Redukce spotřeby alkoholu s farmakologickou podporou

MUDr. Marta Šimůnková[1], MUDr. Petr Hrubeš[2]
[1]Nadace ADICTA, Praha
[2]Psychiatrická klinika FN Hradec Králové, Léčebna návykových nemocí Nechanice

Psychiatrie pro praxi – XI. konference ambulantních psychiatrů, která se konala koncem loňského listopadu v Olomouci, dala příležitost k vystoupení MUDr. Petru Hrubešovi (Psychiatrická klinika FN Hradec Králové a Léčebna návykových nemocí Nechanice). V prezentaci Léčba alkoholizmu v běžné klinické praxi sdělil, jaké jsou roční zkušenosti s novou strategií léčby závislosti na alkoholu, při níž se snižuje množství konzumovaného alkoholu za farmakologické a psychosociální podpory. Tento druh léčby je vhodný pro motivované pacienty bez abstinenčních příznaků a atrahuje k léčbě i ty nemocné, pro něž je v počátcích terapie abstinence nepřijatelná.

Klíčová slova: závislost na alkoholu, abúzus, nalmefen, anticravingová léčba.

Reducing alcohol consumption with pharmacological support

Psychiatry for Practice – the 11th Conference of Outpatient Psychiatrists, which was held in Olomouc, Czech Republic in late November 2014, provided Petr Hrubeš, M.D. (Department of Psychiatry, University Hospital, Hradec Králové and Medical Institution for Addictive Diseases in Nechanice, Czech Republic) with an opportunity to speak. In his presentation "Treating alcoholism in routine clinical practice", he reported on the one-year experience with a novel treatment strategy for alcohol dependence in which the amount of alcohol consumed is reduced while using pharmacological and psychosocial support. This kind of treatment is suitable for motivated patients with no withdrawal symptoms and attracts to treatment even those who find abstinence unacceptable at therapy initiation.

Key words: alcohol dependence, abuse, nalmefene, anticraving therapy.

Psychiatr. praxi 2015; 16(1): 30–33

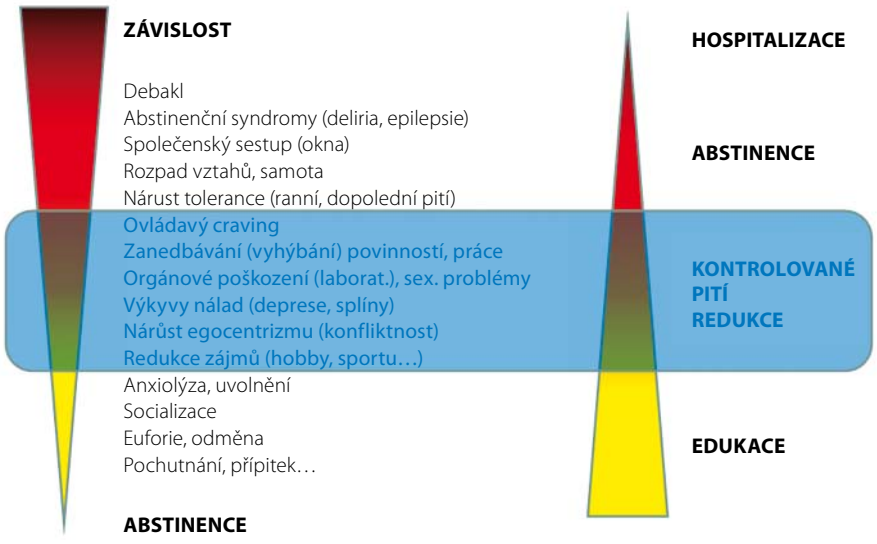
Již nestor léčby závislosti na alkoholu, docent Jaroslav Skála (1916–2007) říkal, že alkoholizmus je směsí choroby a nedisciplinovanosti. Je třeba pacienty učit sebevládě a sebekontrole, čemuž je vhodné obnovit pacientovu sebeúctu a sebevědomí. Termín „kontrolované pití", který je v současnosti mnohými adiktology a psychiatry odmítán, pochází z jeho úst a i docent Skála uznával, že pro část pacientů může jít o úspěšný model snižování rizikové konzumace alkoholu.

