

Yaşlı Psikiyatrik Hastalarda Elektrokonvülsif Tedavinin Kullanım Etkinliği

Lut Tamam¹, Tayfun Zeren², Yunus Emre Evlice³

ÖZET:

Yaşlı psikiyatrik hastalarda elektrokonvülsif tedavinin kullanım etkinliği

Amaç: Bu çalışmada bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 60 yaş ve üstü yaşlı hastaların retrospektif bir değerlendirme ile elektrokonvülsif tedavi (EKT) uygulanan hastaların özellikleri, EKT uygulanma sıklığı, EKT'ye kısa dönemde yanıt verme sıklıkları ve EKT komplikasyonlarının saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya 1990-2001 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde yatarak EKT tedavisi gören 60 yaş ve üzerindeki 20 hasta (11 erkek, 9 kadın) dahil edilmiştir. Bu hastaların klinik kayıtları ve yatış dosyalarından sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik tanıları, EKT endikasyonları, yapılan EKT sayısı, komplikasyonlar ve EKT'ye klinik yanıtları kaydedilerek değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: On iki yıllık dönem içerisinde kliniğimize yatmış olan 112 yaşlı hastanın 20'sine (%17.9) EKT uygulandığı belirlenmiştir. EKT tedavisi gören 20 yaşlı hastanın 18'inin majör depresyon tanısı ile tedavi edildiği, ortalama 7.6 seans bilateral EKT uygulanmış olduğu ve %75'inin EKT'ye olumlu yanıt verdiği belirlendi. EKT'ye yanıt veren ve vermeyen grup arasında yaş, cinsiyet, uygulanan EKT sayısı, yatış süresi, komplikasyon gelişimi ve psikotik özellik sıklığı açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hastaların %55'inde komplikasyon geliştiği belirlendi. En sık görülen komplikasyonlar bellek bozukluğu ve konfüzyondur. Tüm komplikasyonların EKT'nin sonlandırılmasından sonraki üç hafta içinde tamamen geçtiği saptandı.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları 60 yaş üstü yaşlı hastalarda, özellikle majör depresyonda, EKT'nin kısa dönemde diğer yaş gruplarında olduğu gibi, etkin, güvenilir bir somatik tedavi yöntemi olduğunu desteklemektedir.

Anahtar sözcükler: elektrokonvülsif tedavi, yaşlı, majör depresyon, tedaviye yanıt

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13:6-12

ABSTRACT:

Effective use of electroconvulsive therapy in elderly psychiatric patients

Objective: The aim of this study was to determine the frequency of electroconvulsive therapy (ECT) use, the features of patients who underwent ECT treatment, short term treatment response to ECT and the rate of complications among elderly psychiatric inpatients with an age older than 60 years in an university hospital setting between 1990 and 2001.

Method: Twenty patients (11 men, 9 women) who had been hospitalized in Cukurova University Faculty of Medicine Psychiatry Clinic between 1990 and 2001 and received ECT were included in the study. The sociodemographic features, diagnosis, ECT indications, the features of ECT course, complications and clinical response rate were recorded and retrospectively evaluated.

Results: During 12 year period, 20 of 112 elderly patients (17.9%) received ECT as a part of their treatment. Among these patients 18 were treated with a diagnosis of major depression. Patients received an average number of 7.6 ECT treatment and 75% of them showed moderate to marked improvement after ECT treatment. There were no differences between responders and non-responders to ECT with respect to age, sex, number of ECT treatment, hospitalization period, complication rate and psychotic features. Fifty five percent of patients developed complication as a result of ECT. The most common complications were memory disturbances and confusion, all of which disappeared three weeks after the last round of ECT treatment.

Conclusion: The findings of this study confirmed the results of previous studies indicating the efficacy, safety and reliability of ECT among elderly psychiatric patients as in other age groups.

Key words: electroconvulsive therapy, elderly, major depression, treatment response

Bull Clin Psychopharmacol 2003;13:6-12

GİRİŞ

Elektrokonvülsif tedavi (EKT) diğer tüm yaş gruplarında olduğu gibi (1-9), yaşlı hastalarda da başta majör depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan etkin bir tedavi seçeneğidir (10-22). Yaşlı hastalardaki etkinliğinin diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek olduğunu bildiren bazı çalışmaların yanısıra (14,15), yaşlı hastaların EKT'ye yanıt verme oranının diğer yaş

gruplarına benzer olduğunu (%60-95) bildiren çok sayıda çalışma da bulunmaktadır (12,16,20).

