

Method. Details were obtained from the automated registration system about all registered episodes of gonorrhoea (coded according to the International Classification of Primary Care (ICPC): Y71 for men and X71 for women), and CT infection (code Y99 for men and X85 for women) during the period 1996-2000.

Results. In total, the diagnosis 'gonorrhoea' was made 26 times (15 times in men and 11 times in women), and the diagnosis 'CT infection' was made 79 times (21 times in men and 58 times in women). The annual number of cases of gonorrhoea increased from 4 in 1996 to 14 in 2000. The number of cases of CT infection rose from 7 to 29 per year. The increases were seen in both men and women.

Conclusion. In the practice population of a healthcare centre in a multicultural district in south-east Amsterdam, an increase in gonorrhoea and CT infections was observed during the period 1996-2000.

LITERATUUR

- 1 Fennema JSA, Cairo I, Coutinho RA. Sterke toename van gonorrhoea en syfilis onder bezoekers van de Amsterdamse SOA-polikliniek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:602-3.
- 2 Cairo I. Gegevens dermatologische SOA poliklinieken 1991-2000. *Soa Bulletin* 2001;2.

- 3 Hughes G, Fenton K. Recent trends in gonorrhoea – an emerging public health issue? *Euro Surveillance* 2000;5:1-2.
- 4 Vastag B. CDC says rates are up for gonorrhoea, down for syphilis. *JAMA* 2001;285:155.
- 5 Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999;75:3-17.
- 6 Laar MJW van de, Duynhoven YTHP van, Beuker RJ, Rijlaarsdam J. SOA en AIDS in Nederland. RIVM rapportnr 441500011. Bilthoven: RIVM; 2000. p. 32.
- 7 Henquet CJM, Jansen MWJ, Buwalda PJS, Neumann HAM. Seksueel overdraagbare aandoeningen in Limburg in 1997; prevalentie volgens een enquête onder huisartsen en specialisten en volgens opgave van microbiologische laboratoria. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:608-12.
- 8 Wigtersma L, Fokke HE, Malenstein MM van, Bosch AJ, Dijkstra RH, Rosmalen CFH. NHG-standaard Urethritis bij mannen. In: Thomas S, Geijer R, Laan J van der, Wiersma Tj, redacteurs. *NHG-standaarden voor de huisarts. II. Utrecht: Bunge; 1996. p. 291.*
- 9 Bergen JEAM van, Stroucken J, Spanjaard L, Mulder D, Hoek JAR van den. Urogenitale CT-infecties in een huisartspraktijk in Amsterdam-Zuidoost. De wenselijkheid van een actief opsporingsbeleid. *Huisarts Wet* 2000;43:210-2.

Aanvaard op 22 mei 2001

Elektroconvulsietherapie effectief en veilig bij 55 patiënten van 56 jaar en ouder met stemmingsstoornissen en somatische comorbiditeit

J.A.VAN WAARDE EN M.L.STEK

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een effectieve behandelmethode bij ouderen met depressie en is waarschijnlijk de behandeling van eerste keuze bij een psychotische depressie.^{1,2} ECT wordt voorts beschouwd als een veilige behandelmethode voor ernstige depressie bij somatisch zieke ouderen.³ In een niet-geblindeerd, niet-gerandomiseerd Canadees onderzoek van beperkte duur bij psychotisch-depressieve patiënten ouder dan 60 jaar, verbeterde de gezondheid bij 88% met ECT versus bij 25% met nortriptyline en perfenazine.⁴ Echter, in Nederland wordt ECT bij ouderen, ondanks een gestaag groeiend aantal behandelingen, in vergelijking met de Angelsaksische landen relatief weinig toegepast.⁵ In een Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van klinische behandeling van depressie bij ouderen werd geconcludeerd dat door 'een combinatie van therapeutisch nihilisme en angst voor een doortastende, adequate behandeling' een hoog percentage van de oudere patiënten slechts gedeeltelijk herstelt van zijn depressie; in dit on-

SAMENVATTING

Doel. Vaststellen van de effectiviteit en veiligheid van elektroconvulsietherapie (ECT) bij farmacotherapieresistente patiënten van 56 jaar en ouder met stemmingsstoornissen.

Opzet. Retrospectief, beschrijvend.

