

La réalisation de l'ECT dans des populations particulières

**En guise
d'introduction ...**

ECT dan le spectre des techniques de stimulation

- **Différent de la rTMS**
 - ✓ Absence de convulsion et de perte de connaissance
 - ✓ Absence de confusion et d'effets 2nd notable
 - ✓ Mécanismes d'actions très différents
 - ✓ Efficacité < ECT sur forme sévères
- **Différents de la tDCS**
 - ✓ Absence de convulsion et de perte de connaissance
 - ✓ Absence de confusion post-application
 - ✓ Mécanismes d'actions différents
 - ✓ Efficacité ?
- **Se rapproche des crises induites par la TMS (Magnetic Seizure Therapy)**
 - ✓ Mais crise partielle et non pas généralisées (stimulation focale)
 - ✓ Peu / pas de confusion post-application, réduction des effets indésirables
 - ✓ Efficacité identique ?
- **Stimulation cérébrale profonde et stimulation du nerf vague**

- **Indications**
- **Sujet âgé**
- **Femme enceinte**
- **Retard mental**
- **Enfant / adolescent**
- **Pathologies médicales**

Indications de l'ECT

- **Dépression majeure, bipolaire ou monopolaire, endogène ou secondaire/concurrente à une affection médicale, en traitement, en consolidation ou en entretien, surtout si :**
 - ✓ **Risque suicidaire élevé**
 - ✓ **Cachexie, déshydratation menacent**
 - ✓ **Agitation sévère**
 - ✓ **Stuporeuse**
 - ✓ **Catatonique**
 - ✓ **Délirante**
 - ✓ **Agitée et autres états de mixité**
 - ✓ **Cycles rapides**
 - ✓ **Réponse préalable à l'ECT**
- **Manie**
- **Troubles schizo-affectifs**
- **Troubles schizophréniques avec composante affective ou catatonique**
- **Psychose puerpérale**
- **Psychoses secondaires à la prise de toxique (PCP +++)**
- **TOC (ralentissement obsessionnel +++)**
- **Syndrome malin des neuroleptique, syndrome sérotoninergique sévère**

A considérer rapidement (seconde voir première intention) dès lors que le trouble est sévère !

Sujets âgés

- **Forte proportion de sujets âgés TTT par ECT (UK/US ~ 40% > 65 ans)**
 - ✓ **Formes plus sévères, impliquant plus facilement un risque vitale (dénutrition, déshydratation...)**
 - ✓ **Plus forte résistance aux antidépresseurs**
 - ✓ **Plus fréquentes formes psychotiques ?**
 - ✓ **Risque suicidaire plus important**
- **Efficacité au moins identique à celle du sujet jeune**
 - ✓ **Un trouble cognitif concurrent n'est pas une CI.**
- **Précautions / surveillance**
 - ✓ **Évaluation de l'état dentaire (détachement-inhalation ⇒ arracher, myorelaxants n'y font rien)**
 - ✓ **Ostéoporose, risque fractures avec les contractions, envisager augmentation myorelaxant**
 - ✓ **Seuil épileptogène souvent élevé (réduction dépresseurs, hyperventilation, caféine, étomidate > thiopental > propofol, morphiniques)**
 - ✓ **S'attendre à période de confusion plus longue, réduction de la fréquence à 2/sem, intérêt de l'application unilatérale.**

Femme enceinte

- **Pas de risque particulier** quelque soit le trimestre de la grossesse
- **Précautions / surveillance**
 - ✓ Consultation obstétricale préalable
 - ✓ Monitoring foetal recommandé
 - ✓ Attention au risque accru de reflux gastro-oesophagien (avec risque de pneumopathie d'inhalation) ⇒ antiacide, intubation endotrachéale
 - ✓ Réduction de l'utilisation de l'hyperventilation
 - ✓ Réduire l'usage des anticholinergiques (lutte contre bradycardie)
 - ✓ Placer la patiente en position réduisant la pression abdominale (respiration et reflux)
 - ✓ Vérifier activité cholinesthésique plasmatique (réduite durant la grossesse allongement effet de la succinylcholine) ?

