



Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **Hinweise für unsere Patient:innen VOR der Behandlung:**

Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **Hinweise für unsere Patient:innen VOR der Behandlung:**



**2 Stunden
vor der Anwendung:
nichts mehr essen¹**

Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **Hinweise für unsere Patient:innen VOR der Behandlung:**



**2 Stunden
vor der Anwendung:
nichts mehr essen¹**



**1 Stunde
vor der Anwendung:
kein anderes Medikament
in die Nase sprühen¹**

Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **Hinweise für unsere Patient:innen VOR der Behandlung:**



**2 Stunden
vor der Anwendung:
nichts mehr essen¹**



**1 Stunde
vor der Anwendung:
kein anderes Medikament
in die Nase sprühen¹**



**30 Minuten
vor der Anwendung:
nichts mehr trinken¹**

Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- Hinweise für unsere Patient:innen VOR der Behandlung:



**2 Stunden
vor der Anwendung:
nichts mehr essen¹**



**1 Stunde
vor der Anwendung:
kein anderes Medikament
in die Nase sprühen¹**



**30 Minuten
vor der Anwendung:
nichts mehr trinken¹**

**unmittelbar
vor der Behandlung**

Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **Hinweise für unsere Patient:innen VOR der Behandlung:**



**2 Stunden
vor der Anwendung:
nichts mehr essen¹**



**1 Stunde
vor der Anwendung:
kein anderes Medikament
in die Nase sprühen¹**



**30 Minuten
vor der Anwendung:
nichts mehr trinken¹**

**unmittelbar
vor der Behandlung**



Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **VOR der Behandlung:**

Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **VOR der Behandlung:**



Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **VOR der Behandlung:**



Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **VOR der Behandlung:**



RR < 140/90 mmHg

Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **VOR der Behandlung:**



Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **VOR** der Behandlung:



Bitten Sie den Patienten **nur vor der Anwendung des ersten Applikators**, sich die Nase zu putzen.



Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **VOR** der Behandlung:



Bitten Sie den Patienten **nur vor der Anwendung des ersten Applikators**, sich die Nase zu putzen.



Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

- **VOR der Behandlung:**



Bitten Sie den Patienten **nur vor der Anwendung des ersten Applikators**, sich die Nase zu putzen.



Prüfen und bestätigen Sie die Anzahl der benötigten Applikatoren.



Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

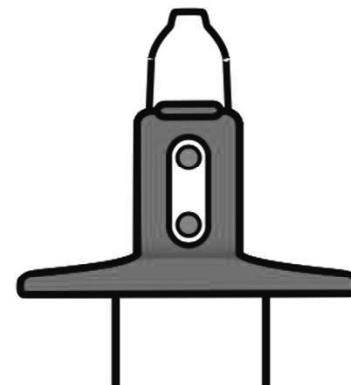
- VOR der Behandlung:



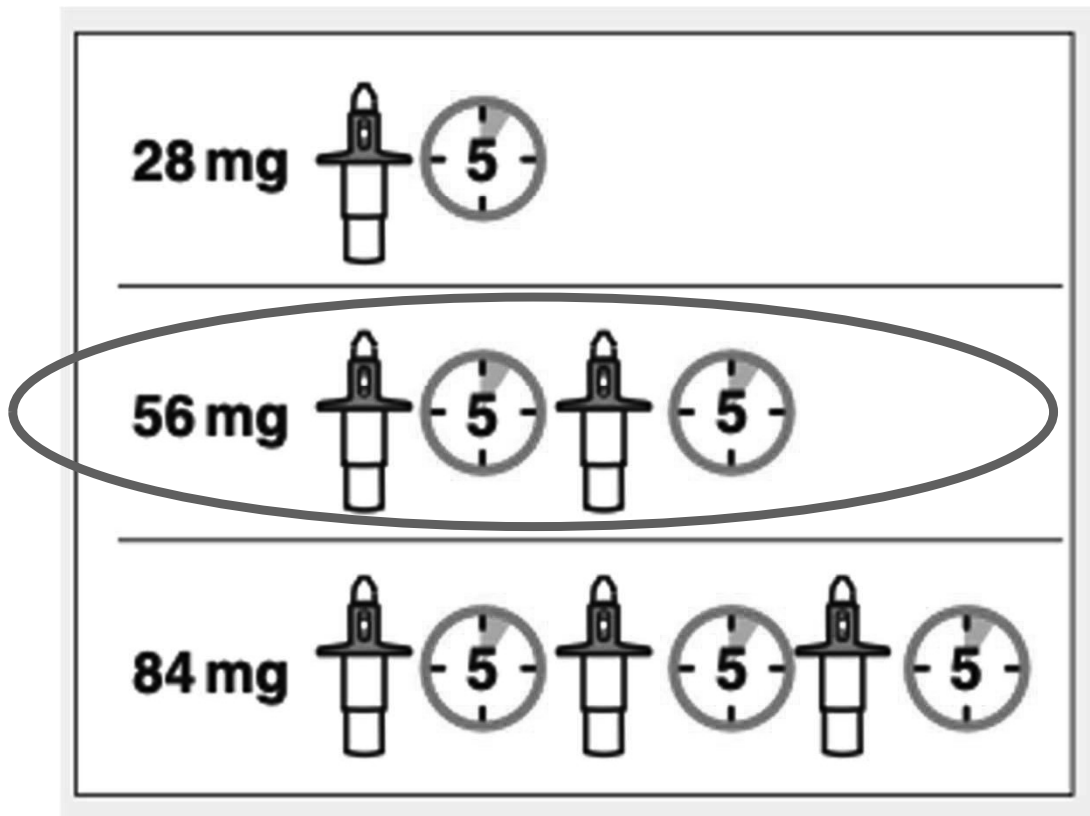
Bitten Sie den Patienten **nur vor der Anwendung des ersten Applikators**, sich die Nase zu putzen.



Prüfen und bestätigen Sie die Anzahl der benötigten Applikatoren.



Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD



= Initialdosis bei Patient:innen ≥ 65 . LJ

= Initialdosis bei erwachsenen Patient:innen < 65 . LJ

Antidepressive add-on Therapie mit Esketamin i.n. bei der TRD

Ein Applikator enthält 28 mg Esketamin

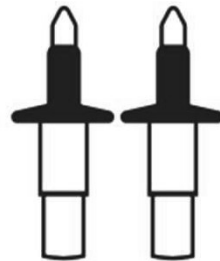
Jeder Applikator gibt zwei Sprühstöße ab (ein Sprühstoß in jede Nasenöffnung)

28 mg



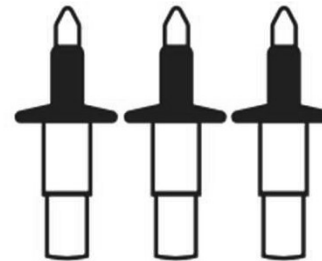
Ein
Applikator

56 mg



Zwei
Applikatoren

84 mg



Drei
Applikatoren

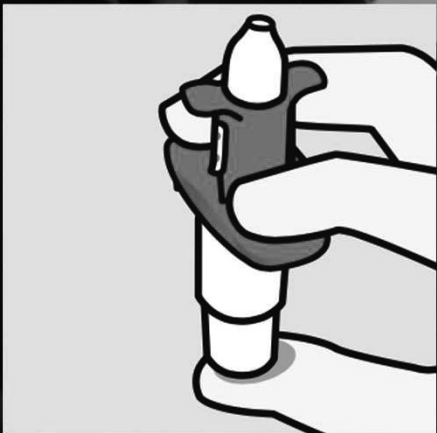
**5 Min.
ausruhen**

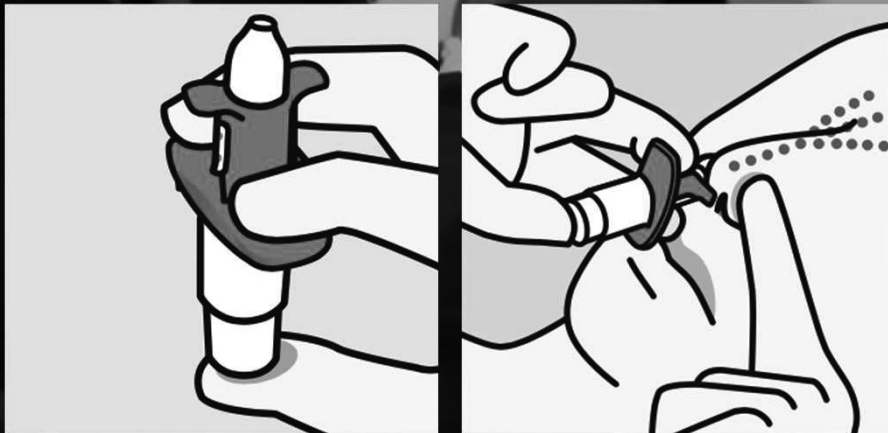


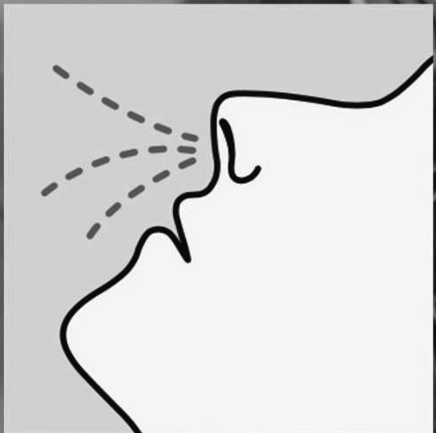
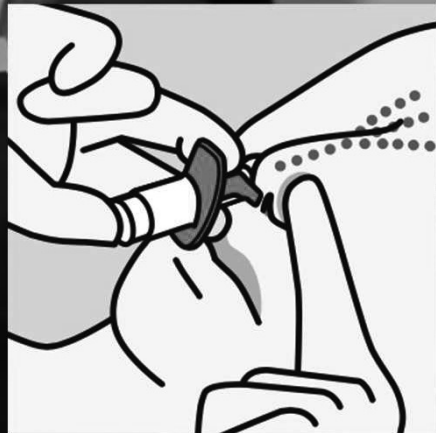
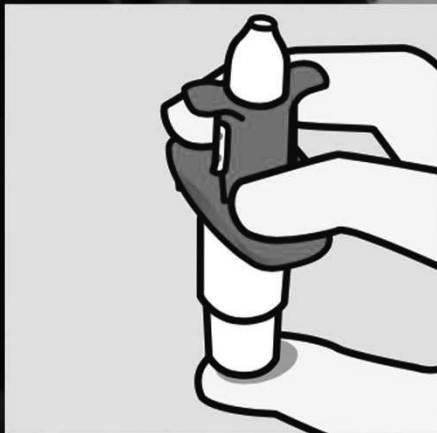
zwischen den einzelnen
Applikatoren

