



EUROPEAN FEDERATION OF NEUROLOGICAL SOCIETIES

EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures: report of an EFNS task force
EFNS TASK FORCE

European Journal of Neurology 2005; 12: 1–7.

Nuo alkoholio vartojimo priklausančių traukulių priepuolių diagnostika ir gydymas

G. Bråthen
E. Ben-Menachem
E. Brodtkorb
R. Galvin
J. C. Garcia-Monco
P. Halasz
M. Hillbom
M. A. Leone
A. B. Young

Santrauka. Nepaisant to, kad alkoholio vartojimo sukelti traukulių priepuoliai yra reikšminga praktinės neurologijos problema, nėra aiškių nuostatų, kaip priepuolius optimaliai iširti bei gydyti. Trečdalis tokių ligonių yra hospitalizuojami. Paskutinė literatūros apžvalga buvo atlikta 2004 metų rugsėjo mėnesį. Susitarimo rekomendacijos yra pateiktos pagal lygius, remiantis EFNS nuorodomis. Anamnezės surinkimui patvirtinti siūloma naudoti sistematizuotą klausimyną. Kai alkoholio vartojimas, renkant anamnezę, neįrodomas, klinikinį įtarimą gali patvirtinti kraujyje padidėjusios karbohidratdeficitinio transferino ir/ar gama-gliutamiltransferazės fermentų koncentracijos. Pirmas epilepsijos priepuolis yra indikacija atlikti neurovizualinius tyrimus (KT ar MRT). Asmenims, kurie įtariami perdozavę alkoholio, prieš vartojant angliavandenių gausų maistą ar gėrimus profilaktiškai turi būti paskirtas tiaminas parenteraliai. Po alkoholio vartojimo nutraukimo sukeltos priepuolio (AVNP) paciento būklė turi būti stebima stacionare mažiausiai 24 valandas, monitoruojant abstinencijos simptomų sunkumo laipsnį. Pacientams, kuriems, remiantis anamneze, nebuvo traukulių priepuolių po alkoholio vartojimo nutraukimo ir kurie turi lengvus bei vidutinius abstinencijos simptomus, nėra būtina rutininė prevencinė prieštraukulinė terapija. Benzodiazepinai yra efektyvūs ir saugūs pirminei bei antrinei traukulių prevencijai; rekomenduojamas diazepam ar, esant galimybei, lorazepam. Kitų medikamentų efektyvumas nėra pakankamai įrodytas. Pasak ilgalaikių rekomendacijų, nuo alkoholio nepriklausantiems pacientams su židinine epilepsija ir kontroliuojamais priepuoliais nedidelio alkoholio kiekio vartojimas gali būti saugus. Alkoholio provokuotiems priepuoliams reikia ypatingo dėmesio tiek nustatant diagnozę, tiek gydant. Benzodiazepinai turi būti pasirenkami pasikartojantiems AVNP gydyti ir jų prevencijai.

Raktažodžiai: alkoholis, biologiniai žymenys, epilepsija, praktinės rekomendacijos, klausimynas, priepuoliai, medžiagos vartojimo nutraukimas.

Neurologijos seminarai 2005; 9(26): 277–281

IŽANGA

Jau nuo Hipokrato laikų žinoma, kad piktnaudžiavimas alkoholiu sukelia epilepsijos priepuolius (Lloyd, 1978). Šios sąsajos prigimtis yra sudėtinga ir neaiški. Nepaisant to, kad alkoholio vartojimo sukelti traukuliai yra reikšminga praktinės neurologijos problema ir sudaro trečdalį hospitalizuojamų ligonių dėl traukulinio sindromo (seizure-related admis-

sions) (Earnest ir Yarnell, 1976; Hillbom, 1980; Bråthen et al., 1999; Jallon et al., 1999), nėra aiškių nuostatų, kaip tokius priepuolius geriausiai tirti bei gydyti. Be to, egzistuoja įvairūs gydymo įpročiai ir politika, skirtingi kiekvienoje valsty-

Iš anglų kalbos vertė gydytoja rezidentė Živilė Marija Duobaitė (VU MF Neurologijos ir neurochirurgijos klinikos Neurologijos centras)

bėje. Šios nuorodos apibendrina nuo alkoholio vartojimo priklausančių traukulių diagnostikos ir gydymo esamą patirtį.