Retard mental

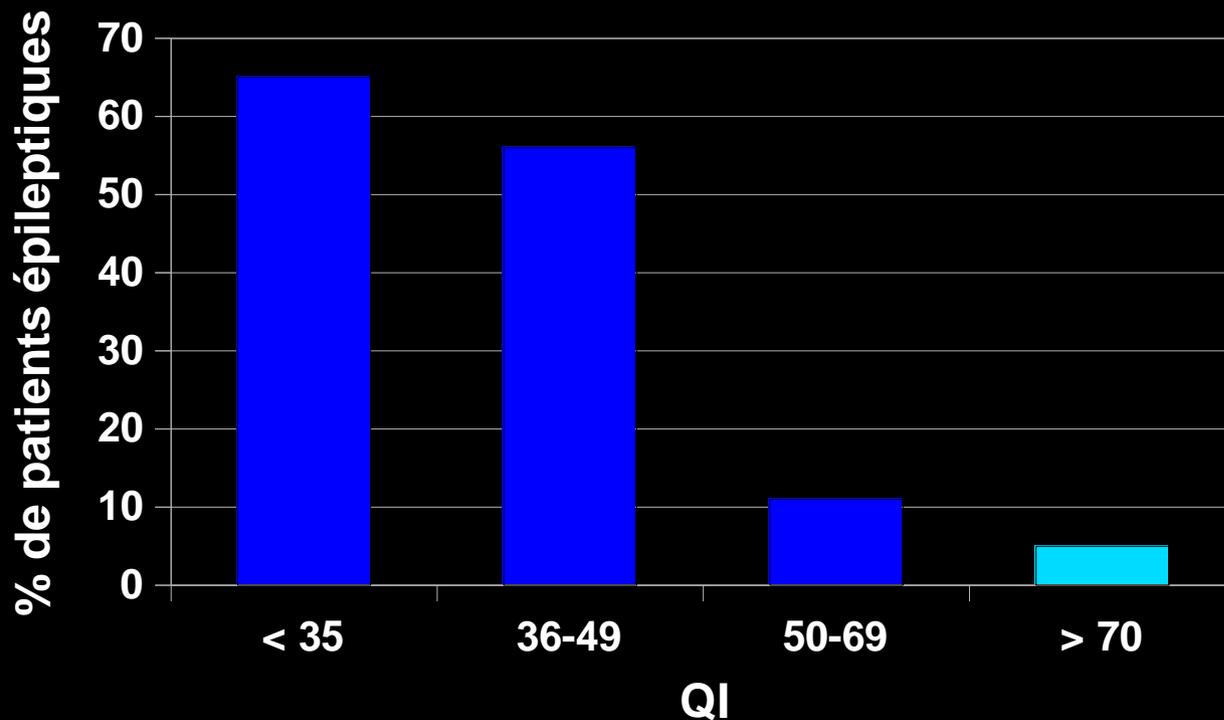
Le retard mental expose à :

- **Chez l'enfant :**
 - ✓ **Pas plus de troubles psychotiques (hors autisme),**
 - ✓ **Surtout troubles des conduites, de la personnalité, hyperactivité.**

- **Mais chez adulte :**
 - ✓ **Trouble de l'adaptation et conséquences (exemple trouble anxieux, syndrome de l'incube)**
 - ✓ **Psychoses (x3)**
 - ⇒ **Psychoses cycloïdes (retard léger – QI de 50-70 ++)**
 - ⇒ **Hébéphrénies systématisées (rares)**
 - ✓ **REM : dépression 1 à 5 % !!**

Épilepsie et retard mental

- L'épilepsie = répétition de crise épileptique
- Plus fréquente dans le retard mental (x4) en proportion inverse du QI.
- Souvent plus difficile à contrôler (plus de forme résistante au traitement)



Retard mental

- **Excellente efficacité, sans doute non différente des non RM, et pourtant sous-utilisé (consentement, pb des indications)**
- **Exemple dépression ⇒ sur critères comportementaux en raison de capacités verbales limitées**
 - ✓ **Sauts d'humeur, irritabilité**
 - ✓ **Ralentissement psychomoteur**
 - ✓ **Réduction du langage, voir mutisme**
 - ✓ **Symptôme végétatifs : troubles du sommeil ou du rythme nyctéméral, changement de poids**
 - ✓ **Pertes des acquis dont l'hygiène (voir incontinence)**
 - ✓ **Affect dépressif (mimique) et pleurs (pas de valeur isolément)**
 - ✓ **Fréquente somatisation**
 - ✓ **Automutilations**
 - ✓ **Psychoses (psychoses cycloïdes) – fréquence des catatonies**
 - ✓ **REM : ne marche sur les troubles du comportement que si associés à un trouble de l'humeur ou un trouble psychotique**
- **Particularités liées à l'étiologie du RM, exemple de la trisomie 21**
 - ✓ **Diagnostic différentiel avec hypothyroïdisme, démence (rare avant 40 ans)**
 - ✓ **Attention à l'instabilité atlanto-axoïdienne si doit faire intubation**
- **A noter un usage dans des indications non classiques, expl : état de mal**