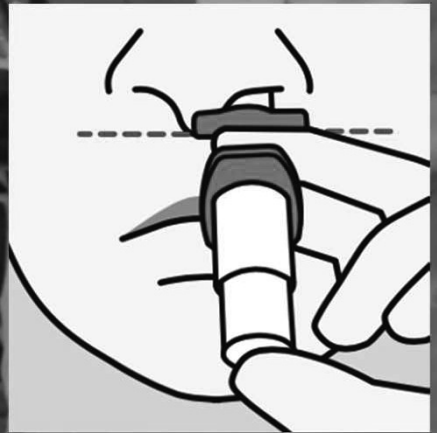
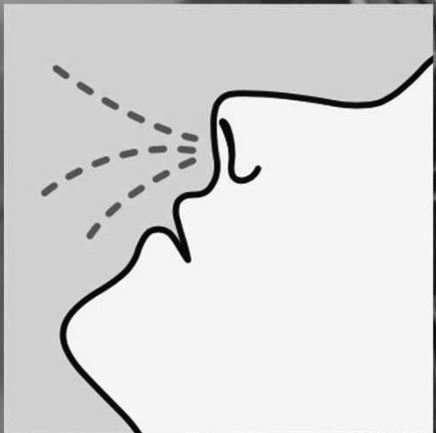
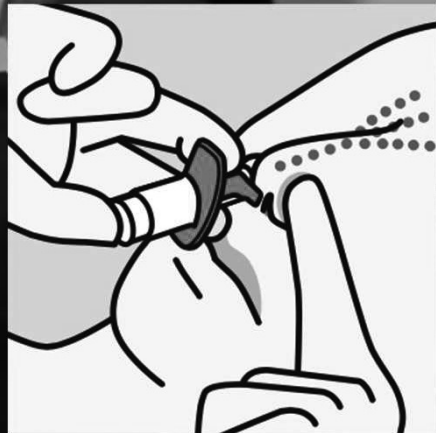
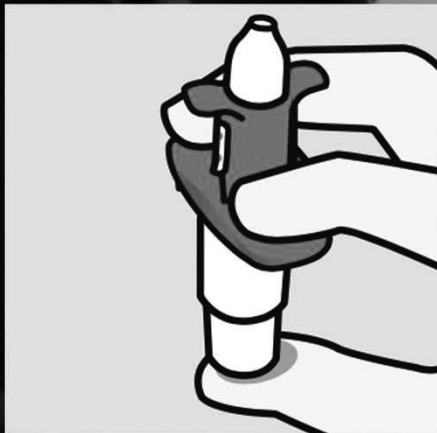
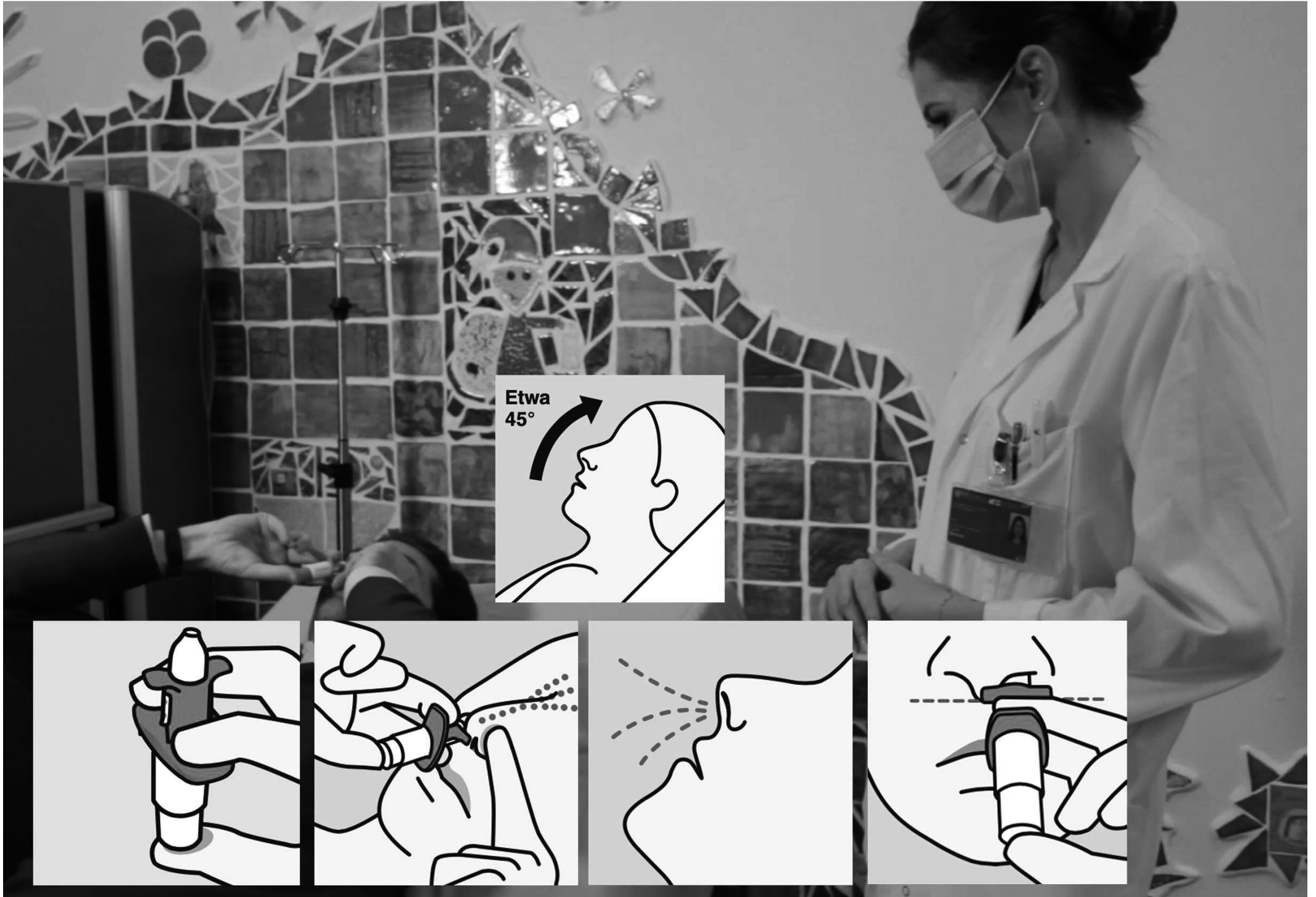


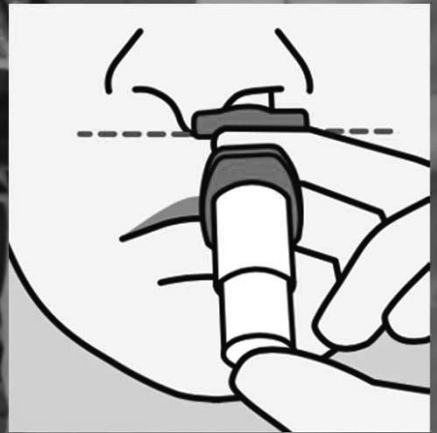
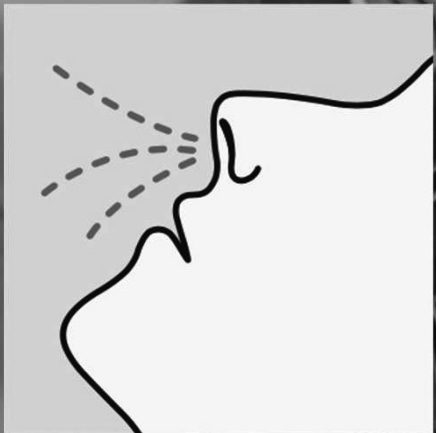
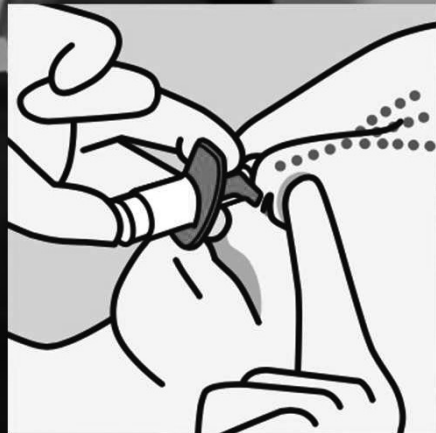
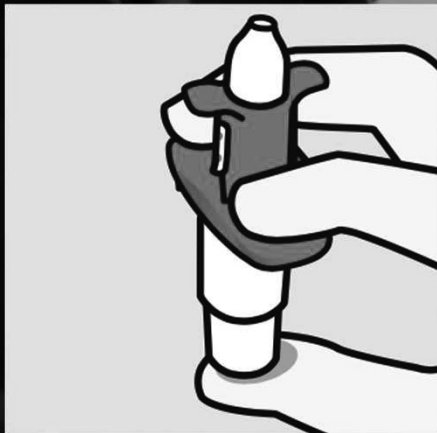




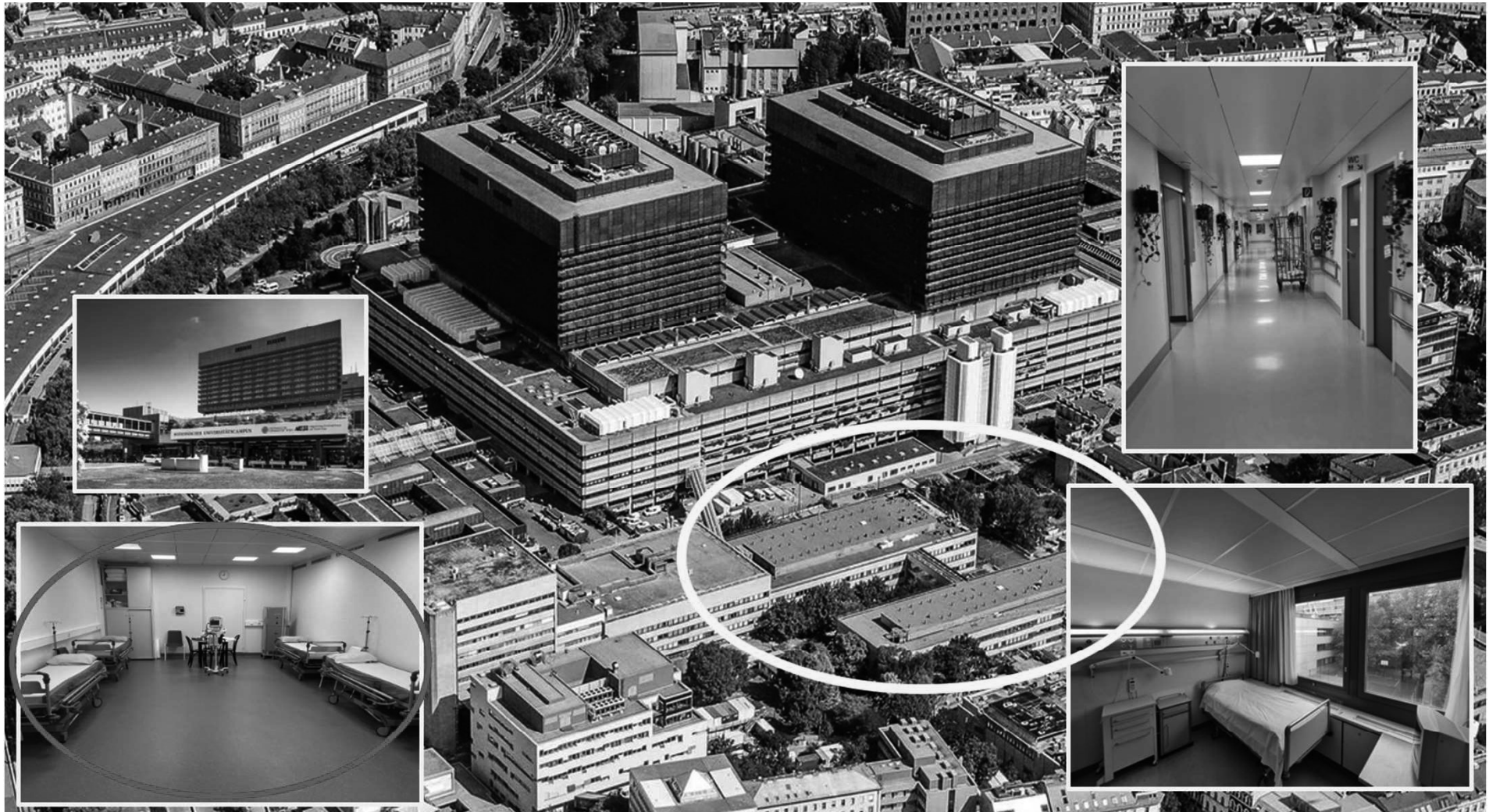








Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien



Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- Anzahl der Patient:innen mit abgeschlossener Induktionsphase an der TRD Spezialambulanz (März 2024): 115

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- Anzahl der Patient:innen mit abgeschlossener Induktionsphase an der TRD Spezialambulanz (März 2024): 115

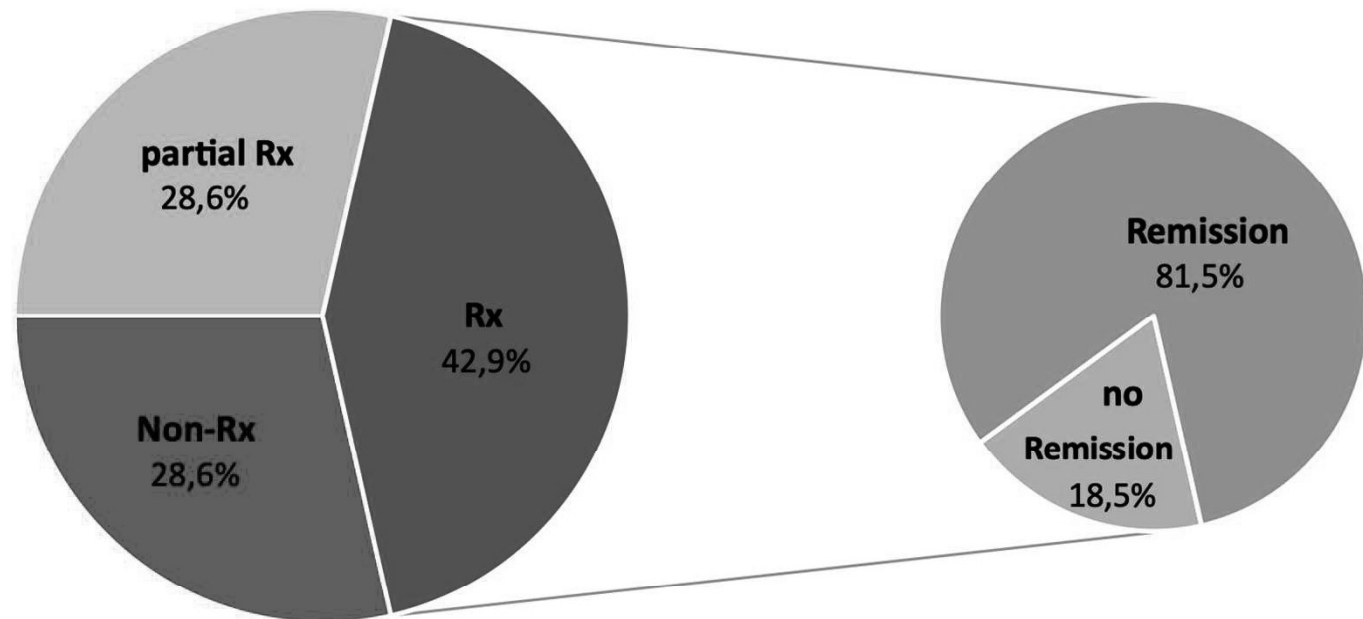


Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

Response & Remission Rates

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

Response & Remission Rates



Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

Response & Remission Rates

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

Response & Remission Rates

- Geschwindigkeit des Ansprechens meistens schnell, aber individuell variabel.

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

Response & Remission Rates

- Geschwindigkeit des Ansprechens meistens schnell, aber individuell variabel.
- Bei den meisten Respondern wurde spätestens nach der 3. Behandlung deutliche klinische Verbesserung beobachtet.

