



## ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΟΥ

Δρ ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ ΣΠΥΡΟΣ

### Ορισμός

Ως στερητικό σύνδρομο από οινόπνευμα χαρακτηρίζουμε την κλινική εικόνα που εμφανίζεται όταν γίνει διακοπή λήψης οινόπνευματος, ή απλά μείωση της προσλαμβανόμενης ποσότητας. Εκφράζει την αυξημένη συμπαθητική δραστηριότητα αλλά και την απελευθέρωση νορεπινεφρίνης τόσο στον εγκέφαλο όσο και στην περιφέρεια, ενώ η άμεση διαφορική του διάγνωση γίνεται από λοιμώξεις του ΚΝΣ και την επιληψία.

Το στερητικό σύνδρομο στους αλκοολικούς εκφράζει φυσική εξάρτηση από το οινόπνευμα. Η εγκατάσταση φυσικής εξάρτησης προϋποθέτει κατανάλωση σημαντικών ποσοτήτων αιθανόλης για μεγάλο χρονικό διάστημα (συνήθως 5-10 χρόνια, αν και σε πολύ βαριά χρήση και λίγοι μήνες μπορεί να είναι αρκετοί). Για την εμφάνιση του συνδρόμου δεν είναι απαραίτητη η πλήρης διακοπή της κατανάλωσης οινόπνευματος. Αρκεί σημαντική μείωση της ημερήσιας χρήσης με πτώση των επιπέδων αιθανόλης στο αίμα κάτω από τα συνήθη επίπεδα. Έτσι σε χρόνιους αλκοολικούς έχουν αναφερθεί εκδηλώσεις στερητικού συνδρόμου με επίπεδα αιθανόλης στην περιοχή των 1000 mg/dl ή και πάνω. Συχνά η εμφάνιση στερητικού συνδρόμου είναι αποτέλεσμα παρουσίας σοβαρής υποκείμενης νόσου (γαστρίτιδα, πνευμονία, τραύμα, εγχείρηση) που έχει σαν αποτέλεσμα παροδική διακοπή ή μείωση της κατανάλωσης οινόπνευματος.

Επισημαίνεται ότι άτομα που έχουν εκδηλώσει ήδη μία φορά στερητικό σύνδρομο, έχουν αυξημένη πιθανότητα να επανεμφανίσουν εκδηλώσεις απόσυρσης σε τυχόν μείωση/ διακοπή της κατανάλωσης οινόπνευματος. Αναφέρεται επίσης ότι επανειλημμένα επεισόδια έχουν ως συνέπεια με κάθε νέο επεισόδιο να εμφανίζονται όλο και βαρύτερες εκδηλώσεις.

### Παθογένεια

Όσον αφορά στην παθογένεια του στερητικού συνδρόμου έχουν εντοπιστεί οι παρακάτω συνιστώσες:

- Παρουσία υπεραδρενεργικής κατάστασης, που οφείλεται σε άρση της χρόνιας

κατασταλτικής επίδρασης της αιθανόλης στο ΚΝΣ

- Αιφνίδια άρση της ενισχυτικής επίδρασης της αιθανόλης στην δραστηριότητα του ανασταλτικού υποδοχέα της αιθανόλης
- Υπομαγνησιαιμία και αναπνευστική ακάλωση.

### Κλινικές εκδηλώσεις

Οι πρώτες εκδηλώσεις εμφανίζονται συνήθως 6-24 ώρες από την διακοπή του οινοπνεύματος. Αν οι πρώτες εκδηλώσεις στέρησης εμφανιστούν σε περισσότερες από 72 ώρες από την τελευταία λήψη, η διάγνωση στερητικού συνδρόμου από οινόπνευμα πρέπει να αντιμετωπίζεται με επιφύλαξη. Ωστόσο, η έναρξη τρομώδους παραληρήματος μπορεί να είναι αρκετά καθυστερημένη.

