

Lavori originali

UN CASO CLINICO DI PAZIENTE AFFETTO DA “PRETREMENS”... GESTITO AMBULATORIALMENTE TREATING PATIENTS WITH “DELIRIUM TREMENS SYNDROME” AS OUTPATIENTS: A CASE REPORT

F. FANTOZZI

Azienda U.S.L. di Modena - Dipartimento di SaluteMentale - Settore Dipendenze Patologiche
Area Nord, SER.T. - Centri Alcolologici - Centri Antifumo di Carpi e Modena

È da premettere, in estrema sintesi, che gli strumenti farmacologici dimostratisi sicuri ed efficaci sul campo (“effectiveness”) concretamente disponibili in Italia ad oggi per la cura della sindrome da astinenza da alcol sono le benzodiazepine (1) e il GHB o sodio oxibato (2); quelli per la cura della dipendenza sono il Dilsufiram (adversivante) (3), ancora il GHB o sodio oxibato (alcolmimetico) (4) e il Naltrexone (estintore della condotta del bere patologico) (5) (Figura 1).

Di seguito gli appunti contenuti nel diario clinico del C.A.

* * *

Giunge alla attenzione del SER.T. / Centro Alcolologico (di seguito C.A.) territorialmente competente a metà agosto 2006, su invio del MMG, preoccupato per una recente crisi epilettica di genesi alcolica 1). Tale valutazione patogenetica è stata in realtà effettuata da uno specialista neurologo subito interpellato privatamente a cura del MMG 2); il neurologo ha opportunamente consigliato l’invio al Centro Alcolologico; il MMG preme però per

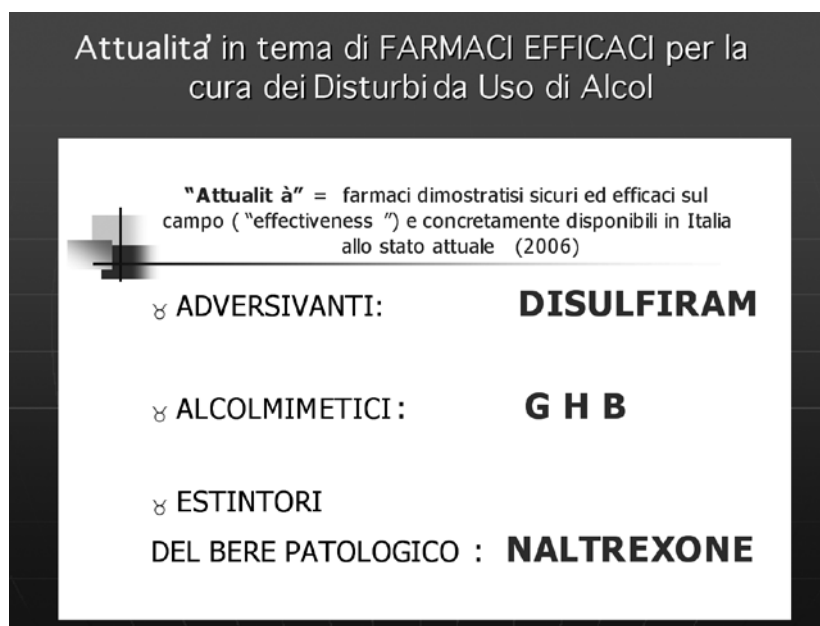


Figura 1

l'accesso immediato a detto Centro, preoccupato per il subentrare di gravi alterazioni comportamentali a suo parere collegabili all'abuso alcolico del paziente: confusione mentale e dispersezioni, ingravescenti.

Il paziente è sconosciuto al C.A.

Di seguito la copia integrale degli appunti contenuti nel diario clinico del C.A.

PRIMA GIORNATA

Primo colloquio-visita a cura del Medico del Centro Alcolico, al di fuori della procedura standard che vede sempre in prima battuta un operatore dell'area socio-educativa (educatore professionale o assistente sociale) preposto all'accoglienza di nuovi casi. Di primo pomeriggio, il soggetto arriva accompagnato dal fratello maggiore.