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

Response & Remission Rates

- Geschwindigkeit des Ansprechens meistens schnell, aber individuell variabel.
- Bei den meisten Respondern wurde spätestens nach der 3. Behandlung deutliche klinische Verbesserung beobachtet.
- Viele Patient:innen sind von der Wirkung begeistert.

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien



Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Gleichzeitige
Behandlung
mehrerer
Patient:innen**



Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Gleichzeitige
Behandlung
mehrerer
Patient:innen**

ist

**sehr gut
möglich.**



Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Kaum klinisch-relevante Nebenwirkungen**

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Kaum klinisch-relevante Nebenwirkungen**
 - Mögliche Gründe:

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Kaum klinisch-relevante Nebenwirkungen**
 - Mögliche Gründe:
 - Klare Indikationsstellung

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Kaum klinisch-relevante Nebenwirkungen**
 - Mögliche Gründe:
 - Klare Indikationsstellung
 - Gute Organisation und Vorbereitung

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Kaum klinisch-relevante Nebenwirkungen**
 - Mögliche Gründe:
 - Klare Indikationsstellung
 - Gute Organisation und Vorbereitung
 - Psychoedukation

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Kaum klinisch-relevante Nebenwirkungen**
 - Mögliche Gründe:
 - Klare Indikationsstellung
 - Gute Organisation und Vorbereitung
 - Psychoedukation
 - Angenehmes Therapiesetting

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Kaum klinisch-relevante Nebenwirkungen**
 - Mögliche Gründe:
 - Klare Indikationsstellung
 - Gute Organisation und Vorbereitung
 - Psychoedukation
 - Angenehmes Therapiesetting
 - Stabile antihypertensive Einstellung bei arterieller Hypertonie

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Kaum klinisch-relevante Nebenwirkungen**
 - Mögliche Gründe:
 - Klare Indikationsstellung
 - Gute Organisation und Vorbereitung
 - Psychoedukation
 - Angenehmes Therapiesetting
 - Stabile antihypertensive Einstellung bei arterieller Hypertonie
 - Dissoziation sehr häufig, jedoch nicht als unangenehm empfunden

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Mögliche Indikatoren für schlechteres Ansprechen:**

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Mögliche Indikatoren für schlechteres Ansprechen:**
 - Bestimmte Komorbiditäten

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Mögliche Indikatoren für schlechteres Ansprechen:**
 - Bestimmte Komorbiditäten
 - Chronizität

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Mögliche Indikatoren für schlechteres Ansprechen:**
 - Bestimmte Komorbiditäten
 - Chronizität
 - Therapierefrakterität

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Die Erhaltungsphase ist meist unproblematisch und sollte daher vordergründig im niedergelassenen Bereich fortgesetzt werden.**

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Die Erhaltungsphase ist meist unproblematisch und sollte daher vordergründig im niedergelassenen Bereich fortgesetzt werden.**



Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Die Erhaltungsphase ist meist unproblematisch und sollte daher vordergründig im niedergelassenen Bereich fortgesetzt werden.**



Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

- **Die Erhaltungsphase ist meist unproblematisch und sollte daher vordergründig im niedergelassenen Bereich fortgesetzt werden.**



- **Die Kostenübernahme durch Sozialversicherungen ist sehr wünschenswert und dringend notwendig.**

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

***... Leitfaden
zur
Bewilligung***

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

*... Leitfaden
zur
Bewilligung*

Indikationsstellung:	Die Patientin litt unter ... (Diagnose, Dauer der Erkrankung, Schwere der Erkrankung bzw. deren Besonderheiten (z. B. Suizidalität), ggw. remittiert unter Spravato (ICD-10: F33.4).

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

***... Leitfaden
zur
Bewilligung***

Indikationsstellung:	Die Patientin litt unter ... (Diagnose, Dauer der Erkrankung, Schwere der Erkrankung bzw. deren Besonderheiten (z. B. Suizidalität), ggf. remittiert unter Spravato (ICD-10: F33.4).
Vortheraipen:	Auflistung der erfolglosen Vortheraipen (inklusive Augmentationstheraipen, Kombinationstheraipen) und Angabe deren Dauer und Dosierung

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

... Leitfaden zur Bewilligung

Indikationsstellung:	Die Patientin litt unter ... (Diagnose, Dauer der Erkrankung, Schwere der Erkrankung bzw. deren Besonderheiten (z. B. Suizidalität), ggf. remittiert unter Spravato (ICD-10: F33.4).
Vorthérapien:	Auflistung der erfolglosen Vorthérapien (inklusive Augmentationstherapien, Kombinationstherapien) und Angabe deren Dauer und Dosierung
Zweckmäßigste Therapie gemäß ASVG:	Kein Therapieerfolg unter sämtlichen oben genannten Therapien. Es sind keine weiteren Alternativen im Erstattungskodex vorhanden, die noch einen Therapieerfolg erwarten lassen, es sprechen daher zwingende therapeutische Gründe für Spravato. Im Falle einer Ablehnung steht für die Patient:innen keine alternative Therapie zur Verfügung.

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

... Leitfaden zur Bewilligung

Indikationsstellung:	Die Patientin litt unter ... (Diagnose, Dauer der Erkrankung, Schwere der Erkrankung bzw. deren Besonderheiten (z. B. Suizidalität), ggf. remittiert unter Spravato (ICD-10: F33.4).
Vorthérapien:	Auflistung der erfolglosen Vorthérapien (inklusive Augmentationstherapien, Kombinationstherapien) und Angabe deren Dauer und Dosierung
Zweckmäßigste Therapie gemäß ASVG:	Kein Therapieerfolg unter sämtlichen oben genannten Therapien. Es sind keine weiteren Alternativen im Erstattungskodex vorhanden, die noch einen Therapieerfolg erwarten lassen, es sprechen daher zwingende therapeutische Gründe für Spravato. Im Falle einer Ablehnung steht für die Patient:innen keine alternative Therapie zur Verfügung.
Therapieeinleitung und Ansprechen auf Spravato:	Die Therapie mit Spravato wurde am xx.xx.xx eingeleitet, unsere letzte hierortige xy. Behandlung (Anzahl angeben) war am xx.xx.xx. Die Patientin zeigt ein Ansprechen auf die Therapie mit Spravato (psychometrischer Objektivierung durch z. B. MADRS, PHQ-9, CGI-S) Die Verträglichkeit und Sicherheit ist gegeben.

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

... Leitfaden zur Bewilligung

Indikationsstellung:	Die Patientin litt unter ... (Diagnose, Dauer der Erkrankung, Schwere der Erkrankung bzw. deren Besonderheiten (z. B. Suizidalität), ggf. remittiert unter Spravato (ICD-10: F33.4).
Vorthérapien:	Auflistung der erfolglosen Vorthérapien (inklusive Augmentationstherapien, Kombinationstherapien) und Angabe deren Dauer und Dosierung
Zweckmäßigste Therapie gemäß ASVG:	Kein Therapieerfolg unter sämtlichen oben genannten Therapien. Es sind keine weiteren Alternativen im Erstattungskodex vorhanden, die noch einen Therapieerfolg erwarten lassen, es sprechen daher zwingende therapeutische Gründe für Spravato. Im Falle einer Ablehnung steht für die Patient:innen keine alternative Therapie zur Verfügung.
Therapieeinleitung und Ansprechen auf Spravato:	Die Therapie mit Spravato wurde am xx.xx.xx eingeleitet, unsere letzte hierortige xy. Behandlung (Anzahl angeben) war am xx.xx.xx. Die Patientin zeigt ein Ansprechen auf die Therapie mit Spravato (psychometrischer Objektivierung durch z. B. MADRS, PHQ-9, CGI-S) Die Verträglichkeit und Sicherheit ist gegeben.
Erhaltungstherapie	Die Erhaltungstherapie mit Spravato kann aufgrund der Wirksamkeit und Verträglichkeit bei niedergelassenen Fachärzt:innen fortgeführt werden - eine weitere Therapie im Krankenhaus ist nicht notwendig oder zweckmäßig und angesichts der wesentlichen Besserung (gegebenenfalls „Arbeitsfähigkeit“ erwähnen) auch keineswegs medizinisch indiziert (Analogie zu sonstigen medizinischen Fachdisziplinen). Die niedergelassene Fachärztin:Facharzt ist zur Fortführung der Spravato-Therapie bereit.

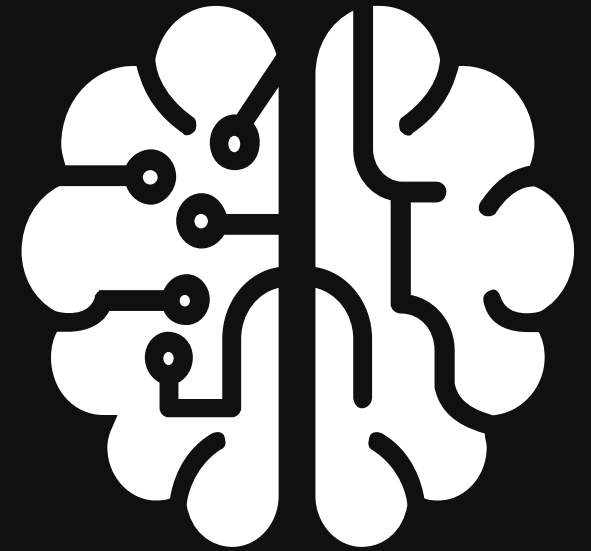
Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien

... Leitfaden zur Bewilligung

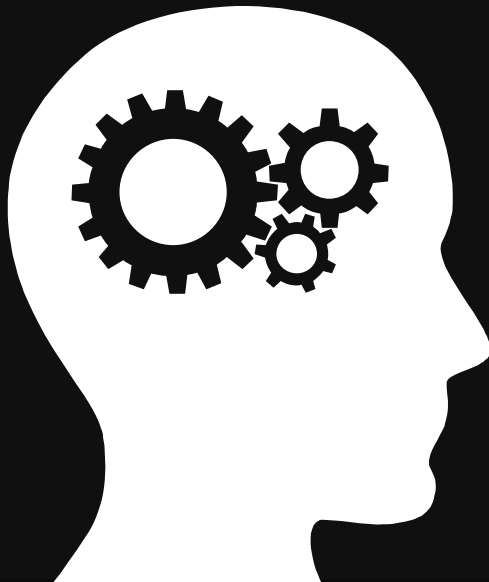
Indikationsstellung:	Die Patientin litt unter ... (Diagnose, Dauer der Erkrankung, Schwere der Erkrankung bzw. deren Besonderheiten (z. B. Suizidalität), ggf. remittiert unter Spravato (ICD-10: F33.4).
Vortherapien:	Auflistung der erfolglosen Vortherapien (inklusive Augmentationstherapien, Kombinationstherapien) und Angabe deren Dauer und Dosierung
Zweckmäßigste Therapie gemäß ASVG:	Kein Therapieerfolg unter sämtlichen oben genannten Therapien. Es sind keine weiteren Alternativen im Erstattungskodex vorhanden, die noch einen Therapieerfolg erwarten lassen, es sprechen daher zwingende therapeutische Gründe für Spravato. Im Falle einer Ablehnung steht für die Patient:innen keine alternative Therapie zur Verfügung.
Therapieeinleitung und Ansprechen auf Spravato:	Die Therapie mit Spravato wurde am xx.xx.xx eingeleitet, unsere letzte hierortige xy. Behandlung (Anzahl angeben) war am xx.xx.xx. Die Patientin zeigt ein Ansprechen auf die Therapie mit Spravato (psychometrischer Objektivierung durch z. B. MADRS, PHQ-9, CGI-S) Die Verträglichkeit und Sicherheit ist gegeben.
Erhaltungstherapie	Die Erhaltungstherapie mit Spravato kann aufgrund der Wirksamkeit und Verträglichkeit bei niedergelassenen Fachärzt:innen fortgeführt werden - eine weitere Therapie im Krankenhaus ist nicht notwendig oder zweckmäßig und angesichts der wesentlichen Besserung (gegebenenfalls „Arbeitsfähigkeit“ erwähnen) auch keineswegs medizinisch indiziert (Analogie zu sonstigen medizinischen Fachdisziplinen). Die niedergelassene Fachärztin:Facharzt ist zur Fortführung der Spravato-Therapie bereit.
Kontaktangebot	Für Fragen stehe ich Ihnen unter ...(Tel/Email) zur Verfügung

Esketamin i.n. in klinischer Anwendung bei der TRD am AKH Wien





An mehr Info interessiert?



Empfohlene Literatur

Empfohlene Literatur



OPEN ACCESS

EDITED BY
Sherry-Anne Muscat,
Alberta Hospital Edmonton, Canada

REVIEWED BY
Alessandro Serretti,
University of Bologna, Italy
Domenico De Berardis,
ASL 4, Italy
Giuseppe Fanelli,
University of Bologna, Italy

*CORRESPONDENCE
Florian Buchmayer
✉ florian.buchmayer@bboeisen.at

RECEIVED 18 August 2023
ACCEPTED 20 October 2023
PUBLISHED 23 November 2023

CITATION
Buchmayer F and Kasper S (2023) Overcoming
the myths of esketamine administration:
different and not difficult.
Front. Psychiatry 14:1279657.
doi: 10.3389/fpsy.2023.1279657

COPYRIGHT
© 2023 Buchmayer and Kasper. This is an
open-access article distributed under the terms
of the Creative Commons Attribution License
(CC BY). The use, distribution or reproduction
in other forums is permitted, provided the
original author(s) and the copyright owner(s)
are credited and that the original publication in
this journal is cited, in accordance with
accepted academic practice. No use,
distribution or reproduction is permitted which
does not comply with these terms.