Το κλινικό φάσμα του συνδρόμου απόσυρσης από το οινόπνευμα είναι *εξαιρετικά ευρύ* και η διάγνωση στερητικού συνδρόμου είναι διάγνωση αποκλεισμού. Διακρίνουμε:

- *Ελασσον σύνδρομο απόσυρσης*, που χαρακτηρίζεται από ήπια αύξηση της δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού. Οι ασθενείς εμφανίζουν ναυτία, ανορεξία, τρόμο, ταχυκαρδία, υπέρταση, διαταραχές ύπνου (κυρίως αϋπνία είτε ιδιαίτερα ζωηρά όνειρα), άγχος, αύξηση τενόντιων αντανεκλαστικών. Ακόμα και ασθενείς χωρίς εμφανή τρόμο αισθάνονται ότι τρέμουν. Δεν υπάρχουν διαταραχές επιπέδου συνείδησης, αν και μερικές φορές παρατηρείται μία ήπια διαταραχή του προσανατολισμού στον χρόνο. Συνήθως η μέγιστη ένταση των παραπάνω εκδηλώσεων παρατηρείται στις 24-36 ώρες από την διακοπή του οινοπνεύματος. Χωρίς θεραπεία οι περισσότεροι ασθενείς συνέρχονται σε μερικές ημέρες. Ωστόσο, ένα 20-25% από αυτούς εμφανίζει στην πορεία σοβαρότερες εκδηλώσεις (σπασμοί, ψευδαισθήσεις, τρομώδες παραλήρημα).
- *Μείζον σύνδρομο απόσυρσης*. Στις εκδηλώσεις του ελάσσονος συνδρόμου προστίθενται διαταραχές προσανατολισμού, ψευδαισθήσεις, πυρετός και εφίδρωση. Συνήθως αυτές οι εκδηλώσεις εμφανίζονται μετά το πρώτο 24ωρο ενώ κορυφώνονται στις 50 ώρες (μερικές φορές ωστόσο, ακόμα και την πέμπτη ημέρα). Η συμπαθητική διέγερση είναι εντονότερη από ότι στο έλασσον σύνδρομο.
- **Τρομώδες παραλήρημα Delirium Tremens, (DT)**. Διαταραχή του επιπέδου συνείδησης με διαταραχές προσανατολισμού, σύγχυση, διέγερση, είναι το βασικό γνώρισμα του τρομώδους παραληρήματος. Προάγγελος της εμφάνισης τρομώδους παραληρήματος είναι η *εμφάνιση επιληπτοειδών κρίσεων (προσοχή, δεν είναι επιληψία)*, εάν παραμείνουν χωρίς θεραπεία. Συνυπάρχει δραματική υπερδραστηριότητα του ΚΝΣ και του αυτόνομου νευρικού. Οι ασθενείς με τρομώδες παραλήρημα εμφανίζουν έντονο τρόμο, σύγχυση, ακατανόητη ομιλία, πυρετό, παραληρηματικές ιδέες, τρομακτικές οπτικές ψευδαισθήσεις ή ψευδοψευδαισθήσεις (μικροψίες-νάνοι είτε ζωοψίες) και σπανιότερα ακουστικές ή και απτικές, ψυχοκινητική διέγερση και μυδρίαση. Το τρομώδες παραλήρημα μπορεί να επιπλακεί από υπερθερμία, ραβδομύλυση, τραύμα (συνήθως κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή κάταγμα ισχίου), αρρυθμίες, αιμοδυναμική αστάθεια.

Το σύνδρομο *σπάνια εμφανίζεται πριν την δεύτερη ή τρίτη ημέρα στέρησης*, ενώ έχει αναφερθεί η εμφάνισή του *ακόμα και 14 ημέρες μετά από την διακοπή του οινοπνεύματος*. Δεν αποκλείεται *αιφνίδια εμφάνιση*, χωρίς να έχουν προηγηθεί άλλα συμπτώματα στέρησης. Άλλοτε πάλι, σε ασθενείς που είχαν εκδηλώσεις στερητικού συνδρόμου ή αλκοολικούς σπασμούς, δυνατό να υπάρχει μία *απατηλή βελτίωση* και να ακολουθήσει η εμφάνιση τρομώδους παραληρήματος.