Methode. Van alle ECT-behandelingen in de periode 1 januari 1998-31 december 2000 werden gegevens geregistreerd over de demografische kenmerken van de patiënten (56-plussers) en over ziekte- en behandelingskenmerken. De effectiviteit van de ECT werd geëvalueerd met de 'Montgomery-Åsberg depression rating scale' (MADRS) en de cognitieve bijwerkingen werden beoordeeld met de 'Mini-mental state examination' (MMSE). De verkregen gegevens werden met beschrijvende statistische methoden geanalyseerd.

Resultaten. In totaal werden 58 behandelingen onderzocht bij 55 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 73 jaar. De meeste patiënten hadden een therapieresistente, recidiverende depressieve stoornis met somatische comorbiditeit. Gemiddeld werden per behandeling 12 ECT-sessies gegeven. Bij de behandelingen waarvan een voor- en nameting beschikbaar was, verbeterde de toestand van de patiënt in 74% van de gevallen aanzienlijk en bij 48% werd een complete remissie van de depressie bereikt. Bij 28% waren er cognitieve bijwerkingen. Er waren geen ernstige somatische complicaties.

Conclusies. ECT is een onmisbare interventie in het arsenaal van behandelingen voor ouderen met stemmingsstoornissen en verdient met name bij somatische comorbiditeit een eerdere plaats.

Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Buitenamstel, locatie Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

J.A.van Waarde, assistent-geneeskundige (thans: psychiater, Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Leiden); M.L.Stek, psychiater.

Correspondentieadres: M.L.Stek.

derzoek werd slechts 1 van de 15 patiënten bij wie geen herstel optrad, met ECT behandeld.⁶

De nieuwe richtlijn 'Elektroconvulsietherapie' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie stelt dat bij ouderen, gezien de risico's van farmacotherapie, ECT eerder dan tot nu toe gebruikelijk is, in de behandeling van depressies overwogen dient te worden.⁷ Tot voor kort gold echter de aanbeveling van de vereniging uit 1992, waarin ECT werd geadviseerd bij therapieresistente depressies, bij contra-indicatie voor farmacotherapie, bij levensbedreigende symptomen (suïcidaliteit, voedsel- en vochtweigering, somatische complicaties) of na eerdere gunstige ECT-behandeling.⁸ Deze selectie van patiënten is waarschijnlijk een belangrijke reden waarom bij het enige onderzoek verricht bij ouderen in Nederland een effectpercentage van 50 met ECT werd gevonden,⁹ een resultaat dat sterk afsteekt bij 70-100% effectiviteit in buitenlandse onderzoeken.⁵

Het doel van het hier gerapporteerde onderzoek was de toepassing van ECT in onze praktijk te beschrijven, waarbij de vraagstelling was of de effectiviteit en veiligheid van ECT bij klinisch opgenomen ouderen met stemmingsstoornissen overeenkwamen met die in de literatuur.

PATIËNTEN EN METHODEN

In dit retrospectieve, descriptieve statusonderzoek werden alle ECT-behandelingen in de periode 1 januari 1998-31 december 2000 onderzocht. De behandelingen werden verricht vanuit de opnameafdeling voor ouderen van Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Buitenamstel, locatie Valeriuskliniek te Amsterdam, met regionale verantwoordelijkheid voor de klinisch-psychiatrische behandeling en met een supraregionale behandel functie voor gecompliceerde depressie bij ouderen. Exclusiecriteria waren het ontbreken van de medische status ($n = 0$) en een leeftijd ≤ 55 jaar ($n = 4$). Patiënt- en behandelingskenmerken werden anoniem verzameld.

Elektroconvulsietherapie. De patiënten kregen 2 maal per week ECT na preoxygenatie, anesthesie, bescherming tegen bradycardie/asystolie, en spierverslapping. Voordat de spierverslapper werd toegediend werd het rechter onderbeen afgebonden met een tourniquet. Het motorische insult kon worden waargenomen aan dit niet-verslapt onderbeen. Wij gebruikten de Thymatron Dgx (Somatics; Lake Bluff, Ill., VS). De elektroden werden voor een unilaterale behandeling rechts geplaatst volgens d'Elia.¹⁰ Voor een bilaterale behandeling werden de beide elektroden frontotemporale geplaatst. De insultduur in s werd via het elektro-encefalogram en visueel aan de niet-verslapt extremitet gemeten. Als norm voor een geslaagd motorisch insult werd een duur van 20 s of meer gesteld.¹⁰ Een te lang insult werd na 180 s gecoupeerd.