Overcoming the myths of esketamine administration: different and not difficult

Florian Buchmayer^{1*} and Siegfried Kasper²

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, Hospital of Brothers of Saint John of God, Eisenstadt, Austria, ²Center for Brain Research, Medical University Vienna, Vienna, Austria

Intranasal esketamine for treatment-resistant depression has been introduced and approved by the FDA and EMA in 2019 and 2020, respectively. Since then, the administration practices were found different among countries. Major depression has a high impact on many humans lives worldwide and more than a third of treated people are not responding after several treatment attempts. Additional administration with esketamine closed this gap for more than the half of these non-responders. Guidelines for the treatment of major depression recommend starting with add-on esketamine after 2–4 serious attempts of treatment with standard antidepressants (SSRI/SNRI) irrespective of augmentation with others, e.g., second generation antipsychotics or lithium. Thus, intranasal esketamine became an important role in the evidence-based treatment of major depression. The authors review and critically evaluated published articles focusing on preparation, management and observation of intranasal esketamine treatment. There exists a clear recommendation for administrating intranasal esketamine in a medical environment, not limited to a clinical setting for selecting the dose, monitoring the improvements and managing adverse events. The administration of intranasal esketamine is considered as safe during the application itself and long-lasting or severe adverse events during long-term treatment are very rare. Since this is a new approach for treatment application psychiatrists face new different but not difficult treatment procedures compared to prescribing only a medication.

KEYWORDS

esketamine, treatment-resistant, depression, intranasal, TRD (treatment-resistant depression), MDD (major depressive disorder)

Empfohlene Literatur



OPEN ACCESS

EDITED BY
Sherry-Anne Muscat,
Alberta Hospital Edmonton, Canada

REVIEWED BY
Alessandro Serretti,
University of Bologna, Italy
Domenico De Berardis,
ASL 4, Italy
Giuseppe Fanelli,
University of Bologna, Italy

*CORRESPONDENCE
Florian Buchmayer
✉ florian.buchmayer@bboeisen.at

RECEIVED 18 August 2023
ACCEPTED 20 October 2023
PUBLISHED 23 November 2023

CITATION
Buchmayer F and Kasper S (2023) Overcoming
the myths of esketamine administration:
different and not difficult.
Front. Psychiatry 14:1279657.
doi: 10.3389/fpsy.2023.1279657

COPYRIGHT
© 2023 Buchmayer and Kasper. This is an
open-access article distributed under the terms
of the Creative Commons Attribution License
(CC BY). The use, distribution or reproduction
in other forums is permitted, provided the
original author(s) and the copyright owner(s)
are credited and that the original publication in
this journal is cited, in accordance with
accepted academic practice. No use,
distribution or reproduction is permitted which
does not comply with these terms.

Overcoming the myths of esketamine administration: different and not difficult

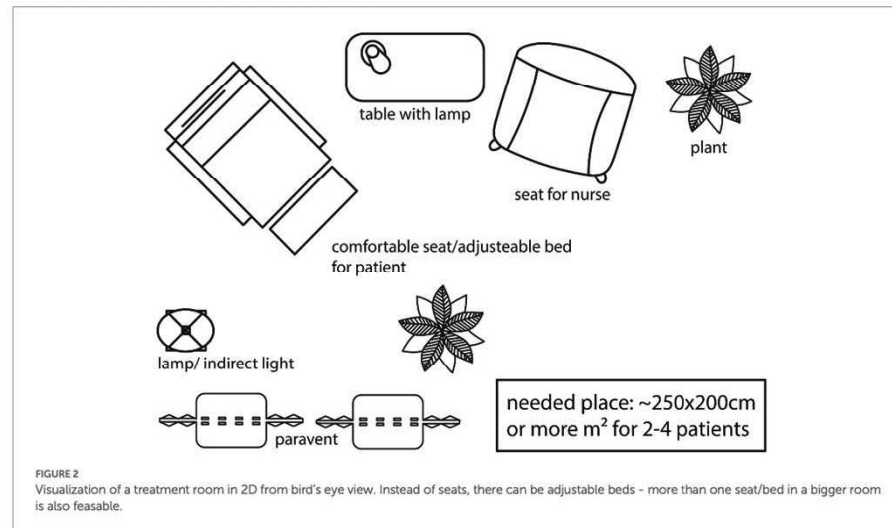
Florian Buchmayer^{1*} and Siegfried Kasper²

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, Hospital of Brothers of Saint John of God, Eisenstadt, Austria, ²Center for Brain Research, Medical University Vienna, Vienna, Austria

Intranasal esketamine for treatment-resistant depression has been introduced and approved by the FDA and EMA in 2019 and 2020, respectively. Since then, the administration practices were found different among countries. Major depression has a high impact on many humans lives worldwide and more than a third of treated people are not responding after several treatment attempts. Additional administration with esketamine closed this gap for more than the half of these non-responders. Guidelines for the treatment of major depression recommend starting with add-on esketamine after 2–4 serious attempts of treatment with standard antidepressants (SSRI/SNRI) irrespective of augmentation with others, e.g., second generation antipsychotics or lithium. Thus, intranasal esketamine became an important role in the evidence-based treatment of major depression. The authors review and critically evaluated published articles focusing on preparation, management and observation of intranasal esketamine treatment. There exists a clear recommendation for administrating intranasal esketamine in a medical environment, not limited to a clinical setting for selecting the dose, monitoring the improvements and managing adverse events. The administration of intranasal esketamine is considered as safe during the application itself and long-lasting or severe adverse events during long-term treatment are very rare. Since this is a new approach for treatment application psychiatrists face new different but not difficult treatment procedures compared to prescribing only a medication.

KEYWORDS

esketamine, treatment-resistant, depression, intranasal, TRD (treatment-resistant depression), MDD (major depressive disorder)



Empfohlene Literatur



OPEN ACCESS

EDITED BY
Sherry-Anne Muscat,
Alberta Hospital Edmonton, Canada

REVIEWED BY
Alessandro Serretti,
University of Bologna, Italy
Domenico De Berardis,
ASL 4, Italy
Giuseppe Fanelli,
University of Bologna, Italy

*CORRESPONDENCE
Florian Buchmayer
✉ florian.buchmayer@bbeisen.at

RECEIVED 18 August 2023
ACCEPTED 20 October 2023
PUBLISHED 23 November 2023

CITATION
Buchmayer F and Kasper S (2023) Overcoming the myths of esketamine administration: different and not difficult.
Front. Psychiatry 14:1279657.
doi: 10.3389/fpsy.2023.1279657

COPYRIGHT
© 2023 Buchmayer and Kasper. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Overcoming the myths of esketamine administration: different and not difficult

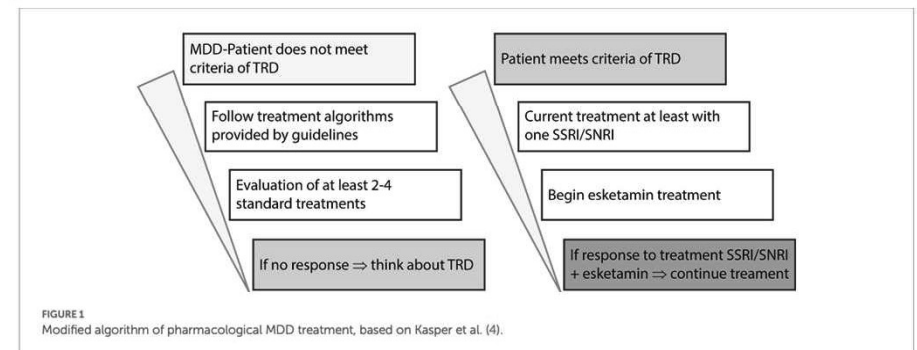
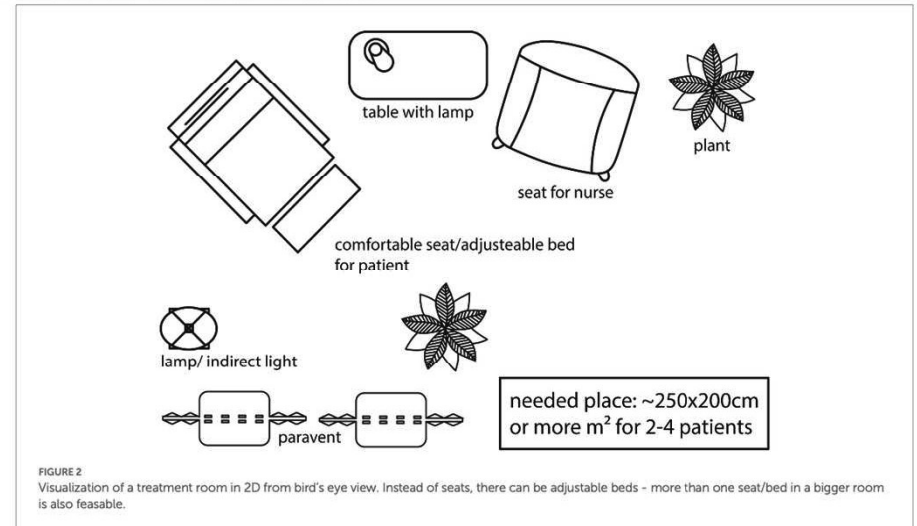
Florian Buchmayer^{1*} and Siegfried Kasper²

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, Hospital of Brothers of Saint John of God, Eisenstadt, Austria, ²Center for Brain Research, Medical University Vienna, Vienna, Austria

Intranasal esketamine for treatment-resistant depression has been introduced and approved by the FDA and EMA in 2019 and 2020, respectively. Since then, the administration practices were found different among countries. Major depression has a high impact on many humans lives worldwide and more than a third of treated people are not responding after several treatment attempts. Additional administration with esketamine closed this gap for more than the half of these non-responders. Guidelines for the treatment of major depression recommend starting with add-on esketamine after 2–4 serious attempts of treatment with standard antidepressants (SSRI/SNRI) irrespective of augmentation with others, e.g., second generation antipsychotics or lithium. Thus, intranasal esketamine became an important role in the evidence-based treatment of major depression. The authors review and critically evaluated published articles focusing on preparation, management and observation of intranasal esketamine treatment. There exists a clear recommendation for administrating intranasal esketamine in a medical environment, not limited to a clinical setting for selecting the dose, monitoring the improvements and managing adverse events. The administration of intranasal esketamine is considered as safe during the application itself and long-lasting or severe adverse events during long-term treatment are very rare. Since this is a new approach for treatment application psychiatrists face new different but not difficult treatment procedures compared to prescribing only a medication.

KEYWORDS

esketamine, treatment-resistant, depression, intranasal, TRD (treatment-resistant depression), MDD (major depressive disorder)



Empfohlene Literatur



OPEN ACCESS

EDITED BY
Sherry-Anne Muscat,
Alberta Hospital Edmonton, Canada

REVIEWED BY
Alessandro Serretti,
University of Bologna, Italy
Domenico De Berardis,
ASL 4, Italy
Giuseppe Fanelli,
University of Bologna, Italy

*CORRESPONDENCE
Florian Buchmayer
✉ florian.buchmayer@bbeisen.at

RECEIVED 18 August 2023
ACCEPTED 20 October 2023
PUBLISHED 23 November 2023

CITATION
Buchmayer F and Kasper S (2023) Overcoming the myths of esketamine administration: different and not difficult.
Front. Psychiatry 14:1279657.
doi: 10.3389/fpsy.2023.1279657

COPYRIGHT
© 2023 Buchmayer and Kasper. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Overcoming the myths of esketamine administration: different and not difficult

