ECT: Aplicação na esquizofrenia

Ricardo Coentre
Médico Psiquiatra
Serviço de Psiquiatria
Hospital Vila Franca de Xira

05 de Junho de 2014

Hospital Beatriz Ângelo, Loures

ECT: Aplicação na Esquizofrenia

- ECT tratamento comum para depressão grave e refratária
- No passado ECT foi tratamento *standard* para a esquizofrenia, abandonada por melhoria da terapêutica antipsicótica (Cerletti and Bini, 1938)
- Uso de ECT na esquizofrenia diminuiu com a introdução da terapêutica antipsicótica
- Todavia ECT ainda oferecida a doentes com esquizofrenia resistente ao tratamento farmacológico – doentes relativamente frequentes
- 20 a 45% dos doentes com esquizofrenia respondedores apenas parcialmente à terapêutica antipsicótica

Kane JM. 1999. J Clin Psychiatry 60(Suppl 12):13 – 17.

ECT: Aplicação na Esquizofrenia Algumas questões

- Que doentes com esquizofrenia têm maior probabilidade de responder à ECT?
- Existem diferenças técnicas?
- Existe papel para o tratamento para além da fase aguda da doença?
- Qual é a base para combinação da ECT com medicação?

ECT aplicação na esquizofrenia

- É assim importante basear as decisões clinicas sobre a aplicação da ECT na esquizofrenia em estudos
- Muita da evidência em relação à esquizofrenia surge por extrapolação e a partir da aplicação da ECT à depressão

ECT: aplicação na Esquizofrenia
Que tipo de doentes com esquizofrenia são melhor candidatos a responder a ECT?

- *Doentes refractários à medicação antipsicótica*

- Não existe claro consenso em relação ao subgrupo de doentes pode beneficiar mais

Hustig H, Onilov R. 2009. Eur Psychiatry 24:521 – 525.

ECT: Aplicação na Esquizofrenia

Electroconvulsive therapy for schizophrenia (Review)

Tharyan P, Adams CE

Incluiu 26 estudos

Conclusões:

1)Melhorias clinicas claras em doentes com esquizofrenia tratados com ECT vs. *sham* ECT

2)Doentes tratados com ECT com menos recorrência no curto prazo mas com elevada recorrência a longo prazo

Tharyan P., Adams CE. The Cochrane Collaboration, 2009

ECT: Aplicação na Esquizofrenia

Available online at ScienceDirect www.sciencedirect.com
Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com
ELSEVIER MASSON
EUROPEAN PSYCHIATRY
European Psychiatry 24 (2009) 521–525

Original article

ECT rekindles pharmacological response in schizophrenia

H. Hustig [1], R. Onilov [2,*]

Central Northern Adelaide Health Service, Royal Adelaide Hospital, Adelaide, Australia

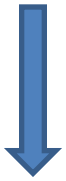
Received 13 November 2008; received in revised form 14 April 2009; accepted 15 April 2009
Available online 24 June 2009

- Estudo naturalistico
- N=27 doentes com esquizofrenia crónica refractários à terapeutica antipsicótica
- Refractários=falta de resposta ao fim de 6 semanas de tratamento antipsicótico incluindo clozapina
- CGI inicio e fim do estudo (12 meses após completar ECT)
- Terapeutica antipsicótica+ECT adjunto (nº variável)
- ECT bitemporal, 2 a 3x semana; uso de propofol;
- Resultados:
  - 37.1% melhoria após ECT continuando apenas com terapeutica farmacológica, especialmente com clozapina – ***"rekindling effect"***

ECT: aplicação na Esquizofrenia
Que tipo de doentes com esquizofrenia são melhor candidatos a responder a ECT?

- Doentes com sintomas afectivos

- *American Psychiatric Association* (APA 2001) propõe que os melhores candidatos a ECT são doentes com esquizofrenia com proeminentes sintomas depressivos, sintomas positivos ou sintomas catatónicos



Implicando que será a componente afectiva que responde ao ECT, não tendo efeito em sintomas como alucinações, ideais delirantes ou pensamento desorganizado

Johns CA, Thompson JW. 1995. Schizophr Bull 21:607 – 619.
American Psychiatric Association. 2001. Committee on Electroconvulsive Therapy.