Závislost je chronické, rekurentní onemocnění, které postihuje primárně centrální nervovou soustavu změnami, které způsobují vystupňované bažení (craving) po alkoholu. Má mnoho příčin, včetně genetických a enviromentálních, velkou roli mají negativní zkušenosti z útlého dětství (zanedbávání, týrání, zneužívání), výživa a choroby matky v těhotenství. Někdy se závislost na alkoholu přirovnává k diabetu 2. typu, který vzniká na dědičné predispozici při zanedbávání zásad zdravého životního stylu, zejména pohybu.

Jakými psychickými prožitky je závislost na škále od těžké závislosti až po abstinenci provázena, je znázorněno na grafu 1, kde jsou taktéž vyznačeny možnosti léčby.

Podle WHO neexistuje tzv. bezpečná dávka alkoholu, protože senzitivita k etanolu je vysoce individuálně rozdílná. Podle všeobecně přijímaného konsenzu je za rizikový abúzus považováno u mužů více než 60 gramů čistého etanolu na den, u žen činí hranice rizika již 40 g. Pro představu 20 g čistého etanolu je obsaženo přibližně v 500 ml piva, 200 ml vína a 40–50 ml destilátu.

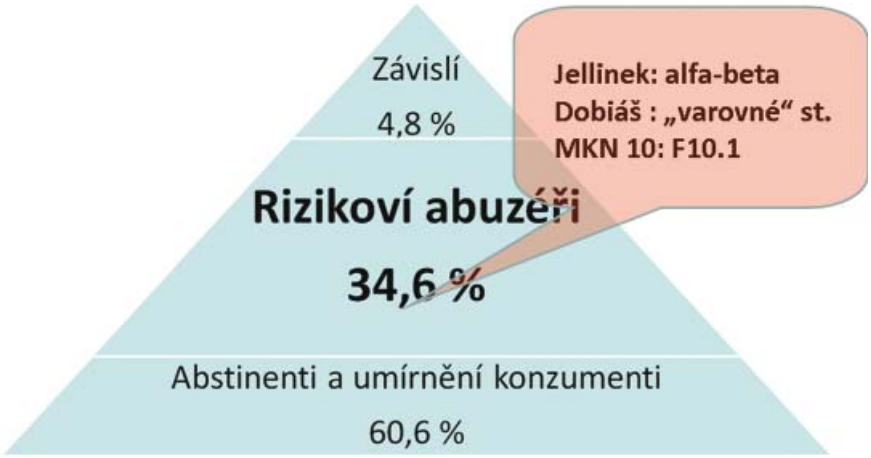
Graf 1. Rozvoj alkoholizmu a možnosti léčby



Farmakologická podpora léčby závislosti na alkoholu se používá desetiletí. K současným možnostem patří antidepresiva (zejména při depresivní komorbiditě), nebenzodizepinová anxiolytika (při současné anxietě) a anticravingová léčba. Poslední jmenovaná skupina je již déle než rok i v ČR obohacena o modulátor opioidních receptorů, nalmefen. Součástí léčby závislosti na alkoholu je psychoterapie, psychosociální podpora, dispenzarizace v psychiatrické nebo adiktologické ambulanci.

Kolik „ohrožených" v ČR žije? O tom vypovídá Národní výzkum abúzu návykových látek z roku 2012. Graf 2. Statistiky vykazují u žen významně

Graf 2. Český muž v r. 2012 ve vztahu k alkoholu (Národní výzkum abúzu návykových látek; 2012)



nižší čísla, ale spotřeba alkoholu v posledních letech stoupá i u nich a velmi často jde po dlouhou řadu let o „utajované“ pití.

Novinka v léčbě

Nejde jen o lék, ale jak už bylo řečeno, o novou strategii léčby závislosti na alkoholu a rizikového abúzu. Tajemství úspěchu se zde jistě odvíjí od správné volby pacientů. Není vhodná pro těžce závislé, kteří vyžadují detoxifikaci a mají abstinenční příznaky. Strategie snížení množství vypitého alkoholu může být úspěšná u motivovaných jedinců, bez abstinenčních příznaků.