Σε αυτό το σημείο οφείλω να καταθέσω την προσωπική μου γνώση και εμπειρία μέσα στο γενικό νοσοκομείο όπου υπηρετώ. Ο ασθενής μπορεί **κατευθείαν** να περάσει στη συμπτωματολογία του τρομώδους παραληρήματος ή **να εμφανίσει προοδευτικά** 1<sup>ο</sup>) τρεμούλα σε χέρια, βλέφαρα και γλώσσα καθώς και δυσαντονομία (αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, εφίδρωση, ερυθρότητα, άγχος, ξαφνικό αιφνιδιασμό σε όποιο ερέθισμα γύρω του) περίπου 6-8 ώρες μετά την διακοπή ή το μετριασμό μεγάλης ποσότητας αλκοόλ, 2<sup>ο</sup>) στη συνέχεια, να εμφανίσει παροδικές

ψευδαισθήσεις (κυρίως ακουστικές ή/και οπτικές) μαζί με παραισθήσεις αλλά χωρίς θόλωση επιπέδου συνείδησης, περίπου 8-12 ώρες μετά τη διακοπή ή τη μείωση της λήψης αλκοόλ, 3<sup>ο</sup>) προοδευτικά να εμφανίσει τους επιληπτοειδείς γενικευμένους τονικο-κλονικούς σπασμούς των αλκοολικών (rumfits), οι οποίοι αυτοπεριορίζονται και σπάνια περιπίπτουν σε status, 12-24 ώρες μετά τη διακοπή ή τη μείωση του αλκοόλ και 4<sup>ο</sup>) τελικά να αναπτύξουν συμπτωματολογία τρομώδους παραληρήματος, 72 ώρες έως 10 ημέρες μετά τη διακοπή ή τη μείωση του αλκοόλ.

Φαίνεται ότι το σύνδρομο αυτό είναι πιο συνηθισμένο σε ασθενείς με μακρό ιστορικό αλκοολισμού καθώς και επί προηγούμενου ιστορικού εκδηλώσεων στέρησης. **Η θνητότητα** είναι συνήθως αποτέλεσμα κυκλοφορικής κατέρριψης, λόγω αφυδάτωσης και/ή υπερθερμίας. Ιστορικά, η θνητότητα ανέρχεται σε 15-20% σήμερα, όμως με σωστή αντιμετώπιση - ακόμα και σε μονάδα εντατικής θεραπείας - η έκβαση είναι πολύ καλύτερη, ενώ η παρουσία υποκείμενων νοσημάτων αυξάνει την θνητότητα.

**Διαφορική διάγνωση** πρέπει να γίνεται από σηψαιμία, μηνιγγίτιδα, υποξία, υπογλυκαιμία, ηπατική ανεπάρκεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Μόλις 5% των ασθενών που εισάγονται σε νοσοκομείο για σύνδρομο απόσυρσης εμφανίζουν τρομώδες παραλήρημα. Βλέπε στον αντίστοιχο πίνακα στο τέλος του κετιμένου.

### **Θεραπεία**

Σε ασθενή με πολύ ήπιες εκδηλώσεις μπορεί να είναι επαρκής η υποστηρικτική αγωγή εφόσον αυτός παραμένει υπό συνεχή παρακολούθηση. Γενικά όμως απαιτούνται φαρμακολογικές παρεμβάσεις. *Η έγκαιρη θεραπεία προλαβαίνει κατά κανόνα την εξέλιξη προς μείζον σύνδρομο στέρησης ή τρομώδες παραλήρημα καθώς και την εμφάνιση σπασμών.*