ECT: Aplicação na esquizofrenia

- Outros estudos:
  - Sintomas como ideais delirantes de controlo, referencia, humor delirante, interferência do pensamento, e alucinações auditivas respondem bem à terapêutica com ECT

- Sintomas como hostilidade e ideação delirante paranóide podem responder à ECT

Taylor PJ, Fleminger JJ 1980. Lancet: 1380-1382
Brandon et al.. Br J Psychiatry 146:177-183

ECT: Aplicação na esquizofrenia

Os estudos indicam que não devemos excluir doentes com esquizofrenia refractária do tratamento com ECT apenas baseados na ausência de sintomas afectivos, especialmente se os designados sintomas psicóticos positivos estão presentes

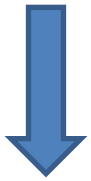
Chanpattana W, Sackeim HA. 2010. J ECT 26(4): 289 – 98.

ECT: Aplicação na esquizofrenia

Catatonia

- Catatonia: síndrome de desregulação motora

Várias *guidelines* (RCP 1995; APA 2001; NICE 2003;):
ECT como tratamento primeira linha na catatonia



Resolução dos sintomas em 80 a 100%

Muitas com indicação para ECT após falência de terapêutica com lorazepam

ECT: Aplicação na esquizofrenia Catatonia

- Sindroma de desregulação motora com sintomas incluindo:
  - Estupor, negativismo, estereotipias, obediência automática, maneirismos entre muitos outros
  - Primeiro descrita com esquizofrenia mas pode existir relacionada com outras doenças psiquiátricas (d. afectivas), condições médicas e neurológicas

ECT: Aplicação na Esquizofrenia
Catatonia

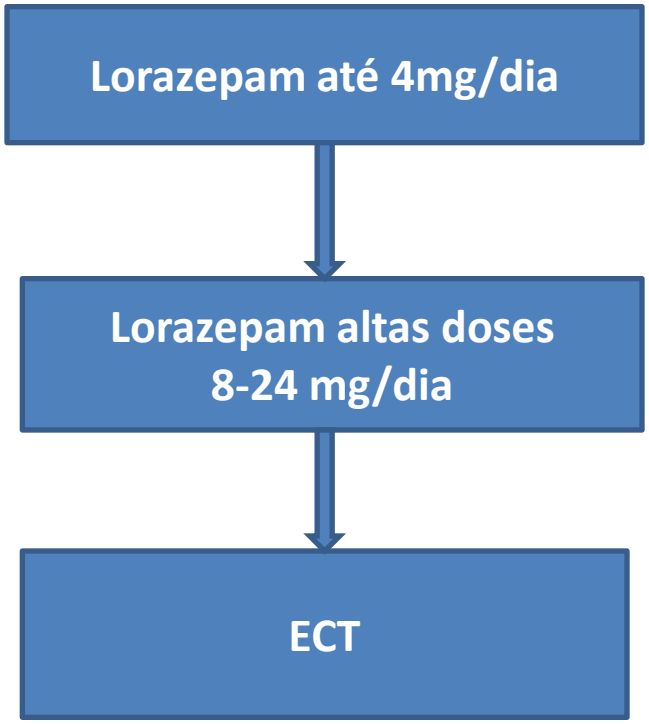
Box 2 Differential diagnoses of catatonia

- Schizophrenia
- Depression
- Mania
- Organic disorders: e.g. infections, epilepsy, metabolic disorders
- Drugs: prescribed or recreational
- Hysteria (psychogenic catatonia)
- Idiopathic

Sundararajan Rajagopal 2007, Advances in Psychiatry Treatment

ECT: Aplicação na esquizofrenia
Catatonia

- Benzodiazepinas, principalmente lorazepam, está recomendada como terapeutica 1ª linha – resposta 50-80%
- ECT recomendado se não existir resposta em 48-72H