Nalmefen je modulátor opiátových receptorů s vysokou afinitou ke všem podjednotkám opiátového receptoru, parciální agonista kapa podjednotky opiátových receptorů a modulátor kortiko-mesolimbických funkcí. V ČR je dostupný od května 2013, je vázán na lékařský předpis, avšak je bez preskripčního omezení.

Jedním z úskalí úspěchu léčby je volba správného pacienta. Tím se i adiktologie začleňuje do oborů personalizované medicíny, protože v mnoha oborech již byla učiněna zkušenost, že jeden univerzální postup nemůže pokrýt variabilitu genomových mutací a individuálních odlišností nemocných.

Pro praktické využití sestavil Dr. Hrubeš praktické „indikační spektrum“ pro nalmefen (Selincro).

Typy pacientů, kterým již nalmefen prospěl

- I. Nalmefen jako „talisman“ posilující vůli pacienta nepít
- II. Nalmefen jako lék k profylaxi anebo odvrácení hrozícího excesu/tahu
- III. Nalmefen redukující rizikové dávky, s cílem snížení frekvence a množství abúzu „kontrolované pití“
- IV. Nalmefen redukující abúzus s jasným cílem dosáhnout stabilní abstinence
- V. Nalmefen pro udržení abstinence – anticraving

Ad I. Nalmefen jako *„talisman“* posilující vůli pacienta nepít

Do této skupiny lze přiřadit pacienty s nepříliš rozvinutou závislostí. Selincro zde účinkuje jako zaklínadlo, jak vyjádřil pětatřicetiletý invalidní důchodce, který dříve pil 4–5 piv a půl litru vodky denně: „…mně stačilo, že jsem věděl, že to funguje… Bylo by mně líto těch 139 Kč za tu tabletku… tak si radši ten chlast nedám…“

II. Nalmefen jako lék k profylaxi anebo odvrácení hrozícího excesu/tahu

Jde o lidi, kteří nepijí pravidelně, ale k excesu je vede nahromadění psychického napětí. Do této kategorie by podle dr. Hrubeše patřili i „společenští pijáci“, tedy podle typologie Jellineka typ beta. Charakteristické je, že tito jedinci ztrácejí po úvodních drincích kontrolu nad další konzumací. Zde je výhodou dávkování Selincra – ad hoc, které odpovídá i vzorci pití. Nalmefen je možné užít i jak před společenskou událostí v prevenci nekontrolovaného pití, tak v úvodu „rozjetého“ tahu nebo rizikové situace: „Selincro lze zapít druhým pivem“, což připomíná tzv. „postinorový efekt“.

Následující kazuistika pana Štefana (41 let) vypovídá o jednom z prvních pacientů dr. Hrubeše. Rizikové faktory jsou již v rodinné anamnéze, otec – závislý na alkoholu rodinu opustil. Štefan je rozvedený, má dvě děti. Absolvoval vysokou školu a zastává vedoucí funkci. S excesivním pitím má problémy pět let, od rozvodu. Pije v několikadenních tazích, a to denně 10–15 piv a půl až litr destilátu. Po úvodních dvou sklenkách destilátu nebo piva se rozjíždějí „maligní“ několikadenní tahy, při nichž přichází nejen o peníze, ale i prestiž, což má devastující důsledky na téměř všechny složky jeho života. První tablety nalmefenu doporučil dr. Hrubeš Ivanovi před očekávanou společenskou akcí, které se Ivan účastnil jako manažer a musel ji zvládnout „se ctí“. Předchozí podobné akce pro Ivana končily obvykle fiaskem. Po první tabletě nalmefenu abstinoval bez problémů po celý večer. S odstupem dvou týdnů užil nalmefen podruhé, opět s dobrým anticravingovým efektem. Asi po půlroce se opil po rozchodu s přítelkyní (neměl Selincro u sebe), což mělo velmi nepříjemné důsledky (noc na záchytné stanici). Od té doby užívá nalmefen profylakticky jednu tabletu ob den. Občas vypije dvě sklenky vína. Se Selincrem je spokojen, o abstinenci zatím neuvažuje. Ivanova konzumace alkoholu má sestupnou tendenci, takže je možné, že se k abstinenci dopracuje.