Χορηγούνται φάρμακα που έχουν διασταυρούμενη δράση (και ανοχή) με το οινόπνευμα, κατά κύριο λόγο **βενζοδιαζεπίνες**. Η κατασταλτική δράση τους προλαβαίνει συνήθεις επιπλοκές της διέγερσης (τραυματισμό, ραβδομύλυση, υπερθερμία, αφυδάτωση) ενώ αποτελούν παράλληλα και αγωγή υποκατάστασης - ίσως μερικής- για την αιθανόλη και προλαβαίνουν την περαιτέρω εξέλιξη του στερητικού συνδρόμου. Η διασταυρούμενη ανοχή μπορεί να σημαίνει την ανάγκη για ασυνήθιστα υψηλές δόσεις σε μερικές περιπτώσεις. Είναι εύκολος ο χειρισμός τους, προβλέψιμο το αποτέλεσμα της δράσης τους και προκαλούν λιγότερο έντονη υπνηλία και καταστολή του αναπνευστικού κέντρου. Η τιτλοποίηση της αγωγής γίνεται με κριτήριο τον έλεγχο κλινικών σημείων στερητικού συνδρόμου, όπως της ταχυκαρδίας, της υπέρτασης και του τρόμου.

Μπορεί μάλιστα να συγχωρηγείται και β-αναστολέας των νοραδρενεργικών υποδοχέων, προκειμένου ο έλεγχός τους να γίνει πιο γρήγορα. Μάλιστα η πτώση των σφύξεων (π.χ., κάτω από 90-100/λεπτό) αποτελεί θετικό προγνωστικό σημείο για την επιτυχή αντιμετώπιση του DT. Τα φάρμακα αυτά ελέγχουν την υπεραδρενεργική κατάσταση. Είναι συζητήσιμη η ασφάλεια της χορήγησής τους σε ασταθείς αιμοδυναμικά ασθενείς. Επιπλέον, η συμπαθητικολυτική δράση τους μπορεί να συγκαλύψει πιθανή επιδείνωση του στερητικού συνδρόμου. Αυτό που αναφέρεται ως βασικό όφελος από ενδεχόμενη χρήση τους -δηλαδή, ότι μπορούν να μειωθούν οι ανάγκες σε βενζοδιαζεπίνες - θα μπορούσε να θεωρηθεί από μία άλλη σκοπιά υποθεραπεία του στερητικού συνδρόμου. Πάντως δεν χορηγούνται ποτέ μόνα τους, αλλά πάντοτε με βενζοδιαζεπίνη και με τακτικό έλεγχο των ζωτικών σημείων του ασθενή.

Δεν έχει δειχθεί σαφής υπεροχή κάποιας βενζοδιαζεπίνης. Στην επιλογή της πρέπει ωστόσο να λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω:

- Σε στερητικό σύνδρομο, η στάθμη των κατασταλτικών φαρμάκων στο αίμα πρέπει να μειώνεται βαθμιαία. Απότομη μείωση ενέχει κίνδυνο υποτροπής του συνδρόμου. Για αυτό τον λόγο ο

παρατεταμένος χρόνος ημιζωής ορισμένων βενζοδιαζεπινών (*χλωροδιαζεποξείδη, διαζεπάμη*) μπορεί να αποτελέσει πλεονέκτημα υπό ορισμένες συνθήκες.

- Η διαζεπάμη σε ενδοφλέβια χορήγηση (iv) έχει ταχύτερη έναρξη δράσης από όλες τις άλλες βενζοδιαζεπίνες (πλην της μιδαζολάμης).
- Χορήγηση φαρμάκων με μεγάλο χρόνο ημιζωής ή δραστικούς μεταβολίτες, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ιδιαίτερα παρατεταμένη καταστολή που διαρκεί ακόμα και μετά την παρέλευση του στερητικού συνδρόμου. Αυτό αφορά ιδιαίτερα τα άτομα με συνοδά νοσήματα (ιδίως ηπατοπάθειες) αλλά και τους ηλικιωμένους. Σε τέτοιες περιπτώσεις η λοραζεπάμη εμφανίζει σημαντικά πλεονεκτήματα από πλευράς φαρμακοκινητικής καθώς έχει ένα ενδιάμεσο χρόνο ημιζωής ( $14 \pm 7$  ώρες) που δεν παρατείνεται ιδιαίτερα σε ηπατοπαθείς, και επιπλέον δεν έχει ενεργούς μεταβολίτες. Χορηγείται τρεις ή τέσσερις φορές ημερησίως, με μέγιστη συνολική δόση τα 10 mg.
- Σε άτομα που είναι σε συνεχή παρακολούθηση σε ΜΕΘ – και ιδίως σε διασωληνωμένους – μπορούν επίσης να δοθούν με ασφάλεια φάρμακα μικρής διάρκειας δράσης (πχ μιδαζολάμη) σε συνεχή ενδοφλέβια έγχυση.

