

Závislost na tramadolu u pacientek s poruchou příjmu potravy

MUDr. Petra Holanová, MUDr. Miroslav Sekot, prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Tramadol patří mezi často užívaná a předepisovaná analgetika, jeho zneužívání bývá velmi často podceňováno. Předkládané kazuistiky popisují zneužívání tramadolu pacientkami s poruchami příjmu potravy (PPP) k ovlivňování jídelního chování, denního režimu a negativních emocí.

Klíčová slova: tramadol, závislost, poruchy příjmu potravy.

Addiction to tramadol in patients with eating disorders

Tramadol is one of the commonly prescribed analgetics. Its addiction is very often underestimated. Our case studies are focused on addiction to tramadol in patients with eating disorders to influence eating habits, daily regime and negative emotions.

Key words: tramadol, addiction, eating disorders.

Psychiatr. praxi 2013; 14(4): 167–168

Úvod

Tramadol je agonista mí-opioidních recepto-rů, ovlivňuje centrální modulační systém bolesti bloádou zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu. Maximální denní dávka je 600 mg, tramadol má malou analgetickou potenci, která se nedá kompenzovat zvyšováním dávky. Nepodléhá ustanovení o omamných látkách, je udávané minimální riziko vzniku závislosti (1). Je dostupný ve velkém množství gramáží a lékových forem. Mezi nežádoucí účinky patří nauzea a zvracení na začátku léčby, zácpa, pocení, závratě, sedace, únava, otupělost, dále křeče, hypoglykemie. S tramadolem je spojena řada lékových interakcí, kombinace se serotonergními preparáty představuje riziko rozvoje serotoninového syndromu (2).

V literatuře je popsáno jedno kazuistické sdělení se zkušeností s tramadolem v léčbě PPP – konkrétně u pacientky s mentální anorexií a významnými rituály týkajícími se jídelního chování. Tramadol v dávce 50 mg denně vedl k redukci rituálů a zvýšení váhy, přičemž předtím užívaný fluoxetin v dávce 60 mg byl bez efektu (3). V předložených kazuistikách pacientek Centra pro poruchy příjmu potravy je preparát zneužíván pacientkami s PPP především k ovlivnění symptomatiky přímo spojené s jídelním chováním. Komplexní neurochemické regulační mechanismy patologického jídelního chování jsou v poslední době často diskutovány v souvislosti s reward systémem i opioidními receptory (4).

Kazuistika 1

Dvaatřicetiletá pacientka byla přijata na doporučení ambulantního psychiatra na Jednotku pro léčbu poruch příjmu potravy pro mentální

bulimii na terénu emočně nestabilní poruchy osobnosti – hraniční typ.

V anamnéze má opakované pobyty v různých spádových psychiatrických zařízeních, opakované sebepoškozování a suicidální pokusy. V 16 letech prožila traumatický prožitek, byla obětí znásilnění na diskotéce, na policii to nehlásila. Pacientka je vdaná, manželství je bezdětné. Má vleký matrimoniální problém. Manžel má dlouhodobý paralelní vztah s jinou ženou, který ani neskrývá a pacientka to toleruje. Pacientka je vyučená šičkou kožené galanterie, nyní jí byl přiznán invalidní důchod z psychiatrické indikace.

Pacientka je léčena také pro somatickou komorbiditu – arteriální hypertenzi, hyperlipidemii, stav po operaci štítnice pro hyperfunkci (nyní na hormonální substituci). V ambulantní péči byla léčena escitalopramem 20 mg denně, trazodonem 150 mg na noc, quetiapinem 600 mg denně. Užívá tramadol 2 × 150 mg, antihypertenzní medikaci, hypolipidemika, Euthyrox.

K hospitalizaci v Centru pro poruchy příjmu potravy doporučena pro dlouhodobou bulimickou symptomatiku s převažujícím přejídáním ve večerních a hlavně nočních hodinách s následným zvracením, přes den kombinovaným s hladověním. Pacientka má narušený denní režim – přes den spí, vstává až odpoledne, usíná pak v ranních hodinách. Během posledního roku byl zaznamenán nárůst hmotnosti o 20 kg na aktuálních 119 kg. Při přijetí udávala motivaci k léčbě, cílem bylo nastavení normálního jídelního i denního režimu a redukce hmotnosti.