Se não houver resposta após 2-3 dias

Se não houver resposta após 3-4 dias

David Taylor et al., The Maudsley Prescribing Guidelines

ECT: Aplicação na esquizofrenia
Sindroma Maligna dos Neurolépticos

- SMN: sintomas motores com instabilidade autonómica+delirium
- Todos os tipos de antipsicóticos mas típicos mais frequentes
- Vários casos descritos como tendo resposta ao ECT mesmo quando terapêutica farmacológica falha

Trollor JN, Sachdev PS. 1999. Aust N Z J Psychiatry 33(5):650 – 659.

ECT: Aplicação na Esquizofrenia Sindroma Maligna dos Neuroléoticos

- ECT usado:
  - Difícil diferenciação da catatonia letal e a ECT tem um papel primordial no seu tratamento
  - ECT alternativa aos antipsicóticos em doentes que estão psicóticos em contexto onde o uso de antipsicóticos não é aconselhável
  - ECT como tratamento eficaz no SMN
  - Muitos doentes com resposta parcial à cessação da terapeutica antipsicótica, aos agonistas dopamina e benzodiazepinas

- Resposta à ECT parece ocorrer após os primeiros tratamentos (até 6 tratamentos)

Trollor JN, Sachdev PS. 1999. Aust N Z J Psychiatry 33(5):650 – 659.

ECT: Aplicação na esquizofrenia
Síndroma Maligna dos Neurolépticos

Assim ECT deve ser considerado tratamento de primeira linha:

1. Quando a SMN é grave e o risco de complicações é elevado se não tratada
2. Quando o diagnóstico diferencial entre SMN e catatonia letal é difícil
3. Quando depressão psicótica é o diagnóstico primário de doença psiquiátrica para o qual a terapêutica com antipsicótico foi prescrita
4. Quando a síndroma catatónica é um aspecto *major* da SMN

Trollor JN, Sachdev PS. 1999. Aust N Z J Psychiatry 33(5):650 – 659.

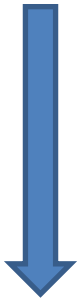
ECT: Aplicação na esquizofrenia Síndroma Maligna dos Neurolépticos

- Alguns cuidados no uso da ECT:
  - Boa avaliação anestésica
    - complicações cardiovasculares
    - aumento lesão muscular com ECT
    - hipercaliemia
  - Maioria dos doentes incapaz de dar consentimento informado - familiar

Trollor JN, Sachdev PS. 1999. Aust N Z J Psychiatry 33(5):650 – 659.

ECT: Aplicação na esquizofrenia

Aspectos técnicos



Grandemente baseados nos da depressão

ECT: Aplicação na Esquizofrenia
Técnica
Posicionamento dos eléctrodos
Unilateral *versus* Bilateral

- Poucos estudos estudaram directamente posição eletrodos unilateral vs. bilateral em doentes com esquizofrenia

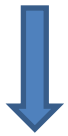
- Parece haver uma ligeiro favorecimento marginal não significativo no uso do posicionamento bilateral (Doongaji D, Jeste D, Saoji N, Kane P, Ravindranath S. 1973.Unilateral versus bilateral ECT in schizophrenia. Br J Psychiatry 123:73 – 79.)

- ECT bilateral com elevada energia parece resultar em resposta mais rápida

Iannis Z., Christos Theleritis, Costantin RS 2012. The World Journal of Biological Psychiatry 13:96 – 105.