Maschio, caucasico, 36 anni.

Anamnesi familiare. Madre bevitrice moderata, padre idem (2+2 bicchieri ai pasti), tre fratelli sani, bevitori moderati.

Anamnesi Fisiologia. Nato a termine, licenza media, metalmeccanico, 2-3 cambi di lavoro. Servizio militare 16 anni fa senza intoppi, prese la patente C. All'epoca

beveva ma senza ubriacarsi, i problemi sono iniziati dopo. Fino a ottobre 2005 ha lavorato, poi stop dopo infortunio grave sul lavoro alla spalla. Calcio amatoriale in passato, da qualche anno è sedentario. Celibe. Storie sentimentali brevi, è "invidioso" degli amici già sposati. Ha una donna con la quale non convive.

Anamnesi patologica remota. Nega epilessia infantile o convulsioni in età adulta prima dell'episodio recentissimo. Non allergie a farmaci. Dopo l'età di 20 anni ricoveri brevi per epistassi; riferisce ipertensione arteriosa, in costanza di bere eccessivo 3), da qualche anno, non terapizzata.

Anamnesi tossicologica. Non ha mai fumato sigarette! Mai droghe tranne due tiri di spinello, durante il servizio militare. Da 4 anni problemi da alcol rilevanti; prima e dall'età di 18 anni beveva comunque parecchio, ma senza problemi. Ora ha tolleranza inversa = già con 2 bicchieri di vino si sente male 4).

Ultimamente è giunto a 15 UA alcoliche al dì (vino bianco) e in aggiunta grappa o whisky, birra solo saltuariamente. Questo TUTTI i giorni.

NB. Una Unità alcolica corrisponde a 12 grammi circa di alcol puro, ossia a 1 bicchiere di 125 ml di vino a 12°, così come una lattina da 330 ml di birra a 5°, così come ad un bicchierino da 40 ml di superalcolico a 40° (figura 2).



Figura 2

Da 5 giorni dice, ha smesso di botto, sta chiuso in casa, ma sta male: trema, vede insetti dappertutto e non dorme più. 5) Riferisce inoltre di avere visto un mobile traballare inspiegabilmente nella sala della sua abitazione.

EO: somatico: EO: 74 kg, Body Mass Index =23, Pressione Arteriosa 158/110, polso 84/battiti minuto ritmico, cute lievemente sudata. Tremore grossolano delle mani. 6) Addome trattabile ma con diffusa contrattura reattiva, da ipereccitabilità muscolare. Allucinato: microzoopsia “da manuale”, ma non angoscia. Invece passività ed inibizione. Obiettivamente si apprezza che il vedere i ragni sul soffitto lo sorprende, lo turba, ma non lo angoscia; il paziente è distraibile nel senso che tali percezioni ed il risentimento emotivo non occupano tutta la sua coscienza; la sua attenzione può essere stornata e focalizzata su altro.

E' reattivo in generale, risponde a tono alle domande, è capace di mantenere l'attenzione; congruo e collaborativo, il suo orientamento nel tempo però è deficitario: sbaglia il giorno della settimana e il mese. Diagnosi: Pretremens. Gestibile a domicilio grazie alla situazione familiare ottimale.

Prescrizione “secca” di far sparire bevande alcoliche di ogni genere da casa e di vigilare il paziente “h24”.

Prescrizione di diazepam gtt 5 mg/ml 10+10+30 e di vitamina B1 intramuscolo 1 f. in serata 7)

SECONDA GIORNATA

Seconda visita - Il mattino dopo (a circa 18 ore dalla prima visita), presente sempre il fratello.

Il paziente è stazionario, l'obiettività somato-psichica invariata.

Ha preso la terapia prescritta sotto il controllo del fratello medesimo.