Ač pacientka na přijetí čekala (nastoupila dle standardního pořádku pro poruchy příjmu potravy), od přijetí na oddělení byla její spolupráce problematická, obtížně se adaptovala na normální denní aktivitu a jídelní režim, vyhý-

bala se terapeutickému programu (argumentuje zástupnými důvody – nemá oděv na relaxaci, na cvičení...), motivace ke změně se jevila jako sporná.

S pacientkou byla také opakovaně probírána problematika dlouhodobého užívání tramadolu na nespecifikované bolesti zad. Nebyla pro tyto potíže dosud vyšetřena specialistou ani zobrazovacími vyšetřeními. Také nikdy neabsolvovala žádné rehabilitace či jiné nefarmakologické postupy. Tramadol pacientce předepisuje praktický lékař i internista, a to kdykoliv si požádá, sama si manipuluje s dávkou. Připouští, že jí tramadol „pomáhá“ udržovat její režim – tj. přes den spát a nejíst, vydrží hladovět, využívá efektu na otupění emotivity, na otupění prožívání negativních pocitů. Při částečné redukci dávky tramadolu pacientka udává nesnesitelné bolesti zad, rozhoduje se pobyt na oddělení ukončit, zcela bez náhledu na problém.

Problematika abúzu tramadolu zmíněna v propouštěcí zprávě pro praktického lékaře i psychiatra.

Kazuistika 2

Sedmadvacetiletá pacientka je v dlouhodobé ambulantní psychiatrické péči pro chronifikovanou anorektickou a bulimickou symptomatiku, opakované přesmyky a relapsy potíží. Je svobodná, bezdětná, vystudovala vysokou školu, žije ve stabilním partnerském vztahu. Dosud nebyla pro PPP léčena za hospitalizace na specializovaném pracovišti, proběhla jen jednorázová nutriční intervence na metabolické jednotce intenzivní péče.

V r. 2010 došlo u pacientky k relapsu anorektické symptomatiky, v popředí byla restrikce příjmu potravy, excesivní cvičení, kolísání hmot-

nosti, nedařilo se přibírat na váze. Pacientka navázala v ambulantní péči po tříleté pauze při hmotnosti 55 kg, BMI 16. Na kontrole v lednu 2012 referuje o autonehodě s pohmožděním a bolestivostí krční páteře (stala se v září 2011), poté začala užívat tramadol 150 mg s postupným zvyšováním dávky až na 7 tablet denně (denní dávka až 1 050 mg).

Při užívání tramadolu zjistila, že nemá chuť k jídlu, nemusí jíst, nemá nutkání k přejedení, proto dávky zvyšovala, nikoliv z důvodu zvýšení analgetického efektu.

V prosinci 2011 prodělala izolovaný epileptický paroxysmus – s popsanou přechodnou poruchou vědomí s generalizovanými křečemi, prokousnutým jazykem. Pro postparoxysmální zmatenost přijata na neurologii k observaci. Dle závěru neurologů se na etiologii záchvatu podílela hypoglykemie 3,1 mmol/l, chronická mírná minerálová dysbalance a malnutrice. Během observace na neurologii byl abruptivně tramadol vysazen a pacientka prodělala lehký odvykací stav s neklidem, úzkostí, zvýšeným pocením, odeznělo při užívání diazepam 5 mg denně po dobu 2 dnů.

Zpětně pacientka hodnotí 4měsíční abúzus tramadolu ve vysokých dávkách jako „hrozné období, ze kterého si nic nepamatuje“, které vnímá subjektivně velmi negativně, dále nechce tímto způsobem ovlivňovat jídelní chování a udržovat si nízkou váhu. Odmítá však připustit, že anorektická symptomatika mohla přispět ke vzniku paroxysmu.

