is in Nederland de toepassing van ECT bij manie beperkt. Enerzijds heeft dit te maken met het feit dat een effectieve farmacotherapie beschikbaar is, en anderzijds met het feit dat het problematisch is om van patiënten toestemming voor een ECT te krijgen.

Onderzoek naar de effectiviteit van ECT bij manie is beperkt. Mukherjee e.a. (1994) vatten de literatuur vanaf 1942 samen en komen op basis van gevalbeschrijvingen, retrospectieve en prospectieve onderzoeken tot de conclusie dat bij 80% van de 589 onderzochte patiënten een klinische verbetering of remissie werd bereikt. In de meeste gevallen vond de ECT plaats bij patiënten die onvoldoende reageerden op farmacotherapie.

Slechts 3, al wat oudere, prospectieve gecontroleerde onderzoeken zijn verricht naar de effec-

tiviteit van ECT bij manie. In totaal ging het om 91 patiënten (Mukherjee e.a. 1988, 1994; Small e.a. 1988). In deze onderzoeken werd de effectiviteit van ECT vergeleken met die van lithium (Small e.a. 1988), met die van de combinatie lithium en haloperidol (Mukherjee e.a. 1988, 1994) en met die van chloorpromazine (Sikdar e.a. 1994). Vergeleken met lithium en/of antipsychotica bleek ECT effectiever en/of sneller.

In de afgelopen 12 jaar zijn er geen gerandomiseerde onderzoeken verricht naar de effectiviteit van ECT bij therapieresistente manie.

Bij de hierboven besproken patiënte was sprake van ECT als dwangbehandeling. Bij patiënten met een manie is het vaak moeilijk *informed consent* te verkrijgen vanwege geen of een beperkt ziekte-inzicht. Bij de toepassing van ECT bij (de therapieresistente) manie zal het daarom in de meeste gevallen gaan om een dwangbehandeling waarbij het gevaarscriterium bijvoorbeeld algemeen uitputting of suïcidaal gedrag is. Verder is de algemene regelgeving over dwangbehandeling ook op ECT van toepassing (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2000). Enige jaren geleden werd in dit tijdschrift een gevalsbeschrijving gepubliceerd van een depressieve patiënt die ECT als dwangbehandeling onderging. Hierbij werden de criteria en juridische aspecten besproken waarmee in Nederland rekening moet worden gehouden bij de uitvoering van een ECT als dwangbehandeling (Kats e.a. 2003).

Uit cohortonderzoeken komt naar voren dat bij opgenomen patiënten met een manie of met een gemengde episode, een kortere duur van de ziekte-episode een gunstiger effect heeft op het ziektebeloop, wat betreft het herstel en de terugval (Birmaher e.a. 2006; Keck e.a. 1998; Tohen e.a. 2003). Het is echter onduidelijk of deze bevinding betrekking heeft op de eigenschappen van de ziekte zelf of op de adequaatheid van de behandeling. Dit gegeven vormt, naast het vermijden van separatie en overmedicatie, een extra reden om sneller ECT in te zetten bij een therapieresistente manie.

Het is onze indruk dat er een grote mate van terughoudendheid is bij het indiceren van een

ECT als dwangbehandeling in vergelijking met andere dwangmaatregelen. De vraag is of deze terughoudendheid juist is.

CONCLUSIE

De bevindingen met de bovenbeschreven patiënte komen overeen met ervaringen uit het verleden en de beperkte literatuur betreffende de behandeling van een manie met ECT. Bij een (therapieresistente) manie kan ECT een aangewezen behandeling zijn. De snelle werking kan een verblijf in een separeer verkorten of zelfs afwenden en het gebruik van extra medicatie beperken.