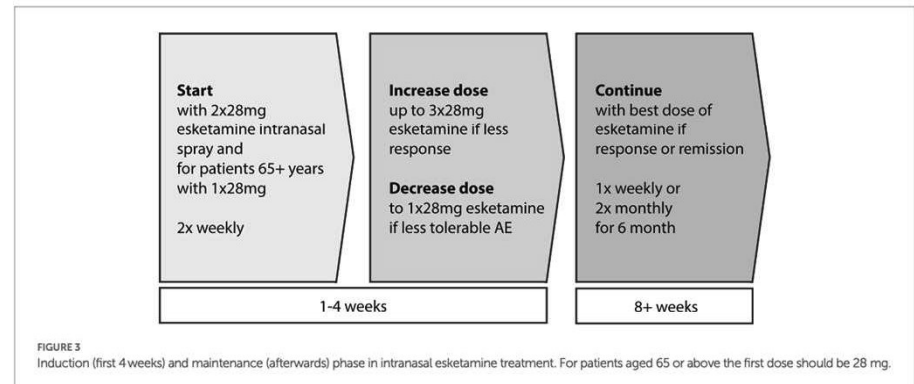
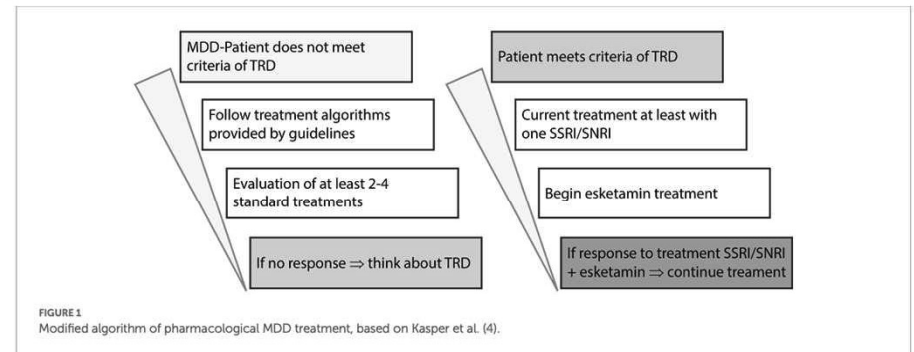
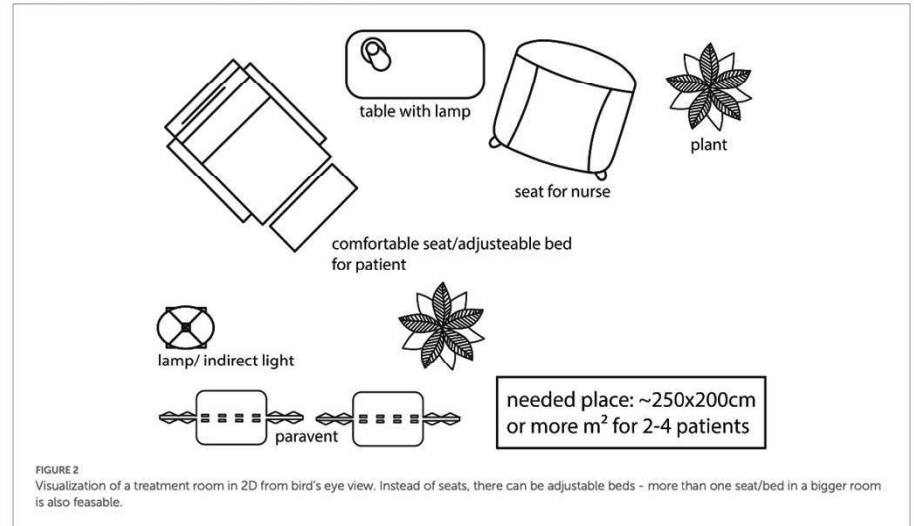
Florian Buchmayer^{1*} and Siegfried Kasper²

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, Hospital of Brothers of Saint John of God, Eisenstadt, Austria, ²Center for Brain Research, Medical University Vienna, Vienna, Austria

Intranasal esketamine for treatment-resistant depression has been introduced and approved by the FDA and EMA in 2019 and 2020, respectively. Since then, the administration practices were found different among countries. Major depression has a high impact on many humans lives worldwide and more than a third of treated people are not responding after several treatment attempts. Additional administration with esketamine closed this gap for more than the half of these non-responders. Guidelines for the treatment of major depression recommend starting with add-on esketamine after 2–4 serious attempts of treatment with standard antidepressants (SSRI/SNRI) irrespective of augmentation with others, e.g., second generation antipsychotics or lithium. Thus, intranasal esketamine became an important role in the evidence-based treatment of major depression. The authors review and critically evaluated published articles focusing on preparation, management and observation of intranasal esketamine treatment. There exists a clear recommendation for administrating intranasal esketamine in a medical environment, not limited to a clinical setting for selecting the dose, monitoring the improvements and managing adverse events. The administration of intranasal esketamine is considered as safe during the application itself and long-lasting or severe adverse events during long-term treatment are very rare. Since this is a new approach for treatment application psychiatrists face new different but not difficult treatment procedures compared to prescribing only a medication.

KEYWORDS

esketamine, treatment-resistant, depression, intranasal, TRD (treatment-resistant depression), MDD (major depressive disorder)





[https://oegpb.at/
publikationen/
konsensus-
statements/](https://oegpb.at/publikationen/konsensus-statements/)



JATROS

Neurologie & Psychiatrie

Wirkungsmechanismen und klinische Hinweise zu aktuellen medikationellen Fachthemen



STATE OF THE ART 2022

Angststörungen
Psychopharmakotherapie

UNIVERSIMED
MEDIZIN IM FOKUS

Angststörungen - Psychopharmakotherapie

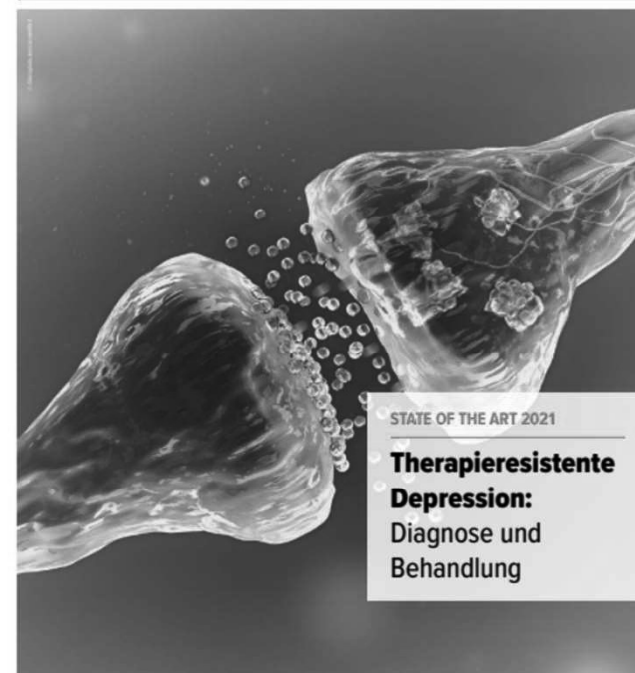
[PDF-Download](#)

[Weiterführende Literatur](#)

JATROS

Neurologie & Psychiatrie

Wirkungsmechanismen und klinische Hinweise zu aktuellen medikationellen Fachthemen



STATE OF THE ART 2021

**Therapieresistente
Depression:**
Diagnose und
Behandlung

UNIVERSIMED
MEDIZIN IM FOKUS

Therapieresistente Depression – Diagnose und Behandlung

[PDF-Download](#)

[Conflicts of Interest](#)

26. JAHRESTAGUNG

07. - 08. November 2024

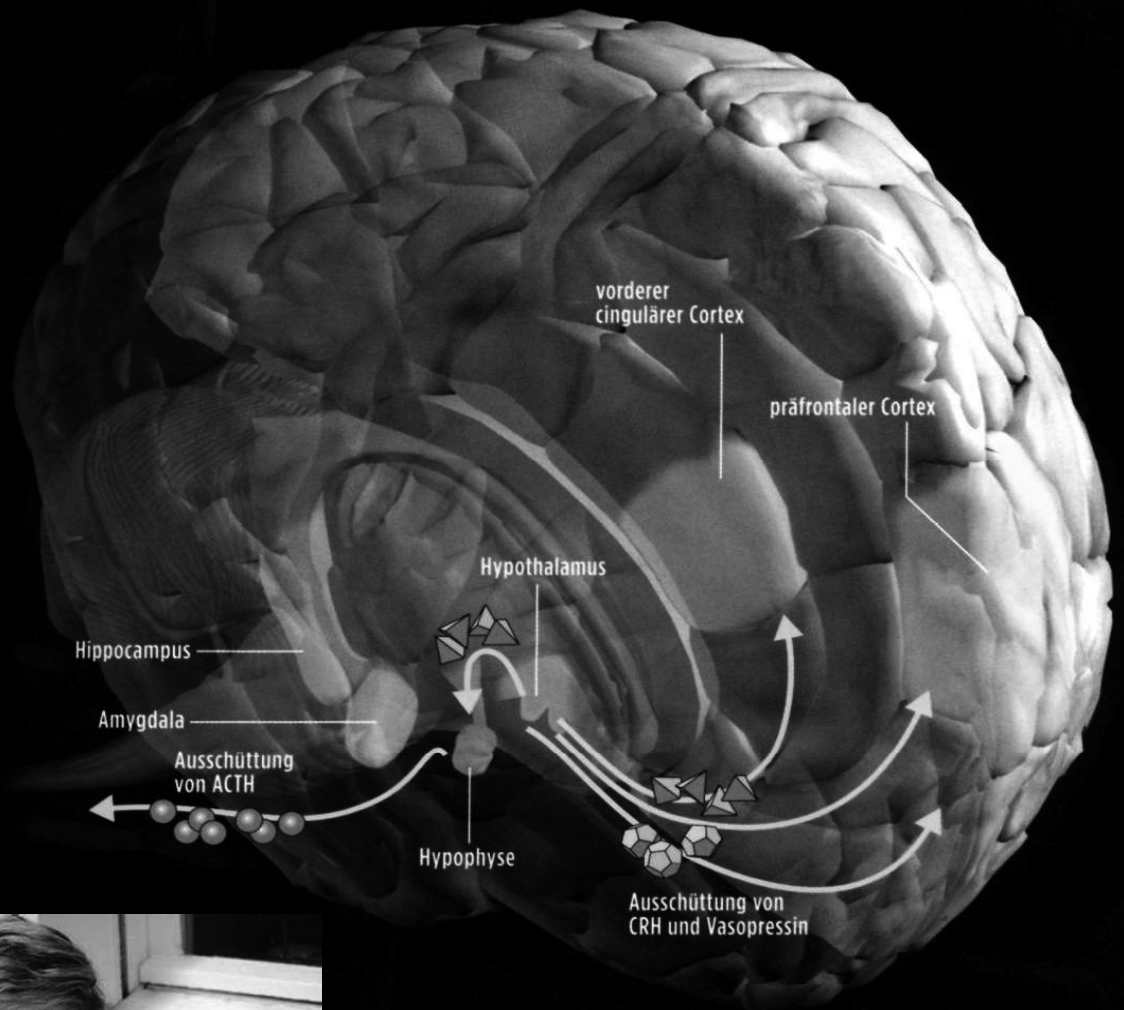
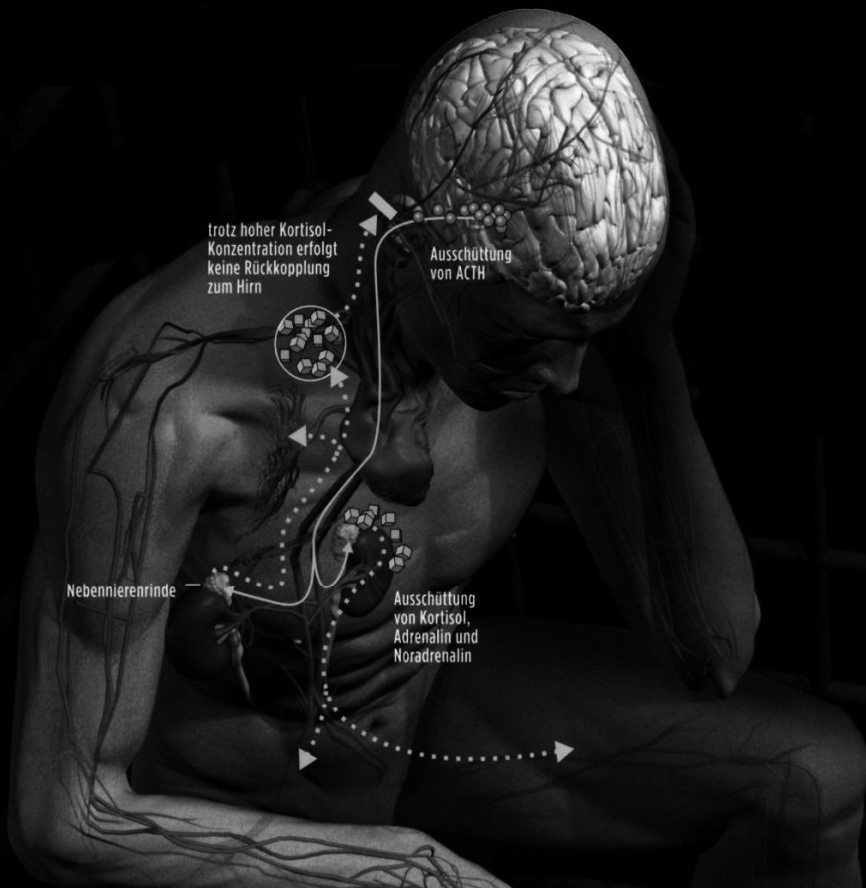
Festsaal, Universität Wien



