

Reactie op 'Combinatiebehandeling van elektroconvulsiotherapie met psychofarmaca'

De conclusie van Kho (2008) dat er voor het gebruik van psychofarmaca in combinatie met ECT per psychofarmacon een specifieke aanbeveling moet komen, lijkt ons niet juist.

Ten eerste is het aangehaalde advies in de richtlijn Elektroconvulsiotherapie vooral bedoeld voor de behandeling van een depressieve stoornis (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2000). Hoewel de auteur zich volgens de inleiding wil beperken tot dit indicatiegebied, betreft hij bij zijn advies ook publicaties over de behandeling van schizofrenie en andere psychiatrische aandoeningen die met ECT behandeld kunnen worden. Wij vinden dat de afwegingen wat betreft eventueel medicatiegebruik ten tijde van ECT onder andere afhankelijk zijn van de diagnose. Volgens ons is er een wezenlijk verschil tussen de indicatie depressie in het kader van een bipolaire dan wel een unipolaire stoornis. In de richtlijn van 2000 staat al vermeld dat de combinatie van ECT en antipsychotica effectiever is bij schizofrenie dan behandeling met antipsychotica alleen. Daarbij is de groep patiënten met schizofrenie een hele andere dan de groep patiënten met een depressie die voor ECT in aanmerking komt.

Ten tweede heeft de auteur 38 artikelen geselecteerd uit zijn literatuuronderzoek. Helaas worden de selectiecriteria niet vermeld. Er werden slechts 2 'dubbelblind' gerandomiseerde onderzoeken gevonden (Lauritzen e.a. 1996; Mayur e.a. 2000). Het eerstgenoemde onderzoek had als primaire vraagstelling de invloed van antidepressiva op terugvalpreventie na ECT. Tijdens de acute behandeling werden de patiënten al ingesteld op een antidepressivum. Dit onderzoek heeft een belangrijk bezwaar, dat ook consequenties heeft voor de interpretatie van de resultaten. Patiënten die imipramine niet verdroegen, kwamen in een groep waarbij paroxetine met placebo werd vergeleken. De andere herstelde groep kreeg gerando-

miseerd paroxetine of imipramine. In dit onderzoek is er selectiebias die de resultaten wat betreft tolerantie heeft vertekend en de blindering heeft gecompromitteerd (Lauritzen e.a. 1996). In deze studie wordt ook de medicamenteuze voorbehandeling niet beschreven.

Het tweede 'dubbelblinde' gerandomiseerde onderzoek was ook volgens de auteurs ervan niet dubbelblind en had als belangrijkste conclusie dat antidepressiva tijdens ECT geen therapeutisch voordeel gaven boven placebo (Mayur e.a. 2000). Het antidepressieve effect werd in de groep met ECT en een antidepressivum niet sneller bereikt dan in de groep met placebo tijdens de ECT. Terecht concluderen de auteurs dat voortzetten van de behandeling met antidepressiva tijdens de ECT geen voordelen heeft.

De andere gebruikte onderzoeken voor dit overzicht hadden meestal een andere primaire vraagstelling dan tolerantie van antidepressiva ten tijde van ECT. Bovendien werden niet in alle onderzoeken bijwerkingen systematisch onderzocht of vastgelegd. Zeker bij studies naar effectiviteit zijn deelnemers meestal geselecteerd volgens de in- en exclusiecriteria. Patiënten met somatische comorbiditeit, suïcidaliteit of psychotische kenmerken zijn meestal niet de favoriete kandidaten voor dit soort onderzoek.

Wat resteert, zijn alleen casusbeschrijvingen en retrospectief onderzoek zonder de primaire vraagstelling en zonder adequate opzet. Dit is weinig wetenschappelijke evidentie om medicatie die niet werkt en mogelijk de kans op complicaties, interacties en bijwerkingen verhoogt, te continueren bij depressieve patiënten die ECT ondergaan. Het staat niet onomstotelijk vast dat voor de behandeling van een depressieve stoornis de combinatie ECT-antidepressivum effectiever is dan ECT als monotherapie.