Ribadita la prescrizione di mantenere l'ambiente domestico alcohol – free e di vigilare il paziente “h24”, somministrandogli i farmaci prescritti.

Data la gravità del quadro ed il rischio di evoluzione in tremens, si prescrive GHB sciropo, ossia ALCOVER® 7,5 ml x4 (Figura 3), diazepam gocce 5mg/ml 20+20+50 e aloperidolo 2mg/ml 10 gtt x 3. Consegnati i farmaci al familiare, redatto schema posologico accurato pro memoria. Chiarito che la situazione è grave; e che per il C.A. e per la famiglia vi è l'obbligo di un rigoroso stand-by in ordine ad un possibile ricovero in Medicina d'Urgenza se il quadro dovesse evolvere verso il Tremens. Si spiega che cos'è il Tremens.

Prescritto appuntamento telefonico il giorno stesso, di primo pomeriggio.

ORE 14.15: prima telefonata di aggiornamento e monitoraggio

GHB EFFICACY IN ALCOHOLISM THERAPY

Short-term GHB administration studies in humans :

- efficacy in increasing the number of abstinent days and reducing both the number of daily drinks and alcohol craving in alcoholics
Gallimberti et al. Alcohol Clin Exp Res 1992 (6)
- efficacy to increase treatment compliance
Cibin. (Personal Communication) (7)



Medium-term GHB administration studies in humans :

- 179 alcohol dependent patients treated (50 mg/kg/day over 6 months)
- drop out: 70 (39.1%); 109 completed the study (60.9%)
- abstinent : 84 (78%)
Addolorato et al. Alcohol Alcoholism 1996 (8)

Figura 3

Il paziente "sta meglio" dice il fratello: nelle ultime 3 ore non ha manifestato né allucinazioni né agitazione; ha mangiato e si è idratato.

Fissato ulteriore appuntamento telefonico dopo 4 ore.

Fissato appuntamento per il giorno dopo per controllo clinico con il Medico Tossicologo + consulente psichiatra del Centro Alcologico.

ORE 18.30 – seconda telefonata di aggiornamento e monitoraggio –

Colloquio prima con la madre poi con il paziente: le cose vanno benino, anche se sono riapparse allucinazioni visive disturbanti (topi in casa, ragni sulle pareti). Non sussiste agitazione motoria.

TERZA GIORNATA (sabato)

- Colloquio di accettazione con operatrice dell'accoglienza. Da notare che il paziente ha riportato gravi fratture con postumi invalidanti l'anno prima, proprio nel corso di una analoga crisi convulsiva.

Emergono particolari della sua anamnesi esistenziale: da 3 mesi perso il lavoro di metalmeccanico, immaturità e dipendenza verso le figure familiari, aggressività verbale alcol correlata all'interno del nucleo familiare, tollerata dai congiunti medesimi.

- Visita psichiatrica: ansia e tremori fino alla sera prima, ha riposato tutta la notte. Nega allucinazioni e ansia. Assenti tremori, è lucido e orientato.

QUINTA GIORNATA

Visita medica tox – Cessate allucinazioni microzoottiche. Meno disorientato. Familiari adeguati nel ruolo di monitor-caregivers.

Pr Alcover® stesso dosaggio vale a dire 7,5 ml x4, aloperidolo 5gtx3, diazepam gtt 10+10+25, vitamina B1 intramuscolare ancora per 4 giorni poi stop. 8) Il medico insiste sulla necessità di protrarre la sorveglianza rigorosa e continua da parte dei familiari e di predisporre, alla luce delle valutazioni diagnostiche che l'area socioeducativa e psicologica del Centro andranno ad effettuare e non appena le condizioni mentali del paziente si saranno stabilizzate, un programma articolato di cura a lungo termine.