Η νοσηλεία δεν είναι απαραίτητη σε ασθενείς με ελάχιστον σύνδρομο χωρία άλλα ιατρικά προβλήματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η χλωροδιαζεποξείδη μπορεί να είναι μία καλή επιλογή και χορηγείται αρχικά σε δόση φόρτισης 50-100 mg, με επανάληψη ανά 1-3 ώρες. Ασθενείς που απαιτούν πάνω από 300 mg ημερησίως πρέπει να νοσηλεύονται. Συνήθως απαιτούνται 400-600 mg τις πρώτες 1-2 ημέρες. Μπορεί επίσης να δοθεί διαζεπάμη από το στόμα, και μάλιστα σε υψηλές δόσεις και αυτή ανάλογες της χλωροδιαζεποξείδης (π.χ., 60-100 mg/ημερησίως ή και παραπάνω)

*Σε σοβαρότερες μορφές του συνδρόμου συστήνονται τα παρακάτω:*

**A.** Νοσοκομειακή νοσηλεία. Ειδικότερα επί τρομώδους παραληρήματος απαιτείται νοσηλεία σε ΜΕΘ.

**B.** Υποστηρικτική αγωγή. Περιλαμβάνει διόρθωση της θρέψης των διαταραχών υγρών και ηλεκτρολυτών και χορήγηση πολυβιταμινούχων σκευασμάτων. Σε ασθενείς με διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης χορηγούνται καταρχήν *θειαμίνη* και *γλυκόζη*, καθώς η εγκεφαλοπάθεια Wernicke ή η υπογλυκαιμία μπορεί να συνυπάρχουν με στερητικό σύνδρομο.

**Γ.** Έντονα διεγερτικοί ασθενείς μπορεί να απαιτήσουν προσωρινά καθήλωση με φυσικά μέσα, μέχρι να δράσουν τα φάρμακα. Ωστόσο, παρατεταμένη φυσική καθήλωση χωρίς επαρκή καταστολή αποτελεί σφάλμα, καθώς οι διεγερτικοί ασθενείς συνεχίζουν να παλεύουν και ο περιορισμός τους μπορεί να ενισχύει την διέγερσή τους με κίνδυνο επιπλοκών (τραύμα, ραβδομύλωση, υπερθερμία, αφυδάτωση). Επιπρόσθετα, μπορεί να χορηγηθεί το νευροληπτικό *αλοπεριδόλη* σε μικρές δόσεις, ιδίως όταν υπάρχει διέγερση, σύγχυση ή ψευδαισθήσεις. Η χορήγησή της διαρκεί για λίγο, ενώ διακόπτεται εφόσον ελεγχθούν τα προαναφερόμενα κλινικά σημεία.

**Δ.** *Βάση της αγωγής είναι οι βενζοδιαζεπίνες.* Σε επαρκείς δόσεις ελέγχουν την συμπτωματολογία και προλαμβάνουν την εξέλιξη προς τρομώδες παραλήρημα. Άτομα εξαρτημένα από το οινόπνευμα δυνατό να απαιτούν ιδιαίτερα μεγάλες δόσεις βενζοδιαζεπινών. Δεν υπάρχει απόλυτη οροφή για τις χορηγούμενες δόσεις βενζοδιαζεπίνης. Μόνα κριτήρια είναι η ανησυχία του ασθενούς από την μία και η εμφάνιση μη αποδεκτών παρενεργειών από την άλλη.

