

Ambulante medikamentöse Therapie von alkoholkranken Erwachsenen

Acamprosat, Naltrexon und weitere Substanzen unterstützen die Entwöhnungstherapie

Alkoholranke sollten ebenso wie andere chronisch kranke Patienten eine angemessene Behandlung erhalten. Im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts können verschiedene Medikamente zur Aufrechterhaltung der Abstinenz oder zur Reduktion des Alkoholkonsums beitragen.

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Alkoholismus ist eine komplexe, weitverbreitete chronische Erkrankung, die zahlreiche Probleme nach sich zieht und mit erheblicher Morbidität und Mortalität behaftet ist. Die Therapie der Alkoholkrankheit ist schwierig, sie kann jedoch medikamentös unterstützt werden. Die Pharmakotherapie der Alkoholkrankheit begann in den 1950er-Jahren. Damals stand lediglich Disulfiram (Antabus®) zur Verfügung. In den 1990er-Jahren erfolgte die Zulassung von Naltrexon (orale und intramuskuläre Applikationsformen) sowie von Acamprosat durch die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA).

Weniger als ein Drittel der alkoholkranken Patienten erhält eine Therapie, und nur ein geringer Prozentsatz (< 10%) bekommt Medikamente, um die Reduktion des Alkoholkonsums zu unterstützen. Eine kürzlich publizierte systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse untersuchte Nutzen und Risiken von Medikamenten, die zur Behandlung alkoholkranker Erwachsener eingesetzt werden. Im Folgenden sollen die wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit vorgestellt werden.

Merksätze

- ❖ Im vorliegenden Review waren Acamprosat und orales Naltrexon (50 mg/Tag) in der Therapie alkoholkranker Erwachsener mit einer verminderten Rückfallrate assoziiert.
- ❖ Für diese beiden Substanzen besteht die beste Evidenzlage hinsichtlich der Verbesserung der Alkoholkonsumergebnisse.
- ❖ Patienten mit unkomplizierter Alkoholkrankheit können in der Hausarztpraxis betreut werden.

Methoden

Im Rahmen einer umfangreichen Literaturrecherche suchten die Autoren nach randomisierten klinischen Studien (RCT) mit mindestens zwölfwöchiger Dauer sowie nach prospektiven Head-to-Head-Kohortenstudien, in denen über Nutzen und Risiken einer Pharmakotherapie der Alkoholkrankheit berichtet wurde.

Die Autoren identifizierten 122 RCT und 1 Kohortenstudie mit insgesamt 22 803 Teilnehmern. An den meisten Studien nahmen Patienten teil, die eine Entgiftungstherapie hinter sich hatten. Im Allgemeinen erfolgte in den Studien ausser der medikamentösen Behandlung auch eine psychosoziale Therapie.

Die meisten Studien untersuchten Acamprosat (27 Studien, n = 7519), Naltrexon (53 Studien, n = 9140) oder beide Substanzen. 4 Studien wurden mit Disulfiram durchgeführt. Darüber hinaus analysierten die Autoren einige Studien, wo Off-Label-Medikamente wie Nalmefen oder Topiramamat getestet wurden.

Ergebnisse

Unter Acamprosat und Naltrexon wurde eine Besserung des Alkoholkonsums beobachtet. Um bei einer Person eine komplette Alkoholabstinenz zu erreichen, lag die NNT (number needed to treat) für Acamprosat bei 12, für orales Naltrexon bei 20. Um eine Person von schwerem Alkoholkonsum abzuhalten, war für orales Naltrexon (50 mg/Tag) eine NNT von 12 erforderlich. Metaanalysen von Studien, wo Acamprosat mit Naltrexon verglichen wurde, ergaben keinen statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich der Parameter «Wiederaufnahme jeglichen Trinkens» und «erneuter schwerer Alkoholkonsum».

Auch für einige Off-Label-Medikamente konnten die Autoren einen gewissen Effekt nachweisen. So scheint Nalmefen die Anzahl der Tage mit schwerem Alkoholkonsum und auch die Anzahl der durchschnittlich konsumierten Drinks reduzieren zu können (moderate Evidenz); Ähnliches gilt für Topiramamat.

Was das Auftreten unerwünschter Wirkungen anbelangt, konnten die Autoren folgende NNH (number needed to harm) ermitteln: 48 für Naltrexon, 12 für Nalmefen. Von 48 mit Naltrexon behandelten Patienten musste 1 Patient aufgrund von Nebenwirkungen die Teilnahme an der Studie abbrechen, ebenso 1 von 12 Patienten, die mit Nalmefen therapiert wurden. Bei Acamprosat und Topiramamat konnte kein signifikant erhöhtes Risiko festgestellt werden.