ECT: Aplicação na esquizofrenia
Intensidade do estímulo

- Limiar convulsivo: estímulo/carga necessária para induzir convulsão tónico-clónica com duração de pelo menos 25-30 segundos
- Varia 40 x inter-individuos
- Apenas um estudo aleatorizado e controlado comparou resultados do uso de diferentes estímulos na ECT na esquizofrenia
- N=62 doentes com esquizofrenia resistentes à medicação
- 3 grupos:
  - Grupo a)logo acima do limiar convulsivo
  - Grupo b)2x acima do limiar convulsivo
  - Grupo c)4xacima do limiar convulsivo
- Conclusão: dois grupos de elevadas doses não diferem entre si e o grupo limiar convulsivo requereu um número mais elevado de tratamentos de ECT e mais dias para resposta clinica

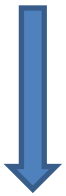


Doses mais elevadas aceleram resposta são similares aos achados de depressão

Chanpattana W. 2000. J Med Assoc Thai 83:657 – 662

ECT: Aplicação na Esquizofrenia
Aumento do limiar convulsivo

- Estudos sugerem efeito anticonvulsivo da ECT
- A convulsão generalizada induzida pelo ECT é seguida por um período refractário onde a reestimulação pode exigir um limiar convulsivo muito elevado que por vezes torna difícil ou impossível induzir convulsão
- Existe também um aumento progressivo no limiar convulsivo ao longo do curso do tratamento
- Na depressão estudos mostram um aumento entre 30 a 100% do limiar convulsivo ao longo do tratamento



Também na esquizofrenia existe um aumento do limiar convulsivo ao longo do tratamento com ECT

Chanpattana W. et al., 2000. Psychiatry Research 96:31 – 40.

ECT: Aplicação na Esquizofrenia
Técnica
Frequência do tratamento

- Depressão:
  - 2xsemana: vs. 3xsemana: igual eficácia
  - 2xsemana: menos efeitos cognitivos, resposta mais lenta
  - 3xsemana: resposta mais rápida; mais efeitos cognitivos a curto prazo

ECT: Aplicação na esquizofrenia
Técnica
Frequência do tratamento

- Apenas 1 único estudo
- Retrospectivo
- Doentes com esquizofrenia que responderam a ECT
- 2xsemana (n=22)*versus* 3xsemana (n=21)
- Resultados:
  - Grupo 3x semana:
    - Mais rápida resposta à terapêutica
    - Não existência de diferenças cognitivas avaliadas pelo MMSE

Chanpattana W et al. 1999. J Med Assoc Thai 82:477-82

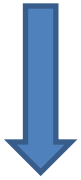
ECT: Aplicação na esquizofrenia
Técnica
Duração do tratamento do tratamento

- Será que os doentes esquizofrénicos necessitam de longo curso da terapêutica ECT?

Tharyan P, Adams CE 2008: Cochrane Database Syst. Ver Issue 3

ECT: Aplicação na esquizofrenia
Técnica
ECT de C/M

- ECT fase aguda: 1 semana a 1 mês após resposta a tratamento inicial
- ECT continuação: primeiros 6 meses após reposta a ECT inicial
- ECT manutenção: após primeiros 6 meses
- Particulares dificuldades:
  - Dificuldade em convencer os doentes
  - Dificuldade na adesão à ECT C/M



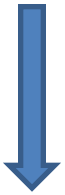
Evidencia baseada quase apenas em casos clínicos e estudos naturalísticos

ECT: Aplicação na esquizofrenia
Técnica
ECT de C/M
Algumas evidênicas

- Estudos mostram que doentes responsivos ao ECT e que eram resistentes ao tratamento farmacológico antipsicótico podem após ECT ficarem responsivos à terapêutica farmacológica
- Taxas de recorrência elevadas
- ECT C/M deve ser considerado sobretudo em doentes que não respondem o suficiente a terapêutivca farmacológica antipsicótica na prevenção da recidiva/recorrência e responderam favoravelmente a um curso de tratamento na fase aguda
- ECT+terapêutica antipsicótica C/M parece ser mais eficaz que qualquer dos tratamentos isolados

ECT: Aplicação na esquizofrenia
Técnica
ECT de C/M

- Estudo C-ECT na esquizofrenia
- Doentes com esquizofrenia tratados até remissão com ECT bitemporal combinado com flupentixol
- Doentes em remissão integrados em estudo ECT-C (n=51):
  - C-ECT vs. Flupentixol vs. C-ECT+flupentixol
- C-ECT: 1xsemana 4 semanas ⟹ 1x2/2semanas por 10 tratamentos



