

Pacient s jaterní cirhózou na interním oddělení – intervence případného abúzu alkoholu

Jana Malinovská^{1,2}, Roman Pavlof¹, Ondřej Hloch¹, Veronika Vejtasová³, Jana Urbanová⁴, Jan Brož¹

¹Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Adiktologická poradna, odborné pracoviště Area fausta, Praha

³Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

⁴Interní klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Se zájmem jsme si přečetli článek na téma péče o pacienty s jaterní cirhózou během hospitalizace (1). Autoři se podrobně zabývají komplikacemi jaterní cirhózy a jejich léčbou. V případě diferenciální diagnostiky jaterní encefalopatie je též uveden syndrom z odnětí alkoholu. Tento stav je v článku pouze zmíněn, byť jeho výskyt není úplně vzácný. Alkoholový odvykací stav a delirium včetně léčby byly detailně popsány již v jiném tuzemském článku (2), proto je zde rozebírat nebudeme, ale rádi bychom zmínili doporučení, jak postupovat při propouštění pacientů se závislostí z péče interních oddělení.

Alkoholické postižení jater je jednou z nejčastějších, ne-li nejčastější etiologií cirhózy (3, 4) a přítomnost poruchy způsobené užíváním návykových látek je u pacientů s cirhózou asociovaná s vyšším rizikem hospitalizace v průběhu prvního roku po propuštění (4). Mortalita pacientů s cirhózou alkoholické etiologie, kteří pokračují v pití alkoholu, je horší v porovnání s pacienty, kteří začnou abstinovat. Dvě třetiny pacientů s dekompenzací cirhózy, kteří pokračují v pití alkoholu, umírá do 5 let, v porovnání s třetinou pacientů, kteří abstingují (3).

Jedním z pilířů péče o pacienty s alkoholickou cirhózou je jejich úplná abstinence od alkoholu, která snižuje riziko souvisejících komplikací a zároveň je nutným předpokladem pro případnou transplantaci jater (5). Současně je však známo, že odborná adiktologická péče k podpoření abstinence je poskytnuta pouze malé části těchto pacientů (4).

V případě doporučení abstinence pacientům s alkoholickou cirhózou je třeba mít na paměti riziko syndromu z odnětí alkoholu, zmíněného výše. Tento stav souvisí s rozvinutou fyzickou závislostí na alkoholu a mohou jej provázet třes, tachykardie, pocení, halucinace, epileptické záchvaty a delirium tremens. Těchto příznaků se obáváme zejména v prvních hodinách až v prvním týdnu po vysazení alkoholu nebo výrazném snížení dávek alkoholu (2).

Po odeznění potenciálně život ohrožujících příznaků z odnětí alkoholu by pacientovi měla být poskytnuta multidisciplinární péče pro udržení abstinence od alkoholu. S pacientem by již během hospitalizace

měl jeho ošetřující lékař na interním oddělení otevřeně probrat míru užívání alkoholu a poskytnout krátkou intervenci/krátký motivační rozhovor pro podpoření motivace pacienta vyhledat odbornou pomoc (3). Postup krátké intervence jsme popsali v jednom z našich dřívějších článků ve Vnitřním lékařství, včetně screeningových nástrojů v případě nejistoty stran míry užívání nebo jako návod pro rozhovor s pacientem (6).

V rámci intervence by pacientovi měla být doporučena odborná péče a poskytnuty kontakty na relevantní adiktologická zařízení dle pacientovy preference, kde bude s pacientem vytvořen individuální léčebný plán pro udržení abstinence (6). Předání kontaktů na adiktologická zařízení by mělo být podpořeno i získáním konkrétního závazku od pacienta, např. časového rámce, do kdy chce zařízení kontaktovat – závazek by měl vycházet z motivace a preference pacienta zjištěných během rozhovoru (6). Vhodné je si s pacientem domluvit i následnou kontrolu/follow-up, kde s pacientem probereme naplnění stanoveného závazku, případně bariéry, které mu neumožnily závazek splnit (6). Zejména pokud pacienta přebírá do ambulantní péče jiný internista/hepatolog, je vhodné domluvu s pacientem uvést do propouštěcí zprávy, na kterou tak ošetřující lékař může navázat. Napsaná dohoda v propouštěcí zprávě může být zároveň i dalším motivačním prvkem pro pacienta.

Úspěšnost výše popsaného postupu před propuštěním pacienta se závislostí na alkoholu z interního oddělení byla zjišťována např. v rámci studie v nemocnici v San Franciscu. Po implementaci tohoto protokolu došlo k statisticky významnému snížení rehospitalizace v prvních 30 dnech po propuštění, a to z 23,4 % na 8,2 %, a taktéž došlo k snížení počtu návštěv pohotovosti propuštěných pacientů ve stejném období (7).

Součástí léčby závislosti v adiktologickém zařízení bývají individuální psychoterapie, sociální poradenství, skupinové terapie, podpůrná farmakologická terapie (viz dále) a další typy psychosociální terapie (např. arteterapie, pracovní terapie atd.). Konkrétní náplň léčby se od-

víjí od individuálního léčebného plánu klienta, od typu zařízení a od dostupnosti v daném zařízení. V případě poškození jater v důsledku závislosti na alkoholu je doporučována intenzivní léčba závislosti pro zvýšení úspěšnosti udržení abstinence (8).

