

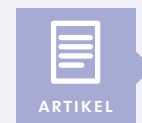
De impact van elektroconvulsietherapie op opnameduur bij ouderen: retrospectief dossieronderzoek

M.F. KLUIVER, L. VAN DIERMEN, Y. MADANI, D. SCHRIJVERS

- ACHTERGROND** Het verkorten van de opnameduur van oudere psychiatrische patiënten is van groot belang. De rol van elektroconvulsietherapie (ECT) hierin is nog onduidelijk.
- DOEL** Exploreren van de impact van ECT op opnameduur van ouderen (> 60 jaar) met een depressieve stoornis.
- METHODE** Alle dossiers van patiënten met een diagnose van ernstige depressieve stoornis, ontslagen van gerontopsychiatrische afdelingen van april 2009 tot december 2017, werden verzameld. Twee groepen werden geselecteerd: zij die geen ECT ontvingen hoewel beschikbaar (geen-ECT-groep; n = 170) en zij die ECT ontvingen binnen 3 weken na opname (ECT<3wk-groep; n = 60). Als primaire uitkomstmaat werd de opnameduur gebruikt.
- RESULTATEN** Er werd geen significant verschil in opnameduur gevonden tussen de geen-ECT-groep en de ECT<3wk-groep (gemiddelden 90,3 (SD: 109,2) en 86,4 (SD: 70,9) dagen; p = 0,798). De verdeling van diagnoses over de groepen was significant verschillend (p < 0,001) met psychotische kenmerken in 35,2% van de patiënten in de geen-ECT-groep en 72% in de ECT<3wk-groep.
- CONCLUSIE** ECT had geen significante invloed op de opnameduur bij ouderen met een ernstige depressieve stoornis. De duur tot de start van ECT alsook de aanwezigheid van psychotische kenmerken blijken belangrijke confounders waarmee rekening gehouden moet worden in verder onderzoek.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)3, 180-186

TREFWOORDEN depressie, elektroconvulsietherapie, opnameduur, ouderenpsychiatrie



ARTIKEL



Unipolaire depressie is de belangrijkste bron van de ziektelast in midden- en hoog-inkomenlanden wereldwijd (World Health Organization 2008). Voor matige tot ernstige depressie blijven psychosociale en farmacologische interventies de primaire behandeling in internationale richtlijnen zoals die van het National Institute for Health and Care Excellence (2009). Volgens de meeste richtlijnen dient elektroconvulsietherapie (ECT) te worden overwogen in geval van ernstige depressie met psychotische kenmerken, therapieresistente depressie of in geval van een acute, levensbedreigende indicatie zoals een hoog suïciderisico, weigering van vocht- of voedselinname en katatonie.

Deze genoemde indicaties waarvoor ECT overwogen dient te worden vergen doorgaans opname in een gespecialiseerde psychiatrische setting gedurende enkele weken tot verschillende maanden. Naast de economische kosten voor zowel patiënt als maatschappij, kan dit leiden tot sociale isolatie en verlies van autonomie, leidt het tot een lagere patiënttevredenheid dan ambulante programma's en zou het bovendien invloed kunnen hebben op de kwaliteit van leven (Thornicroft e.a. 2016).

Terugdringen van opnameduur blijkt een grote uitdaging in het huidige gezondheidszorgstelsel, met name in geval van oudere patiënten. Niet zelden is er bij ouderen sprake

van uitgestelde psychiatrische evaluatie en behandeling wegens depressieve klachten: deze klachten worden regelmatig verward met natuurlijke reacties op (lichamelijke en sociale) verliezen gerelateerd aan het verouderingsproces (Pruckner & Holthoff-Detto 2017).