Gebruikte psychometrische instrumenten. Voor het meten van de effectiviteit van ECT bij depressie werd de Nederlandse vertaling van de 'Montgomery-Åsberg depression rating scale' (MADRS) gebruikt. Dit is een gevalideerde intervalschaal die gevoeliger lijkt voor veranderingen in de intensiteit van symptomen, en die

bestaat uit 10 items waarbij maximaal 60 punten kunnen worden gescoord. Hoe lager de score, hoe minder depressieve symptomen.^{11,12} Het cognitief functioneren werd vastgesteld met een Nederlandse vertaling van de 'Mini-mental state examination' (MMSE). Deze gevalideerde schaal bestaat uit 11 items waarbij maximaal 30 punten kunnen worden gescoord.¹³ Beide meetinstrumenten werden gebruikt in de week voor aanvang, wekelijks tussendoor, en in de week na beëindiging van de ECT.

Definities vooraf. Als 'therapieresistente depressie' beschouwden wij een persisterende depressieve stoornis geclassificeerd volgens de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4e editie (DSM-IV),¹⁴ na behandeling met tenminste 2 antidepressiva, waaronder tenminste één tricyclisch antidepressivum, toegepast met adequate duur en in een via bloedspiegelbepaling gecontroleerde dosis. Een behandeling na eerdere gunstige ECT werd 'electieve ECT' genoemd. Een 'spoedindicatie' was een situatie waarin uitstel van ECT onverantwoord was.⁸ Een 'gunstige reactie op ECT' was een verlaging van de MADRS-score met minimaal 50% ten opzichte van de uitgangswaarde. Een MADRS-score ≤ 10 werd als een 'complete remissie' van de depressie beschouwd. Als maat voor een adequate behandel methode werd het percentage geslaagde motorische insulten berekend over de totale behandeling. De gegevens waarbij interpretatieverschillen konden ontstaan, werden door 2 ervaren klinici bij consensus vastgesteld.

Statistiek. De statistische methoden waren beschrijvende methoden; als teken van statistische significantie werd $p < 0,05$ aangehouden.

RESULTATEN

Patiëntkenmerken. In het onderzoek werden de statussen van 55 patiënten geanalyseerd, die in totaal 58 ECT-behandelingen ondergingen (1 patiënt onderging 2 behandelperiodes en 1 onderging er 3). Tabel 1 geeft de kenmerken van deze behandelingen. Het merendeel van de patiënten had recidiverende depressieve stoornissen zonder persoonlijkheidsproblemen. Ruim de helft van de patiënten had bij de depressie psychotische kenmerken. Ruim tweederde had een comorbide somatische aandoening. De gemiddelde duur van de depressieve episode bedroeg 15 maanden. De helft van de patiënten kwam niet uit het eigen GGZ-verzorgingsgebied, doch werd voor ECT verwezen.

Effectiviteit en bijwerkingen. In tabel 2 worden de behandelaspecten samengevat. Gemiddeld werden 12 ECT-sessies gegeven per behandeling (uitersten: 2-27; SD: 4,4). In gemiddeld 82% van de ECT-sessies (mediaan: 92%; uitersten: 18-100%; SD: 23,0%) werd een adequaat insult opgewekt. Bij 74% van de gescoorde patiënten was de MADRS-score 50% of meer gedaald na de behandeling; 48% van de gescoorde patiënten behaalde na de behandeling 10 punten of minder. Gemiddeld werd een gunstig resultaat bereikt na 8 ECT-sessies. De helft van de patiënten ondervond geen bijwerkingen en bij geen van de behandelingen verslechterde de somatische conditie.

TABEL 1. Demografische en klinische kenmerken van 55 patiënten met stemmingsstoornissen die 58 behandelingen met elektroconvulsiotherapie (ECT) ondergingen; de percentages zijn betrokken op het aantal ECT-behandelingen