III. Nalmefen redukující rizikové dávky, s cílem snížení frekvence a množství abúzu „kontrolované pití“

Karel (50 let) je povoláním sociální pracovník, ženatý, s manželkou vychovali dvě dcery, které jsou již dospělé. Vždy byl typem bohéma, společenský konzument alkoholu, zejména piva. Jeho spotřeba alkoholu se zvýšila, když jeho manželka začala stoupat po žebříčku své kariéry. Karel pociťoval samotu a frustraci. V posledních dvou letech (před návštěvou ambulance) se přiznal ke každodenní konzumaci šesti až osmi piv, která vypil přes den a večer u televize. K tomuto abúzu sám zaujal kritický postoj, možná (a je to pravděpodobné) k tomu přispělo i hodnocení jeho manželky. V práci ani v rodině zatím problémy vážnějšího charakteru nemá, neselhává. Výrazně však omezil své zájmy: fotografování. Jeho stav byl uzavřen jako škodlivé pití, nikoli zatím závislost, přestože se opakovaně nedaří zredukovat množství denně vypitého alkoholu. Abstinenci si nedovede představit a nepovažuje se za „alkoholika“. Abstinenční příznaky nemá a neměl. Odmítá navštěvovat AT ambulanci ve strachu, že by se tam potkával se svými klienty.

Nabídku na farmakoterapii nalmefenem však velmi vděčně přijímá. V prvním týdnu užívání popisuje potíže se spánkem a „takovou tupou

únavu", což lze připsat spíše na vrub snížené konzumace a mírným abstinenčním příznakům. Po čtyřech týdnech je bez jakýchkoli obtíží při denní konzumaci jednoho až dvou piv, s výjimkou víkendové návštěvy hospody (2 – 3 piva). Nalmefen užívá pravidelně ob den, resp. dvakrát týdně. V tomto případě jde o úspěšnou redukci konzumace alkoholu za podpory farmakoterapie nalmefenem

IV. Nalmefen redukující abúzus s jasným cílem dosáhnout stabilní abstinence

Také v Irenině dětství (39 let) se skrývají rizikové faktory: otec pil, měl milenky, bil matku, která taktéž pila a své životní neúspěchy vybíjela na dětech. Když otec rodinu opustil, odjela matka za prací do ciziny. Irenu vychovávala teta, často byla sama doma, bála se.

Irena je zdravá, s manželem – závislým na alkoholu má 5 dětí. Bydlí v pronajatém bytě, manželství je konfliktní (před rozvodem), má dluhy, hrozí jí exekuce. Irena je vyučená, pracovala jeden rok a v současnosti je 10 let na mateřské dovolené.

První zkušenosti s alkoholem zakusila okolo 18. roku. Do 30 let pila minimálně, jen příležitostně. Vyšší konzumaci uvádí v posledních 4 letech: „zapíjí problémy v manželství a těžkosti v životě". Začala půl litrem vína a postupně se dostala na 3–4 litry vína denně, neopíjí se, většinou si okolí ani nevšimne jejího pití, sama se zvládne „postarat" o děti.

Asi rok má ranní třesy, které mizí po první skleničce, celý den udržuje hladinku, budí se a pije i v noci. Opakovaně zkoušela pití omezit, ale marně. Svěřuje se svému praktickému lékaři, zpočátku odmítá kontakt s psychiatrem: „není blázen", ale nakonec s léčbou souhlasí. Po šesti týdnech každodenního disciplinovaného užívání nalmefenu s týdenními kontrolami došlo k postupnému poklesu denní spotřeby z 3,5 litrů vína na 0,7 litru denně. Po šesti týdnech se též pacientka rozhoduje k ústavní protialkoholní léčbě, kterou do té doby striktně odmítala. Absolvovala dvouměsíční ústavní terapii. V léčbě byla aktivní, spolupracující, bystrá, oblíbená. Odešla na vlastní žádost z rodinných důvodů – manžel naprosto nezvládal péči o děti. Pravidelně se doléčuje v AT ambulanci. V současnosti tři měsíce abstinuje v rizikovém domácím prostředí.