NONA GIORNATA

EO: orientato nel tempo. Attento, mnesico. Assente

tremore. Umore deflesso e appiattito; passività. Mangia con appetito, ha solo sonnolenza post - prandiale. Dorme bene di notte. Alvo e diuresi regolari. Si prepara il terreno per 6) terapia con disulfiram 200 mg al di 9), che appare indispensabile e non controindicata. Reinvito al paziente e ai 7) familiari a valutare con gli operatori non medici del Centro Alcologico la migliore integrazione del trattamento, in particolare: inserimento in gruppo di auto-mutuo aiuto oppure invio a psicologa per valutazione/trattamento individuale?

8) Pr aloperidolo solo 5 gtt alla sera, diazepam gtt 10+20, Alcover® 7,5 ml x 3.

DICIASSETTESIMA GIORNATA

Paziente poco tollerante circa la perdurante limitazione della sua libertà di spostamento. Famiglia adeguata, collaborativa, motivata a proseguire il proprio ruolo attivo di monitoraggio e sorveglianza. NON ha più avuto alcun sintomo di astinenza da alcol, riferisce assenza di craving per l'alcol. Non effettuati esami del sangue, ma visionati quelli fatti pochi mesi or sono in occasione dei ricoveri ortopedici per le fratture di spalla: non alterazioni controindicanti il disulfiram.

EO alcologico: negativo.

Pr Alcover® ancora per 10 giorni (2 flaconi). STOP alle 5 gtt serali di aloperidolo e stop al diazepam in gtt. Pr solo diazepam cps 2 mg al bisogno in caso di insonnia, alla sera.

NB: LE GOCCE di Diazepam HANNO VEICOLO ALCOLICO E SONO CONTROINDICATE IN CASO DI TERAPIA CON DISULFIRAM!

Pr appunto Antabuse® mezza cpr tutte le sere sotto stretto controllo di fratello o madre, debitamente istruiti. Il Paziente firma il relativo modulo di consenso informato (Figura 4: modulo in uso al C.A. di Carpi). Appena iniziata la terapia avversivante potrà uscire da solo. Familiari molto orientati all'accesso del paziente più che ad un gruppo alla psicologa del C.A.: sono convinti che la storia di grave abuso alcolico del soggetto sia da attribuire a problemi psicologici mai affrontati prima. 10)

VENTITREESIMA GIORNATA

EO: Pressione Arteriosa 130/90, polso 90/battiti minuto ritmico, lieve tremore delle mani su base ansiosa, umore elevato, note di immaturità. Buona nutrizione. Dorme bene, senza diazepam. Su esplicita domanda, descrive le

CONSENSO INFORMATO A TRATTAMENTO CON ANTABUSE

Io sottoscritto/a dò il mio consenso al trattamento con il farmaco *ANTABUSE compresse* propostomi dal dr Fulvio Fantozzi per la cura del mio disturbo da uso di alcol.

Riguardo agli effetti di questa medicina, sono ben consapevole che se durante la cura con ANTABUSE berrò bevande alcoliche di qualsiasi tipo e anche minime quantità (ad esempio mezzo bicchiere di vino o addirittura una birra analcolica) potrò incorrere in una crisi di malessere fisico anche di estrema gravità e pericolosità (soprattutto rossore del volto con vampate di calore, mal di testa violento, abbassamento brusco della pressione arteriosa, vertigini e nausea). Questo fin dall'inizio della cura e per tutta la sua durata, anche con il dosaggio di mantenimento più correntemente prescritto, cioè mezza compressa al giorno.

Dichiaro inoltre di avere recepito e compreso dalle parole del dr Fantozzi che è mio interesse mettere al corrente di questa cura che sto per iniziare i medici che mi dovessero visitare in futuro, per qualsiasi motivo, anche per evitare che mi vengano inavvertitamente somministrate medicine che contengono alcol o loro componenti.