Bovendien is het belangrijk om te bedenken dat met toenemende leeftijd de tolerantie voor antidepressiva vermindert, met een hoger risico op ernstige antidepressiva-gerelateerde bijwerkingen (Topiwala e.a. 2014), zeker wanneer er rekening wordt gehouden met het frequenter vóórkomen van lichamelijke comorbiditeit en polyfarmacie op latere leeftijd (Holvast e.a. 2017). Polyfarmacie verhoogt tevens de kans op farmacologische interacties (Boyce e.a. 2012) en op het ontstaan van *frailty* (Vaughan e.a. 2015), wat op zijn beurt weer een negatieve invloed heeft op het verloop van een depressie bij ouderen (Collard e.a. 2017). Beide factoren kunnen mogelijk ook bijdragen aan langdurige opnames bij deze doelgroep (Gandré e.a. 2017).

ECT blijkt een effectieve behandeloptie voor depressie op late leeftijd, met hogere leeftijd en aanwezigheid van psychotische symptomen als voorspellende factoren voor goede effectiviteit (van Diermen e.a. 2018). Het is bewezen dat men met ECT snel remissie kan bereiken en dit zelfs significant sneller dan bij patiënten die enkel behandeld worden met antidepressiva (Spaans e.a. 2015). Daarnaast lijken kortere ziekteduur en afwezigheid van medicamenteus falen hogere ECT-responsratio's te voorspellen (Haq e.a. 2015).

Vanuit een socio-economisch perspectief is de opnameduur een goede maat voor het gebruik van de beschikbare bedden en de gerelateerde kosten. Indirect geeft het mogelijk ook een indruk van behandelduur, met name in de acute fase van de ziekte. Voor ernstige depressie bij ouderen zijn er geen Europese cijfers voor gemiddelde opnameduur voorhanden, laat staan voor het verschil in opnameduur wanneer ECT werd toegepast.

Bij volwassenen werd recent een kleine studie uitgevoerd in de Verenigde Staten, waarin men de opnameduur van patiënten met een depressieve stoornis behandeld met ECT vergelijkt met de gebruikelijke behandeling. Daarbij werd geen significant verschil in opnameduur geconstateerd (met ECT 20,7 dagen, zonder ECT 20,6 dagen; $F = 0,3$; $p = 0,87$) (Slade e.a. 2017). Bij volwassenen met een bipolaire stoornis werden significante correlaties aangetoond tussen de opnameduur en het aantal dagen tussen opname en het starten van ECT (lineaire regressietest: $r^2 = 0,58$; $p < 0,01$) (Nakamura e.a. 2015).

Hoewel er slechts beperkte evidentie voorhanden is, met name voor patiënten met een depressieve stoornis, tonen de beschikbare studies over de impact van ECT op de opnameduur aanwijzingen voor een positief effect ervan.

AUTEURS

MARLIEKE KLUIVER, ten tijde van het schrijven van dit artikel: arts in opleiding tot psychiater; thans: psychiater, Psychiatrisch Ziekenhuis Multiversum, campus Amedeus, en universiteitsdepartement SINAPS, Universitair Psychiatrisch Centrum Duffel.

LINDA VAN DIERMEN, psychiater, Psychiatrisch ziekenhuis Bethanië, Zoersel; Universiteitsdepartement SINAPS, Universitair Psychiatrisch Centrum Duffel, en Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen, Campus Drie Eiken.

YAMINA MADANI, psychiater, Universitair Psychiatrisch Centrum Duffel.

DIDIER SCHRIJVERS, psychiater, Universiteitsdepartement SINAPS, Universitair Psychiatrisch Centrum Duffel, en CAPRI, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen, Campus Drie Eiken.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Marlieke Kluijver, Psychiatrisch Ziekenhuis Multiversum campus Amedeus, Deurnestraat 252, 2640 Mortsels, België.
E-mail: marlieke.kluijver@fracarita.org

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-9-2019

Binnen de context van vermaatschappelijking beogen we met dit project een eerste exploratieve stap te zetten om de impact te onderzoeken van toepassing van ECT op de opnameduur van ouderen met een majeure depressie, om zo handvatten te kunnen bieden voor toekomstig onderzoek.

