

Elektrokonvulsiv terapi – effektiv behandling

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) er en effektiv behandling ved alvorlig depresjon. Et stort problem er imidlertid at mange pasienter får tilbakefall etter at behandlingen er avsluttet.

Monoterapi med antidepressiver er derfor i dag rutinebehandling etter at elektrokonvulsiv terapi er seponert, men dokumentasjonen for slik monoterapi er begrenset. Nylig ble en randomisert, dobbeltblind, placebokontrollert studie publisert i *JAMA* (1).

Pasientene som gjennomførte behandlingsopplegget, hadde unipolar depresjon med gjennomsnittlig 2,5 tidligere episoder. Nesten halvparten av pasientene hadde i indeksprioden psykotisk depresjon, de øvrige var medikamentresistente etter middels strenge kriterier. Etter ECT-behandling fikk pasientene henholdsvis placebo (n=29), nortriptylin (n=27) eller kombinasjonsbehandling med litium og nortriptylin (n=28).

Etter elektrokonvulsiv terapi remitterte bare 55 %. I løpet av et halvt års oppfølging fikk 84 % i placebogruppen tilbakefall, 60 % i nortriptylin-gruppen og 39 % i litium-nortriptylin-gruppen.

Selv om kombinasjonsbehandlingen hadde signifikant lavere tilbakefallsrate enn placebo og monoterapi, er likevel andelen med tilbakefall høy.

– Flere av pasientene i studien burde forsøkt noe mer medikamentell behandling før de fikk elektrokonvulsiv terapi, f.eks. kombinasjonen av nye antipsykotiske medikamenter og antidepressiver ved psykotisk depresjon. Da ville trolig andelen som responderte ha blitt høyere, kommenterer professor Stein Opjordsmoen ved Ullevål sykehus.

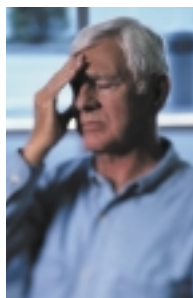
Ved Ullevål sykehus har det vært vanlig å seponere eller redusere dosen av antidepressiver under elektrokonvulsiv terapi.

– Vi vil på bakgrunn av denne studien i større grad bruke antidepressiver samtidig med ECT-behandling. Vi vil også vurdere å nedtrappe behandlingen i noen uker etter den kliniske bedringen, i stedet for å slutte brått ved remisjon, slik det gjøres i dag, sier Opjordsmoen.

– *Erlend Hem, Tidsskriftet*

Litteratur

1. Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, Thase ME, Mann JJ, Pettinati HM et al. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy. *JAMA* 2001; 285: 1299–1307.



Alkohol hemmer inflammasjon

Flere epidemiologiske studier har vist en negativ assosiasjon mellom moderat alkoholinntak og risiko for hjerte- og karsykdommer (*Lancet* 2001; 357: 763–7). Videre er det sannsynligvis en sammenheng mellom aterosklerose og inflammasjon. Tyske forskere har sammenholdt alkoholinntaket og ulike markører for inflammasjon hos 2 006 personer. Særlig C-reaktivt protein (CRP) viste seg å være lavt hos dem som drakk moderat, i forhold til hos dem som var avholdende eller hadde et høyt alkoholforbruk.

Øyefargen påvirker hørselsskade

Meningitt er den vanligste årsaken til ervervet døvhets hos barn (*BMJ* 2001; 322: 587). I en britisk spørreundersøkelse av 130 døde svarte 73 % at de hadde lys øyefarge og 27 % mørk øyefarge. Imidlertid var det bare to av de 32 pasientene der meningitt var årsaken som hadde mørke øyne. Forfatteren viser til at personer med mørke øyne har høyere melaninnhold i cochlea, og derfor kanskje er beskyttet mot å utvikle hørselsskade på grunn av infeksjon.

Rekombinant sepsisbehandling

Ved alvorlig sepsis bidrar både generalisert inflammasjon og en aktivisering av koagulasjonssystemet til sykdomsprosessen (*N Engl J Med* 2001; 344: 699–709). Mer enn 1 600 pasienter med sepsis deltok i en randomisert, placebokontrollert studie der halvparten fikk behandling med rekombinant, humant aktivert protein C. Proteinet hemmer inflammasjon, samtidig som fibrinolysen aktiveres. Behandlingen førte til en signifikant redusert mortalitet (30,8 % versus 24,7 %), selv om forekomsten av alvorlige blødninger var større i gruppen som fikk aktivt medikament.

Størst dødelighet blant kvinner

Hvilken rolle spiller kjønn for langtids-overlevelsen etter hjerteinfarkt (*Ann Intern Med* 2001; 134: 239–41)? En studie av 6 826 pasienter som ble fulgt i to år etter et akutt infarkt viste at 28,9 % av kvinnene døde, mot bare 19,6 % av mennene. Så man på de ulike aldersgruppene, viste det seg at det var blant pasienter under 60 år at forskjellen var størst. Eldre kvinner hadde derimot høyere overlevelse enn eldre menn. En lederartikkel i samme tidsskrift diskuterer mulige årsaker til disse forskjellene, og peker blant annet på ulike behandlingsrutiner hos kvinner og menn.

– *Ragnhild Ørstavik, Tidsskriftet*

Appendisitt og ulcerøs kolitt

En svensk pasient-kontroll-undersøkelse der nesten en halv million pasienter er inkludert, konkluderer med en invers sammenheng mellom forekomsten av appendisitt før 20 års alder og diagnosen ulcerøs kolitt senere (1).

Flere mindre studier har tidligere antydnet en slik invers sammenheng. Bl.a. er det funnet en lavere insidens av appendisitt og en høyere insidens av ulcerøs kolitt blant mormoner i Storbritannia og Nord-Irland (2).

Den nye svenske studien er gjort på registerdata. I alt 5,6 millioner personår og 714 tilfeller av ulcerøs kolitt ligger til grunn for resultatene. Pasienter som var blitt appendektomert pga. appendisitt eller mesenterisk lymfadenitt hadde en relativ insidens av ulcerøs kolitt på 0,74 i forhold til kontrollpasientene. For de som var appendektomert, men fikk utskrivningsdiagnosen uspesifikk abdominalsmerter, var den relative insidensen ikke forskjellig fra kontrollpasientenes. En nærmere analyse av dataene viste at den

reduserte insidensen av ulcerøs kolitt bare gjaldt pasienter som var operert før de fylte 20 år.

– Funnene kan støtte den såkalte «sheltered childhood model» (3), sier professor Per Brandtæg ved Rikshospitalet. I henhold til denne kan en del av bakteriene som etter hvert utløser appendisitt eller mesenterisk lymfadenitt muligens beskytte mot ulcerøs kolitt. Tiltakende forekomst av inflammatoriske tarmsykdommer i den vestlige verden har ført til spekulasjoner om at for god hygiene kan være en årsaksfaktor. Men det må understrekes at vi fortsatt vet lite både om dette og om årsakene til appendisitt.

– *Pål Gulbrandsen, Tidsskriftet*

Litteratur

1. Andersson RE, Olaison G, Tysk C, Ekblom A. Appendectomy and protection against ulcerative colitis. *N Engl J Med* 2001; 344: 808–14.
2. Penny WJ, Penny E, Mayberry JF, Rhodes J. Prevalence of inflammatory bowel disease amongst Mormons in Britain and Ireland. *Soc Sci Med* 1985; 21: 287–90.
3. Logan R. Appendectomy and ulcerative colitis: What connection? *Gastroenterology* 1994; 106: 1382–4.