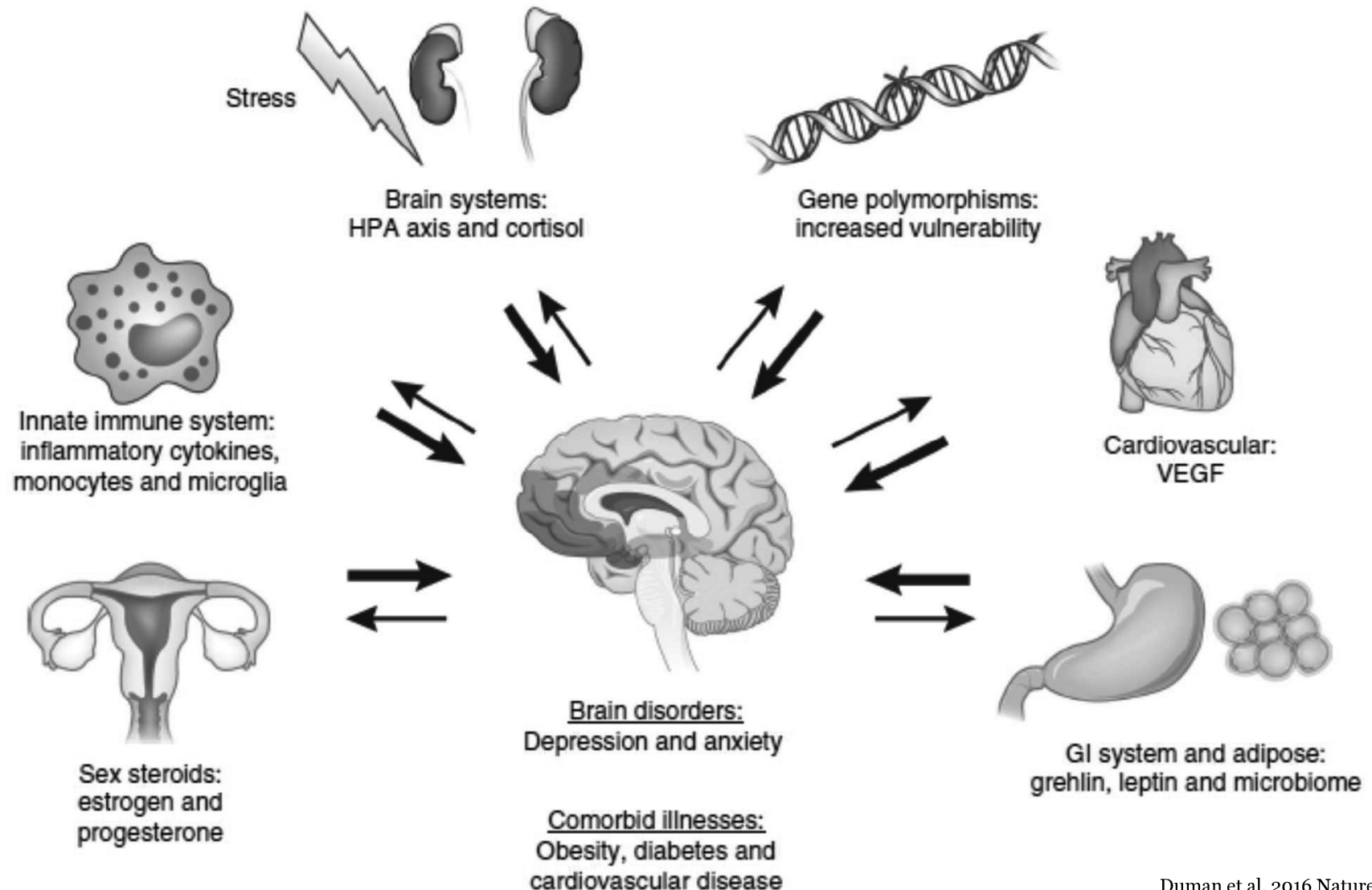


Vielen Dank 😊

Appendix



Angsterkrankungen und Depression sind multifaktorielle Gehirnerkrankungen



Duman et al. 2016 Nature Medicine

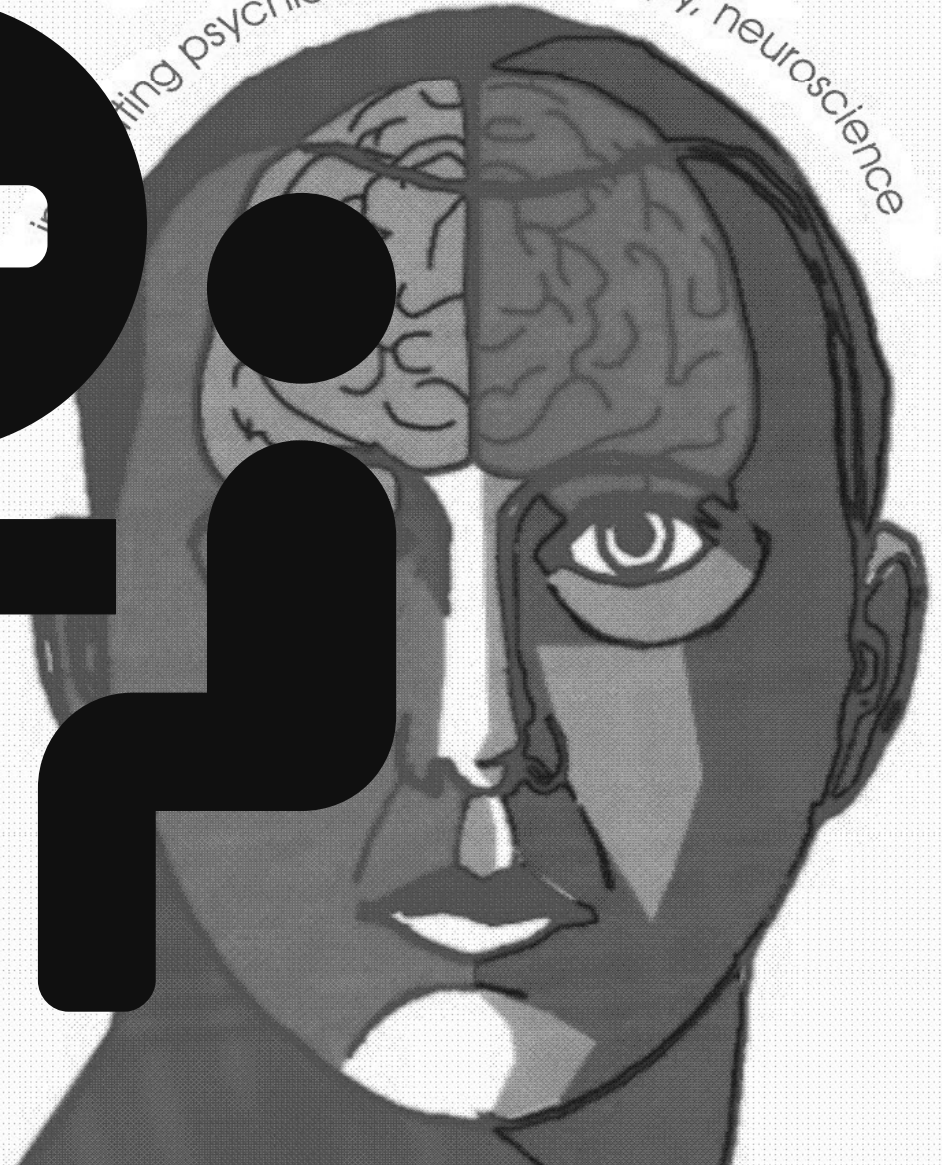




meets **brain** and Genes

Integrating psychiatry, psychotherapy, neuroscience

ETI



Unipolare Depression **= *Major Depressive Disorder (MDD)***

- **Weltweit leiden > 300 Millionen Menschen an einer MDD.**
- **MDD ist die führende Ursache für Suizide** mit einer jährlichen Suizidrate von etwa 800 000 Menschen.
- **Unbehandelt dauert eine depressive Episode \geq 6 Monate.**
- **Je länger eine depressive Episode ohne spezifische Intervention anhält, desto schlechter ist die Prognose.**

Dold and Kasper (2017). Int J Psychiatry Clin Pract 21(1): 13-23.

Kasper S et al.: Therapieresistente Depression. Konsensus- Statement – State of the Art 2021. Jatro Neurologie & Psychiatrie, Sonderausgabe März 2021.

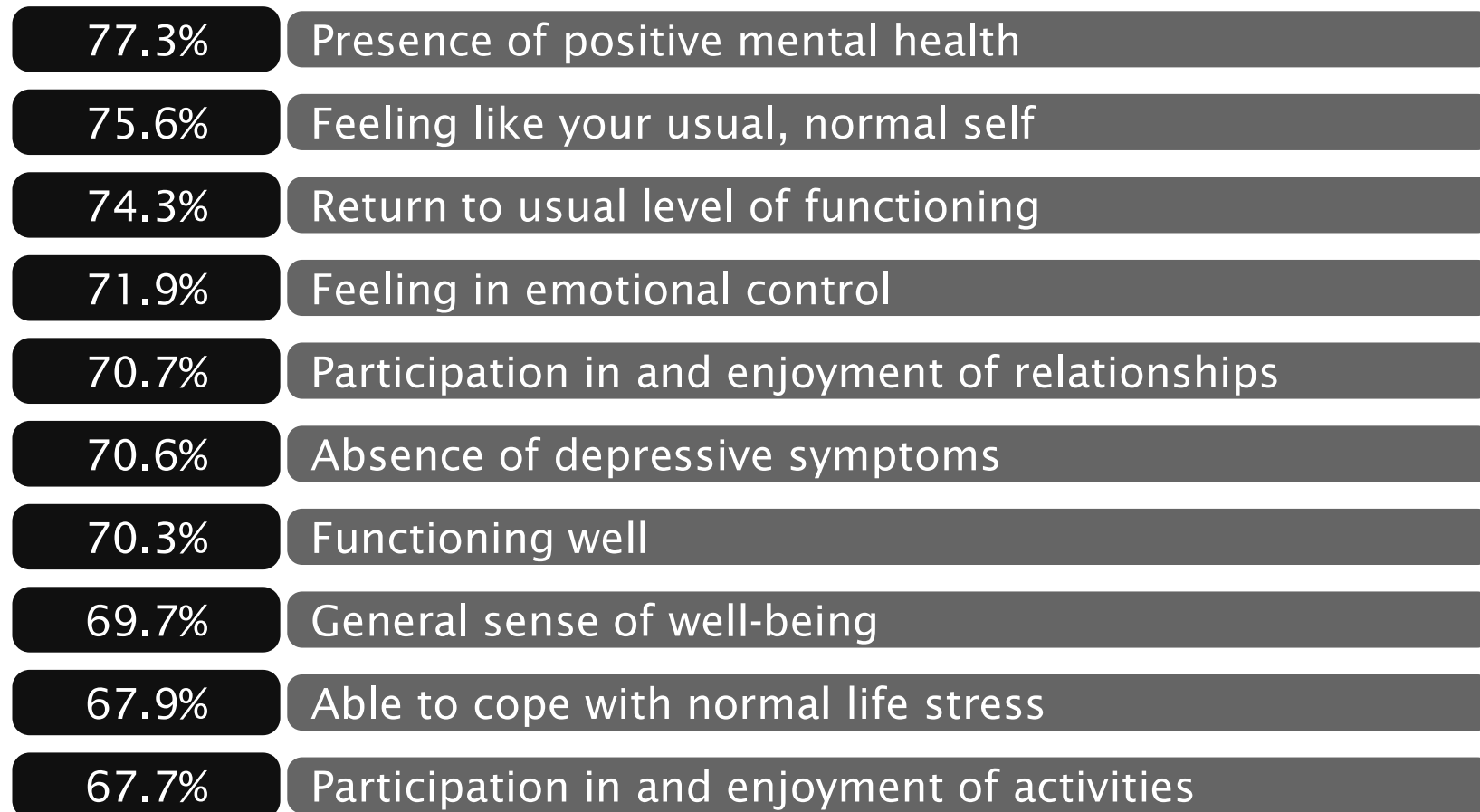
Bauer et al. & WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders (2017) Int J Psychiatry Clin Pract: 1-11.

WHO (2001) World Health Report 2001. Mental health – new understanding, new hopeGenf.

Cipriani, A. et al. (2018) Lancet 391:1357–1366.

Therapieansprechen

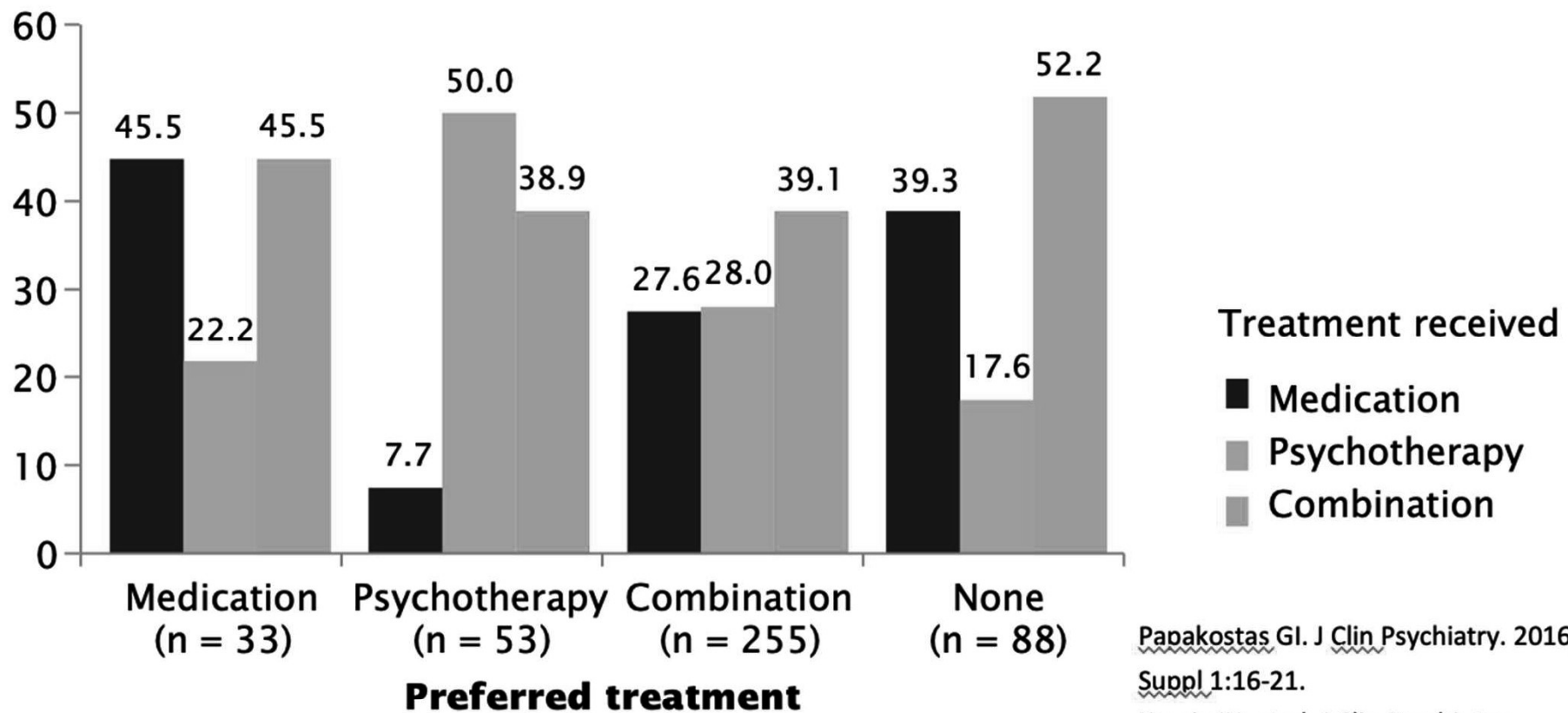
- **Remission aus der Sicht von 535 MDD PatientInnen:**



Zimmerman M, et al. Am J Psychiatry. 2006;163:148-50.