kenmerk	waarde
leeftijd in jaren	gemiddelde: 72,6; uitersten: 57-87; SD: 7,6
geslacht; n (%)	
mannelijk	15 (26)
vrouwelijk	43 (74)
burgerlijke staat; n (%)	
alleenwonend/verweduwd	30 (52)
samenwonend	28 (48)
verblijfplaats vóór opname voor ECT; n (%)	
thuis	25 (43)
algemeen ziekenhuis	5 (9)
psychiatrisch ziekenhuis	28 (48)
afkomstig van buiten eigen GGZ- verzorgingsgebied*	30 (52)
ECT-indicatie; n (%)	
therapieresistente	33 (57)
uitstel ECT onverantwoord	9 (16)
electieve ECT	13 (22)
overige indicaties†	3 (5)
DSM-IV-classificatie ¹⁴ van hoofd- diagnosen leidend tot ECT-indicatie; n (%)	
depressieve stoornis zonder psychose	19 (33)
depressieve stoornis met psychose	30 (52)
bipolaire stoornis zonder psychose	4 (7)
bipolaire stoornis met psychose‡	4 (7)
schizoaffectieve stoornis, bipolair type	1 (2)
DSM-IV-classificatie ¹⁴ van comorbide stoornissen; n (%)	
persoonlijkheidsstoornis	12 (21)
dementie	1 (2)
afhankelijkheid van een middel	2 (3)
ziekteduur vóór de index-ECT in maanden	gemiddelde: 15; uitersten: 0,5-192; SD: 28,2
somatische comorbiditeit; n (%)§	
geen	18 (27)
cardiovasculaire problemen	20 (30)
cerebrale problemen	5 (8)
overige	23 (35)

*Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Buitenamstel, locatie Valerius-kliniek, Amsterdam.
†Intolerantie voor antidepressiva (n = 2), zeer snel therapeutisch effect vereist in verband met sterfbed van partner (n = 1).
‡Waaronder manie (n = 1) en bipolaire-II-stoornis (n = 1); depressieve stoornis (n = 2).
§Meerdere diagnoses per ECT-behandeling mogelijk; percentages betrokken op 66.
||Onder andere endocriene problemen, botfractuur, pulmonale problemen.

Tijdens 28% van de behandelingen werden tijdelijke cognitieve stoornissen genoteerd in de status. Bij 2 patiënten waren deze zo ernstig (MMSE-uitslag na ECT respectievelijk 18 en 19) dat de ECT uiteindelijk werd beëindigd. Bij 2 patiënten ontwikkelde zich tijdens de behandeling een manie; de ECT werd gestaakt en hun toestand stabiliseerde zich door middel van een stemmingsstabilisator. Gebitsbeschadigingen ontstonden bij 2 patiënten met een tevoren reeds verwaarloosd gebit tijdens inbrengen van de gebitsbeschermer.

BESCHOUWING

Het doel van ons onderzoek was de effectiviteit en veiligheid van ECT bij oudere patiënten met stemmingsstoornissen te beschrijven. Nu zullen wij onze gegevens vergelijken met die van een Amerikaans onderzoek waarin 135 met ECT behandelde patiënten ouder dan 60 jaar prospectief werden onderzocht,² met de resultaten van een Canadees retrospectief statusonderzoek bij 174 patiënten,¹⁵ en met de in 1988 in dit tijdschrift door Van Marwijk et al. gepubliceerde bevindingen bij 46 patiënten.⁹

Methodologische problemen. Echter, voordat wij tot vergelijking van onze gegevens overgaan, moet worden vastgesteld dat deze een retrospectief statusonderzoek betroffen bij een groep ongeselecteerde, klinisch opgenomen 56-plussers met een indicatie voor ECT. Door de aard van het onderzoek ontbraken bij verschillende behandelingen een voor- en/of nameting. Een voormeting was soms niet uit te voeren vanwege een ernstig psychotisch toestandbeeld. Daarentegen werden er wat betreft de demografische kenmerken van de patiënten, de comorbiditeit en de complicaties geen significante verschillen gevonden tussen de behandelingen met ontbrekende MADRS-scores en de behandelingen met beschikbare scores.

TABEL 2. Effectiviteit en bijwerkingen bij 58 behandelingen met elektroconvulsiotherapie (ECT) bij 55 patiënten van 56 jaar en ouder met stemmingsstoornissen; de percentages zijn betrokken op het aantal ECT-behandelingen

behandelmethode; n (%)	
unilaterale ECT	24 (41)
bilaterale ECT*	34 (59)
effectiviteit van de ECT; n (%)	
MADRS-score ≤ 10 na ECT (n = 48)	23 (48)
MADRS-score ≥ 50% gedaald (n = 42)	31 (74)
gemiddeld aantal ECT-sessies tot MADRS-score ≥ 50% gedaald (n = 27)†	8 sessies; uitersten: 2-17; SD: 4,2
cognitief functioneren‡	
mediane MMSE-score (uitersten); SD	
vóór ECT (n = 45)§	27,0 (12-30); 4,1
na ECT (n = 43)§	27,0 (18-30); 3,7
bijwerkingen van ECT; n (%)	
geen	29 (50)
ernstige bijwerkingen	
manie	2 (3)
cognitieve stoornissen	16 (28)
lichte bijwerkingen	
hoofdpijn	7 (12)
anesthesiebijwerkingen	4 (7)
gebitsbeschadiging	2 (3)
spierpijn	1 (2)