C-ECT+flupentixol mais baixa taxa de recorrência 40%

C-ECT ou flupentixol isolados taxa de recorrência 93%

Chanpattana W, Kramer BA. 2003.Schizophr Res 63:189 – 193

ECT: Aplicação na esquizofrenia
Técnica
ECT de C/M

- Seleção de doentes:
  - História de doença que respondeu na fase aguda à ECT
  - Preferência para C-ECT ou demonstrada resistência ou intolerância à terapeutica antipsicótica
  - Capacidade para dar consentimento informado, indicando a vontade do doente para receber C-ECT e aderir ao plano terapeutico

Keneth Trevino et al. 2010, J ECT 26: 186-195

ECT: Aplicação na esquizofrenia
Técnica
ECT de C/M
Algumas evidênicas

- Apesar de muito usada não existem estudos sobre a frequência ideal
- Recomendações genéricas são no sentido de efectuar em função da necessidade clinica do doente
- Inicio sessões semanais - intervalo alargado progressivamente até 2x mês ou mesmo mensal
- Se necessário aumentar frequência nos períodos de maior risco de recorrencia (ex. primeiros 6 meses após remissão inicial, reemergência de novos sintomas)

ECT C/M deve ser ajustado a cada doente e baseada na necessidade clínica e risco

Keneth Trevino et al. 2010, J ECT 26: 186-195

ECT: Aplicação na esquizofrenia
Medicação e ECT

- Vários estudos mostram que existe papel para estratégia de aumento com ECT em doentes com esquizofrenia com resposta limitada à terapêutica com antipsicóticos

ECT: Aplicação na esquizofrenia

Psychiatria Danubina, 2009; Vol. 21, No. 2, pp 179–186 *Original paper*
© Medicinska naklada - Zagreb, Croatia

LONG-TERM EFFICACY OF ELECTROCONVULSIVE THERAPY COMBINED WITH DIFFERENT ANTIPSYCHOTIC DRUGS IN PREVIOUSLY RESISTANT SHIZOPHRENIA

Dragan B. Ravanić[1], Mihailo M. Pantović[2], Dragan R. Milovanović[3], Slavica Đukić-Dejanović[1], Vladimir Janjić[1], Dragana Ristić Ignjatović[1], Suzana D. Jović[4], Vladimir Jurišić[5] & Isidor Jevtović[6]

Estudo naturalistico, prospectivo
Doentes com esquizofrenia resistente ao tratamento com follow-up 2 anos
Olanzapina (n=27; 5-10 mg/dia), risperidona (n=26, 2-8mg/dia), sulpiride (n=17, 100-400mg/dia)
ECT Unilateral 6 sessões + seguintes em função da clinica
Avaliação escalas PANSS e CGI
Todos os grupos com melhores resultados do que terapeutica farmacológica apenas
Mais eficaz olanzapina+ECT, seguida de risperidona+ECT, seguida de sulpiride+ECT

Table 1. Demographic and clinical properties of the study population

Variable	Sulpiride group	Risperidone group	Olanzapine group
Number of subjects	17	26	27
Mean age at disease onset (range)	28.09 (19-38)	26.20 (20-33)	24.52 (19-32)
Mean age at study onset (range)	38.52 (21-56)	33.30 (29-53)	33.60 (24-55)
Gender (f/m)	10/7	12/14	10/17
Dominant negative symptoms	11	11	11
Dominant positive symptoms	6	15	16
ECT applications per year (n)*	2.5 (2-7)	1.9 (1-5)	1.2 (1-4)
Withdrawn (n)	10	14	14
Mean daily doses, mg (range)	294.52 (100-400)	6.23 (2-8)	6.82 (5-10)