Majör depresyonu olan ve tedaviye dirençli ya da tolere edemeyen birçok yaşlı hasta EKT'ye oldukça hızlı ve güvenli bir biçimde yanıt verebilmektedir (13). EKT son zamanlarda yiyip-içmeyen, psikotik bozukluk ya da yüksek özkiyim riski gibi ağır bir psikiyatrik tabloya sahip olan yaşlı hastaların tedavisinde ilk seçenek tedavi yöntemi olarak kabul edilmekte ve uygulanmaktadır

¹Yrd. Doç. Dr., ²Dr., ³Prof. Dr. Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, ADANA

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Yrd. Dr. Lut Tamam, Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, 01330 Balçalı-Adana-Türkiye

Telefon / Phone: +90-322-338-6060 ext. 3247
Faks / Fax: +90-322-338-6505

Elektronik posta adresi / E-mail address: Ltamam@mail.cu.edu.tr

Kabul tarihi / Date of acceptance: 28 Şubat 2003 / Feb. 28, 2003

(16). Bunun dışında EKT, eşlik eden tıbbi ya da nörolojik durumları bulunan yaşlı hastalarda da etki başlangıcındaki hızı ve güvenilirliği nedeniyle ilk tercih edilen tedavi yöntemi konumundadır (16).

Yaşlılarda EKT uygulamasına yönelik en büyük sorunlardan birisi olası komplikasyonlardır (19). Özellikle 75 yaş ve üzerindeki hastalarda diğer yaş gruplarına oranla, EKT'ye bağlı olarak daha fazla komplikasyon geliştiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (12,18). Yaşlı hastalar ve özellikle eşlik eden tıbbi hastalığı bulunanların EKT'ye bağlı olarak daha yüksek oranda konfüzyon ya da bellek bozukluğu geliştirdiği bildirilmektedir (13,23). Ancak bu bulgulardan EKT'nin ne derecede sorumlu olduğu tam olarak ortaya konabilmiş değildir. Bu nedenlerle ağır depresyonu olan yaşlı hastalarda, EKT uygulanmamasının getireceği risklerle ilgili uygulanması halinde bu hastalarda bulunması olası bilişsel bozuklukları artırma riski arasındaki yarar/zarar dengesi değerlendirilerek, EKT yapılmasına karar verilmesi önerilmektedir (16). Bu uyarıyla birlikte, özellikle tıbbi sorunları olan ve tedaviye yanıt vermeyen hastalarda EKT'nin çok mantıklı ve yerinde bir tercih olacağı da kabul edilmektedir.

Bu çalışmada bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde, 12 yıllık bir periyotta, yatarak tedavi gören 60 yaş ve üstü yaşlı hastaların retrospektif olarak değerlendirilerek; EKT uygulanan hastaların özellikleri, EKT uygulanma sıklığı, EKT'ye kısa dönemde yanıt verme sıklıkları ve EKT komplikasyonlarının saptanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışmaya 1990-2001 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde yatan ve EKT tedavisi gören 60 yaş ve üzerindeki hastalar dahil edilmiştir. Bu tarihler arasında yatan hastaların dosyaları retrospektif olarak taranarak EKT uygulananlar belirlenmiş, ardından yaşları, cinsiyeti ve diğer sosyodemografik özellikleri, DSM sistemine göre beş eksenli tanıları, EKT endikasyonları, uygulanan medikal tedaviler, yapılan EKT sayısı, komplikasyonlar ve EKT'ye klinik yanıtlar kaydedilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmelerin daha kolay yapılabilmesi ve her EKT serisinin sonuçlarını daha ayrıntılı değerlendirebilmek için hastaların hastaneye her yatışı bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle birden fazla yatışında EKT uygulanan hastaların her yatışı, farklı bir hastaya uygulanmış gibi ele alınıp; EKT süreci, ayrıntıları, komplikasyonları ve etkileri bağımsız olarak değerlendirmeye katılmıştır.

EKT tedavisi sırasında veya sonrasında ortaya çıkan ve tedavi planının değiştirilmesini veya erken sonlandırılmasını, konsültasyon istenmesini gerektiren ya da anormal olarak kabul edilen durumlar komplikasyon

olarak değerlendirilmiştir. Konfüzyon ya da bellek bozukluğu eğer çok uzun sürüyor ya da ağır ise bir komplikasyon olarak kabul edilmiştir. Bellek bozuklukları kısa süreli (2 haftadan az) ya da uzun süreli (2 haftadan çok) olarak gruplandırılmıştır.

Hastanın EKT'ye verdiği yanıt, günlük hekim gözlem notlarının, hemşire gözlemlerinin ve epikrizlerinde rutin olarak yer alan İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi skalasının (Global Assessment of Function Scale) (24) yatış öncesi ve sonrası skorlarının incelenmesi sonucunda değerlendirilmiştir. EKT'ye hastaların verdiği klinik yanıt üç grupta değerlendirilmiştir: i. klinik olarak tam düzelleme (hastalık öncesi işlevsellik düzeyine tamamen dönme); ii. klinik olarak kısmi düzelleme (hastanın hastalık öncesi işlevsellik düzeyine tamamen dönmemesi ve bazı rezidüel belirtilerin olması); iii. klinik olarak yanıt yok ya da kötüleşme var. Kısmi ve tam düzelleme gösteren hastalar EKT'ye yanıt veren grup olarak, diğer hastalar ise EKT'ye yanıt vermeyen grupta ele alınıp istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır.