MADRS = 'Montgomery-Åsberg depression rating scale'^{11,12}; MMSE = 'Mini-mental state examination'.¹³

*Na overgaan van uni- op bilaterale ECT werd de behandeling als 'bilaterale ECT' geregistreerd.

†Bij niet alle 42 behandelingen was het beloop van de depressiescore bekend, vaak samenhangend met de klinische toestand van de patiënten.

‡De t-toets voor gepaarde waarnemingen: t = -1,998; df = 35; p = 0,054.
§Niet van alle behandelingen waren de gegevens beschikbaar.

||Meerdere bijwerkingen per ECT-behandeling mogelijk.

Patiënt- en behandelingskenmerken. Het merendeel van de behandelingen werd, zoals in het eerdere Nederlandse onderzoek en het Canadese onderzoek,^{9 15} uitgevoerd vanwege een therapieresistente depressie, en ook het totale aantal behandelingen verschilde niet. In het Amerikaanse onderzoek² behandelde men echter patiënten met minder psychotische kenmerken en minder farmacotherapieresistentie. Dit verschil is een sterke aanwijzing dat in Amerika patiënten anders voor ECT worden geselecteerd.

Als maat voor een technisch succesvolle ECT werd het percentage geslaagde motorische insulden in een behandeling berekend. Vanuit de literatuur zijn ons geen gegevens bekend van 'mislukte' ECT-sessies in effect-onderzoeken. Dit is opmerkelijk omdat de convulsiedrempel waarschijnlijk toeneemt met de leeftijd en in de loop van de behandeling; verder kan deze drempel beïnvloed worden door (psycho)farmacagebruik.¹⁰ Mogelijk zijn deze behandelingen met ontoereikende ECT-sessies in de onderzoeken buiten beschouwing gelaten, maar dit werd niet vermeld.^{2 4 9 15}

Hoewel een goede vergelijking dus niet mogelijk is, hadden wij gemiddeld 82% geslaagde motorische insulden per behandeling. Bij 20 van de 58 behandelingen registreerden wij minder dan 80% geslaagde insulden per behandeling, ondanks het gebruik van convulsiedrempelverlagende farmaca. Ons streven was uiteraard 100% per gehele ECT-behandeling, maar de ervaring leert dat dit door technische en patiëntgebonden factoren niet altijd haalbaar is.

Als patiëntkenmerk werd ook de woonplaats van herkomst geregistreerd. De helft van de patiënten bleek van buiten het verzorgingsgebied van onze kliniek te komen. Patiënten vanuit GGZ-instellingen zonder ECT-faciliteiten worden voor deze behandeling verwezen en mede hierdoor ontstaat regelmatig een wachtlijst.

Effectiviteit en bijwerkingen. Een grote meerderheid van de patiënten met stemmingsstoornissen reageerde gunstig op ECT: bij 31 van 42 behandelingen (74%) waarbij een voor- en nameting beschikbaar waren, daalde de MADRS-score met de helft of meer, een aanmerkelijke en klinisch relevante verbetering. Bij 23 van 48 behandelingen (48%) met beschikbare MADRS-gegevens werd een score van 10 of minder bereikt, wat mag worden beschouwd als het verdwijnen van de ziekteverschijnselen. Deze gunstige behandelresultaten stemmen overeen met die in andere onderzoeken. Van Marwijk et al. vonden namelijk een verbetering bij 22 van de 46 patiënten (48%);⁹ bij 16 patiënten (35%) verdwenen de symptomen geheel. In het Canadese onderzoek constateerde men 'veel' (24%) en 'zeer veel' (63%) verbetering op de 'Clinical global impression scale'. De Amerikaanse onderzoekers bereikten bij 84-86% van de oudere patiënten een afname van minimaal 50% op de 'Hamilton depression rating scale'.