Συνηθίζω να λέω στους νέους συναδέλφους μου αλλά και στους ειδικευμένους γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων που ζητούν τη συνδρομή μας, πως η *θεραπεία εκλογής του ασθενή με κλινική συμπτωματολογία στερητικού συνδρόμου είναι η καταστολή του μέχρι βαθέως ύπνου.* Όσο παραμένει ξύπνιος και μάλιστα σε ανησυχία, το οποιοδήποτε ερέθισμα που λαμβάνει από το περιβάλλον του θα

τον αποδιοργανώνει και με γεωμετρική πρόοδο θα τον οδηγήσει σε ανεξέλεγκτες καταστάσεις και δυσμενή κατάληξη για την υγεία του.

Συμπληρώνω όμως, πως πρέπει να είναι δυνατή η άμεση αφύπνιση του ασθενή, παρότι είναι επιθυμητό να είναι κατεσταλμένος. Οφείλουν να ελέγχονται από τους θεράποντες γιατρούς (π.χ., παθολόγους) αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό τόσο το επίπεδο συνείδησής του, όσο και τα ζωτικά του σημεία πολύ τακτικά. Επίσης, πρέπει να δίνονται οδηγίες στο πρόσωπο που τους παραστέκει και τους φροντίζει για να αποφευχθεί ο κίνδυνος πνευμονίας από εισρόφηση λόγω της καταστολής – γεγονός που εάν συμβεί, θα επιβαρύνει τη σωματική του κατάσταση, θα χειροτερέψει την πρόγνωση και θα παρατείνει τη νοσηλεία του ασθενή.

## **ΣΥΝΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΗΣ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ**

### **1) Αλκοολικές Ψευδαισθήσεις**

Σε κλασικές περιγραφές, αναφέρεται ότι ένας στους τέσσερις ασθενείς με ήπιο ή μέτριας βαρύτητας στερητικό σύνδρομο μπορεί να εμφανίσει ψευδαισθήσεις και εφιάλτες. Οι ψευδαισθήσεις, που συνοδεύουν την υπόλοιπη συμπτωματολογία, είναι *κατά κανόνα οπτικές* (πχ κατσαρίδες ή ερπετά στους τοίχους ή στο κρεβάτι – ζωοψίες, ή λιλιπούτσιοι άνθρωποι - μικροψίες). Κάποιες φορές οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι εκτός του πεδίου όρασης του ασθενή (*εξωπεδικές*)!!! Στο 20% των περιπτώσεων του συνδρόμου οι ψευδαισθήσεις είναι ακουστικές και σπάνια απτικές ή οσφρητικές. Επίσης, αναφέρεται και το βίωμα των *ψευδοψευδαισθήσεων* από τον ασθενή, δηλαδή ενώ αναγνωρίζει πως είναι της φαντασίας του εν τούτοις εξακολουθεί να το "βλέπει" μπροστά του.

Ωστόσο, μερικοί ασθενείς εμφανίζουν ψευδαισθήσεις *ως τη μόνη εκδήλωση στέρησης*. Αυτή η κατάσταση είναι γνωστή ως *οξεία αλκοολική ψευδαισθήτωση* και συνήθως αρχίζει στις 8-48 ώρες μετά την παύση ή τη μείωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος. Οι ψευδαισθήσεις αυτές είναι συχνότερα *ακουστικές* και μπορεί να έχουν διωκτικό χαρακτήρα. Είναι ανοργάνωτες, με διωκτικό χαρακτήρα ή κακολογίες και επιτιμητικές προς τον ασθενή. Εκτός από απειλητικές μπορεί, αλλά σπάνια, να βιώνονται ως ευχάριστες από τους ασθενείς. Μπορεί να ωθούν τους ασθενείς σε αυτοκτονικές πράξεις ή σε επιθέσεις προς τρίτους. Συμβαίνουν σε όποια ηλικία, είτε νεαρή είτε μεγαλύτερη. Οι ασθενείς δεν εμφανίζουν διαταραχές της δομής της σκέψης, δεν έχουν ιστορικό σχιζοφρένειας και είναι συνήθως προσανατολισμένοι σε τόπο και χρόνο (δεν υφίσταται θόλωση στο επίπεδο συνείδησης). Η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 1-6 ημέρες και λύνονται μετά. Εάν μερικές φορές διαρκούν επιμένουν για μήνες και δίνουν μία κλινική εικόνα που θυμίζει παρανοειδή σχιζοφρένεια, τότε μιλάμε για χρόνια ψύχωση και χρειάζεται να γίνει διαφορική διάγνωση από τη σχιζοφρένεια. Το προηγούμενο ιστορικό της κατάχρησης αλκοόλ πιστεύω πως διασαφηνίζει τα πράγματα. Συνήθως υπάρχει μικρή ανταπόκριση στις βενζοδιαζεπίνες, ενώ ίσως είναι απαραίτητη η χορήγηση νευροληπτικών όπως η αλοπεριδόλη χωρίς και πάλι να υπάρχει ικανοποιητική αντιμετώπιση.