Reggio Emilia,

Firmato
dr Fulvio Fantozzi

Figura 4

allucinazioni dei primi giorni: vedeva i ragni sul soffitto sia a casa sia in ambulatorio, ma non ne ricorda bene i dettagli e nemmeno cosa provava quando li vedeva. A casa gli hanno detto (ma non conserva il benché minimo ricordo di ciò...): che tagliò un lenzuolo perché era convinto che al suo interno (?) vi fossero 20 €, poi che aveva scavato un buco in un infisso perché convinto di dovere dare una mano al cognato a ripararlo...E poi ancora che vedeva chiaramente una croce al posto di una finestra.

Pr prosecuzione per lungo tempo di Antabuse® mezza cpr alla sera, di Alcover® sciroppo 7,5 ml x 3 per gli ultimi 7 giorni; formalizzato l'invio alla psicologa per valutazione ed eventuale intervento psicoterapia individuale.

COMMENTO

La assai fortunata coesistenza di fattori prognostici particolarmente favorevoli quali: delirium, non ancora associato alla perdita totale del contatto con la realtà e alla compromissione dei parametri vitali, famiglia del paziente attivata e molto competente nell'accadimento/monitoraggio intensivo a domicilio, Centro Alcolologico pubblico di

riferimento dotato di prassi flessibili e di elevato livello tecnico-professionale disponibilità concreta dei migliori strumenti farmacologici adoperati in modo combinato oltre che integrato rispetto agli altri interventi terapeutici messi in atto dalle altre professionalità del Centro (Psichiatra, Psicologo, Assistente Sociale, Infermiere) ha consentito al Medico Specialista Alcolologo di gestire in modo non "ortodosso" (ortodossia= ricovero immediato del paziente) un caso clinico di Delirium Tremens allo stadio iniziale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, Gorelick DA, Guillaume JL, Hill A et al. *Working Group on the Management of Alcohol Withdrawal Delirium*, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. Arch Intern Med. 2004;164:1405-12.
- 2) Addolorato G, Balducci G, Capristo E, Attilia ML, Taggi F, Gasbarrini G, Ceccanti M. *Gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in the treatment of alcohol withdrawal syndrome:*

- a randomized comparative study versus benzodiazepine.* Alcohol Clin Exp Res. 1999;23:1596-604.
- 3) Annovi C, Biolcati R, Di Rico R. *Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro.* Milano, ed Franco Angeli 2006
- 4) Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Stefanini GF, Gassbarrini G. *Gamma-hydroxybutyric acid efficacy, potential abuse, and dependence in the treatment of alcohol addiction.* Alcohol. 2000;20:217-22
- 5) Fantozzi F, Sinclair JD. *La ricaduta nell'alcol: un concetto da vincente, ma in via di Estinzione?"* Personalità dipendenze 2004; 10:219-43.
- 6) Gallimberti L, Ferri M, Ferrara SD, Fadda F, Gessa GL. *gamma-Hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol dependence: a double-blind study.* Alcohol Clin Exp Res. 1992;16:673-6.
- 7) Cibir M. *Comunicazione personale.*
- 8) Addolorato G, Castelli E, Stefanini GF, Casella G, Caputo F, Marsigli L et al. *An open multicentric study evaluating 4-hydroxybutyric acid sodium salt in the medium-term treatment of 179 alcohol dependent subjects.* GHB Study Group. Alcohol Alcohol. 1996;31:341-5.

Corrispondenza a:

dott. Fulvio Fantozzi

Dirigente Medico di Farmacologia e Tossicologia Clinica

Direttore di Struttura Complessa

e-mail: flufantibus@fastwebnet.it

flu_fantibus@libero.it

Il Dott. Fulvio Fantozzi dichiara nessun conflitto di interesse.

QUESITI DI APPROFONDIMENTO. DOMANDE E.C.M.