*continuation and maintenance phase

Ravanic DB et al. 2009, Psychiatria Danubina 21; 179-186

Table 3. The psychometric scores in risperidone plus ECT group

Weeks	GWB	PANSS-P	PANSS-N	PANSS-G	SI	GI	EI
0 (26)*	29.94±8.08	34.17±9.67	23.37±6.78	55.78±15.62	4.95±1.39	-	-
6 (26)*	57.44±13.79	18.78±4.88	12.72±3.53	30.78±9.23	3.06±0.84	2.91±0.79	0.96±0.27
12 (20)*	59.14±15.56	15.78±3.91	11.91±2.76	22.99±5.92	3.00±0.71	2.68±0.70	1.83±0.48
52 (17)*	59.44±16.05	15.64±3.42	11.38±2.88	21.84±5.90	2.98±0.67	2.62±0.60	2.21±0.53
104 (12)*	62.22±12.42	15.55±3.31	10.29±2.80	20.81±5.85	2.95±0.62	2.6±0.55	2.41±0.46

*(number of patients); the values represent the mean (± standard deviation); GWB-assessment of general status, PANSS-P-positive symptoms, PANSS-N-negative symptoms, PANSS-G-general psychopathology, SI-severity of illness, GI-global improvement, EI-Efficacy index

Table 4. The psychometric scores in olanzapine plus ECT group

Weeks	GWB	PANSS-P	PANSS-N	PANSS-G	SI	GI	EI
0 (26)*	29.22±8.27	33.09±9.60	24.17±7.25	56.11±16.27	4.92±1.23	-	-
6 (26)*	56.9±14.23	19.02±5.71	12.18±3.41	30.85±7.01	2.82±0.79	2.80±0.73	0.94±0.25
12 (20)*	63.41±14.15	15±3.85	9.93±2.45	20.69±5.79	2.78±0.75	2.40±0.60	2.10±0.50
52 (17)*	64.32±17.04	14.66±3.84	9.22±2.21	19.88±4.57	2.74±0.63	2.29±0.55	2.66±0.53
104 (13)*	65.55±13.95	14.23±3.52	9.2±1.84	19.23±5.19	2.70±0.57	2.01±0.46	2.94±0.59

*(number of patients); the values represent the mean (± standard deviation); GWB-assessment of general status, PANSS-P-positive symptoms, PANSS-N-negative symptoms, PANSS-G-general psychopathology, SI-severity of illness, GI-global improvement, EI-Efficacy index

Conclusion: *The combination of novel antipsychotics and ECT can be used safely and effectively in treatment-resistant schizophrenia.*

Ravanic DB et al. 2009, Psychiatria Danubina 21; 179-186

ECT: Aplicação na esquizofrenia

- ECT foi proposta como terapeutica de aumento – "*Augmentation strategy*" – em doentes com esquizofrenia resistente à terapêutica com clozapina

- Inexistência de estudos controlados

ECT: Aplicação na esquizofrenia Clozapina

- Meta-análise com 36 doentes
- Esquizofrenia resistente a clozapina
- Uso de combinação clozapina com ECT
- Resultados:
  - 67.2% dos doentes com marcada melhoria
- Associação segura e bem tolerada
  - Efeitos adversos (16.6%):
    - Prolongamento do tempo de convulsão
    - Taquicardia supraventricular
    - Taquicardia sinusal
    - Elevação pressão arterial
  - Efeitos adversos limitados no tempo

-A combinação ECT-clozapina é eficaz e segura.
-Esta estratégia pode ser uma opção terapeutica para doentes resistentes ao tratamento.

Kupchik M et al.2000, Clin Neuropharmacol 23: 14-6

ECT: Aplicação na Esquizofrenia
Preditores de Resposta

TABLE 3. Logistic Regression Analysis Prediction Response Status

	Total Sample (n = 253)		Male Patients (n = 117)		Female Patients (n = 136)	
Variable	χ^2	*P*	χ^2	*P*	χ^2	*P*
Age, yr	0.06	0.86	0.56	0.45	1.15	0.28
Duration of illness, yr	1.28	0.26	0.55	0.46	3.84	0.05
Duration of current episode, yr	20.49	<0.0001	10.26	0.001	8.43	0.004
Psychiatric admissions, n	6.23	0.01	5.87	0.02	0.96	0.33
Diagnostic subtype (paranoid)	5.79	0.02	5.36	0.02	2.78	0.09
Family history of schizophrenia	4.03	0.045	0.44	0.50	3.82	0.05
GAF score	4.44	0.04	0.58	0.45	2.24	0.13
MMSE score	6.45	0.01	1.24	0.27	4.86	0.03