LITERATUUR

- Abrams, R., & Schwartz, C.M. (1989). *ECT Instruction Manual for the Thyatron DG*. Chicago IL, Somatics.
- Birmaher B., Axelson D., Strober, M., e.a. (2006). Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 175-183.
- Bond, T.C. (1980). Recognition of acute delirious mania. *Archives of General Psychiatry*, 37, 553-554.
- Broek, W.W. van den, Huysen, J., Koster, A.M., e.a. Commissie Kwaliteitszorg van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2001). *Richtlijn Electroconvulsietherapie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Dolenc, T.J., & Rasmussen, K.G. (2005). The safety of electroconvulsive therapy and lithium in combination; a case series and review of the literature. *The Journal of ECT*, 21, 165-170.
- Fink, M. (1999). Delirious mania. *Bipolar Disorders*, 1, 54-60.
- Fink, M. (2006). ECT in therapy-resistant mania: does it have a place? *Bipolar Disorders*, 8, 307-309.
- Fountoulakis, K.N., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., e.a. (2005). Treatment guidelines for bipolar disorder: a critical review. *Journal of Affective Disorder*, 86, 1-10.
- Kats, S., Bruijn, J.A., Blondeau, M.J.C.E., e.a. (2003). Elektroconvulsietherapie als dwangbehandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1, 45-49.
- Keck, P.E., McElroy, S.L., Strakowski, S.M., e.a. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 646-652.
- Kramp, P., & Bolwig, T.G. (1981). Electroconvulsive therapy in acute delirious states. *Comprehensive Psychiatry*, 22, 368-371.
- Mukherjee, S., Sackeim, H.A., & Schnur, D.B. (1994). Electroconvulsive

therapy of acute manic episode: a review of 50 years' experience.

The American Journal of Psychiatry, 151, 169-176.

Mukherjee, S., Sackeim, H.A., & Lee, C. (1988). Unilateral ECT in the Treatment of Manic Episodes. *Convulsive Therapy*, 4, 74-80.

Nolen, W.A., Knoppert-van der Klein, E.A.M., Honig, A., e.a. (2001). Richtlijn Bipolaire stoornissen. Commissie Kwaliteitszorg van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Sikdar, S., Kulhara, P., Avasthi, A., e.a. (1994). Combined chlorpromazine and electroconvulsive therapy in mania. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 806-810.

Small, J.G., Klapper, M.H., Kellams, J.J., e.a. (1988). Electroconvulsive therapy compared with lithium in the management of manic states. *Archives of General Psychiatry*, 45, 727-732.

Tohen, M., Zarate, C.A., Hennen, J., e.a. (2003). The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 2099-2107.

UK ECT review Group. (2003). Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 361, 799-808.

AUTEURS

M.E.C. NEVE is als arts in opleiding tot psychiater verbonden aan het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam, afdeling psychiatrie.

J. HUYSER is als psychiater werkzaam bij het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam, afdeling psychiatrie.

J.H. ESHUIS is als anesthesist verbonden aan het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam, afdeling anesthesie.

J.G. STOROSUM is als psychiater werkzaam bij het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam, afdeling psychiatrie.

Correspondentieadres: mevr. M.E.C. Neve, AMC de Meren, ambulanc centrum Nienoord, Nienoord 2, 1112 XG Diemen.

E-mail: m.e.neve@amc.uva.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-5-2007.

SUMMARY

Electroconvulsive therapy in therapy-resistant mania. A case study – M.E.C. Neve, J. Huyser, J.H. Eshuis, J.G. Storosum –

A 25-year-old woman was separated for 6 weeks on account of her suicidal and chaotic behaviour occurring within the framework of a first manic episode. Her response to medication (olanzapine 20 mg, clorazepate 50 mg and lithium (serum level 0.9 mmol/l)) was inadequate. After only one ECT treatment her condition had improved to such an extent that she no longer needed to be isolated. After about 4 weeks her mental condition was reasonably good; her medication consisted only of 10 mg of olanzapine and she could be transferred to out-patient care. ECT can bring about rapid improvement in patients with therapy-resistant manic symptoms.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)11, 851-854]

KEY WORDS electroconvulsive therapy, mania, resistant, therapy