UN CASO CLINICO DI PAZIENTE AFFETTO DA “PRETREMENS”... GESTITO AMBULATORIALMENTE

TREATING PATIENTS WITH “DELIRIUM TREMENS SYNDROME” AS OUTPATIENTS: A CASE REPORT

F. FANTOZZI

NB: > 3 risposte corrette corrispondono ad una soddisfacente preparazione Alcolologica di base

- 1) Le crisi epilettiche alcoliche :
 - a) Sono tipiche della crisi etilica acuta in soggetti predisposti geneticamente
 - b) Sono fenomeni astinenziali che colpiscono solo soggetti dipendenti fisicamente da più di 15 UA al dì per i maschi, 10 UA al dì per le femmine
 - c) Sono fenomeni astinenziali che colpiscono solo soggetti in età giovanile
 - d) nessuna delle precedenti
- 2) Lo specialista da interpellare in caso di crisi epilettiforme in pz che sta pesantemente abusando di alcol è:
 - a) lo psichiatra
 - b) il neurologo
 - c) il medico del SERT – Centro Alcolologico
 - d) il gastroenterologo con esperienza di epatologia
- 3) E' vero che in soggetti che abusano abitualmente di alcol si riscontra di frequente una pressione arteriosa elevata?
 - a) sì
 - b) sì, ma solo in soggetti fisicamente dipendenti da alcol
 - c) sì, specie subito dopo un episodio di abuso etilico pesante
 - d) solo in soggetti con BMI > 30
- 4) La tolleranza inversa è un fenomeno:
 - a) talvolta presente dopo abuso pesante e inveterato
 - b) tipico della razza asiatica
 - c) appannaggio dell'abusatore di superalcolici
 - d) più frequente in chi co-abusa di BDZ e nel sesso femminile
- 5) Qual è il sintomo cardinale della sindrome di astinenza alcolica, quello sul quale viene calibrata la posologia dei farmaci antiastinenziali ?
 - a) tremore
 - b) iperidrosi algida della fronte

(continua a pag. 18)

(segue da pag. 17)

- c) ipertensione arteriosa
 - d) insonnia di addormentamento
- 6) Quale altro segno tipico somatico del tremens sarebbe stato bene registrare nel caso clinico in esame?
- a) temperatura corporea
 - b) pressione oculare
 - c) diametro pupillare
 - d) subittero
- 7) Nel trattamento del pretremens la vit B1 intramuscolo 1 f. al dì:
- a) È indispensabile
 - b) È extra protocolli, al limite ha un effetto coadiuvante
 - c) Riduce il tremore già dopo 2-3 iniezioni
 - d) È un'esagerazione: bastano vit B1 e B6 associate, per os, a dosi generose
- 8) Nella farmacoterapia del tremens l'alooperidolo:
- a) è di prima scelta
 - b) è di seconda scelta
 - c) è particolarmente efficace nel risolvere il tremore
 - d) si dovrebbe usare solo in Ospedale
- 9) Il disulfiram dovrebbe essere iniziato a distanza di quanto tempo dall'ultima assunzione di bevande alcoliche?
- a) almeno 24 ore
 - b) almeno 72 ore
 - c) in caso di abuso di birra anche solo dopo 6-8 ore
 - d) non ha importanza la latenza a patto che il soggetto abbia una copertura farmacologia con dosi idonee di BDZ per os
- 10) Riguardo all'invio precoce ad un gruppo di auto-mutuo aiuto non appena terminata la disintossicazione da alcol in un soggetto certamente alcoldipendente è corretto affermare che:
- a) è d'obbligo
 - b) si valuta caso per caso; ci si astiene dal farlo se il pz non è ancora pronto onde evitare di mettere a repentaglio la sua ritenzione in trattamento
 - c) dipende dal tipo di gruppo: mentre è bene inserire precocemente il soggetto e i suoi familiari nei Club Alcolisti in trattamento (CAT), non è invece una buona pratica inserire precocemente il soggetto in Alcolisti Anonimi (AA).

Nome e Cognome in stampatello

Firma Data

Per le istruzioni leggere "Dal Direttore" pag. 3