Kazuistika 3

Pětatřicetiletá pacientka je dlouhodobě psychiatricky léčená, dosud absolvovala 14 hospitalizací na psychiatrii. Je svobodná, bezdětná, bez partnerského vztahu, pracuje jako podnikatelka v potravinářství, v práci je úspěšná, je finančně

zajištěná. Diagnosticky je vedena jako emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ s komorbidní mentální bulimií (s chronickým zvracením) a syndromem závislosti na více psychoaktivních látkách (alkohol, nikotin, kofein – káva a kokakola, anorektika – fentermin, projímadla, analgetika – ibuprofen, tramadol) – v různých obdobích je přítomen abúzus různých kombinací látek. V anamnéze je dlouhodobé sexuální zneužívání v dětství a dospívání, o kterém pacientka dosud není schopna mluvit v psychoterapii. Závažná je i postupující somatická devastace organismu (kariézní chrup, chronické zažívací potíže s hematemézou, enteroragie) – způsobená letitým zvracením, chaotickým jídelním režimem, abúzem různých kombinací substancí. Somatické potíže pacientka nechce řešit, bagatelizuje je. Plánovaná somatická vyšetření opakovaně odmítla, důvodem je i vyhýbání se zúzkostňujícím tělesnému kontaktu.

Tramadol pacientka začala užívat před 4 lety původně na bolesti zubů, hlavy a zad. Následně začala využívat efekt na útlum prožívání negativních emocí, otupění emotivity, zmírnění úzkosti, „dokáže pak hladovět a nejíst“. Dávku v psychologické zátěži často zvyšuje až na 1 500–2 250 mg denně, léky si kupuje na černém trhu přes internet. Při pokusech o snížení a vysazení se objevovaly zrakové pseudohalucinace, výrazná anxieta, posléze v domácím prostředí nahradila jinou látkou – nyní ibuprofen.

Závěr a diskuze

Ve všech třech kazuistických sděleních užívání tramadolu ovlivňovalo u pacientek jídelní chování, především snižovalo chuť k jídlu, tlumilo nutkání k přejedení, otupovalo prožívání negativních emocí, které jsou u pacientek s poruchou příjmu potravy velmi časté (5), vedlo k narušení

běžného denního fungování. Dvě pacientky měly tramadol předepisován v primární péči, jedna pacientka ho kupovala na černém trhu. Dle opakovaných zkušeností je tramadol odbornou veřejností často považován za „neškodný“ preparát už jen tím, že preskripce nevyžaduje speciální pravidla a omezení jako u ostatních opiátů, rizika zneužívání tohoto preparátu jsou však poměrně velká, lze je srovnat s benzodiazepinovými anxiolytiky nebo hypnotiky 3. generace, která jsou také hojně předepisována v primární péči. Při léčbě tramadolem je třeba důkladně zvážit indikaci, délku užívání, velikost dávky. Především u subpopulace psychiatrických pacientů, kteří pro rozvoj závislosti představují více rizikovou, vulnerabilní populaci.

Podpořeno z PRVOUK P03/LF1/9.

Literatura

1. Ševčík P, Čumlivský R. Akutní bolest. In: Rokyta R, Kršiák M, Kozák J. Bolest. Praha Tegis, 2006: 206–207.
2. Doležal T, Hák M, Kozák J, Kršiák M, Lejčko J, Skála B, Sláma O, Ševčík P, Vorlíček J. Metodické pokyny pro farmakoterapii nádorové bolesti, akutní a chronické nenádorové bolesti, 2009. Dostupné z: <http://www.pain.cz>.
3. Mendelson SD. Treatment of anorexia nervosa with tramadol. Am. J. Psychiatr. 2001; 158: 963–964.
4. Stefano GB, Ptáček R, Kuželová H, Raboch J, Kream RM. Convergent dysregulation of frontal cortical cognitive and reward systems in eating disorders. Med Sci Monit, 2013; 19: DOI: 10.12659/MSM.88.9133.
5. Papežová H (ed.). Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup. Praha: Grada 2010: 39–40.

Článek doručen redakci: 9. 7. 2013

Článek přijat k publikaci: 13. 8. 2013

MUDr. Petra Holanová

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Ke Karlovu 11, 128 00 Praha 2
Petra.Holanova@vfn.cz