Kliniğimizde EKT uygulamaları 1996 yılına kadar hastanın durumuna göre yalın ya da anestezi altında yapılmaktaydı. Kırk yaşın üzerindeki ve/veya tıbbi rahatsızlığı olan hastalara ameliyathane koşulunda genel anestezi altında EKT uygulanırken, diğer hastalara kliniğimizdeki özel bir odada, herhangi bir anestezi uygulanmaksızın, yalın EKT uygulanmaktaydı. Tüm EKT'ler kliniğimizde araştırma görevlileri tarafından uygulanırken, uygulama sırasında en az bir araştırma görevlisi ve deneyimli bir hemşire de eşlik etmekteydi. 1996 yılından itibaren tüm EKT'ler ameliyathane koşullarında genel anestezi altında yapılmaktadır.

EKT öncesinde tüm hastalara rutin olarak EKG, akciğer grafisi, kan biyokimyası ve tam kan sayımı, EEG, omurga grafisi incelemeleri yapılmıştır. Belirlenebilen herhangi bir EEG patolojisi, ciddi kardiyak ya da diğer stabil olmayan sistemik rahatsızlığı bulunan hastalara en son çare olarak EKT uygulaması yapılmaktadır. Bu çalışmada yer alan hasta grubunda aort anevrizması ve major depresyonu olan bir hastaya kardiyoloji bilim dalı ile işbirliği içinde EKT uygulanmasına karar verilmiştir.

Genel anestezi altında yapılan EKT uygulamasında hastaların anestezi maddeye uygun olup olmadıkları anestezi konsültasyonu yapılarak belirlenmiştir. Bunun dışında tüm hastalardan ya da birinci derece yakınlarından EKT uygulamasına yönelik olarak aydınlatılmış onam alınmıştır. Hastalar uygulamadan 12 saat önceden itibaren aç bırakılmıştır. Bunun dışında EKT öncesi dönemde hastaların kullandığı tüm psikotrop ilaçlar kesilmiştir. Hastalara EKT uygulaması öncesinde salivasyonu azaltmak için 0.5-1 mg atropin i.m. yapılmıştır. Genel anestezi işlemi, anesteziyoloji ve reanimasyon anabilim dalında görevli bir anestezi uzmanı tarafından yapılırken, EKT uygulayan araştırma görevlisi-

ne o bölümde sorumlu hemşireler yardımcı olmaktadır. Anestezi uygulaması sırasında anestezi madde olarak pentotal ya da propofol, kas gevşetici olarak süksinil kolin kullanılmıştır. Bu ilaçların dozları anesteziyi veren görevli anestezi uzmanı tarafından ayarlanmaktadır. Bunun dışında EKT seansı sırasında hastalara sürekli olarak yüksek dozda oksijen verilmiş, EKT öncesi ve sonrasında tüm hastaların EKG, nabız ve tansiyonu rutin olarak izlenip, anestezi altında yapılan uygulamalarda hastaya verilen maddenin, EKT sırasında komplikasyon gösterip göstermediği kayıt edilmiştir. Tüm EKT uygulamalarında kliniğimizde bulunan kısa vuruşlu sürekliliği akım veren Siemens marka EKT cihazı kullanılmıştır. Hastaların EKT sırasında nöbet geçirip geçirmediği manşon yöntemiyle belirlenmiş, ve 30 ile 60 sn arasında bir süre boyunca nöbet geçirmesi sağlanmıştır. Tüm hastalara bilateral bitemporal EKT uygulanmıştır. EKT, hastaların büyük bir kısmına haftada üç kez uygulanmıştır. Kliniğimizde her hastaya ortalama 7-9 kez EKT uygulanması tercih edilmekte, fakat hastanın klinik durumuna ve gelişimine göre bu sayı azaltılıp çoğaltılabilmektedir. Uygulanan EKT sayısı, sonucu, komplikasyonları, anestezi notları kliniğimizde ayrı bir dosyaya kaydedilmektedir.

Çalışmada verilerin istatistiksel değerlendirilmeleri "SPSS for Windows version 10.0" paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm veriler ortalama, standart sapma ve yüzde değer olarak verilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılırken; iki grup ortalamalarını karşılaştırmada denek sayıları az olduğu için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. 2x2 gözülü ki-kare testinde gözlerden herhangi birinde beklenen değer 5'den az olduğunda Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır. Tüm değerlendirmelerde istatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Kliniğimizde 1990-2001 yılları arasında 1421'i erkek (%53.4), 1242'si kadın (%46.6) olmak üzere toplam 2663 hasta yatmıştır. Bu hastalardan, 112'si (%4.2) 60 yaş ve üstü hasta grubuydu. Yaptığımız değerlendirmede 12 yıl içerisinde yatan 60 ve üstünde yaşı olan bu 112 hastanın 20'sine (%17.9) EKT uygulandığı saptanmıştır. Bu süre içerisinde 1 hastaya üç ayrı yatışında, 2 hastaya iki farklı yatışında EKT uygulanmıştır. Yöntem bölümünde açıkladığımız gibi çalışmamızda hastaların her yatışı bağımsız olarak değerlendirilerek analizler yürütülmüştür.