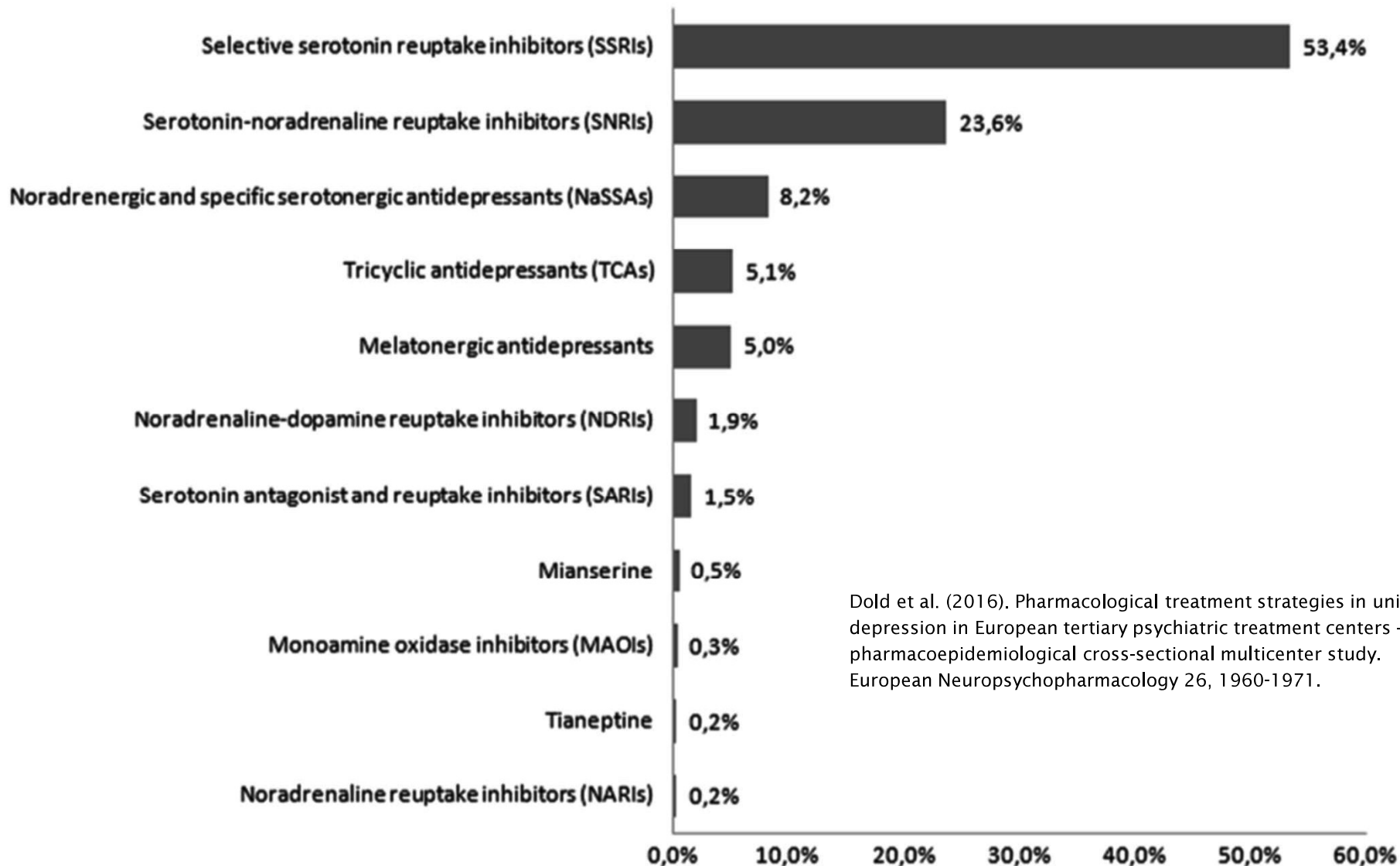
Therapieansprechen

- Remissionsraten bei 429 MDD PatientInnen je nach Therapiepräferenz der PatientInnen.



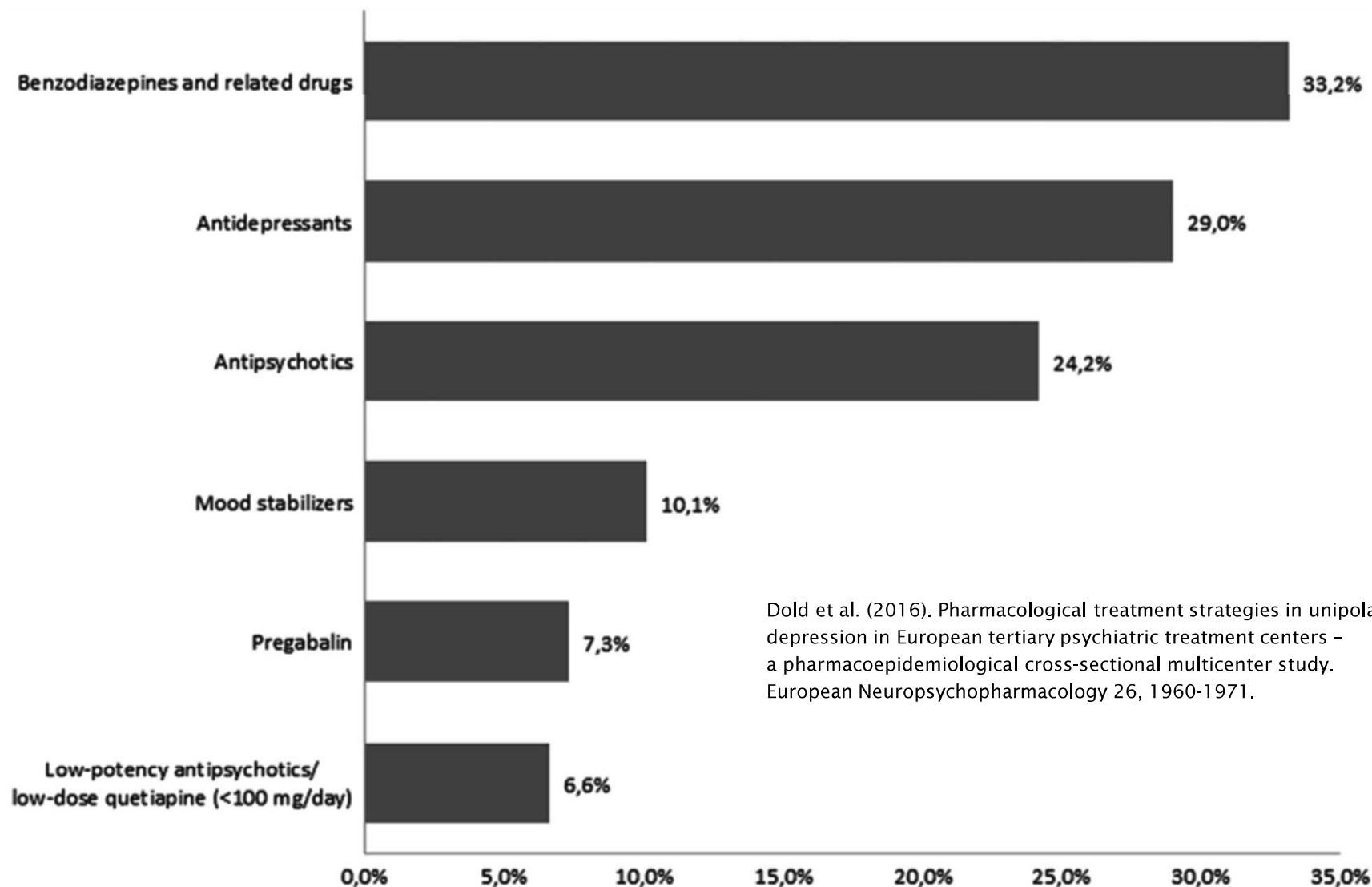
Papakostas GI. *J Clin Psychiatry*. 2016;77 Suppl 1:16-21.
Kocsis JH, et al. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:354-61.

Psychopharmakotherapie bei GSRD PatientInnen



Dold et al. (2016). Pharmacological treatment strategies in unipolar depression in European tertiary psychiatric treatment centers – a pharmacoepidemiological cross-sectional multicenter study. *European Neuropsychopharmacology* 26, 1960-1971.

Psychopharmakotherapie bei GSRD PatientInnen



Dold et al. (2016). Pharmacological treatment strategies in unipolar depression in European tertiary psychiatric treatment centers – a pharmacoepidemiological cross-sectional multicenter study. *European Neuropsychopharmacology* 26, 1960-1971.

Augmentationstherapie

- **Atypische Antipsychotika und Lithium** stellen die **Therapie der ersten Wahl** für TRD dar und werden von internationalen Therapierichtlinien empfohlen.
- **Atypische Antipsychotika** werden besonders für die Behandlung von depressiven PatientInnen mit **psychotischen Symptomen** empfohlen.
- **Lithium** wird besonders für die Behandlung von PatientInnen mit **Suizidalität** und einer **bipolaren Depression** empfohlen.

Dold and Kasper (2017). "Evidence-based pharmacotherapy of treatment-resistant unipolar depression." *Int J Psychiatry Clin Pract* 21(1): 13-23.

Bauer et al. & WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders (2017). "Pharmacological treatment of unipolar depressive disorders: summary of WFSBP guidelines." *Int J Psychiatry Clin Pract*: 1-11.

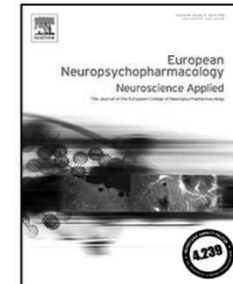
Augmentation mit atypischen Antipsychotika vs. Lithium bei der TRD

European Neuropsychopharmacology (2018) 28, 1305-1313



ELSEVIER

www.elsevier.com/locate/euroneuro

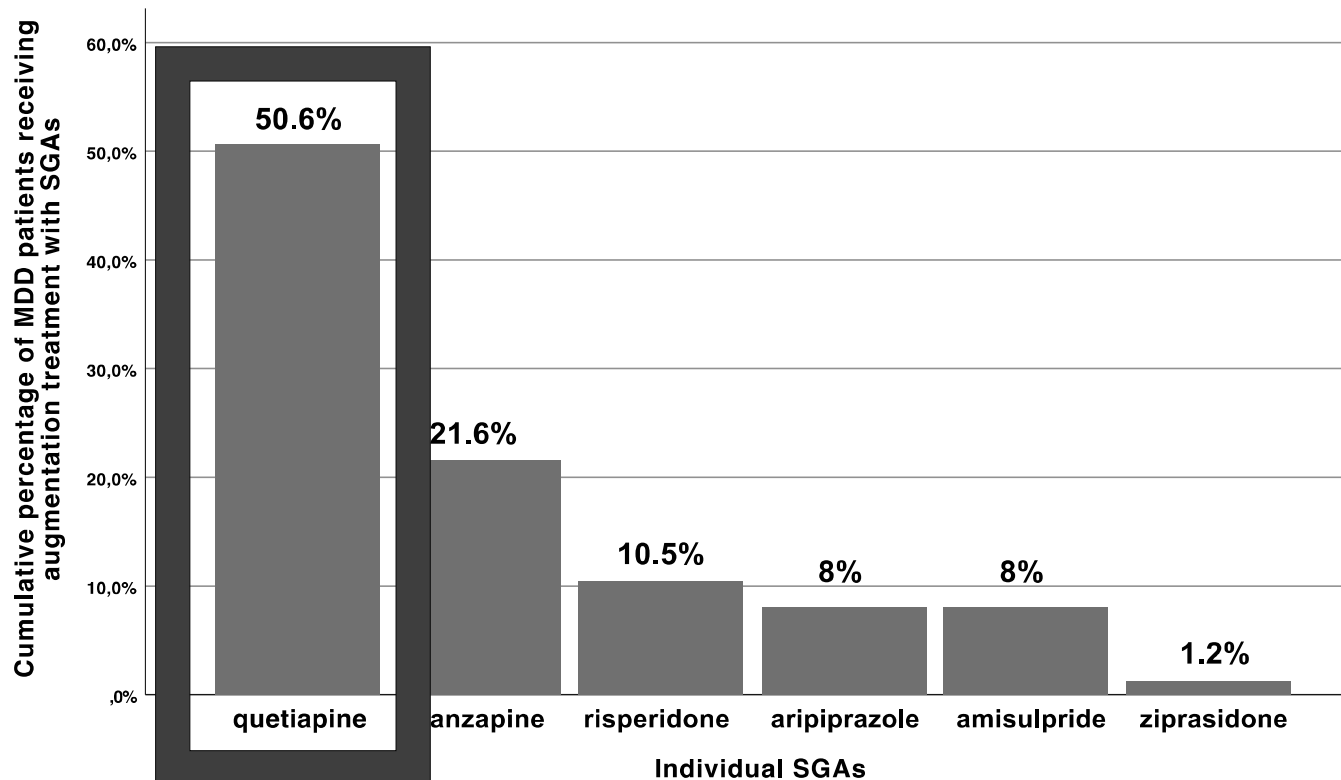


Clinical factors associated with augmentation treatment with second-generation antipsychotics and lithium in major depression - Results from a European multicenter study



Markus Dold^a, Lucie Bartova^a, Alexander Kautzky^a,
Alessandro Serretti^b, Stefano Porcelli^b, Daniel Souery^{c,d},
Julien Mendlewicz^d, Stuart Montgomery^e, Joseph Zohar^{f,g},
Siegfried Kasper^{a,*}

Welche atypischen Antipsychotika werden in Europa vorzugsweise zur Augmentationsstherapie verwendet?