Ruim een kwart van onze patiënten had cognitieve problemen na de ECT, welke volgens onze ervaring echter niet leidden tot verlenging van de opname. De mediane MMSE-score na behandeling verschilde overigens niet significant van die vóór de behandeling. De Ameri-

kanse onderzoekers rapporteerden bij 19% 'matige' en bij 12% 'duidelijke' cognitieve bijwerkingen bij bilaterale ECT. Een vergelijking met de twee andere onderzoeken is lastig; Van Marwijk et al. hebben deze bijwerkingen niet beschreven, en de Canadezen vermelden alleen dat de MMSE-scores tijdens ECT afnamen, maar na de behandeling weer toenamen.

Plaats van ECT in het behandelarsenaal. Conform de aanbeveling van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie uit 1992,⁸ werd bij deze groep patiënten met stemmingsstoornissen ECT vaak als laatste therapeutisch middel ingezet. De patiënten waren gemiddeld 15 maanden ziek alvorens zij met ECT werden behandeld, evenals de Canadese patiënten, terwijl de patiënten van Van Marwijk et al. gemiddeld 28 maanden depressief waren. Dit verschil kan worden verklaard doordat in de periode dat Van Marwijk et al. behandelde (1983-1987), ECT later werd toegepast dan de afgelopen jaren. De nieuwe richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie adviseert een eerdere toepassing bij depressieve ouderen, met name bij somatische comorbiditeit.⁷ Daarnaast boden wij ECT eerder als behandeloptie aan omdat wij nu eenmaal over deze faciliteit beschikken en de toepassing geen onderbreking vormde van het behandelprogramma. Overigens behandelde de Amerikaanse onderzoekers hun patiënten na een gemiddelde duur van de depressieve episode van 8-11 maanden; wederom een aanwijzing dat in Amerika patiënten anders worden geselecteerd en eerder voor ECT in aanmerking kunnen komen.

CONCLUSIES

De door ons behandelde groep bestond voornamelijk uit patiënten met een ernstige therapieresistente depressie, vaak met somatische comorbiditeit. ECT gaf bij de meesten een gunstig resultaat. De bijwerkingen waren over het algemeen acceptabel en leidden slechts in enkele gevallen tot staken van de behandeling. Gezien de beschikbare gegevens uit de literatuur, welke worden ondersteund door die uit ons onderzoek, pleiten wij voor een gegarandeerde en eerdere plaats van ECT in het arsenaal van behandelingen voor ouderen met ernstige stemmingsstoornissen, conform de nieuwe richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. De beschikbaarheid van ECT voor deze patiënten moet, gezien de bestaande wachtlijsten, verder worden uitgebreid.

ABSTRACT

Electroconvulsive therapy: effective and safe in 55 patients aged 56 years and older with mood disorders and physical comorbidity

Objective. To determine the efficacy and safety of electroconvulsive therapy (ECT) in patients aged 56 years and older with mood disorders who had failed to respond to pharmacotherapy.

Design. Retrospective, descriptive.

Method. Demographic data, illness and treatment characteristics were registered for all patients (age \geq 56 years) treated with ECT in the period 1 January 1998 to 31 December 2000.

The efficacy of ECT was evaluated with the 'Montgomery-Åsberg depression rating scale' (MADRS) and cognitive side effects were evaluated with the 'Mini-mental state examination' (MMSE). Descriptive statistical methods were used for the analysis.

Results. A total of 58 treatments were evaluated in 55 patients with a mean age of 73 years. Most patients had a recurrent depressive disorder with physical comorbidity that did not respond to pharmacotherapy. An average of 12 ECT sessions were given per treatment. In patients where a MADRS score was known before and after ECT, 74% exhibited a significant improvement and 48% reached a complete remission of the depression. Cognitive side effects occurred in 28% of the patients. No serious physical complications were reported.

Conclusion. ECT is an essential means of intervention in treating mood disorders of the elderly and should be considered in an earlier phase, especially in patients with physical comorbidity.

LITERATUUR

- 1 Baldwin RC. Depressive illness. In: Jacoby R, Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 699-701.
- 2 Tew jr JD, Mulsant BH, Haskett RF, Prudic J, Thase ME, Crowe RR, et al. Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old. *Am J Psychiatry* 1999;156:1865-70.
- 3 Kelly KG, Zisselman M. Update on electroconvulsive therapy (ECT) in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:560-6.
- 4 Flint AJ, Rifat SL. The treatment of psychotic depression in later life: a comparison of pharmacotherapy and ECT. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:23-8.