Patientenzentrierte Betreuung von Alkoholkranken

Alkoholranke Patienten erhalten bis heute eine deutlich schlechtere Betreuung als andere Patienten mit chronischen Erkrankungen, heisst es in einem begleitenden Editorial zur aktuellen Übersichtsarbeit. Eine patientenzentrierte Betreuung und eine von Patient und Arzt gemeinsam getroffene Therapieentscheidung (shared decision making) sind für eine qualitativ hochwertige Therapie von psychiatrischen und Suchterkrankungen essenziell.

Es gibt verschiedene Methoden der Verhaltenstherapie, die bei Alkoholkrankheit wirksam sind. Hinzu kommen die vier Medikamente Naltrexom, Acamprosat, Topiramate und Nalmefen, die sich in der Behandlung alkoholkranker Patienten als wirksam erwiesen haben. Zukünftige Studien müssen klären, wie wirksam Medikamente bei Alkoholkranken sind, die zwar ihre Trinkmenge reduzieren möchten, aber keine Abstinenz anstreben, oder die bereit sind, ein Medikament einzunehmen, aber keine aufwendige Verhaltenstherapie absolvieren wollen.

Patienten mit unkomplizierter Alkoholkrankheit können in der Hausarztpraxis versorgt werden, während Patienten mit komplexeren Alkoholismusformen in speziellen Einrichtungen betreut werden sollten. Die dargestellte Übersichtsarbeit zur medikamentösen Behandlung der Alkoholkrankheit sollte eine Motivation für Patienten und Ärzte sein, eine gemeinsame Therapieentscheidung zu treffen, schreiben die Editoria- listen. Alkoholkranken Patienten sollten Medikamente und evidenzbasierte Verhaltenstherapien angeboten werden, und sie sollten zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe motiviert werden, was den Heilungsverlauf unterstützen kann. ❖

Quelle: Bradley KA et al.: Bringing patient-centered care to patients with alcohol use disorders. JAMA 2014; 311(18): 1861–1862.

Interessenkonflikt: Dr. Bradley hat Stipendien beim National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism beantragt, und sie besitzt Aktien verschiedener Pharmaunternehmen.

Diskussion

Die Ergebnisse einer Alkoholentwöhnung können verbessert werden, wenn zusätzlich zu psychosozialen Interventionen bestimmte Medikamente verabreicht werden. Am besten ist der Nutzen von Acamprosat und oralem Naltrexon (50 mg/Tag) belegt. Studien, in denen diese beiden Substanzen verglichen wurden, konnten keinen Unterschied der Behandlungsergebnisse aufzeigen.

Bei der Wahl des geeigneten Medikaments sollten Ärzte verschiedene Aspekte wie Wirksamkeit, Einnahmefrequenz, mögliche Nebenwirkungen sowie Kosten berücksichtigen. Acamprosat muss dreimal täglich eingenommen werden, orales Naltrexon dagegen nur einmal täglich. Acamprosat ist bei schwerer Nierenfunktionsstörung kontraindiziert, Naltrexon darf bei akuter Hepatitis, Leberversagen, gleichzeitigem Opioidkonsum oder absehbarer Notwendigkeit einer Opioidtherapie nicht angewandt werden.

Da Disulfiram schon seit vielen Jahren verfügbar ist, sind manche Ärzte mit dem Einsatz dieser Substanz besser vertraut als mit Naltrexon oder Acamprosat. Allerdings ergaben qualitativ hochwertige kontrollierte Studien mit Disulfiram keine generelle Reduktion des Alkoholkonsums. Eine Subgruppenanalyse der grössten Disulfiramstudie zeigte jedoch, dass Patienten, die erneut Alkohol konsumierten, weniger Trinktage aufwiesen. Das lässt vermuten, dass Disulfiram für manche Alkoholranke von Nutzen ist. Die Autoren weisen darauf hin, dass in den Disulfiramstudien das Medikament nie unter Supervision eingenommen wurde. Möglicherweise führt Disulfiram zu besseren Ergebnissen, wenn es in Therapieprogrammen mit Supervision eingesetzt wird.

Medikamente zur Behandlung alkoholkranker Patienten werden nach Ansicht der Autoren derzeit zu selten verwendet, gerade auch in Hausarztpraxen. Das mag verschiedene Gründe haben wie mangelnde Erfahrung mit diesen Substanzen, geringes Vertrauen in ihre Wirksamkeit oder Fehlen einer begleitenden psychosozialen Therapie. Bisher haben Hausärzte alkoholranke Patienten oft zu einer speziellen Behandlung an Fachärzte überwiesen. Doch ein Teil der Patienten hat keinen Zugang zu diesen speziellen Therapieprogrammen oder ist nicht gewillt, daran teilzunehmen. Wenn Hausärzte eine Behandlung anbieten würden, könnte das die Morbidität vieler Alkoholkranker senken, vermuten da Studienautoren. ❖

Andrea Wülker

Quelle: Jonas DE et al.: Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings. JAMA 2014; 311(18): 1889–1900.

Interessenlage: Es wurden keine Interessenkonflikte deklariert.