Chanpattana W et al. 2010. J ECT; 26:289-298

ECT: Aplicação na esquizofrenia
APA Guidelines

PRACTICE GUIDELINE FOR THE

Treatment of Patients With Schizophrenia

Second Edition

APA Practice Guidelines, American Psychiatric Association, 2010

1. ECT

a) Efficacy

The efficacy of acute treatment with ECT in patients with schizophrenia has been described in multiple case series and uncontrolled studies as well as a number of controlled trials; detailed reviews have been provided by Fink and Sackeim (106), an APA task force (107), and Tharyan and Adams (108). Although early research used small patient samples that were not well characterized and probably included some patients with mood disorder, antipsychotic treatment alone generally produced better short-term outcomes than ECT alone. There also appeared to be no advantage to ECT, compared to sham treatment. On the other hand, combined treatment with ECT and first-generation antipsychotic medications was more effective than either treatment by itself in most (109–118) but not all (1169, 1170) studies. In patients with treatment-resistant illness, case series also suggest that ECT may augment response to first-generation antipsychotics (119–125, 229). More recent reports suggest that increased therapeutic benefit may be seen with combined use of ECT and second-generation antipsychotic medications (127–135). Thus, ECT in combination with antipsychotic medications may be considered for patients with schizophrenia or schizoaffective disorder who have severe psychotic symptoms that have not responded to treatment with antipsychotic agents.

In terms of factors that may predict a greater likelihood of response to ECT, little rigorous evidence exists. While many psychiatrists believe that mood symptoms or a diagnosis of schizoaffective disorder suggest a better response to ECT, the evidence supporting this view is inconsistent (1171–1176). However, some reports suggest that greater benefits are observed in patients with positive symptoms (1177), shorter illness and episode durations (125, 1178–1180), or fewer paranoid or schizoid premorbid personality traits (1173).

Patients with catatonic features constitute another group who have been clinically felt to derive particular benefit from treatment with ECT. Evidence in the more recent literature is limited by the inclusion of patients with mood disorder diagnoses and consists primarily of case series (139, 141, 142) and open prospective trials (136–138, 140, 143, 1141). Nonetheless, findings from these studies confirm the clinical impression that ECT is beneficial in patients with schizophrenia who have prominent catatonic features that have not responded to a trial of lorazepam.

NICE Guidelines

National Institute for Clinical Excellence, April 2003

1.9 The current state of the evidence does not allow the general use of ECT in the management of schizophrenia to be recommended.

2.10 ECT is used in current UK clinical practice as a treatment option for individuals with depressive illness, catatonia and mania. It is also occasionally used to treat schizophrenia.

4.1.4 Evidence from 25 RCTs suggests that ECT may be effective in acute episodes of certain types of schizophrenia and reduce the occurrence of relapses, although the results are not conclusive and the design of many of the studies did not reflect current practice. The data on differing efficacy related to electrode placement and stimulus parameters are equivocal and firm conclusions could not be drawn. No RCT investigated the use of ECT in comparison with atypical antipsychotics, and the studies that included individuals with treatment-resistant schizophrenia did not consider the use of clozapine. The combined weight of evidence suggests that ECT is not more effective, and may be less effective, than antipsychotic medication. The combination of ECT and pharmacotherapy may be more effective than pharmacotherapy alone, but the evidence is not conclusive.