- 5 Stek ML, Beekman ATF, Verwey B. Elektroconvulsietherapie in de behandeling van depressie bij ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1997;28:106-12.
- 6 Heeren TJ, Derksen P, Heycop ten Ham BF van, Gent PPJ van. Treatment, outcome and predictors of response in elderly depressed in-patients. *Br J Psychiatry* 1997;170:436-40.
- 7 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn Elektroconvulsietherapie. Amsterdam: Boom; 2000.
- 8 Bommel AL van, Berkestijn JWBM van, Groot PA de, Hoofdakker RH van den, Koerselman GF, Nolen WA, et al. Electroconvulsie therapie. Aanbevelingen voor indicatiestelling, informed consent en uitvoering. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 1992. p. 6-8.
- 9 Marwijk HWJ van, Bekker FM, Hop WCJ, Jansen PAF, Nieuwkerk JF van. Elektroconvulsietherapie bij depressieve bejaarden; een retrospectief onderzoek naar werkzaamheid en veiligheid. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1988;132:1396-9.
- 10 Broek WW van den, Leentjes AFG. Technische aspecten van ECT. In: Broek WW van den, Leentjes AFG, Verwey B, redacteurs. *Electroconvulsietherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1999. p. 27-36.
- 11 Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
- 12 Hartong EGTM, Goekoop JG. De Montgomery Åsberg beoordelingschaal voor depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1985;29:657-68.
- 13 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- 14 American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, D.C.: APA; 1994.
- 15 Lam RW, Bartley S, Yatham LN, Tam EM, Zis AP. Clinical predictors of short-term outcome in electroconvulsive therapy. *Can J Psychiatry* 1999;44:158-63.

Aanvaard op 15 mei 2001

Bijwerkingen van geneesmiddelen

Cardiomyopathie tijdens clozapinegebruik

D.W.W.DE KNIJFF, P.H.M.W.SCHEPERS EN J.T.H.M.BLANKEN-MEIJIS

Clozapine is een atypisch antipsychoticum, dat geïndiceerd is bij schizofrenie indien een adequate behandeling met tenminste één antipsychoticum onvoldoende effect heeft of indien er zich ernstige onbehandelbare extrapiramidale bijwerkingen voordoen bij het gebruik van zogenaamde klassieke antipsychotica.¹ De term 'atypisch' verwijst naar het gegeven dat clozapine in vergelijking met de klassieke antipsychotica minder extrapiramidale bijwerkingen heeft. Het gebruik wordt beperkt door het risico op het ontstaan van een agranulocytose. Deze ernstige bijwerking komt bij 1-2% van de patiënten voor, met het grootste risico in de eerste 6 maanden van de behandeling.²

In de recente literatuur werd in relatief korte tijd een aantal artikelen gepubliceerd over nog onbekende bij-

SAMENVATTING

Een 45-jarige Marokkaanse vrouw kreeg een gedilateerde cardiomyopathie tijdens het gebruik van clozapine, dat was voorgeschreven wegens een therapieresistente psychose. Het ziektebeeld had aanvankelijk een acuut begin met pijn op de borst, maar kreeg later een meer sluipend verloop met dyspneu en oedeem in het gezicht en aan de benen. Na het stoppen van de clozapinebehandeling bleek de cardiomyopathie wel partieel reversibel te zijn. Cardiomyopathie tijdens het gebruik van clozapine is zelden beschreven, myocarditis vaker. De oorzaak van de cardiomyopathie tijdens clozapinegebruik is niet duidelijk. Het is mogelijk dat een myocarditis in een cardiomyopathie overgaat. Er zijn aanwijzingen dat een myocarditis tijdens clozapinegebruik ontstaat als gevolg van een allergische reactie. Clozapine dient alleen onder stringente psychiatrische controle te worden voorgeschreven en tijdens het gebruik dient men bedacht te zijn op cardiale bijwerkingen.

werkingen van clozapine. Zo verscheen onlangs in dit tijdschrift een publicatie over het ontstaan van diabetes na behandeling met clozapine.³ In 1999 werd door een

GGZ Oost-Brabant, locatie Huize Padua, Boekel.
D.W.W.de Knijff, assistent-geneeskundige (thans: GGZ Oost-Brabant, locatie Oss, Postbus 632, 5340 AP Oss); P.H.M.W.Schepers, psychiater; mw.J.T.H.M.Blanken-Meijis, arts.
Correspondentieadres: D.W.W.de Knijff.