METODIKA

Darbo grupė sistemiškai peržvelgė MEDLINE, EMBASE, Cochrane duomenų bazes ir keletą kitų šaltinių, įvertindama tinkamas studijas, atliktas prieš tai suformuluotiems klausimams atsakyti. Galutinė apžvalga buvo atlikta 2004 metų rugsėjo mėnesį. Peržvelgtos labiausiai tinkamos paskutinės publikacijos. Susitarimas buvo pasiektas diskusijų metu darbo grupei susitinkant EFNS kongresuose bei atskirame pasitarime. Įrodymų bei rekomendacijų lygiai suskirstyti pagal dabartines naudojamas nuorodas (Brainin et al., 2004). Kai kurie svarbūs paciento gydymo momentai, kuriems pritrūko įrodymų, reikalingų rekomendacijoms, vis tiek buvo įtraukti; jie žymimi GPP („Good Practice Points“). Literatūros apžvalgos detalės, susitarimo pasiekimo metodai bei papildoma šių nuorodų sukūrimo informacija yra pateikta darbo grupės puslapyje, esančiame EFNS tinklalapyje (<http://www.efns.org>).

REZULTATAI

Alkoholio provokuotų priepuolių diagnostika

Anamnezės rinkimas

Jeigu alkoholio vartojimo nutraukimo simptomatika nėra akivaizdi, klinikinė alkoholio provokuotų priepuolių diagnozė gali būti formuluojama tik išsiaiškinus alkoholio vartojimo anamnezę, kuri patvirtina alkoholio perdozavimą prieš priepuolį. Kadangi pacientai dažnai nuslepia tikrąjį suvartoto alkoholio kiekį, todėl būtina į tai atkreipti dėmesį. Jei įmanoma, alkoholio vartojimo anamnezė turėtų būti renkama apklausiant gimines ar draugus.

Kai kurie kiti legalūs ar nelegalūs farmakologiniai preparatai gali turėti įtakos priepuolių polinkiui dėl jų vartojimo nutraukimo (pvz., benzodiazepinai) ar dėl jų tiesioginio neurotoksinio poveikio (pvz., antipsichoziniai preparatai, antidepresantai ar stimuliuojantys preparatai). Šie faktoriai gali komplikuoti klinikinį vaizdą ir į juos reikėtų atsižvelgti diagnozuojant alkoholio provokuotus priepuolius.

Išsami alkoholio vartojimo anamnezė apima tiek alkoholio kiekį, tiek vartojimo dažnumą bei vartojimo įpročių pasikeitimą mažiausiai per pastarąsias 5 dienas, taip pat ir paskutinį alkoholio vartojimo laiką (GPP).

Klausimynai

Sistematizuoti klausimynai buvo sukurti, siekiant išsiaiškinti ir suskirstyti lygiais gausų alkoholio vartojimą, taip pat piktnaudžiavimą alkoholiu bei priklausomybę. Kliniškai naudingas klausimynas turėtų būti trumpas ir patikimas. Dažniausiai yra naudojamas CAGE, kuris sudarytas iš keturių paprastų klausimų (pateiktas <http://www.efns.org>). Jis trumpas, lengvai įsimenamas ir yra patikimai tikslus (Mayfield et al., 1974). Tačiau jis neatskleidžia išgertuvių pobūdžio, kas