Om deze reden voerden we een retrospectief dossieronderzoek uit in één van de grotere Belgische psychiatrische ziekenhuizen met een ECT-unit, zowel voor als na beschikbaar worden van een lokale ECT-behandeling. Daarbij verzamelden we beschikbare demografische, klinische en opname- en specifieke behandelparameters. Aangezien bewezen is dat men met ECT sneller remissie bereikt dan met antidepressiva bij patiënten met een ernstige depressie, verwachten wij dat het toepassen van ECT in het eigen centrum de opnameduur zal verkorten, hoewel veel andere factoren eveneens een invloed kunnen hebben op deze verwachting.

PATIËNTEN EN METHODEN

Studiepopulatie

Deze studie werd uitgevoerd in het Universitair Psychia-

trisch Centrum Duffel (UPC Duffel), dat beschikt over een ECT-unit waar jaarlijks ongeveer 1500 ECT-behandelingen worden uitgevoerd, bij ongeveer 100 verschillende patiënten. De ECT-unit werd opgericht in 2012. Daarvoor werden patiënten bij wie ECT nodig was, overgebracht naar een naburig psychiatrisch centrum.

Alle patiënten opgenomen op de twee opnameafdelingen voor patiënten van 60 jaar en ouder kwamen in aanmerking voor inclusie. Door de selectie te beperken tot deze afdelingen, welke gedurende de onderzoeksperiode dezelfde opnamecapaciteit behielden, werd getracht het effect van potentiële confounders zoals leeftijd en behandelend psychiater (dezelfde op beide afdelingen) te minimaliseren. Om dezelfde reden werden enkel patiënten met een diagnose van ernstige, unipolaire of bipolaire, depressieve stoornis geselecteerd, volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association 2000).

We verzamelden zo veel mogelijk dossiers die aan deze criteria voldeden, voor patiënten ontslagen in de periode van april 2009 tot december 2017. Hierbij vermelden we dat er zo veel mogelijk opnames werden geïncludeerd, waaronder enkele heropnames van eenzelfde patiënt. Gedurende de onderzoeksperiode bleef het aantal opnameplaatsen voor deze doelgroep gelijk.

Procedure

Een retrospectief dossieronderzoek werd uitgevoerd. Voor alle patiënten registreerden we: leeftijd, geslacht, diagnose, opname- en ontslagdatum, opnameduur en aanwezigheid van een cognitieve stoornis (volgens DSM-IV-TR ingevuld door de behandelend arts). De uitkomsten van ernstmetingen werden geregistreerd indien beschikbaar (gezien de onregelmatige afname). Als primaire uitkomstmaat hanterden we de opnameduur in dagen. Voor alle patiënten die ECT ondergingen, verzamelden we informatie over de start van de behandeling, de farmacologische behandeling, het aantal ECT-sessies (acute of onderhoudsbehandeling), elektrodeplaatsing en gebruikte anesthetica.

In totaal werden 423 dossiers geselecteerd. Wegens het verschil in natuurlijk verloop van de aandoening alsook het relatief kleine aantal ($n = 36$) werden patiënten met een bipolaire stoornis geëxcludeerd. Gezien het doel van deze studie excludeerden we ook de opnames die op andere wijze eindigden dan door ontslag met toestemming van de behandelend psychiater, te weten door: overlijden tijdens opname ($n = 2$); transfer naar een algemeen ziekenhuis ($n = 21$) of naar een ander psychiatrisch ziekenhuis ($n = 4$), of ontslag tegen medisch advies ($n = 11$).

De overgebleven casussen ($n = 349$) werden opgedeeld in drie groepen: een groep patiënten opgenomen voordat ECT beschikbaar werd in het UPC Duffel (pre-ECT; $n = 82$), een

groep die geen ECT onderging terwijl deze wel beschikbaar was in het eigen centrum, (geen-ECT; $n = 170$) en een groep die werd behandeld met ECT (ECT; $n = 97$). De ECT-groep bestond zowel uit patiënten bij wie snel na opname ECT werd opgestart als uit patiënten die eerst farmacologisch behandeld werden en in een latere fase ECT ondergingen in geval van onvoldoende respons op de medicatie.

