

Alkoholbrukssyndrom, diagnostik och behandling i öppenvård

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har den självrapporterade alkoholkonsumtionen minskat något under de senaste två decennierna. Framförallt har en minskning skett i den yngre befolkningen. Likväl orsakar alkoholen ett stort lidande och är en bidragande faktor till förtidig död i befolkningen. I den svenska Lundbystudien har man visat att 10 procent av befolkningen har alkoholproblem, varav två tredjedelar sannolikt uppfyller diagnosen alkoholberoende. Under år 2023 kom reviderade riktlinjer från Socialstyrelsen där man sänkte gränserna för riskbruk hos män, både relaterat till somatiska komplikationer, olyckor och risk för beroendutveckling. I den senaste upplagan av DSM 5 har man bytt ut nomenklaturen från alkoholmissbruk och alkoholberoende till alkoholbrukssyndrom som graderas till lindrigt, medelsvårt eller svårt. En tidig upptäckt och behandling av alkoholbrukssyndrom är av yttersta vikt för en gynnsam prognos.

Socialstyrelsen graderar sina rekommendationer i prioritetsordning 1-10:

- 1-3 innebär att hälso- och sjukvården bör erbjuda åtgärden
- 4-7 innebär att hälso- och sjukvården kan erbjuda åtgärden
- 8-10 innebär att hälso- och sjukvården i undantagsfall kan erbjuda åtgärden

Diagnostik

Anamnes

Vid kartläggning av alkoholkonsumtion kan man med fördel använda Time Line Followback (TLFB), där man frågar när det senaste alkoholintag var, vad som dracks och i vilken mängd. Därefter frågar samma sak om alkoholintaget innan dess och kartlägger sedan 1-2 veckor bakåt i tiden.

Bakom akronymen CAGE döljer sig fyra screeningfrågor:

1. Cut down – har du någon gång försökt att skära ned på alkoholkonsumtionen?
2. Anger – har du blivit arg när någon annan kommenterat din alkoholkonsumtion?
3. Guilt – har du haft skuldkänslor över ditt alkoholdrickande?
4. Eye opener – har du någon gång tagit en återställare dagen efter? Vid jakande svar på någon av ovanstående frågor rekommenderas fördjupad utredning.

Anamnesen syftar vidare till att gå igenom de diagnostiska kriterier som finns i DSM-5, var god se vidare under diagnossättning.

Andra frågor som är viktiga att belysa i samtalet är ev. samtida substansbruk, psykiatrisk och somatisk samsjuklighet, social situation och ärftlighet.

Skattningsverktyg

AUDIT (prioritet 1) är ett självskattningsformulär som rekommenderas av Socialstyrelsen för att upptäcka och gradera alkoholbrukssyndrom.

Övriga diagnosverktyg som Socialstyrelsen rekommenderar är ADDIS, SCID I och MINI (samtliga har prioritet 3).

Provtagning

B-PEth (prioritet 2)

- fosfatidyletanol bildas i blodet enbart i närvaro av etanol (100 % specificitet)
- halveringstid = 4 dygn
- detekterar alkoholkonsumtion 2-4 veckor bakåt
- kvantifiering
- utmärkt för uppföljning och biofeedback

CDT (prioritet 2)

- lägre specificitet och sensitivitet än PEth
- halveringstid = 10 dygn

GT (prioritet 3)

ASAT och ALAT (prioritet 5)

MCV (prioritet 10)

EtG och EtS i urin (prioritet 2)

- etanolmetaboliter som utsöndras i urinen
- kan påvisa alkoholintag 2-3 dygn tillbaka
- kan exempelvis användas efter permission från heldygnsvård

Diagnossättning

Diagnostisering av alkoholbrukssyndrom vilar på anamnesen men där man får god vägledning av skattningsverktyg och provtagning.

Diagnosen alkoholbrukssyndrom ställs efter genomgång av DSM 5-kriterier:

1. Större mängd/längre period än vad som avsågs
2. Varaktig önskan/misslyckade försök att begränsa/sluta
3. Mycket tid att anskaffa/dricka/återhämta sig
4. Alkoholsug/stark önskan/längtan
5. Upprepat drickande leder till nedsatt funktion arbete/skola/hem
6. Fortsatt drickande trots ständiga problem socialt/relationellt
7. Viktiga sociala/yrkesmässiga/fritidsaktiviteter överges/minskas

8. Upprepat drickande i situationer som medför betydande risker för fysisk skada
9. Drickandet fortgår trots vetskap om fysiska/psykiska besvär/risker
10. Tolerans
11. Abstinens

Graderas som lindrigt (2-3 kriterier), medelsvårt (4-5 kriterier) och svårt (≥ 6 kriterier). Översatt till ICD 10 innebär 2-4 kriterier skadligt bruk av alkohol och ≥ 5 kriterier alkoholberoende.