lengviausiai išsiaiškinama tiesiogiai klausiant, koks didžiausias išgertų alkoholinių gėrimų kiekis per vienas išgertuves (Matano et al., 2003). Šis klausimas yra Alkoholio vartojimo sutrikimų identifikacijos teste (angl. *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*). Tai 10-ies klausimų klausimynas, kuriam atlikti reikia 2–3 minučių pokalbio ir kuriam yra laipsniavimas (0–40) alkoholio vartojimui ir piktnaudžiavimui nustatyti. Šis testas tikslesnis nei kiti, tiriant pacientus, išgeriančius mažesnę alkoholio kiekį (MacKenzie et al., 1996; Fiellin et al., 2000), bet jis nėra lengvai įsimenamas ir yra kiek per ilgas rutiniam naudojimui kasdieninėje gydytojo praktikoje. Keletas trumpųjų versijų, pvz. AUDIT-C, FAST ir AUDIT-PC, sudaryta iš 3–5 AUDIT sudedamųjų dalių, ar Five-SHOT, AUDIT-DIT ir CAGE dalių kombinacija, parodė didelį tikslumą, lyginant su AUDIT (Piccinelli et al., 1997; Bush et al., 1998; Seppä et al., 1998; Hodgson et al., 2003). Kiti klausimynai, tokie kaip *Brief Michigan Alcoholism Screening Test* (Brief MAST; Mackenzie et al., 1996) ir Miuncheno alkoholizmo testas (MALT; Feuerlein et al., 1977), yra plačiai naudojami, tačiau tikslumu nepralenkia AUDIT ar jo trumpųjų versijų ir jų rutiniam naudojimui klinikinėje praktikoje reikia didesnių pastangų.

Rekomendacijos

Klausimynai sąlygoja tikslesnę diagnostiką, nustatant piktnaudžiavimą alkoholiu (A lygio rekomendacija). Identifikuoti pacientus su alkoholio provokuotais priepuoliais bei dažnomis išgertuvėmis rekomenduojamos trumposios AUDIT versijos, kadangi šie testai yra tikslūs bei patogūs naudoti kasdieninėje gydytojo praktikoje (A lygio rekomendacija).

Biologiniai žymenys

Bendravimas, naudojantis piktnaudžiavimui alkoholiu nustatyti parengtais klausimynais, diagnostiskai yra jautresnis nei bet koks biologinis žymuo (Bernadt et al., 1982; Aertgeerts et al., 2002). Tačiau tais atvejais, kai neįmanoma gauti informacijos apie pastarąjį alkoholio vartojimą arba ji nepatikima, alkoholio vartojimo laboratoriniai žymenys gali patikslinti klinikinę diagnozę (Bråthen et al., 2000; Martin et al., 2002).

Karbohidratdeficitinis transferinas (CDT) ir gama-gliutamiltransferazė (GGT) yra jautresni piktnaudžiavimo alkoholiu žymenys, tačiau GGT yra mažiau specifinis nei CDT. Literatūros apžvalga neįrodė, kuris žymuo yra patikimesnis (Salaspuro, 1999; Scouller et al., 2000). Abu CDT ir GGT pasirodė nepatikimos patikrinimo priemonės alkoholio provokuotiems priepuoliams tirti neselektyvioje priepuolių populiacijoje (Bråthen et al., 2000). Bandymai kombinuoti tyrimus lėmė nežymų jautrumo padidėjimą (Sillanaukee and Olsson, 2001; Anttila et al., 2003). Kadangi esamas intoksikacijos laipsnis yra svarbus potencialių gydymo pasekmių rodiklis (Savola et al., 2004), pacientams su įtariamais alkoholio provokuotais priepuoliais reikia matuoti alkoholio kiekį kraujyje (GPP).

Rekomendacijos

CDT ir GGT yra žymenys, kliniškai patvirtinantys piktnaudžiavimo alkoholiu įtarimą, kai nėra įtikinamos alko-

1 lentelė. Ankstyvieji (<72 val.) popriepuoliniai simptomai po epilepsijos priepuolių ir po AVNP

	Epilepsija	Ankstyvasis alkoholio vartojimo nutraukimo laikotarpis
Sąmonės lygis	Popriepuolinis miegas/mieguistumas	Nemiga
Nuotaika	Rami	Sujaudinimas, nerimas, naktiniai košmarai
Tremoras	Ne	Taip
Prakaitavimas	Ne	Taip
Kraujospūdis	Normalus	Padidėjęs
Širdies susitraukimų dažnis	Normalus	Padažnėjęs (>90)
Temperatūra	Normali/neryškus karščiavimas	Karščiavimas
Arterinio kraujo tyrimas	Normalus	Respiracinė alkalozė ^a
EEG	Patologinė ^b	Normali, žemos amplitudės
Klausimynai	Normalūs balai	Normalūs ar aukštesni balai