Bij een depressieve patiënt of een patiënt met een depressie in het kader van een unipolaire depressieve stoornis voldoet dus het advies van de richtlijn om de psychofarmaca te staken.

Betreffende benzodiazepines tijdens de ECT-behandeling doet Kho de aanbeveling om het ge-

bruik ervan tijdens de ECT te continueren. Hij haalt wel twee studies aan waarin men een slechter resultaat van unilaterale ECT vond tijdens benzodiazepinegebruik, maar hij concludeert desondanks dat dit probleem te ondervangen is door de ECT te doseren aan de hand van dosistitratie. Voor zover ons bekend is dit nog nooit onderzocht. En zelfs al zou deze conclusie juist zijn, dan is de kans groot dat patiënten doordat zij hoger gedoseerde ECT krijgen, meer cognitieve bijwerkingen hebben dan wanneer zij zonder benzodiazepines met alleen ECT waren behandeld.

Wat betreft lithium beveelt Kho aan om het gebruik van dit middel tijdens ECT te continueren en het pas bij het optreden van complicaties af te bouwen. Eerder in het artikel geeft hij echter aan dat er een aantal beschrijvingen van ernstige cognitieve bijwerkingen en andere complicaties is. Deze aanbeveling lijkt ons dan ook onjuist.

Wij concluderen dat dit literatuuroverzicht een gekleurde interpretatie is van een auteur die waarschijnlijk medicatie ten tijde van een ECT-behandeling continueert. Daarbij is er geen onderscheid gemaakt naar indicatie. Gezien het gebrek aan onderzoek naar de effectiviteit van en de tolerantie voor de combinatie van antidepressiva en ECT lijkt een dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek hiernaar zeer gewenst.

Vooralsnog is het raadzaam om vóór ECT voor een depressie alle psychofarmaca te staken.

LITERATUUR

- Kho, K. (2008). Combinatiebehandeling van elektroconvulsietherapie met psychofarmaca. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 99-104.
- Lauritzen, L., Odgaard, K., Clemmesen, L., e.a. (1996). Relapse prevention by means of paroxetine in ECT-treated patients with major depression: a comparison with imipramine and placebo in medium-term continuation therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 241-251.
- Mayur, P.M., Gangadhar, B.N., Subbakrishna, D.K., e.a., (2000). Discontinuation of antidepressant drugs during electroconvulsive therapy: a controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 58, 37-41.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2000). Richtlijn elektroconvulsietherapie. Amsterdam: Boom.

AUTEURS

W.W. VAN DEN BROEK is psychiater en werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC te Rotterdam.

T.K. BIRKENHÄGER is psychiater en werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC te Rotterdam.

E. PLUIJMS is psychiater en werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC te Rotterdam.

Correspondentieadres: dr. W.W. van den Broek, Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: w.w.vandenbroek@erasmusmc.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Is it advisable to combine electroconvulsive therapy (ECT) with psychotropics?'

ANTWOORD aan Van den Broek, Birkenhäger en Pluijms

In hun reactie op mijn artikel over de combinatie van elektroconvulsietherapie met psychofarmaca (Kho 2008) nemen Van den Broek en collega's een helder standpunt in: voor aanvang van ECT bij depressie dient men 'alle psychofarmaca te staken'. Zij baseren dit standpunt vooral op de gebrekkige evidentie voor een superieur antidepressief effect van de combinatiebehandeling ECT met psychofarmaca tegenover ECT als monotherapie. Zij hechten minder belang aan het ontbreken van literatuur over ernstige interacties tussen ECT en psychofarmaca.

Het ontbreken van bewijs voor een superieur effect van ECT plus psychofarmaca is onvoldoende reden om de toediening van alle psychofarmaca voor aanvang van ECT te stoppen. Het stoppen van de toediening van sommige psychofarmaca kan namelijk onttrekkingsverschijnselen geven. Om dit risico te verkleinen moet er voldoende tijd genomen worden voor de afbouw van psychofarmaca.