Vidare ska man ange om alkoholbrukssyndromet aktivt, i tidig fullständig remission (> 3 månaders nykterhet, men < 12 månader) eller i långvarig fullständig remission (> 12 månaders nykterhet). Vid en långvarig fullständig remission med enstaka kortvariga återfall skall man ange långvarig partiell remission.

Behandling

Tidig upptäck och tidiga insatser innebär en mer gynnsam prognos. Motivational interviewing (MI) lämpar sig utmärkt i alla faser av ett substansbrukssyndrom. I vissa fall kan MI som enda insats tidigt i förloppet räcka för att vända situationen. Dagens forskning och riktlinjer belyser vikten av att individualisera behandlingsmålen. För vissa patienter är total nykterhet en målsättning medan det i andra fall är en minskad totalkonsumtion som är målet. För varje standardenhet som patienten lyckas reducera sin konsumtion med finns potentiella hälsovinster.

Psykoteraapeutiska insatser som rekommenderas av Socialstyrelsen

- MET – motivationshöjande behandling (prioritet 1)
- ÅP – återfallsprevention (prioritet 2)
- KBT – kognitiv beteendeterapi (prioritet 2)
- CRA – community reinforcement approach (prioritet 2)
- Tolvstegsbehandling (prioritet 2)
- SBNT – social behaviour network therapy (prioritet 2)
- PDT – psykodynamisk terapi (prioritet 4)
- IPT – interpersonell terapi (prioritet 4)

Läkemedelsbehandlingar som rekommenderas av Socialstyrelsen

Disulfiram (prioritet 1)

- Vetenskapligt stöd för disulfiram är svagt
- Klinisk och beprövad erfarenhet talar för effekt:
 - om patienten själv är motiverad till medicineringen
 - som stöd vid poliklinisk abstinensbehandling
 - för att få tillstånd diagnostik av psykiatrisk samsjuklighet
- Följsamheten ökar om patienten tar medicinen övervakat
- Kontraindikationer:
 - inkomprimerad hjärtsjukdom
 - tidigare leverpåverkan av disulfiram

- aktuell leversjukdom
- Provtagning före uppstart:
 - ASAT, ALAT, ALP och PK-inr
- Doseras vanligen 200-400 mg, 2-3 gånger per vecka
- Illamående och lös mage är vanliga biverkningar

Akamprosat (prioritet 1)

- Modulerar NMDA-receptorn - minskad glutaminerg signallering
- Minskar alkoholsuget
- Dosering: 333 mg, 2 x 2, 2 x 3 eller 3 x 2
- Vanligaste biverkningarna är lös mage och illamående
- Kontraindikation är nedsatt njurfunktion (S-kreatinin >120)
- Studier visar på nykterhet hos 20 % i behandlingsgrupp vs 10 % i placebogrupp efter 6 månaders uppföljning

Naltrexon (prioritet 1)

- Blockerar opioidreceptorer oselectivt (μ , Δ och κ)
 - minskat rus vid alkoholintag
 - minskad kontrollförlust vid alkoholintag
 - polymorfism i μ -receptorn = bättre effekt (farfar-far-son)
- Doseras 50 mg, 1 x 1
- Vanligaste biverkningarna är illamående och buksmärta
- Kontraindicerat vid kraftigt nedsatt lever/njurfunktion, akut hepatit och opioidbehandling
- Effektstorlek samma som för akamprosats på gruppnivå

Nalmefen (prioritet 4)

- Opioidmodulator (μ , δ och κ)
 - minskat rus vid alkoholintag
 - minskad kontrollförlust vid alkoholintag
 - polymorfism i μ -receptorn = bättre effekt (stimulation vid intag)
- Dosering: 18 mg vid behov, 1 - 2 h före alkoholintag
- Vanligaste biverkningarna är illamående, yrsel och huvudvärk
- Kontraindicerat vid kraftigt nedsatt lever/njurfunktion, akut hepatit och opioidbehandling
- Subventioneras INTE

Baklofen (prioritet 7)