Enfant / adolescent

- **Très peu utilisé (0.5 à 1 ECT / 10⁶ ha)**
- **Pourtant bonne réponse des troubles de l'humeur (sévéres +++) avec 90% d'amélioration, plus faible sur les troubles psychotiques même avec composante thymique (40-60%)**
- **Pas d'effet sur syndrome autistique sauf trouble de l'humeur associé**
- **Précautions / surveillance**
 - ✓ **Confusion peu fréquente, mais tbl mnésiques = adultes**
 - ✓ **Crises longues (arrêter par 10mg de valium IV)**
 - ✓ **Crises convulsives spontanées plus fréquentes que chez l'adulte**
 - ✓ **Généralement absence d'augmentation des seuils avec la répétition des séances**

Affections médicales

- ECT classé dans les procédures anesthésiques à **risques faibles**
- Effets de l'ECT
 - ✓ Bradycardie transitoire (attention aux β -bloquants, asystolie jusqu'à 5 sec, sinon penser à l'atropine) puis tachycardie de quelques minutes avec QRS prématurés, aspect bi/trigeminal
 - ✓ HypoTA, puis hyperTA
 - ✓ Accroissement de la perméabilité vasculaire
 - ✓ Hypoglycémie post ECT, adapter doses insulines chez les DID
- CI sont toutes **RELATIVES** : estimer le rapport bénéfice / risque
- **CI cardio-vasculaires** éviter titration (pb stim non convulsivante)
 - ✓ Infarctus du myocarde récent
 - ✓ Pathologie cardiaque non stabilisée (valvulopathie, anévrisme de la paroi, insuffisance, angine instable...)
 - ✓ Trouble du rythme risquant de décompenser (ou ECT dans service de réanimation rompu aux techniques de déchoquage), arrêter défibril. implanté
 - ✓ Thrombus IC, thrombose veineuse profonde non TTT
 - ✓ Phéochromocytome non traité
- **CI neurologiques**
 - ✓ Lésion avec effet de masse (pas de soucis si pas d'effet de masse)
 - ✓ Anévrisme menaçant non traité
 - ✓ En revanche pas de CI si avec ischémique ou hémorragique > 1 mois et stabilisé, si épilepsie, si démence

Interactions

Anesthésique	<i>Propofol</i>	Réduction durée crise, élévation du seuil épileptogène
Anticonvul.	<i>CBZ, VPA, CBZ</i>	Élévation seuil épileptogène, effets indésirables des stimulations non convulsivantes, augmenter la charge
	<i>Caféine, théophylline, L-tripto.</i>	Augmentation durée des crises, état de mal, hypertension, tachycardie, trouble du rythme
	<i>Lithium</i>	Toxicité (augmentation perméabilité barrière hémato-encéphalique ?) pas de CI si dans fourchette TTT. Confusion post ECT + fréquente
Antidépres.	<i>IMAO non rev.</i>	Si nécessité d'agent hypertenseur ⇒ interaction, doivent être arrêtés 15 jours avant. Mais les sélectifs et les réversibles peuvent être maintenus.
	<i>Fluoxétine Bupropion</i>	Possible augmentation de la durée des crises, mais administration concurrente OK
Antipsycho.	<i>Clozapine</i>	Crises spontanées tardives. Confusion. Mais rapports OK !
AntiHyperTA	<i>β-bloquants</i>	Potentialisation bradycardie et hypotension ⇒ éviter titration, possible ↗ confusion

Affections médicales

- Si PR, penser à vérifier l'articulation atloïdo-axoïdienne (Rx)
- Si fractures récentes, vérifier consolidation (Rx), augmenter myorelaxant
- Origine méditerranéenne, Moyen Orient, Caraïbe, Asie : anémie falciforme (oxigénation)
- EFR si BPCO
- Si insuffisance hépatique, dosage de l'activité cholinesthésique plasmatique (+ déficit héréditaire 1/2500)
- Décollement de la rétine, glaucome
- Attention si blessure, matériel conducteur

Conclusions

- **Risque ECT faible (si précautions prises)**
- **Doit être envisagé parfois rapidement**
- **Ni l'age, ni le statut de femme enceinte, ni un trouble cognitif, ni la plupart des comorbidités ne devraient empêcher sa réalisation dès lors que la pathologie psychiatrique l'impose par la menace qu'elle fait peser sur le pronostic vitale (suicide, cachexie, escarre ...)**
- **Mais aucune étude contrôlée dans ces différentes populations !**