12 yıllık dönem boyunca kliniğimizde yatan hastalardan, 60 yaş altı yetişkin hastalara uygulanan EKT sıklığı (%14.3; 2551 hastadan 364'ü) ile 60 yaş ve üstü yaşlı hastalara yapılan EKT sıklığı arasında (%17.9; 112 hastadan 20'si) anlamlı bir farklılık saptanmamış-

tır ($X^2=1.12$, $df=1$, $p=0.290$). Bu dönem içinde EKT yapılan 20 yaşlı hastanın 11'i erkek, 9'u kadındı ve yaşları 60 ile 71 arasında değişiyordu. Ortalama yaşları ise 65.2 yıl idi. Bu hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. 1990-2001 yılları arasında EKT yapılan 60 ve daha üstü yaştaki hastaların sosyodemografik özellikleri

	Ortalama± Standart sapma	Aralık
Yaş (yıl)	65.2±2.9	60 –71
Eğitim süresi (yıl)	5.5±4.9	0-15
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	11	55
Kadın	9	45
Eğitim düzeyi		
Eğitimsiz	8	40
İlköğretim	6	30
Ortaöğretim	5	25
Yüksek	1	5
Medeni hali		
Evli	16	80
Dul	4	20
Yaşadığı yer		
Köy	1	5
İlçe	7	35
Kent	12	60
Meslek		
İşsiz/emekli	8	40
Ev hanımı	8	40
Serbest meslek	4	20
Sosyoekonomik düzey		
Alt	8	40
Orta	10	50
Üst	2	10

Psikiyatrik tanılar ve diğer hastalıklar

On beş hastaya birincil tanı olarak major depresyon, 3 hastaya bipolar depresyon, 1 hastaya sanırsal bozukluk, 1 hastaya da anksiyete bozukluğu tanısı konmuştur. Majör depresyon tanısı alan 18 hastanın 12'sinde psikotik özellik vardı. Bir hastada ikinci ekseninde bağımlı kişilik özellikleri saptandı. Diğer hastalarda herhangi bir ikinci eksen tanısı yoktu. Bir hastada aort anevrizması, 2 hastada kontrol altında diabetes mellitus, 1 hastada tedavi ile kontrol altında hipertansiyon saptanmıştır. Yapılan konsültasyonlar sonucunda ilgili bilim dalları hastalara EKT uygulanmasında bir sakınca olmadığını bildirmişlerdir.

Elektrokonvülsif Tedavi Uygulaması, Yatış Süresi

Yirmi yaşlı hastanın sadece 1'ine yalnız EKT uygulanmışken, diğerlerine anestezi EKT uygulanmıştır. Tüm hastalara bilateral EKT yapılmıştır. Yirmi yaşlı hastanın 15'ine ilk kez EKT kliniğimizde uygulanırken, 5 hastaya daha önce çeşitli merkezlerde EKT uygulanmıştı. Bu hastalara uygulanan ortalama EKT sayısı 7.6 (SS=2.9) idi. EKT uygulaması sırasında gelişen

kardiyovasküler komplikasyon nedeniyle (atrial fibrilasyon) ilk seansta EKT'si sonlandırılan bir hasta dışında, diğer hastalara 5 ile 13 seans arasında EKT uygulanmıştır. Bu hastaların EKT uygulanan yatışlarındaki ortalama hastanede kalış süresi 41.8 (SS=18.5) gündü. Özkıyım düşüncesi ya da girişimi %65'lik bir oran ile en önemli EKT uygulama endikasyonuydu. EKT uygulanan hastaların hastaneye yatış sayıları, süreleri ve çeşitli EKT verileri, Tablo 2'de gösterilmiştir.

Elektrokonvülsif Tedaviye Yanıt

Hastaların %75'inin (n=15) EKT'ye yanıt verdikleri saptanmıştır. Bu oran 60 yaşın altındaki diğer hastalardan elde edilen EKT'ye yanıt oranından (60/364) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiyordu (Fisher exact test, p=0.355).

EKT'ye yanıt veren 15 hastanın 4'ü (%25) kısmi yanıt vermişken kalan 11 hasta (%50) tam düzelme göstermiştir. Uygulanan ortalama EKT seans sayısı 7.6 iken, hastaların yanıt vermeye başladığı ortalama EKT seans sayısı 4.5 idi. (Tablo 2).

Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı ile izlenirken yalnız EKT yapılan tek olgu ise yapılan 6 seans bilateral EKT uygulamasına hiç yanıt vermemiş ve düzelme göstermemiştir. EKT'ye yanıt vermeyen ve anestezi altında EKT uygulanan diğer 4 hastanın, 3'ü major depresyon, 1'i sanrsal bozukluk tanısı ile tedavi görüyordu. Yanıt veren hastaların 12'si major depresyon, 3'ü bipolar depresyon tanısı ile yatırılmıştı.