V. Prevence relapsu – nalmefen v anticravingové terapii

Závislost na alkoholu je chronické a rekurentní onemocnění, což znamená, že je zapotřebí relapsům předcházet. V této prevenci se může podle slov dr. Hrubeše uplatnit i nalmefen. Úspěšná byla léčba i v případech, kdy nemocný po ústavní léčbě v rizikové situaci „přepil" disulfiram (2 případy), po selhání acamprosatu (3 případy) a po nedostatečném anticravingovém účinku naltrexonu (2 případy).

Alžběta desítky let léčila alkoholem – vlastně nikdo pořádně nevěděl, co. Byla pohledná, vzdělaná, úspěšná, vychovávala dvě zdravé děti. Pravděpodobně bylo za rizikovým pitím skryto další psychiatrické onemocnění, pravděpodobně deprese. Kvůli časté opilosti od ní odešel manžel, dcera se odstěhovala, jen co dosáhla plnoletosti. Alžběta se starala o dospělého syna, nebo to bylo naopak? Problém s alkoholem však nepřiznávala nikomu, ani sama sobě.

Ke zlomu došlo s prvním deliriem – syn ji našel blouznící před domem. Naštěstí se podařilo zajistit okamžitou ústavní léčbu, včetně úvodní detoxifikace. Po vystřízlivění v průběhu hospitalizace získala (částečný) náhled a souhlasila s léčbou.

Po propuštění se však nedostavila hned na první kontrolu. Místo toho se objevila znovu na příjmu léčebny k detoxifikaci. Při opakované léčbě byl doporučen nalmefen, se kterým byla propuštěna domů. Nyní šest měsíců abstinuje.

„S přípravkem Selincro jsou nyní celosvětově roční zkušenosti. Výsledky svědčí pro mírné a přechodné nežádoucí účinky, které se časově mohou krýt s mírnými abstinenčními příznaky. Účinnost nalmefenu je prokázána nejen v klinických studiích, ale je ověřována denní praxí," uzavírá své hodnocení MUDr. Petr Hrubeš.

Nalmefen – první dojmy v klinické praxi:

Podmínkou úspěšné terapie je pacient s náhledem problému, motivovaný ke změně a odhodlaný situaci řešit s lékařem, resp. za farmakologické podpory. Musí být ochotný a mít dostatek frustrační tolerance k překonání počátečního dyskomfortu případných nežádoucích účinků. Typický pacient „má co ztratit", vyplatí se mu léčba abúzu a závislosti na alkoholu.

Nalmefen vykazuje robustní a spolehlivou blokádu libostních a cravingových projevů v terénu (obecně) poškozené kontroly nad konzumací alkoholu s až nečekaně přesvědčivou účinností i u pokročilých stadií F10.2. Nejsou informace o blokádě „fyziologické slasti" (sex, sport apod.).

Nejčastěji uváděné nežádoucí účinky u nalmefenu v klinických studiích

Podle Souhrnné informace o přípravu (SPC) jsou nežádoucí účinky mírné nebo střední závažnosti, vyskytly se na počátku léčby a trvaly krátkou dobu. Jde především o neklid, poruchy pozornosti, zmatenost, somnolence i insomnie, bolesti hlavy, vertigo, tremor, svalové spazmy, palpitace, tachykrdie, nauzea a zvracení.

V praxi pozorujeme výše uvedené nežádoucí účinky, které jsou krátkodobé přechodné a zvládnutelné. Pozor na příznaky, které mohou být lehkými abstinenčními příznaky, ale jsou mylně považovány za nežádoucí účinky.

MUDr. Marta Šimůnková
Nadace ADICTA
Uzbecká 1 463/1, Praha 10
marta.simunkova@yourcomm.cz