^aRespiracinė alkalozė gali būti užmaskuota traukulių sukeltos metabolinės acidozės, bet ji atsistato pasibaigus traukuliams per 2 val. (Orringer et al., 1977); ^bDaugeliui pacientų stebimas popriepuolinis EEG sulėtėjimas. Priepuoliniai epileptiforminiai iškrūviai – apytiksliai 50% atvejų (FIRST Group, 1993).

holio vartojimo anamnezės (A lygio rekomendacija). Dėl mažo tikslumo neselektyviose populiacijose biologiniai žymenys neturėtų būti naudojami kaip patikrinimo priemonės (C lygio rekomendacija).

Paciento tyrimas ir stebėjimas

Klinikinis tyrimas turėtų remtis epilepsijos ar alkoholio vartojimo nutraukimo sukeltų traukulių skiriamaisiais požymiais (1 lentelė). Alkoholio vartojimo nutraukimo sunkumo laipsniui nustatyti gali būti pritaikyta pataisyta Abstinencijos įvertinimo klinikinės draugijos skalė (angl. *Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale (CIWA-Ar)*) (Sullivan et al., 1989). Įvertinimas pagal CIWA-Ar trunka 2–5 minutes, o abstinencijos sunkumas matuojamas skalėje nuo 0 iki 67 (prieinamas kaip šios nuorodos priedas tinklalapyje <http://www.efns.org>). Daugiau nei 90% AVNP atsiranda per 48 valandas po ilgalaikio alkoholio vartojimo nutraukimo (Victor and Brausch, 1967; Bråthen et al., 1999). Pacientai turėtų būti stebimi ligoninėje mažiausiai 24 valandas, paskui turėtų būti įvertinta klinikinė rizika, atsižvelgiant į abstinencijos sindromo simptomus (GPP).

Įprastinis alkoholio vartojimo nutraukimo sindromo gydymas turėtų remtis atitinkamomis nuorodomis (Mayo-Smith et al., 1997; Claassen and Adinoff, 1999; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2002; Mayo-Smith et al., 2004).

Rekomendacijos

CIWA klausimynas gali būti naudojamas abstinencijos simptomų sunkumo laipsniui įvertinti ir spręsti, ar pacientas turėtų būti išrašytas iš stacionaro, ar ne (A lygio rekomendacija).

Neurovizualiniai tyrimai

Galvos smegenų kompiuterinės tomografijos (CT), atliktos po pirmą kartą įvykusio alkoholio provokuoto priepuolio, diagnostinė reikšmė yra didelė, kadangi piktnaudžiaujantys alkoholiu pacientai turi padidėjusią struktūrinių intrakranijinių pažeidimų riziką (Earnest et al., 1988; Schoe-

nenberger and Heim, 1994). Priepuoliai, atsiradę praėjus daugiau kaip 48 valandoms po alkoholio vartojimo nutraukimo, gali įvykti ne dėl alkoholio nutraukimo, o dėl kitų priežasčių, tokių kaip subdurinė hematoma, smegenų sumušimas ar mišrus apsinuodijimas alkoholiu ir narkotinėmis medžiagomis (Hillbom and Hjelm-Jäger, 1984). Pacientams su pakartotiniais alkoholio provokuotais priepuoliais kartoti neurovizualinius tyrimus neindikuotina, bet priepuolių dažnio ir rūšies pokyčiai, jų pasireiškimas, praėjus daugiau nei 48 valandoms po paskutinio alkoholio gėrimo vartojimo, ar kiti neįprasti simptomai yra indikacija pakartotiniam neurovizualiniam tyrimui (GPP).