EKT'ye yanıt veren ve yanıt vermeyen hasta grupları arasında yaş, cinsiyet, uygulanan EKT sayısı, hastanede yatış süresi, komplikasyon ve psikotik özellik

Tablo 2. Hastaların EKT uygulaması ile ilgili verileri (n=20)

	Ortalama± Standart sapma	Aralık
Hastaneye yatış sayısı	2.0±1.3	1-5
EKT uygulanan yatıştaki yatış süresi (gün)	41.8±18.5	17 - 100
Yapılan EKT sayısı	7.6±2.9	1-13
İlk EKT uygulama yaşı	64.5 ± 3.9	56-71
Yanıt alınmaya başlanan EKT sayısı	4.5 ± 1.5	2-8
	n	%
EKT uygulama yöntemi (N, %)		
Yalın	1	5
Anestezili	19	95
EKT'de verilen anestezi madde		
Propofol	3	16
Pentotal	11	58
Karışık	5	26
EKT endikasyonları		
İlaçla tedaviye direnç ya da yanıtızlık	4	20
Yeme içme sorunu	3	15
Özkıyım düşüncesi /girişimi	13	65
EKT'ye verilen yanıt		
Yanıt yok	5	25
Yanıt var	15	75
Kısmi Düzelme	5	25
Düzelme	10	50
Komplikasyon		
Var	11	55
Yok	9	45

sıklığı açısından anlamlı bir farklılık yoktu (p>0.05). Yanıt vermeyen grupta ortalama EKT seans sayısı 5.8 olmasına karşın, daha önce belirtilen ve ilk EKT sonrası yan etki nedeniyle uygulamanın sonlandırıldığı hasta dışarıda tutulduğunda bu grupta ortalama EKT sayısı 7 olmuştur. Her iki durumda da yanıt veren ve

Tablo 3. EKT'ye yanıt verenler ile vermeyenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Yanıt verenler (n=15)		Yanıt vermeyenler (n=5)		U	p*
	Ortalama± SS		Ortalama± SS			
Yaş (yıl)	65.2 ± 3.3		65.2 ± 1.8		34.5	0.791
Ortalama EKT sayısı	8.3 ± 2.4		5.8 ± 3.6		20,0	0.123
Yatış süresi (gün)	39.9 ± 12.8		48.8 ± 34.9		29,0	0.961
	n	%	n	%		p**
Cinsiyet						1.00
Kadın	8	53	3	60		
Erkek	7	46	2	40		
Medeni hali						0.249
Evli	13	87	3	60		
Dul	2	13	2	40		
Psikotik özellik						0.613
Var	9	60	4	80		
Yok	6	40	1	20		
Komplikasyon						0.319
Var	7	47	4	80		
Yok	8	53	1	20		
Endikasyona göre						
İlaç tedavisine direnç	2	13	2	40		
Yeme sorunu	2	13	1	20		
Özkıyım düşüncesi ya da girişimi	11	86	2	40		

*:Mann-Whitney U testi, **: Fisher kesin ki-kare testi

vermeyen grup arasında ortalama EKT seans sayısı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). EKT endikasyonlarına göre bu iki grup arasında, hasta sayılarının çok az olması nedeniyle istatistiksel karşılaştırma yapılmamıştır. Tedaviye dirençli oldukları için EKT uygulanan 4 yaşlı hastanın ikisi (%50) EKT'ye yanıt vermişken, özkıyım düşünce ya da girişimleri nedeniyle EKT uygulanan 11 hastanın 9'u (%84.6) EKT'ye yanıt vermiştir. Bu iki alt grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Fisher kesin ki-kare, $p=0.219$). İki grup arasındaki karşılaştırmalar Tablo 3'de gösterilmiştir.

Komplikasyonlar

EKT uygulaması sürecinde 11 (%55) hastada çeşitli komplikasyonlar ortaya çıkmıştır. Altmış beş yaşındaki 1 hastada ilk EKT sırasında ortaya çıkan kardiyak arrest nedeniyle EKT sonlandırılmış, bu hasta dışında hiçbir hastada EKT'nin sonlandırılmasını gerektiren bir komplikasyon gelişmemiştir. Üç hastada konfüzyon, 6 hastada bellek bozukluğu (4'ünde 2 haftadan az süren, 2'sinde 2 haftadan uzun süren), 1 hastada şiddetli başağrısı yan etki olarak gelişmiştir. Tüm hastalarda yan etkiler 3. hafta sonunda tamamen geçmiştir. Uygulanan ortalama EKT sayısı açısından komplikasyon gelişen hasta grubu (6.9 ± 2.9) ile gelişmeyen hasta grubu (8.5 ± 2.5) arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($U=34$, $p=0.235$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda 60 yaş ve üstü hastalarda EKT'ye yanıt verme oranı %75 olarak belirlenmiştir. Bu oran 60 yaşın altındaki hasta grubunun EKT'ye yanıt verme oranından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiyordu ($p>0.05$). Tew ve arkadaşları (11) genç-yaşlı olarak tanımladıkları 60-74 yaş grubundaki major depresif hastaların EKT'ye yanıt verme oranının, çalışmamızdaki orana çok benzer bir düzeyde, %73 olduğunu saptamış ve bu oranın 60 yaş altındaki hasta grubunun verdiği yanıt oranına (%54) göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Kujala ve arkadaşlarının (17) bir çalışmasında, yaşlı depresif hastaların EKT'ye yanıt oranının %79 olduğunu, bunların %40'ının tam düzelmeye gösterdiğini bildirmişlerdir. Yaşlılarda EKT etkinliğini araştıran diğer bazı çalışmalarda da (12,18,25) EKT'ye yanıt oranının %85'ler civarında olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları ve yaşlılarda yapılan diğer EKT çalışmalarının çoğunda bildirilen oranlar (13,20,21), EKT'ye yanıt verme oranının genel olarak tüm yaş gruplarındaki hastaların EKT'ye yanıt verme oranlarıyla (%70-90) benzeştiğini doğrulamaktadır (1-3). Bu nedenlerle elde ettiğimiz sonuçlar, yaşlı hastalardaki EKT etkinliğinin gençlerdekine oranla da-