### **2) Εγκεφαλοπάθεια του Wernicke – Σύνδρομο του Korsakoff**

Οι δύο αυτές διαταραχές που μπορούν να εμφανιστούν σε χρόνιους αλκοολικούς οφείλονται σε *ένδεια θειαμίνης* (βιταμίνη Β1) και έχουν κοινό νευροπαθολογικό υπόστρωμα. Η ένδεια θειαμίνης έχει ως συνέπεια μειωμένη ικανότητα χρησιμοποίησης γλυκόζης από τον εγκέφαλο. Φαίνεται ότι αφορούν άτομα με σχετική προδιάθεση (ένδεια του ενζύμου τρανσκετολάση).

Η εγκεφαλοπάθεια Wernicke είναι οξύ νευρολογικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από τη γνωστή τριάδα νευρολογικών ευρημάτων:

- Οφθαλμοκινητικές διαταραχές (κυρίως νυσταγμός και παράλυση οφθαλμοκινητικών μυών)
- Σύγχυση
- Αταξία

Η θνητότητα του συνδρόμου ανέρχεται σε 10-20%.

Η διάγνωση είναι κλινική και όχι πάντα ευχερής καθώς δεν παρατηρείται πάντα η κλασική τριάδα. Σε κάθε αλκοολικό ή υποσιτισμένο ασθενή με βραδυκαρδία, διαταραχές οφθαλμοκινητικών μυών, αταξία, υποθερμία, διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης ή κώμα, πρέπει να θεωρείται πιθανό το σύνδρομο Wernicke. Ιδιαίτερα συχνά ευρήματα είναι η σύγχυση, ο οριζόντιος νυσταγμός και το αταξικό βάδισμα. Σπάνια είναι δυνατό να παρατηρηθεί υποθερμία (αποτέλεσμα προσβολής του θερμορρυθμιστικού κέντρου) ή υπόταση (αποτέλεσμα προσβολής του αγγειοκινητικού κέντρου). Παθολογοανατομικά η βλάβη εντοπίζεται στα μαστία του θαλάμου (διεγκέφαλος).

Επιβάλλεται άμεση εισαγωγή σε ΜΕΘ – υποστηρικτική αγωγή και θρέψη καθώς και παρεντερική χορήγηση θειαμίνης (100 mg ημερησίως) για τουλάχιστον 5 ημέρες. Η χορήγηση θειαμίνης πρέπει να προηγείται της χορήγησης γλυκόζης. Επί εγκαταστημένου συνδρόμου, η οφθαλμοπληγία και ο νυσταγμός ανταποκρίνονται συνήθως στην χορήγηση θειαμίνης σε διάστημα από ώρες έως ημέρες. Η αταξία και οι διανοητικές διαταραχές αντίθετα μπορούν να απαιτήσουν αρκετές εβδομάδες για να εμφανίσουν βελτίωση και δεν έχουν πάντα τόσο καλή πρόγνωση. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί παράλληλα να εμφανίζουν εκδηλώσεις του συνδρόμου Korsakoff.