Er zijn echter situaties te bedenken waarbij men deze tijd niet heeft. Hoe zou men moeten handelen bij een ernstig suïcidale depressieve patiënt die reeds ingesteld is op antidepressiva en benzodiazepines? Volgens de richtlijn Elektrocon-

vulsietherapie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2000) dient men zo snel mogelijk ECT toe te passen om het risico op een geslaagde suïcide te verkleinen. Echter, volgens dezelfde richtlijnen, zo geven Van den Broek en collega's aan, moet men de behandeling met de antidepressiva en de benzodiazepines eerst afbouwen. Een veilige afbouw vergt tijd, wat het risico op suïcide weer verhoogt. In dit soort situaties is het goed om te weten dat ECT veilig gecombineerd kan worden met de meeste psychofarmaca.

Ook in minder acute situaties is het de vraag of alle psychofarmaca afgebouwd moeten worden. Als monotherapie onvoldoende effectief is, worden er vaak combinatiebehandelingen gegeven met psychofarmaca en/of psychotherapie, tenzij er aanwijzingen zijn voor een schadelijke interactie. Veel patiënten die in Nederland een indicatie voor ECT krijgen, hebben onvoldoende baat gehad bij monotherapie. Vormt ECT een uitzondering en is er grond voor de vrees voor interacties bij de combinatiebehandeling van ECT met psychofarmaca?

Van den Broek en collega's benadrukken dat er weinig studies gedaan zijn naar deze combinatiebehandelingen en dat de beschikbare studies van lage kwaliteit zijn, voornamelijk casuïstiek en retrospectieve studies. Ongewenste bijwerkingen of interacties van behandelingen worden echter vaak eerst gemeld in gevalsbeschrijvingen en retrospectieve studies voordat kwalitatief betere studies uitgevoerd worden. Het is daarom opmerkelijk dat er zo weinig meldingen zijn van ernstige interacties tussen ECT en psychofarmaca, terwijl deze combinatiebehandeling bekend is sinds de introductie van psychofarmaca in de jaren vijftig van de vorige eeuw. Het lijkt niet erg waarschijnlijk dat in deze lange periode stelselmatig ernstige interacties over het hoofd zijn gezien.

ECT-richtlijnen uit Frankrijk (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé 1998), Australië (Tiller & Lyndon 2003), het Verenigd Koninkrijk (Royal College of Psychiatrists 2005) en België (Sienaert e.a. 2006) geven daarom specifieke aanbevelingen voor de combinatiebe-

handeling van ECT met elk psychofarmacon, overeenkomstig mijn artikel. Zelfs in de Verenigde Staten, waar artsen vaak beducht zijn voor schadeclaims, wordt het standpunt van Van den Broek en collega's niet ingenomen (American Psychiatric Association 2001).

Het is noodzakelijk dat er in Nederland een discussie wordt gevoerd over de vraag welk psychofarmacon nu wel of niet gecombineerd kan worden met ECT. Een categorische afwijzing van de combinatiebehandeling van ECT met alle psychofarmaca is onwenselijk, is niet gebaseerd op de literatuur en is niet in overeenstemming met de internationale consensus.

LITERATUUR

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (1998). *Recommandations pour la pratique clinique: Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie*. Parijs: ANAES.
- American Psychiatric Association (2001). *The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training and Privileging*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2000). *Richtlijn elektroconvulsietherapie*. Amsterdam: Boom.
- Royal College of Psychiatrists (2005). *The ECT Handbook*. The third report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT. Council Report CR128. (2de druk). London: Royal College of Psychiatrists.
- Sienaert, P., De Fruyt, J., & Dierick, M. (2006). *Elektroconvulsietherapie. Aanbevelingen voor de praktijk*. Gent: Academia Press.
- Tiller, J.W.G., & Lyndon, R.W. (2003). *Electroconvulsive therapy: an Australasian guide*. Victoria: Australian Postgraduate Medicine.

AUTEUR

K.H. KHO is psychiater en vervangend A-opleider bij ggz Delfland te Delft.
 Correspondentieadres: dr. K.H. Kho, ggz Delfland, St Jorisweg 2, 2612 GA Delft.
 E-mail: k.kho@ggz-delfland.nl.