Teneinde de farmacologische behandeling te vergelijken met de ECT-gebaseerde behandeling en het interfererend effect van de farmacologische behandeling op de opnameduur bij gebruik van ECT te minimaliseren, deelden we de ECT-groep op in twee subgroepen: één groep waarbij ECT binnen de 3 weken na opname werd gestart (ECT < 3wk-groep; $n = 60$) en één groep waarbij ECT later dan 3 weken na opname werd gestart (ECT > 3wk-groep; $n = 37$), waarbij patiënten initieel farmacologisch (zonder ECT) werden behandeld. Vervolgens vergeleken we de patiënten bij wie snel met de ECT-behandeling werd gestart (ECT < 3wk) met de geen-ECT-groep.

ECT

De beslissing om te starten met de ECT-procedure werd, in samenspraak met patiënt en familie, genomen door de behandelend psychiater, waarna de ECT-psychiater naging of de patiënt in aanmerking kwam voor de behandeling (na onder andere afname van een electrocardiogram, alsook positieve uitslag van screening door een anesthesist en tandarts). ECT werd overwogen bij patiënten met ernstige symptomen wanneer een adequate proefbehandeling van andere acceptabele behandelmogelijkheden onvoldoende effectief was gebleken, psychotische kenmerken aanwezig waren, er sprake was van een potentieel levensbedreigend toestandsbeeld (katatonie, weigeren van voedsel- en vochtinname en/of suïcidaliteit) of ECT in het verleden reeds succesvol werd toegepast voor hetzelfde toestandsbeeld.

Aan de hand van recente richtlijnen (Van den Broek e.a. 2010) werd ECT uitgevoerd met rechts unilaterale (RUL) elektrodeplaatsing, of bilaterale plaatsing (BL, bitemporale ofwel bifrontale plaatsing) voor acute indicaties, met een Thymatron IV-systeem (Somatics LLC, VS). De stimulusdosis werd voor de eerste sessie berekend met de leeftijdsmethode voor de RUL elektrodeplaatsing en de schattingsmethode van de halve leeftijd voor de BL elektrodeplaatsing (Petrides & Fink 1996). Als anestheticum werd etomidat, propofol of esketamine gebruikt met succinylcholine als spierrelaxantium.

De behandeling bestond bij de start uit 2 ECT-sessies per week met een evaluatie van de behandeling door zowel de behandelend klinisch psychiater als de ECT-psychiater na elke 6de sessie om te bepalen of de behandeling diende te worden voortgezet, verminderd in frequentie of beëindigd.

Gegevensanalyse

Basale demografische en klinische kenmerken van de studiepopulatie werden geëxploreerd met gebruik van beschrijvende statistiek in JMP 13.0. Verschillen tussen de beoogde groepen – de geen-ECT-groep en de ECT-groep die binnen 3 weken na opname startte met ECT – werden onderzocht met gebruik van ANOVA-regressieanalyses (of wilcoxonanalyses indien de resultaten niet normaal verdeeld waren). χ^2 -analyse werd uitgevoerd om het verschil in verdeling van categorische variabelen tussen de beoogde groepen te vergelijken.

RESULTATEN

Demografische en klinische kenmerken van alle patiënten staan vermeld in **TABEL 1**.

Bij het vergelijken van de twee groepen waarin we geïnteresseerd waren (ECT < 3 weken na opname versus geen-ECT-groep) werd geen significant verschil in opnameduur gevonden ($p = 0,361$), met een gemiddelde opnameduur van 90,3 dagen voor de geen-ECT-groep en 86,4 voor de ECT < 3wk-groep. De ECT < 3wk-groep bevatte een significant hoger percentage patiënten met een depressie met psychotische kenmerken vergeleken met de geen-ECT-groep (die enkel met medicatie werd behandeld) ($\chi^2 = 23,727$; $p < 0,001$). Er bestond tussen de twee groepen geen significant verschil in aanwezigheid van een cognitieve stoornis. Er is een aanzienlijk verschil in opnameduur tussen de