ha yüksek olduğunu bildiren bazı çalışmaların sonuçlarını desteklememektedir (14,15). Literatürde, yaşlı hastalardaki kısa dönemdeki EKT'ye yüksek yanıt oranının sadece yaşlanmadan çok onları genç hastalardan ayıran klinik özelliklere bağlanması gerekliliği üzerinde durulmaktadır (13). O'Connor ve arkadaşları (15) 45 yaşın üstündeki hastaların EKT'ye daha yüksek oranda yanıt vermelerinin, kısmen ilerleyen yaşlarda daha yüksek sıklıkta rastlanan psikotik depresyona bağlı olabileceğini ileri sürmüştür.

Daha önce yapılmış yayınlarda, hangi EKT uygulama sayısının remisyonu sağladığı kesin olarak ortaya konmuş değildir. Tüm tanı gruplarında hastada klinik açıdan belirgin düzelmeye görülünceye kadar EKT'ye devam edilmesi, genel olarak kabul gören bir uygulamadır (1). Klinik iyileşme sağlandıktan sonra yapılan fazla EKT'nin hastalığın tekrarlanmasını önlemede bir yararının olmadığı bilinmektedir (1). Yapılan çalışmalarda depresif hastalarda ve şizofrenik hastalarda remisyon için ortalama 6 ile 8; manik hastalarda 8 ile 12 arasında EKT uygulandığı bildirilmiştir (4). Bu genel değerlendirmelere karşın, her hastanın kendi durumu içinde değerlendirilmesi gerektiği, herhangi bir hastalık grubu için uygulanması gereken sabit bir EKT sayısının bulunmadığı sıkça vurgulanmaktadır (4,7). Bazı yayınlarda ise ilk 2-3 EKT sonrası hastada görülen etkilerin ve değişimlerin, tedavinin sonlanımına yönelik önemli bir yordayıcı etken olduğu belirtilmektedir (4,22). Williams ve arkadaşları (20), EKT uygulanan yaşlı depresif hastalarda yaptıkları natüralistik bir çalışmada, hastaların depresyon düzeylerini ölçtükleri Montgomery-Asberg Depresyon Ölçeği (MADRS) puanlarında %50 düzeyinde bir azalma için gereken ortalama EKT sayısının 3.73 olduğunu (aralık: 1-7seans) bildirmiştir. Aynı çalışmada, sadece 1 EKT uygulamasından sonra bile hastalarda düzelmeler görülebileceği, fakat bireysel farklılıkların mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır. Çalışmamızda EKT'ye yanıt veren hastalar, klinik düzelmeye ortalama 4.5 EKT seansı sonunda ulaşmışlardır. Grubumuzda elde ettiğimiz bu sayı diğer çalışmaların sonuçlarına benzerdir. Ancak çalışmamızda yapılandırılmış bir depresyon ölçeği kullanmadığımızdan ve düzelmeye ölçütünü klinik görüşme notları ve değerlendirmeye dayandırdığımızdan, hastalarımızdaki düzelmelerin bizim saptadığımız EKT sayısından daha önce de gerçekleşmiş olabileceğini düşünüyoruz.

Depresyon ve buna bağlı olarak ortaya çıkan özkıyım düşüncesi ya da girişimleri, yaşlılarda en sık EKT uygulanma nedenlerinden birisidir (7). Çalışmamıza alınan yaşlı hastalarının %65'inde EKT uygulanma endikasyonu özkıyım düşünce ya da girişimleriydi. EKT'nin özkıyım oranlarını düşürmede etkin olduğu, özellikle akut riski azaltarak yaşam kurtarıcı etkisi ol-

duğu sıklıkla bildirilmektedir (1,7). Çalışmamızdaki %20 olguda ise ilaç tedavisine direnç ya da yanıt-sızlık EKT uygulanma nedeniydi. Prudic ve arkadaşları (6) 100 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, ilaç tedavisine dirençli olgularda EKT'ye yanıtın, tedaviye dirençli olmayan olgulara göre (%63'e karşılık %91) daha az olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, çalışmamızda tedaviye dirençli olguların %50 (n=2)'si EKT'ye yanıt vermişken, bu oran özkıyım girişimi ya da düşüncesi olan olgularda %85 oranındaydı; ancak bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Çalışmamızda yer alan denek sayısı oldukça düşük olduğu için bu bulgunun dikkatli değerlendirilmesi gerektiği kanısındayız.