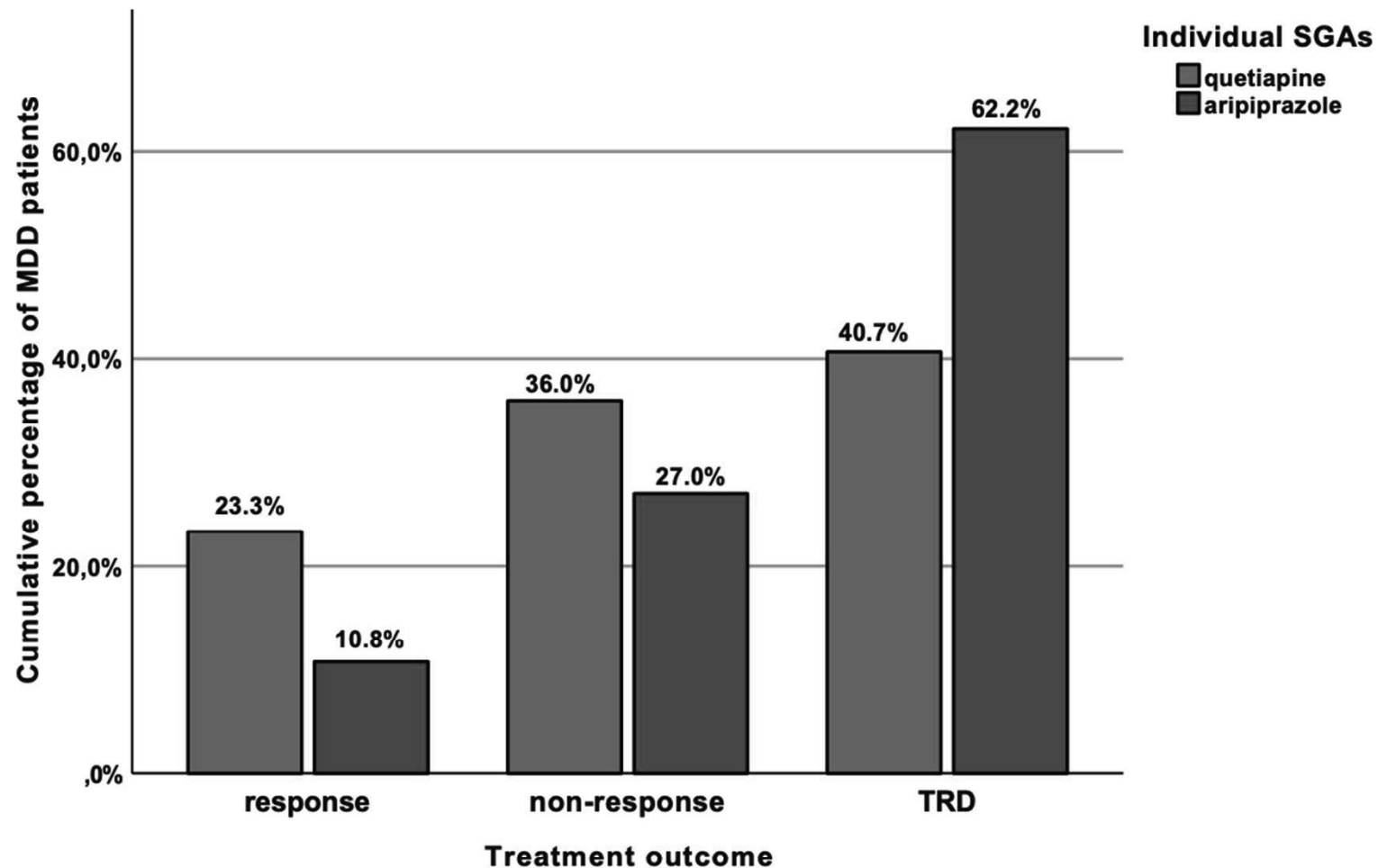
Fugger G & Bartova L et al. Evidence on sociodemographic and clinical correlates of antidepressant combination or augmentation with second-generation antipsychotics in major depressive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2022 Mar 2;114:110480. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110480.

REGULAR RESEARCH ARTICLE

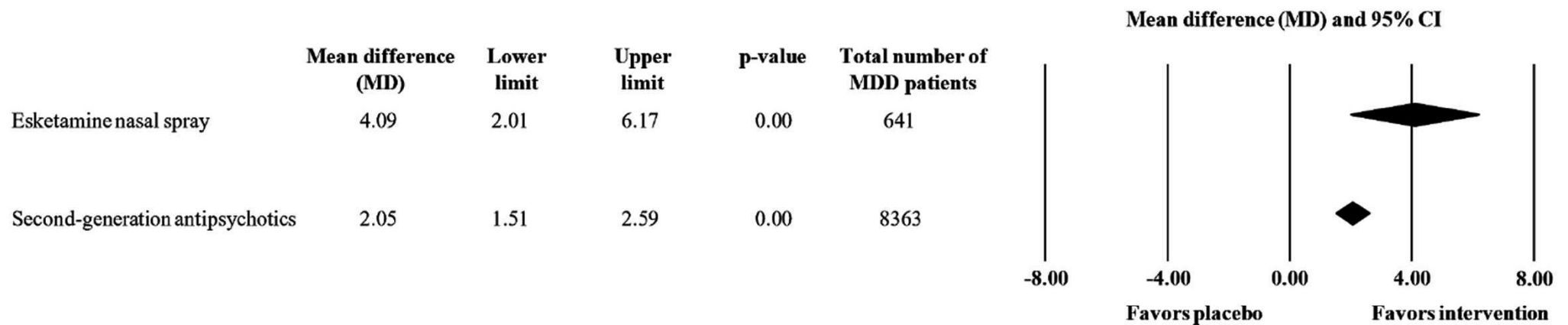
The Choice of Either Quetiapine or Aripiprazole as Augmentation Treatment in a European Naturalistic Sample of Patients With Major Depressive Disorder

Lucie Bartova[®], Gernot Fugger, Markus Dold[®], Alexander Kautzky[®], Marleen Margret Mignon Swoboda, Dan Rujescu, Joseph Zohar, Daniel Souery[®], Julien Mendlewicz, Stuart Montgomery, Chiara Fabbri[®], Alessandro Serretti[®], Siegfried Kasper[®]

The Choice of Either Quetiapine or Aripiprazole as Augmentation Treatment in a European Naturalistic Sample of Patients With Major Depressive Disorder



Meta-Analyse zur Augmentationstherapie mit intranasalem Esketamin versus atypische Antipsychotika



Dold et al. 2020. Int J Neuropsychopharmacol. 2020 Jul 29;23(7):440-445.doi: 10.1093/ijnp/pyaa034

Kombinationstherapie

- Die **Evidenzlage** inklusive Meta-Analysen ist **inkonklusiv**.
- Präferenz für Kombinationstherapie:
 - **SSRIs** oder **SNRIs** + **Mirtazapin**
 - **SSRIs** oder **SNRIs** + **Trazodon**
- **Synergistische antidepressive Effekte** werden aufgrund von **komplementärer Wirkungsmechanismen** dieser Substanzen erwartet.

Dold and Kasper (2017). "Evidence-based pharmacotherapy of treatment-resistant unipolar depression." Int J Psychiatry Clin Pract 21(1): 13-23.

Bauer et al. & WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders (2017). "Pharmacological treatment of unipolar depressive disorders: summary of WFSBP guidelines." Int J Psychiatry Clin Pract: 1-11.

Augmentation mit atypischen Antipsychotika vs. antidepressive Kombinationstherapie

Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry 114 (2022) 110480

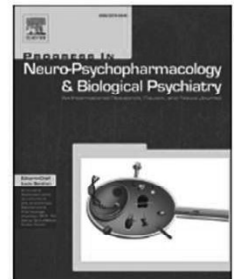


ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pnp



Evidence on sociodemographic and clinical correlates of antidepressant combination or augmentation with second-generation antipsychotics in major depressive disorder

Gernot Fugger^{a,b,1}, Lucie Bartova^{a,b,1}, Markus Dold^{a,b}, Chiara Fabbri^{b,c}, Giuseppe Fanelli^{b,d}, Raffaella Zanardi^{e,f}, Alexander Kautzky^a, Joseph Zohar^g, Daniel Souery^{h,i}, Julien Mendlewicz^h, Stuart Montgomery^j, Dan Rujescu^a, Alessandro Serretti^b, Siegfried Kasper^{a,k,*}

Dosiseskalation

- Die **Evidenz** ist nach wie vor **limitiert**.
- **Potentieller Dosis-Wirkung-Zusammenhang** für Trizyklika und Tranylcypromin, **nicht** für SSRIs, Venlafaxin oder Mirtazapin.
- PatientInnen mit Polymorphismen im Cytochrom P450 Enzymsystem (**ultra-rapid metabolizer**) dürften jedoch wohl von Dosiseskalation **profitieren**.

Dold and Kasper (2017). "Evidence-based pharmacotherapy of treatment-resistant unipolar depression." *Int J Psychiatry Clin Pract* 21(1): 13-23.

Dold, M., et al. (2017). "Dose escalation of antidepressants in unipolar depression: a meta-analysis of double-blind, randomized controlled trials." *Psychotherapy and Psychosomatics*.



Unipolare Depression

Leitliniengerechte Therapie



Eine Vielzahl effektiver Therapie- möglichkeiten

Eine Vielzahl effektiver Therapie- möglichkeiten



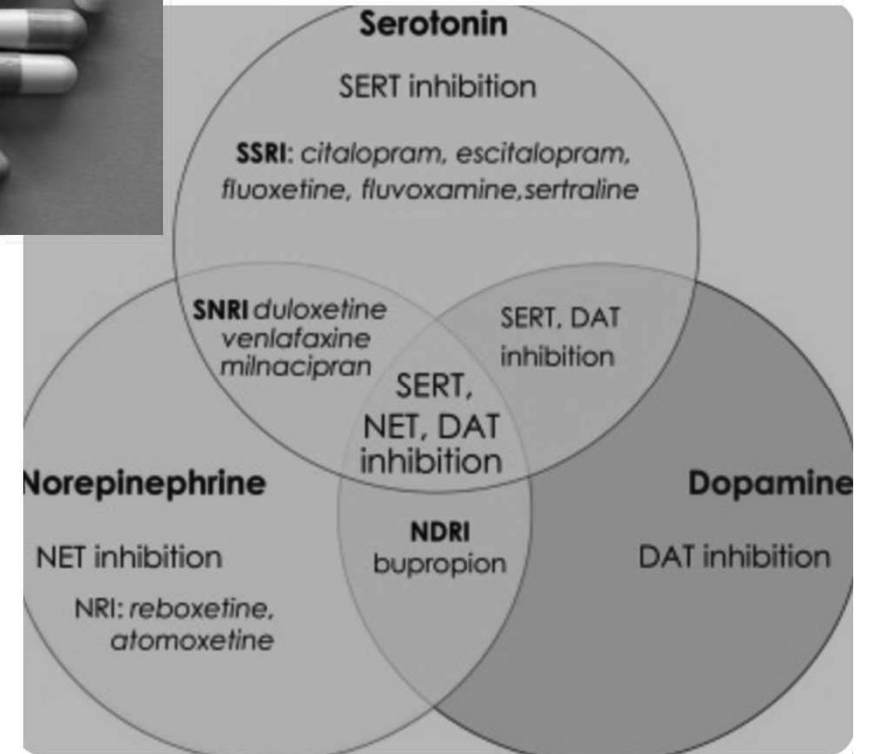
Eine Vielzahl effektiver Therapie- möglichkeiten



Eine Vielzahl effektiver Therapie- möglichkeiten



Eine Vielzahl effektiver Therapiemöglichkeiten



Eine Vielzahl effektiver Therapiemöglichkeiten