Farmakologická péče o pacienty se závislostí na alkoholu zahrnuje např. naltrexon 50 mg pro snížení rizika relapsu a touhy po alkoholu, dále akamprosát pomáhající v udržení abstinence a velmi účinný disulfiram (Antabus), který je však potenciálně hepatotoxický a není vhodný u pacientů s jaterním poškozením (8). Také naltrexon je kontraindikován u pacientů s akutním poškozením jater nebo jaterním selháním a s ohledem na jeho metabolismus v játrech je potřeba opatrnosti při podávání pacientům se sníženou funkcí jater (8). U akamprosátu není potřeba úprava dávky při poruše jaterních funkcí, a to v případě Child-Pugh skóre A a B (8), v případě závažného poškození jater je akamprosát zkoušen v rámci klinických studií (9). Potenciálním lékem v této indikaci je také baklofen, jehož bezpečnost užití byla zkoušena i u pacientů s jaterní cirhózou a jsou zvažovány další potenciální léky v této indikaci (metadoxin, topiramát) (8).

Po propuštění pacienta z interního oddělení do ambulantní péče by měla pokračovat mezioborová spolupráce v léčbě těchto pacientů, jejíž součástí by měl být nejméně hepatolog/internista, psychiatr a adiktolog. Multidisciplinární péče o pacienty s cirhózou alkoholové etiologie má potenciál snížit riziko hospitalizace a návštěv pohotovosti,

jak bylo ukázáno na pilotním projektu u 89 pacientů michiganské kliniky pro léčbu alkoholového onemocnění jater. Multidisciplinární péče byla zajištěna týmem hepatologa, psychiatra, psychologa, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Každému pacientovi byl vytvořen individuální léčebný plán dle potřeb pacienta a mezioborové diskuze, včetně možnosti individuálních sezení a předepsání léků na prevenci relapsu. Průměrné skóre MELD-Na se zlepšilo ze vstupních hodnot 14 (SD 6,6) na 11,3 po 6 měsících ($p = 0,01$). Zároveň došlo k statisticky významnému poklesu návštěv nemocnice při porovnání situace 6 měsíců před a po vstupní návštěvě (míra návštěv pohotovosti poklesla z 0,51 na 0,20 na osobu za měsíc a přijetí k hospitalizaci pokleslo z 0,34 na 0,14 na osobu za měsíc ($\beta = -0,89$, 95% CI -1,18 to -0,60) (10).

Závěrem shrnujeme, že s pacientem se závislostí na alkoholu by před propuštěním z péče interního oddělení měl být absolvován rozhovor o jeho užívání alkoholu, následován krátkou intervencí, doporučením odborné péče a předáním kontaktů na adiktologická zařízení. Pacient by si za pomoci lékaře měl stanovit závazek dalšího postupu a měla by být dohodnuta kontrola splnění tohoto závazku ambulantním lékařem, který jej přebírá do péče. Péče o pacienty s cirhózou a závislostí na alkoholu po propuštění by měla být multidisciplinární a zahrnovat kromě hepatologa/internisty i psychiatra a adiktologa k zvýšení pravděpodobnosti udržení abstinence a zlepšení prognózy jaterního onemocnění.

LITERATURA

1. Dvořák K, Falt P, Paterová P, Šembera Š, Šenkyřík M, Cyraný J. Pacient s jaterní cirhózou na interním oddělení. *Vnitr Lek* 2022;68(1):19-25. doi: 10.36290/vnl.2022.003.
2. Kašpárek T, Dreisig M, Barteček R. Alkoholový odvykací stav a delirium – od patofyziologie k léčbě. *Cesk Slov Neurol N* 2014; 77/110(2): 153-157.
3. Dugum M, McCullough A. Diagnosis and Management of Alcoholic Liver Disease. *J Clin Transl Hepatol* 2015;3(2):109-116. doi:10.14218/JCTH.2015.00008
4. Haque LY, Jakab S, Deng Y, Ciarleglio MM, Tetraault JM. Substance Use Disorders in Recently Hospitalized Patients With Cirrhosis. *J Addict Med* 2020 Dec;14(6):e337-e343. doi: 10.1097/ADM.0000000000000677.
5. Ehrmann J, Aiglová K, Konečný M, Procházková V, Vrzalová D. Aktuální možnosti léčby jaterní cirhózy v ambulanci internisty. *Vnitr Lek*. 2016;62(7-8):553-563.
6. Malinová J, Kršková L, Švarcová B, Vejtasová V, Urbanová J, Brož J. Screening rizikového užívání alkoholu v ordinaci lékaře. *Vnitr Lek*. 2021;67(2):e38-43. doi: 10.36290/vnl.2021.033.
7. Wei J, Defries T, Lozada M, Young N, Huen W, Tulsy J. An inpatient treatment and discharge planning protocol for alcohol dependence: efficacy in reducing 30-day readmissions and emergency department visits. *J Gen Intern Med*. 2015 Mar;30(3):365-70. doi: 10.1007/s11606-014-2968-9.
8. Addolorato G, Mirijello A, Leggio L, Ferrulli A, Landolfi R. Management of alcohol dependence in patients with liver disease. *CNS Drugs*. 2013;27(4):287-299. doi:10.1007/s40263-013-0043-4
9. NCT04287920. ClinicalTrials.gov [online]. Dostupné z: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04287920> (staženo 27. 3. 2022)
10. Mellinger JL, Winder GS, Fernandez AC, Klevering K, Johnson A, Asefah H, Figueroa M, Buchanan J, Blow F, Lok ASF. Feasibility and early experience of a novel multidisciplinary alcohol-associated liver disease clinic. *J Subst Abuse Treat*. 2021 Nov;130:108396. doi: 10.1016/j.jsat.2021.108396.