Rekomendacijos

Nors gali atrodyti savaime aišku, kad tiriamas priepuolis yra provokuotas alkoholio vartojimo, tačiau jeigu tai yra pirmas gyvenime įvykęs priepuolis, pacientui turi būti atliktas galvos smegenų vaizduojamasis tyrimas (CT arba MRT) be/su kontrastu (C lygio rekomendacija).

Elektroencefalografija

Elektroencefalografijos (EEG) patologija (sulėtintas ritmas ar epileptiforminis aktyvumas) yra retesnės pacientams su AVNP nei su kitos etiologijos traukuliais. Todėl EEG patologija leidžia įtarti, kad priepuolis galėjo būti sukeltas ne vien alkoholio vartojimo nutraukimo (Victor and Brausch, 1967; Sand et al., 2002).

Rekomendacijos

EEG turėtų būti užregistruota po pirmojo priepuolio. Pakartotiniams AVNP EEG registruojama tik tuo atveju, jeigu įtariama kita priepuolių etiologija (C lygio rekomendacija).

Pacientų gydymas

Po intensyvios alkoholio provokuotų priepuolių terapijos dėmesys turėtų būti sutelktas į kitas galimas piktnaudžiavimo alkoholiu komplikacijas, tokias kaip tiamino deficitą, elektrolitų disbalansą, ūmius židinius intrakranijinius pažeidimus ir alkoholio abstinencijos sindromo išsivysty-

mą, pereinantį į *delirium tremens*. Išskyrus židininę intrakranijinę patologiją, kuri nepatenka į šias nuorodas, kiti sutrikimai aprašomi toliau.

Tiamino terapija

Ilgalaikis gausus alkoholio vartojimas lemia sumažėjusią tiamino absorbciją ir didesnę jo ekskreciją. Tik 5–14% ligonių diagnozuojama Wernicke encefalopatija dar esant gyviems (Torvik et al., 1982; Blansjaar and van Dijk, 1992). Dauguma (apytiksliai 80%) pacientų, kuriems aptinkama CNS patologija dėl tiamino trūkumo, yra lėtiniai alkoholikai (Torvik et al., 1982; Harper et al., 1986).

Apskritai tiaminas yra nepavojingas vitaminas, jo trūkumo diagnostika yra sudėtinga, o uždelsto gydymo pasekmės gali būti labai rimtos. Todėl terapijos pradžios slenkstis turi būti žemas. Terapija *per os* yra nepakankama, kadangi tiamino absorbcija žarnyne gali būti labai nukentėjusi (Holzbach, 1996). Pastarosiose Cochrane apžvalgose yra tik viena gana plati randomizuota dvigubai akla studija, tirianti skirtingų tiamino dozių preventinį efektą (Ambrose et al., 2001), kurios išvadose patvirtinta, kad veiksmingesnė yra 200 mg tiamino paros dozė nei 5 mg (Day et al., 2004). Remiantis nekontroliuojamų tyrimų ir empirine klinicine praktika, pradienei ar manifestavusiai Wernicke encefalopatijai gydyti paros dozė turėtų būti mažiausiai 200 mg tiamino parenteraliai mažiausiai 3–5 dienas. Mūsų patirtis rodo, kad pacientams, sergantiems Wernicke encefalopatija, gali pagerėti taikant ilgalaikį gydymą, kuris trunka ilgiau nei 2 savaites (GPP).

Rekomendacijos

Reanimacijos skyriuje prieš pradedant skirti bet kokią maitinimą ar skysčius, kurių sudėtyje yra angliavandenių, pacientams, kuriems patvirtintas ar įtariamas piktnaudžiavimas alkoholiu, turėtų būti profilaktiškai skiriamas tiaminas (B lygio rekomendacija).