patiënten die ECT startten kort na opname (< 3 weken) en diegenen die startten met ECT > 3 weken na opname. Bij vergelijking van deze twee groepen ging het om een significant verschil ($\chi^2 = 23,920$; $p < 0,001$). De opnameduur was nog langer voor de pre-ECT-groep (203,7 dagen), hoewel het verschil in vergelijking met de meer recente groep die eerst medicatie kreeg en pas nadien ECT onderging (de ECT > 3wk-groep) niet zeer significant werd bevonden ($\chi^2 = 4,772$; $p = 0,029$). Indien de pre- en post-2012-groepen (ECT < 3wk-, ECT > 3wk- en geen-ECT-groep) werden vergeleken, zagen we een significante verkorting van de opnameduur sinds de opstart van het ECT-centrum ($\chi^2 = 10,940$; $p = 0,001$).

Ernstmaten en acute indicaties voor ECT waren onvoldoende duidelijk geregistreerd om te includeren in de resultaten. De positionering van de elektroden en het toepassen van acute ofwel onderhouds-ECT werd wel geregistreerd, maar varieerde naargelang het klinisch functioneren van de patiënt, waardoor hiervoor geen duidelijke data konden worden verzameld.

DISCUSSIE

Met dit retrospectieve dossieronderzoek tonen wij aan dat de opnameduur in het ziekenhuis voor oudere opgenomen patiënten met een depressieve stoornis niet significant korter is bij behandeling met ECT in vergelijking met een farmacologische behandeling. Echter, de groep die met ECT startte binnen 3 weken na opname bevatte een significant

TABEL 1 Demografische en klinische kenmerken per groep

	Pre-ECT	Geen-ECT	ECT		Vergelijking geen-ECT met ECT < 3 wk	
			< 3 wk	> 3 wk	Statistische toets	p
N	82	170	60	37		
Leeftijd, gemiddelde (SD), j	72,91 (7,47)	75,15 (7,53)	71,50 (6,87)	73,03 (6,55)	F = 10,886	0,001
Geslacht vrouw (%)	57 (70)	124 (72,9)	41 (68)	25 (68)	$\chi^2 = 0,464$	0,496
Diagnose (%)					$\chi^2 = 23,727$	< 0,001
UP NP	60 (73)	110 (64,7)	17 (28)	9 (24)		
UP P	22 (27)	60 (35,3)	43 (72)	28 (76)		
Opnameduur, gemiddelde (SD) uitersten, in d	203,68 (362,55) 13-2437	90,30 (109,17) 1-845	86,43 (70,95) 10-413	157,57 (91,79) 57-425	$\chi^2 = 0,836$	0,361
Opnameduur tot start ECT, gemiddelde (SD), in d			8,77 (6,47)	53,54 (24,13)		
Cognitieve stoornis (%)						
Ja	1 (1)	13 (7,6)	6 (10)	12 (29)	$\chi^2 = 0,324$	0,569

UP NP = unipolaire depressie zonder psychotische kenmerken; UP P = unipolaire depressie met psychotische kenmerken; SD = standaarddeviatie; j = jaren; d = dagen; < 3 wk = gestart binnen 3 weken na opname; > 3 wk = gestart meer dan 3 weken na opname

hoger percentage ouderen met een depressie met psychotische kenmerken dan de groep die niet werd behandeld met ECT.

Psychotische depressie gaat gepaard met ernstiger depressieve symptomen dan niet-psychotische depressie (Jääskeläinen e.a. 2018) en hoewel globale uitkomsten doorgaans slechter blijken te zijn in aanwezigheid van psychotische symptomen, waren de verschillen volgens de genoemde review niet significant. Hoewel men om deze redenen zou kunnen verwachten dat psychotische depressie leidt tot een langere opnameduur dan depressie zonder psychotische kenmerken, konden we geen specifieke onderzoeken waarin men de opnameduur vergeleek tussen psychotische en niet-psychotische depressie.