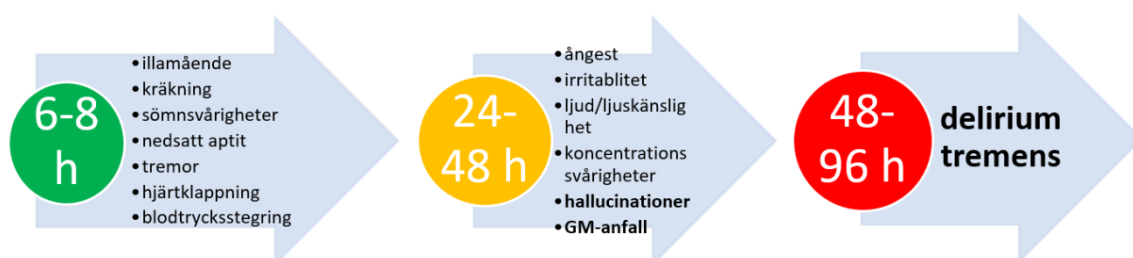
- Stimulerar GABA_B-receptorer - ↓glutamat (excitation)
- Indikation i FASS: spasticitet
- Dosering FASS: 30-70 mg/dag fördelat morgon och kväll, trappas upp veckovis
- Påverkar inte levern
- Extra effekt vid samtidigt ångestsyndrom?
- Biverkningar: trötthet, yrsel och huvudvärk vanligast

Topiramat (prioritet 7)

- Exakt verkningsmekanism(er) okänd
- Studier tyder dock på att topiramat:
 - aktiverar GABA_A –receptorer - ↓ glutamat (excitation)
- Indikation i FASS: epilepsi och profylax av migrän
- Kontraindikation: graviditet
- Dosering FASS: måldos 100-200 mg/dag (maxdos 500 mg/dag)
- Biverkningar: trötthet, minskad aptit, nedstämdhet, orolig mage, yrsel, myrkrypningar och trötthet är mycket vanligt
- Kan användas som stabiliserande underhållsbehandling vid bipolaritet

Alkoholabstinensbehandling i öppenvård

Alkoholabstinensen kan delas in i 3 olika faser:



En noggrann anamnes, psykiatrisk status och somatiskt status ligger till grund för bedömning om abstinens föreligger. Frågor som bör besvaras är:

- Aktuella symtom tydande på abstinens?
- Tidigare abstinenssymtom vid dryckesstopp? Tidigare epilepsianfall eller delirium tremens?
- Intag av andra substanser? Framförallt bruk av sedativa kan komplicera abstinensförloppet.
- När var senaste alkoholintaget?

I det somatiska statuset ska hjärta och lungor auskulteras, blodtryck och puls kontrolleras, buken palperas och neurologiska funktioner testas (minimum är att undersöka ögonmotorik, gångmönster, finger-näs och ev. tremor). Glöm inte test med alkometer! Vid hög tolerans kan en patient vara kliniskt nykter trots hög promillehalt vilket indikerar förhöjd risk att utveckla allvarlig abstinens. En patient som är kliniskt onykter har ingen abstinens.

CIWA-ar är ett skattningsformulär som kan användas som stöd vid bedömning av alkoholabstinens. En totalpoäng ≥ 15 indikerar behov av inlagande abstinensbehandling. Vid anamnes på tidigare epilepsianfall eller delirium tremens i abstinensfas skall inlagande behandling övervägas. Om tecken på Wernickes encephalopati föreligger (ataxi, nystagmus, abducensparese, förvirring

och konfabulationer) ska patienten skyndsamt bedömas på sjukhus för att påbörja behandlingsdos med intravenöst tiamin.

Bedöms det aktuellt med en poliklinisk abstinensbehandling rekommenderas dagligt övervakat intag av Antabus samtidigt som bensodiazepiner (oxazepam eller diazepam) delas enligt nedtrappningsschema. Innan insättning av Antabus skall ALAT, ASAT, ALP och PK-inr kontrolleras. Därefter delas exempelvis tablett oxazepam 15 enligt följande:

- Dag 1: 1 tablett på plats, x 3 tabletter med hem
- Dag 2: 1 tablett på plats, x 2 tabletter med hem
- Dag 3: 1 tablett på plats, x 1 tablett med hem
- Dag 4: 1 tablett på plats

Referenser

Agabio et al (2023) *Baclofen for alcohol use disorder*

CAN rapport 222 *Självrapporterade alkoholvanor i Sverige 2004-2020*

Heilig (2011) *Beroendetillstånd 3:e upplagen*

Helander Läkartidningen (2011) *Biomarkörer kan fånga tidigt riskbruk av alkohol*

Isaksson et al Läkartidningen (2009) *Fosfatidyletanol i blod (B-PEth) – ny markör för alkoholmissbruk*

Owens et al - *Baclofen as an adjunct pharmacotherapy for the maintenance of abstinence in alcohol dependent patients with established liver disease*

Palpacuer et al (2018) *Pharmacologically controlled drinking in the treatment of alcohol dependence or alcohol use disorders: a systematic review with direct and network metaanalyses on nalmefene, naltrexone, acamprosate, baclofen and topiramate*

American Psychiatric Association (APA) *DSM-5*

Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*

Söderpalm Läkartidningen (2011) *Läkemedel har bra effekt mot alkoholism*