Elektrolitų disbalanso gydymas

Dėl gausaus skysčių suvartojimo (alaus) piktnaudžiaujantiems alkoholiu gali išsivystyti hiponatremija. Tokia rimta būklė, kaip centrinė tilto mielinozė, greičiausiai sukeliama galvos smegenų osmotinio slėgio gradiento sutrikimo, kuris gali kilti bandant greitai normalizuoti elektrolitų disbalansą (Lampl and Yazdi, 2002). Hiponatremija pacientams, suvartojusiems per didelį alkoholio kiekį, paprastai rodo gerybinę klinikinę eigą (Mochizuki et al., 2003) ir dažniausiai atsistato, nustojus vartoti alkoholį ir atsistačius normaliai mitybai (Kelly et al., 1998). Jei būtina infuzinė skysčių terapija, serumo natrio korekcijos greitis neturi viršyti 10 mmol/dienai (Saeed et al., 2002). Gydymo rekomendacijoms įrodymų nepakanka.

Hipomagnezemija ir respiracinė alkalozė yra susijusi su alkoholio vartojimo nutraukimu, o hipomagnezemijos korekcija gali padidinti traukulių priepuolių slenkstį pradienei alkoholio vartojimo nutraukimo fazėje (Victor, 1973). Negaunamas atsakas į parenterinę tiamino terapiją yra galima hipomagnezemijos pasekmė (Traviesa, 1974). Tačiau nepakanka įrodymų rekomenduoti rutininę hipomagnezemijos korekciją.

Ar visiems pacientams, turintiems alkoholio abstinencijos simptomų, turėtų būti skiriamas profilaktinis prieštraukulinis gydymas?

Pacientams, turintiems alkoholio abstinencijos simptomų, kurių sunkumo laipsnis yra nuo lengvo iki vidutinio (CIWA < 10), pakanka detoksikacijos palaikomosios pagalbos priemonėmis (Whitfield et al., 1978). Palaikomasis gydymas – tai tyli, ramianti aplinka, blausi šviesa, kavos vartojimo apribojimas ir rehidracija.

Vidutinis priepuolių pasikartojimo dažnis pacientams, gaunantiems placebo studijose, tiriančiose AVNP prevencijai naudojamus medikamentus, yra apytiksliai 8% (Hillbom et al., 2003). Šie duomenys priklauso atrinktiems pacientams, kuriuos reikia gydyti nuo alkoholizmo; traukulių rizika nekomplikuotos abstinencijos atvejais greičiausiai yra mažesnė. Kadangi priepuoliai, atsiradę buvusių detoksikacijų metu, didina jų pasikartojimo riziką kitos abstinencijos periodo metu (Lechtenberg and Worner, 1990; Mayo-Smith and Bernard, 1995), šios grupės pacientams profilaktinis gydymas būtų tikslingas, nepaisant esamo abstinencijos periodo simptomų sunkumo.

Rekomendacijos

Pacientams be AVNP anamnezės ir su alkoholio abstinencijos simptomais nuo lengvo iki vidutinio laipsnio rutininis preventinis prieštraukulinis gydymas nerekomenduojamas (B lygio rekomendacija). Pacientai su sunkaus laipsnio alkoholio nutraukimo simptomais, nepriklausomai nuo traukulių atsiradimo, turėtų būti gydomi medikamentais (C lygio rekomendacija).

Medikamentų pasirinkimas pirminei alkoholio abstinencijos priepuolių prevencijai

Idealus vaistas lengvinti simptomams detoksikacijos nuo alkoholio metu turėtų būti greitai įsisavinamas, ilgai veikiantis, turintis minimalius šalutinius reiškinius, mažą toksiškumą, nedidelę tarpusavio sąveiką, minimalų perdozavimo pavojų ir didelį veiksmingumą tiek abstinencijos simptomų, tiek traukulių priepuolių prevencijai. Vaistai turi būti gaminami daugiau negu vienos formos, kai kurioms pacientų grupėms skystoji forma yra ypač patogi. Nepaisant perdozavimo pavojaus, benzodiazepinai (BZD) atitinka visus anksčiau minėtus idealaus vaisto kriterijus. BZD yra pigūs, plačiai prieinami ir turi puikų dokumentais pagrįstą saugumą.