Onze studie toonde een gering verschil met een 4 dagen kortere opnameduur in de ECT < 3wk-groep dan in de geen-ECT-groep, hoewel niet significant ($p = 0,361$). Aangezien er niet (voldoende) ernstmaten beschikbaar waren, konden we niet nagaan of het in de ECT < 3wk-groep ging over patiënten die op basis van hun klinische kenmerken, bijvoorbeeld katatonie, vermoedelijk gunstiger zouden reageren op ECT. Het wordt echter al jaren gesuggereerd dat psychotische depressie wellicht zelfs als een volledig andere ziekte-entiteit moet worden beschouwd (Jääskeläinen e.a. 2018).

Het is waarschijnlijk dat de aanwezigheid van significant meer ouderen met een depressie met psychotische kenmerken dan met depressie zonder psychotische kenmerken in de ECT < 3wk-groep voortvloeit uit een selectiebias. Immers, zoals eerder genoemd, is de aanwezigheid van psychotische symptomen een predictor voor respons op ECT bij patiënten met een depressie. De grotere standaarddeviatie voor de opnameduur in de geen-ECT-groep heeft hierbij mogelijk bijgedragen aan de non-significantie van de resultaten. Het verschil in leeftijd tussen de twee groepen, zij het beperkt significant ($p = 0,001$), kan eveneens hebben bijgedragen aan het verschil in opnameduur en bemoeilijkt de interpretatie van de resultaten. Men zou bijvoorbeeld enerzijds kunnen verwachten dat de hogere gemiddelde leeftijd in de geen-ECT-groep wegens polyfarmacie en frailty tot langere opnames zou kunnen leiden, anderzijds is oudere leeftijd ook een goede predictor van respons op ECT (van Diermen e.a. 2018).

Vergelijking met ander onderzoek

De enige vergelijkbare studie van opnameduur bij oudere patiënten met een depressieve stoornis toont een vergelijkbaar resultaat (Matsumoto e.a. 2014), hoewel deze studie werd uitgevoerd in Azië, waardoor deze resultaten niet geëxtrapolerd kunnen worden naar de Belgische ggz-context. Deze studie toont bovendien dat falen van behandeling geassocieerd is met langere opnameduur bij depres-

sie op oudere leeftijd, wat nog meer nadruk legt op het belang van het overwegen van ECT vroeg in de behandeling van ouderen met een depressie, met name bij aanwezigheid van psychotische kenmerken.

De pre-ECT-groep had in deze studie de langste opnameduur, met een significant langere duur dan in de groep die pas met ECT werd behandeld minstens 3 weken na opname, en heeft een aanzienlijk grotere standaarddeviatie. Een mogelijke verklaring hiervoor kan worden gezocht in de vermaatschappelijkingsbeweging met een behoefte aan minimaliseren van de gemiddelde opnameduur, naast het uitbouwen van lokale ambulante alternatieven. Hierbij dienen we nog te bedenken dat er zich patiënten bevinden in de groep die laat startte met ECT die misschien wel in aanmerking zouden zijn gekomen voor ECT, maar die zelf of bij wie familie de voorkeur gaven aan uitputten van medicamenteuze opties alvorens ECT werd toegepast.

Aangezien een recente studie toont dat het aanbieden van ECT een verbetering geeft in de voor kwaliteit gecorrigeerde overlevingswinst bij therapieresistente depressie, kan eerdere introductie van ECT in het behandeltraject in deze groep de uitkomsten verbeteren en wanneer toegepast na twee gefaalde farmacologische behandelingen werd de gezondheidseconomische waarde van ECT zelfs gemaximaliseerd (Ross e.a. 2018).