Το σύνδρομο Korsakoff αφορά διαταραχές μνήμης (ιδίως πρόσφατης) και απάθεια, ενώ συχνά συνυπάρχει και μυθομανία ( χαρακτηριστικό παράδειγμα, ο απόστρατος στρατηγός Ιβόλγκιν του Ντοστογιέφσκυ). Η θεραπεία είναι κυρίως υποστηρικτική. Περίπου το 20% των ασθενών επανέρχεται στο φυσιολογικό εντός βμήνου.

## **Συμπέρασμα**

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών αποτελεί από τους αρχαίους χρόνους μια ευχάριστη και κοινωνικά αποδεκτή συνήθεια. Η κατάχρηση ωστόσο είναι αιτία πολλών παθολογικών καταστάσεων, που είναι επικίνδυνες για την σωματική και ψυχική υγεία και επιπρόσθετα μπορεί να έχει οδυνηρές συνέπειες για την κοινωνική, επαγγελματική και προσωπική ζωή. Ταυτόχρονα είναι υπεύθυνη για αύξηση της εγκληματικότητας και για πρόκληση ατυχημάτων.

Η αντιμετώπιση ασθενών με οξεία μέθη αλλά χωρίς εθισμό στο οινόπνευμα, είναι απλή και υποστηρικτική. Σε οξεία βαριά δηλητηρίαση με επιπλοκές, η νοσηλεία στη ΜΕΘ μετά την άμεση αντιμετώπιση στο ΤΕΠ, κρίνεται άκρως απαραίτητη όπως συμβαίνει και με τις άλλες σοβαρές δηλητηριάσεις. Στους χρόνιους αλκοολικούς η ταυτόχρονη παρουσία σοβαρών κλινικών προβλημάτων από την χρόνια χρήση οινοπνεύματος καθώς και η εμφάνιση στερητικού συνδρόμου, επιβάλλουν συχνά άμεση και στενή παρακολούθηση σε νοσοκομείο ή και σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ

- Άλλα αίτια διέγερσης του συμπαθητικού αυτόνομου συστήματος (π.χ., υπογλυκαιμία από αιθανόλη ή λήψη συμπαθομιμητικών όπως, κοκαΐνη ή αμφεταμίνες)
- Αντιχολινεργικά φάρμακα, και μάλιστα σε υπερδοσολογία
- Υπερδοσολογία λιθίου
- Κακόηθες νευρολητικό σύνδρομο
- Σε ηλικιωμένους ασθενείς σχεδόν οποιοδήποτε φάρμακο μπορεί να μιμηθεί στερητικό σύνδρομο
- Στερητικό σύνδρομο από βενζοδιαζεπίνες ή βαρβιτουρικά μπορεί να μοιάζει με τρομώδες παραλήρημα.
- Μέθη
- Μεταβολικές διαταραχές
- Λοιμώδη νοσήματα
- Κρανιοεγκεφαλική κάκωση

ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ  
ΣΤΥΡΟΣ

## Βιβλιογραφικές αναφορές

1. **Tasman-Kay-Lieberman** Psychiatry Second Edition (2003).  
John Wiley & Sons, LTD  
England.  
*Substance Abuse: Alcohol Use Disorders*, chapter 52, vol. 1, pp 936-972.
2. **Νίκου Μάνου** Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής (Αναθεωρημένη Έκδοση) (1997)  
University Studio Press  
Θεσσαλονίκη.  
*Αλκοολισμός (Εξάρτηση από αλκοόλ, Κατάχρηση από αλκοόλ)* κεφ. 15, σελ. 517-530.
3. **Kaplan and Sadock's** Synopsis of Psychiatry 8th edition (1997).  
Williams and Wilkins  
Baltimore, Maryland, USA.  
*Alcohol Related Disorders*, chapter 12, pp 391-407.
4. **Gelder, Gath, Mayou and Cowen** Oxford Textbook of Psychiatry 3rd edition (1996).  
Oxford University Press Inc., NY, USA.  
*The abuse of alcohol and drugs*, chapter 14, pp 456-481.

ΜΑΪΟΣ 2014