Kontroliuojamų tyrimų metaanalizė pirminei AVNP prevencijai atskleidė ryškų priepuolių rizikos sumažėjimą vartojant BZD, lyginant su placebo (Hillbom et al., 2003). Greitai pradedantys veikti vaistai (diazepamas, lorazepamas, alprazolamas) turi didesnę perdozavimo pavojų negu vaistai, kuriems būdinga lėtesnė veikimo pradžia (chloridiazepoksidas, oksazepamas, halazepamas). Siekiant sumažinti priepuolių riziką ir rikošeto simptomus, nutraukus BZD vartojimą, ilgo veikimo vaistai turėtų būti pasirenkami dažniau negu trumpo veikimo (Mayo-Smith, 1997; Hillbom et al., 2003). Tačiau trumpai veikiantys BZD turi privalumų pacientams, turintiems kvėpavimo nepakankamumą. Nuo simptomų priklausanti dozės korekcija yra tokia pat efektyvi kaip fiksuota dozė ar įvadinė terapija ir le-

mia mažesnes dozes bei trumpesnę gydymo laiką (Saitz et al., 1994; Jaeger et al., 2001).

Lorazepamas, lyginant su diazepamu, turi privalumų. Nepaisant trumpo veikimo pusperiodžio, jis ilgiau veikia, kadangi mažiau kaupiasi riebaliniame audinyje. Tačiau jo veikimo pradžia yra kiek lėtesnė negu diazepamo. Naudojama daugelis kitų vaistų ir jų kombinacijų, tokių kaip karbamazepinai, chlormetiazolis, natrio valproatas, gama-hidroksibutiratas ir klonidinas, tačiau apie juos duomenų sukaupta labai mažai (Robinson et al., 1989; Saitz et al., 1994; Holbrook et al., 1999; Hillbom et al., 2003).

Rekomendacijos

Kai yra būtinas medikamentinis gydymas, pacientui su AVNP pirminei prevencijai turėtų būti pasirenkami benzodiazepinai, kaip ir alkoholinės abstinencijos sindromui gydyti. Pasirinkimo vaistai yra lorazepamas ir diazepamas. Nors lorazepamas turi keletą farmakologinių privalumų, lyginant su diazepamu, skirtumai yra nedideli ir kadangi intraveninis lorazepamas nėra taip plačiai paplitęs Europoje, rekomenduojamas diazepamas. Kiti detoksikacijos vaistai naudojami kaip pridėtinė terapija (A lygio rekomendacija).

Antrinė AVNP prevencija

Po įvykusio AVNP, traukulių pasikartojimo rizika to paties alkoholio vartojimo nutraukimo metu yra 13–24% (Hillbom et al., 2003). Todėl šiuos pacientus reikėtų gydyti kuo greičiau, norint apsaugoti nuo kitų priepuolių. Lorazepamas reikšmingai sumažina pasikartojimo riziką (D'Onofrio et al., 1999). Fenitoinas neapsaugo nuo pakartotinių priepuolių pacientų, kurie patyrė vieną ar daugiau priepuolių per tą patį alkoholio nutraukimo periodą (Hillbom et al., 2003).

Rekomendacijos

Benzodiazepinai naudotini antrinei AVNP profilaktikai (A lygio rekomendacija). Fenitoinas nerekomenduojamas AVNP pasikartojimo prevencijai (A lygio rekomendacija). Kitų antiepilepsinių (AEV) vaistų efektyvumas AVNP prevencijai nėra patvirtintas.

Alkoholio provokuota epilepsinė būklė

Alkoholio vartojimo nutraukimas yra viena dažnesnių epilepsinės būklės (EB) priežasčių, o EB gali būti pirma alkoholio provokuotų priepuolių manifestacija. Nors manoma, kad alkoholio išprovokuota EB yra geresnės prognozės (Alldredge and Lowenstein, 1993), ji padidina epilepsijos išsivystymo riziką (Hesdorffer et al., 1998). Viena pastarųjų studijų nurodo, kad lorazepamas, lyginant su diazepamu, yra pirmo pasirinkimo vaistas, gydant EB ne ligoninėje (Alldredge et al., 2001). Kitoje studijoje, lyginančioje keturis gydymo būdus, lorazepamas buvo aprašomas kaip lengviau vartojamas, bet ne veiksmingesnis nei diazepamas, fenobarbitalis ar fenitoinas (Treiman et al., 1998).