Canadian Psychiatric Association
Dedicated to quality care
Association des psychiatres du Canada
Dévouée aux soins de qualité

POSITION PAPER

Electroconvulsive Therapy

Murray W Enns, MD[1]; Jeffrey P Reiss, MD, MSc[2]; Peter Chan, MD[3]

This position paper was reviewed and approved for republication with major revisions by the Canadian Psychiatric Association's Board of Directors on June 2, 2009. This is the third position paper issued by the CPA on electroconvulsive therapy (ECT). Previous position papers were published in 1980[1] and 1992.[2] Substantial new findings related to the use of ECT have resulted in the need to update the position of the CPA on ECT. The position paper was developed by the CPA's Standing Committee on Professional Standards and Practice.

The Canadian Journal of Psychiatry, 2010

Indications

The principal diagnostic indications for ECT include major depressive disorder, bipolar disorder (manic, depressed, or mixed phase), and schizophrenia and related conditions (schizoaffective disorder, schizophreniform disorder). In the case of schizophrenia, the effectiveness of ECT is greater when duration of illness is relatively brief or when catatonic or affective symptoms are prominent. Evidence for the efficacy of ECT for these principal diagnostic indications is robust. Reviews of this evidence are available elsewhere.[8,9,12]

medication.[9] Taken together, study data suggest that ECT has a more limited role in the treatment of schizophrenia than in the treatment of mood disorders. ECT should rarely be considered as a first-line treatment for schizophrenia. Catatonia, which can occur in the course of severe mood disorders or in schizophrenia, is responsive to treatment with ECT. The presence of catatonia, regardless of underlying diagnosis, may be a favourable prognostic indicator for acute response to ECT.[38,39]

ECT: Aplicação na Esquizofrenia
1º Episódio Psicótico

- Poucos estudos publicados

- Resultados apontam no sentido da eficácia e segurança no uso da ECT em doentes com primeiro episódio psicótico refratário à terapêutica antipsicótica

ECT: Aplicação na Esquizofrenia

- Estudo caso-controlo
- Doentes internados idade 13-20 anos
- Diagnóstico de primeiro episódio psicótico
- Doentes sob tratamento antispicótico aleatorizados em grupo controlo (n=38) vs. ECT (n=74)
- ECT: 3xsemana; máximo 14 sessões;
- Avaliação: duração dias internamento; PANSS; taxa de resposta;
- Grupo ECT:
  - Redução dias internamento (23.2 vs. 27.3; p=0.018)
  - Elevada taxa de resposta cumulativa (74.3% vs. 50%, RR=1.0961; P=0.001)

- **ECT eficaz e seguro em adolescentes com primeiro episódio psicótico**

Zhang, Z.J. et al., 2012. Schizophr. Res. 137 (1–3), 97–103.

ECT: Aplicação na Esquizofrenia
Efeitos cognitivos

- Vários estudos com uso de sub-testes de baterias de testes neuropsicológicos sobretudo avaliando memória visual e verbal após realização de ECT
- Resultados mostram:
  - Uso de ECT associado a alterações cognitivas no fim do tratamento vs. Uso de antipsicóticos
  - Alterações cognitivas transitórias
  - Normalização das funções cognitivas a médio prazo após ECT

Sarita EP et al. 1998, NIMHAMS Journal 16 (4): 243-51

ECT: Aplicação na Esquizofrenia Conclusões

- A aplicação da ECT na esquizofrenia tem uma evidência baseada sobretudo em estudos caso-controlo e casos clínicos.
- Existem alguns estudos aleatorizados e controlados mas com inclusão de número baixo de doentes.
- A evidência actual aponta para a utilização do ECT em doentes com resposta parcial ou resistentes à terapêutica com antipsicóticos, nomeadamente com clozapina.
- A técnica parece cumprir os requisitos e especificações usadas para a depressão.
- Tal como para a depressão, parece haver lugar para a ECT C/M.
- Os principais efeitos adversos são escassos e incluem arritmias cardíacas e prolongamento do tempo de convulsão (sobretudo com clozapina), quase sempre transitórios.
- Os escassos estudos sobre efeitos adversos cognitivos apontam também para efeitos transitórios.

ECT: Aplicação na Esquizofrenia

Obrigado!!

Ricardo.Coentre@HVFX.pt

Hospital
Vila Franca de Xira