Beperkingen

De meest voor de hand liggende methodologische beperking van deze studie is de retrospectieve aard ervan, welke associaties oplevert in plaats van causaal verband. In deze studie waren we in staat om een wezenlijk aantal casussen te includeren binnen een relatief homogene groep van oudere patiënten met een ernstige depressie. Doordat we afhankelijk waren van de reeds verzamelde informatie, viel in de meeste casussen echter nauwelijks informatie over het ziektebeloop en eerdere behandelingen met oog op therapieresistentie terug te vinden. Hiernaast konden we de notities van de behandelaars niet controleren op juistheid.

Bovendien ontstond de nodige heterogeniteit in verschillende factoren, doordat het natuurlijk verloop van de behandelingen werd gevolgd en er geen invloed uitgeoefend kon worden op hoe de behandeling verliep, welke data werden verzameld en hoe dit gebeurde. Dit gold bijvoorbeeld voor de plaatsing van de elektroden en de frequentie van ECT. De belangrijkste heterogeniteit bevindt zich echter in de verdeling van diagnoses binnen de twee voornamelijk vergeleken groepen.

Om conclusies te kunnen trekken op maatschappelijk vlak zijn de gegevens in deze studie helaas te beperkt. Dit betreffen immers zeer gecompliceerde berekeningen op het gebied van de economische kosten van het gehele tra-

ject van de patiënt (inclusief onder andere thuishulp, medicatiekosten en verlies aan economische activiteit door bijvoorbeeld mantelzorgers) en het aandeel van de residentiële ECT-behandeling hierin, maar ook over de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn ziektelast. Verder onderzoek op dit vlak is van belang indien de plaats van ECT in de richtlijnen van de behandeling van depressie zou worden geëvalueerd.

CONCLUSIES

Samenvattend: met onze studie konden we geen scherp omlinjende invloed van ECT op de opnameduur van oudere patiënten met een depressie aantonen. Het hogere percentage patiënten met een depressie met psychotische kenmerken in de ECT < 3wk-groep in vergelijking met de geen-ECT-groep is vermoedelijk toe te schrijven aan het natura-

listische karakter van de studie, veroorzaakt door een selectiebias aangezien ECT vaker wordt toegepast bij depressie met psychotische symptomen. Hoewel het niet volledig duidelijk is wat het effect is van snel gestarte ECT op de opnameduur van ouderen met een depressie, leek het moment waarop ECT werd gestart wel van belang te zijn.