Rekomendacijos

Pradiniam alkoholio provokuotos EB gydymui intraveninis lorazepamas yra saugus ir veiksmingas. Kai jis nėra prieinamas, gera alternatyva yra intraveninis diazepamas (A lygio rekomendacija).

Pacientų, sergančių epilepsija ir piktnaudžiaujančių alkoholiu, tyrimas ir gydymas

Šių pacientų tyrimas ir gydymas apima konsultavimą ir informaciją apie priepuolius provokuojantį alkoholio poveikį, ypač kartu vykstantį alkoholio ir AEV vartojimo nutraukimą. AEV skyrimas alkoholikams dažnai nepadedą, bet gali dar pagilinti priepuolių keliamas problemas dėl prasto bendradarbiavimo, vaistų perdozavimo ar vaisto ir alkoholio sąveikos (Hillbom and Hjelm-Jäger, 1984). Šiems pacientams idealus vaistas turėtų būti gerai toleruojamas kombinuojant su alkoholiu ir turėti mažai šalutinių reiškinių, taip pat ir saugus, suvartojus per didelę dozę (Malcolm et al., 2001), bei turėti supresuojantį poveikį alkoholio vartojimo įpročiams. Keliose nedidelės apimties studijose, kaip mažinantys alkoholio suvartojimą, buvo atskirai aprašyti karbamazepinas, valproinė rūgštis ir gabapentinas (Mueller et al., 1997; Brady et al., 2002; Voris et al., 2003), o pastaruoju metu įrodyta, kad topiramatas mažina potraukį alkoholiui (Johnson et al., 2003). Profilaktinis AEV gydymas turi būti skiriamas po pasikartojančių epilepsijos priepuolių, kurie aiškiai nėra susiję su alkoholio vartojimu, pagal įprastinį gydymo AEV algoritimą. Esami studijų duomenys neleidžia sudaryti rekomendacijų šiuo klausimu.

Kokį saugų alkoholio kiekį gali vartoti pacientas, sergantis epilepsija?

Įvairiose Europos šalyse pateikiami skirtingi atsakymai į klausimą, ar pacientai, sergantys epilepsija, turėtų visiškai atsisakyti vartoti alkoholį (Höppener, 1990). Tik viena randomizuota kontroliuojama studija (Höppener et al., 1983) tyrė šį faktą; vartojimas nuo vieno iki trijų gėrimų, kurių kiekvieno sudėtyje yra 9,8 g etanolio (standartinių alkoholio vienetų; žr. Turner, 1990), iki trijų kartų per savaitę nepadidino polinkio traukuliams gydytų pacientų grupėje, kuriems diagnozuota dalinė epilepsija. Kita studija nurodė priepuolių riziką, proporcingą alkoholio vartojimo laipsniui (Mattson et al., 1990).

Jautrumas alkoholiui tarp epilepsinių sindromų gali varijuoti. Generalizuotos epilepsijos, ypač juvenilinė miokloninė epilepsija, pasirodo, yra daugiau jautrios alkoholiui, miego deprivacijai ir ypač šių faktorių kombinacijai (Pedersen and Petersen, 1998).

Rekomendacijos

Didžiajai daugumai pacientų su daline epilepsija ir kontroliuojamais priepuoliais, kai nėra jokios piktnaudžiavimo alkoholiu anamnezės, yra saugu vartoti nuo vieno iki trijų standartinių alkoholio vienetų nuo vieno iki trijų kartų per savaitę (B lygio rekomendacija).

Šios nuorodos bus atnaujintos, kai bus būtina, bet kuriuo atveju per 4-erius metus.

Interesų konfliktai

Šios nuorodos sukurtos be išorinės finansinės paramos. Nė vienas autorius neturi interesų konfliktų.

Literatūra

Žr. European Journal of Neurology 2005; 12: 1–7.