Çalışmamızda olguların %55'inde EKT'ye bağlı bir komplikasyon görülmüştür. En sık görülen yan etkiler sırasıyla bellek bozukluğu (%30); konfüzyon (%15); başağrısı (%5) ve kardiyovasküler yan etkilerdir (%5). Kardiyovasküler komplikasyonlar EKT'nin en sık karşılaşılan tıbbi yan etkisi olarak gösterilmektedir (8,13). Daha önce kardiyak hastalığı ve hipertansiyonu olan kişilerin, olmayanlara oranla EKT sonrası daha yüksek komplikasyon riskine sahip oldukları bilinmektedir (9). Buna karşın, Rice ve arkadaşları (9) bu konuda yaptıkları bir çalışmada bilinen kardiyovasküler risk faktörleri olan hasta grubu ile olmayan hasta grubu arasında EKT sonrası major kardiyak komplikasyon görülme riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada risk faktörü olmayan grup için bildirilen kardiyak komplikasyon sıklığı %14.8 olarak bulunmuştur. Oldukça yüksek kardiyak komplikasyon oranı bildiren bu çalışmalara karşın, Tecoult ve Nathan (8) değerlendirdikleri EKT uygulanan 75 hastanın sadece birinde kardiyak komplikasyon ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde çalışmamızda da olguların sadece birinde önemli bir kardiyak komplikasyon gelişmiş ve ilk seanstan sonra EKT tedavisi sonlandırılmıştır. Yaşlı hasta grubumuzda düşük oranda kardiyak komplikasyon saptamamızın en büyük nedeni, kliniğimizde EKT öncesi yapılan değerlendirmelerde kardiyak sorunu saptananlara, yani risk grubundaki hastalara EKT uygulanmaması olabilir.

Gerek yaşlı hastalarda, gerekse genç hastalarda EKT'ye bağlı olarak ortaya çıkan hem anterograd hem de retrograd bellek bozuklukları, EKT sonrasındaki haftalar ve aylar içerisinde iyileşir (1,4). Bellek performansı en geç birkaç hafta içinde eski düzeyine döner. Çok nadiren bellek bozukluğunun altı aydan uzun sürdüğü bildirilmiştir (4). Tedavinin bitiminden bir ay sonra unutkanlık artık pek görülmez. Altı aylık izlemde bellek performansı, EKT başlanmadan önceki düzeye döner (10). Tedaviden yıllar sonra, hem depresyon hem de EKT'nin etkileri azaldıktan sonra, kontrollerle EKT uygulanan hastalar arasında bellek

işlevleri yönünden anlamlı bir fark saptanamamıştır (16). Daha önce yapılan bu araştırma sonuçlarıyla uyumlu olarak hastalarımızda EKT sonrası saptanan konfüzyon, bellek bozukluğu ve aşırı başağrısı gibi belirtilerin yatış süresi içinde azaldığını, tamamının üç hafta içinde kaybolduğunu belirledik. Rosen ve arkadaşları (23), yaşlı hastaların EKT sonrasında daha çok konfüze olduklarını ve bu durumun ise uygulanan EKT sayısına bağlı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Çalışmamızda ise, komplikasyonlar ile uygulanan EKT sayısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını saptadık.

Bu yan etkiler dışında, kliniğimizde yaşlı hastalarda 12 yıllık süre içerisinde uygulanan yalın ya da anestezi EKT'ye bağlı herhangi bir mortalite vakası olmamıştır. EKT ile ilişkili mortalite sıklığı 10.000 kişide birdir ve özellikle eşlik eden medikal hastalıklar nedeniyle yaşlı hastalarda bu risk daha fazladır (7,8). Bu oran küçük bir cerrahi operasyonda genel anesteziye bağlı ortaya çıkabilecek riske eşittir (8). EKT'ye bağlı ölümlerin hemen tamamı kardiyovasküler komplikasyonlara bağlı olarak ortaya çıkmıştır (8). Kliniğimizde EKT öncesi yapılan ayrıntılı kardiyak değerlendirmelerin ve ciddi bir sorunu olduğu şüphelenilen hastalara EKT uygulanmamasının, bu riski oldukça azalttığı düşünülebilir.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı retrospektif bir çalışma olmasıdır. Hastaların EKT'ye yanıtı, ortaya çıkan yan etkiler, komplikasyonlar, düzelme zamanları gibi değerlendirilen bir çok nokta, standardize edilmiş ölçekler yerine klinik izlem notları ve dosya değerlendirmesine dayanmaktadır. Bu durum bazı komplikasyonların gözden kaçmasına, özellikle major depresyon belirtilerinin düzelme zamanının tam olarak tespit edilememesine neden olmuş olabilir. Bir diğer kısıtlılığı ise, kliniğimizde uzmanlaşmış bir geriatrik psikiyatri biriminin olmaması nedeniyle, hasta sayısının sınırlı kalması ve denek sayısının az olmasıdır. Bu da elde edilen sonuçların tüm yaşlı hastalara genelleştirilmesini mümkün kılmamaktadır. Son olarak, tüm hastaların her yatışı birbirinden bağımsız olarak kabul edilip değerlendirmeye alınması nedeniyle, EKT'nin uzun dönemdeki etkinliğe yönelik bir önermede bulunmamız da mümkün olmamıştır.