Beide bevindingen zijn belangrijke aanwijzingen voor de opzet van toekomstig onderzoek naar de voorspellende factoren voor opnameduur bij oudere patiënten met een depressie en de rol van ECT hierin, alsook de gerelateerde gezondheidskosten voor deze specifieke patiëntenpopulatie. Daarnaast wijzen we in dit artikel ook op verschillende andere factoren waarmee men rekening moet houden bij het opzetten van dergelijk onderzoek.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Arlington: American Psychiatric Association; 2000.
- Boyce RD, Handler SM, Karp JF, Hanlon JT. Age-related changes in antidepressant pharmacokinetics and potential drug-drug interactions: a comparison of evidence-based literature and package insert information. *Am J Geriatr Pharmacother* 2012; 10: 139-50.
- van den Broek WW, Birkenhäger TK, de Boer D, Burggraaf JP, van Gemert B, Groenland THN, e.a. Richtlijn elektroconvulsietherapie. 2de ed. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.
- Collard RM, Arts MHL, Schene AH, Naarding P, Oude Voshaar RC, Comijs HC. The impact of frailty on depressive disorder in later life: Findings from the Netherlands Study of depression in older persons. *Eur Psychiatry* 2017; 43: 66-72.
- van Diermen L, van den Amelee S, Kamperman AM, Sabbe BCG, Vermeulen T, Schrijvers D, e.a. Prediction of electroconvulsive therapy response and remission in major depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2018; 212: 71-80.
- Gandré C, Gervais J, Thillard J, Macé J-M, Roelandt J-L, Chevreur K. The development of psychiatric services providing an alternative to full-time hospitalization is associated with shorter length of stay in French public psychiatry. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14.
- Haq AU, Sitzmann AF, Goldman ML, Maixner DF, Mickey BJ. Response of depression to electroconvulsive therapy: a meta-analysis of clinical predictors. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: 1374-84.
- Holvast F, van Hattem BA, Sinnige J, Schellevis F, Taxis K, Burger H, e.a. Late-life depression and the association with multimorbidity and polypharmacy: a cross-sectional study. *Fam Pract* 2017; 34: 539-45.
- Jääskeläinen E, Juola T, Korpela H, Lehtiniemi H, Nietola M, Korkeila J, e.a. Epidemiology of psychotic depression - systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2018; 48: 905-18.
- Matsumoto T, Kobayashi T, Kato S. Predictors of length of hospital stay for patients with late-onset depression in Japan. *Psychogeriatrics* 2014; 14: 124-31.
- Nakamura K, Iga J, Matsumoto N, Ohmori T. Risk of bipolar disorder and psychotic features in patients initially hospitalised with severe depression. *Acta Neuropsychiatr* 2015; 27: 113-8.
- National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management. 2009. nice.org.uk/guidance/cg90
- Petrides G, Fink M. The 'half-age' stimulation strategy for ECT dosing. *Convuls Ther* 1996; 12: 138-46.
- Pruckner N, Holthoff-Detto V. Antidepressant pharmacotherapy in old-age depression-a review and clinical approach. *Eur J Clin Pharmacol* 2017; 73: 661-7.
- Ross EL, Zivin K, Maixner DF. Cost-effectiveness of electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy/psychotherapy for treatment-resistant depression in the United States. *JAMA psychiatry* 2018; 75: 713-22.
- Slade EP, Jahn DR, Regenold WT, Case BG. Association of electroconvulsive therapy with psychiatric readmissions in US hospitals. *JAMA psychiatry* 2017; 74: 798-804.
- Spaans H-P, Sienaert P, Bouckaert F, van den Berg JF, Verwijk E, Kho KH, e.a. Speed of remission in elderly patients with depression: electroconvulsive therapy v. medication. *Br J Psychiatry* 2015; 206: 67-71.

- Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry* 2016; 15: 276-86.
- Topiwala A, Chouliaras L, Ebmeier KP. Prescribing selective serotonin reuptake inhibitors in older age. *Maturitas* 2014; 77: 118-23.
- Vaughan L, Corbin AL, Goveas JS. Depression and frailty in later life: a systematic review. *Clin. Interv. Aging* 2015; 10: 1947-58.
- World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. 2008. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html

SUMMARY

The impact of electroconvulsive therapy on the duration of elderly inpatient hospitalisation: a retrospective chart review

M.F. KLUIVER, L. VAN DIERMEN, Y. MADANI, D. SCHRIJVERS

BACKGROUND Reducing the length of hospital stay (LOHS) of elderly psychiatric patients is of great importance. The role of electroconvulsive therapy (ECT) in this process is still unclear.

AIM To explore the impact of ECT on the LOHS in elderly (>60 years) with major depressive disorder (MDD).

METHOD All charts of patients with a diagnosis of MDD, discharged from geriatric psychiatry wards from April 2009 to December 2017 were gathered. Two groups were further explored: those who did not receive ECT although available (no-ECT; n = 170) and those who received ECT within 3 weeks of admission (ECT<3wks; n = 60). As primary outcome measure LOHS was used.

RESULTS No significant difference in LOHS was observed between the no-ECT group and the ECT< 3wks group (mean 90.3 (SD: 109.2) and 86.4 (SD: 70.9) days; p=0.798). The distribution of diagnoses in the groups was significantly different (p<0.001) with psychotic features in 35.2% of patients in the no-ECT group and 72% in the ECT<3wks group.

CONCLUSIONS Electroconvulsive therapy did not significantly change LOHS in elderly with MDD. Time until starting ECT and the presence of psychotic features appear to be important confounders that need to be taken into account in further research.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)3, 180-186

KEY WORDS electroconvulsive therapy, geriatric psychiatry, length of stay, major depressive disorder