Sonuç olarak, bu çalışma kısa dönemde EKT'nin 60 yaş üstü yaşlı hastalarda, özellikle major depresyonda, diğer yaş gruplarında olduğu gibi etkin, güvenilir, yan etkileri yoğun ve uzun süreli olmayan, bir somatik tedavi yöntemi olduğunu bir kez daha göstermiştir. Yaşlı hastalarda özellikle EKT'nin uzun dönemdeki etkinliğine yönelik, daha geniş örneklem gruplarını içeren, standardize ölçeklerin kullanılacağı çalışmaların yararlı ve gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Kaynaklar:

1. Evlice YE. Elektrokonvülsif tedavi. In: Temel psikiyatri Kitabı (Editörler: Köroğlu E, Güleç C). Cilt:2, Ankara: Hekimler Birliği Yayınevi, 2000: 1019-1034
2. Öztürkoğlu M, Evlice YE, Özpoyraz N, Ünal M, Fettahlioğlu M. Elektrokonvülsif tedavinin antidepresan etkinliği ve yan etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi 1994; 5:109-112
3. Sylvester AP, Mulsant BH, Chengappa KNR, Sandmann AR, Haskett RF. Use of electroconvulsive therapy in a state hospital: a 10-year review. J Clin Psychiatr 2000; 61:534-539
4. Stevens A, Fischer A, Martels M, Buchkremer G. Electroconvulsive therapy: a review on indications, methods, risks and medication. Eur Psychiatry 1996; 11:165-174.
5. Prudic JM, Sackheim HA, Devanand DP. Medication resistance and clinical response to electroconvulsive therapy. Psychiatry Res 1990; 31:287-296
6. Prudic J, Haskett RF, Mulsant B, Malone KM, Pettinati HM, Stephens S, Greenberg R, Rifas SL, Sackheim HA. Resistance to antidepressant medications and short term clinical response to ECT. Am J Psychiatry 1996; 153:985-992
7. Challiner V, Griffiths L. Electroconvulsive therapy: a review of the literature. J Psychiatr Nurs Ment Health Serv 2000; 7:191-198
8. Tecoult E, Nathan N. Morbidity in electroconvulsive therapy. Eur J Anaesthesiol 2001; 18:511-18
9. Rice EH, Sombrotto LB, Markowitz JC, Leon AC. Cardiovascular morbidity in high risk patients during ECT. Am J Psychiatry 1994; 151:1637-1641
10. Brodaty H, Hickie I, Mason C, Prenter L. A prospective follow-up study of ECT outcome in older depressed patients. J Affect Disord 2000;60:101-111
11. Tew JD, Mulsant BH, Haskett RF, Prudic J, Thase ME, Crowe RR, Dolata D, Begley AE, Reynolds CF, Sackheim HA. Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old. Am J Psychiatry 1999; 156:1865-1870
12. Casey DA, Davis MH. Electroconvulsive therapy in the very old. Gen Hosp Psychiatry 1996;18:436-439
13. Flint AJ, Gagnon N. Effective use of electroconvulsive therapy in late-life depression. Can J Psychiatry 2002; 47:734-741
14. Wilkinson AW, Anderson DN, Peters S. Age and the effects of ECT. Int J Geriatr Psychiatry 1993; 8:401-406
15. O'Connor MK, Knapp R, Husain M, Rummans TA, Petrides, Smith G. The influence of age on the response of major depression to electroconvulsive therapy. A C.O.R.E.report. Am J Geriatr Psychiatry 2001; 9:382-390
16. Rabheru K. The use of electroconvulsive therapy in special patient populations. Can J Psychiatry 2001; 46:710-719
17. Kujala I, Rosentvinge B, Bekkelund SI. Clinical outcome and adverse effects of electroconvulsive therapy in elderly psychiatric patients. J Geriatr Psychiatry Neurol 2002; 15:73-76
18. Gormley N, Cullen C, Walters L, Philpot M, Lawlor B. The safety and efficacy of electroconvulsive therapy in patients over age 75. Int J Geriatr Psychiatry 1998; 13:871-874
19. Burke WJ, Rubin EH, Zorumski CF, Wetzel RD. The safety of ECT in geriatric psychiatry. J Am Geriatr Soc 1987; 35:516-521
20. Williams JHG, O'Brien JT, Cullum S. Time course of response to electroconvulsive therapy in elderly depressed subjects. Int J Geriatr Psychiatry 1997; 12:563-566
21. Mulsant BH, Rosen J, Thornton JE, Zubenko GS. A prospective naturalistic study of electroconvulsive therapy in late-life depression. J Geriatr Psychiatry Neurol 1991; 4:3-13
22. Rodger CR, Scott AI, Whalley LJ. Is there a delay in the onset of the antidepressant effect of electroconvulsive therapy? Br J Psychiatry 1994;164:106-109
23. Rosen J, Benoit HM, Nebes RD. A pilot study of interictal cognitive changes in elderly patients during ECT. Int J Geriatr Psychiatry 1992; 7:407-410
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV), Washington DC: The American Psychiatric Press, 1994
25. Cattan RA, Barry PP, Mead G, Reeve WE, Gay A, Silverman M. Electroconvulsive therapy in octogenarians. J Am Geriatr Soc 1990; 38:753-758