

## SINDROME DA ASTINENZA ALCOLICA

L'alcol è una sostanza con effetto deprimente (sedativo) sul sistema nervoso.

L'azione si esplica attraverso un rapido aumento del rilascio di acido gamma-aminobutirrico (GABA) nel cervello. GABA è un neurotrasmettitore inibitorio incrementato anche dalle benzodiazepine e dai barbiturici.

Con l'uso ripetuto, il cervello si adatta agli effetti dell'alcol tramite cambiamenti nei recettori e in altre proteine. E' sufficiente un periodo superiore alle due settimane!

E' così che gli effetti deprimenti diminuiscono, richiedendosi dosi più alte della sostanza per ottenere gli stessi risultati (tolleranza).

Riduzioni successive dei livelli alcolici nel sangue portano a sintomi che sono in genere opposti agli effetti acuti della sostanza, vale a dire stimolo abnorme, eccitazione.

Ecco che si configura la sindrome da astinenza alcolica (SAA) con insonnia, ansia, aumento di frequenza di polso, degli atti respiratori, della pressione arteriosa, della temperatura corporea e comparsa di tremori (ed altri più gravi sintomi).

Dato che l'alcol ingerito ha un'azione breve, i sintomi iniziano entro 6-8 ore, raggiungono un picco verso le 72 ore per poi ridursi notevolmente tra il giorno 5 e il 7 di astinenza.

I motivi di una improvvisa completa sospensione o sensibile riduzione dell'assunzione di alcol da parte di un alcolista possono essere diversi: decisione di smettere, non disponibilità di una bevanda alcolica, a sua volta per svariati motivi (impossibilità di muoversi per procurarla, altra infermità intercorrente, ricovero ospedaliero per altri motivi, ad esempio trauma, incidente, incarcerazione, ecc.).

Il paziente può essere stato ricoverato in ospedale per complicazioni direttamente correlate all'uso di alcol o per altre condizioni associate (o indipendenti) all'uso di alcol.

Dunque la sindrome d'astinenza può manifestarsi quando il paziente è già in ospedale da alcune ore o giorni per vari motivi, oppure quando è fuori dell'ospedale e a volte essere la causa del ricovero.

La SAA dovrebbe essere prevenuta.

Prima di tutto identificando i soggetti a rischio, cioè quelli con alcol-dipendenza.

L'alcol dipendenza deve essere considerata come possibile:

- in una donna che beva mediamente più di 1 unità alcolica al giorno o più di 7 unità alla settimana
- in un uomo che beva mediamente più di 2 unità alcoliche al giorno o più di 14 alla settimana

Deve essere sospettata:

- in una donna che abbia bevuto più di 4 unità alcoliche in una singola occasione nell'ultimo anno
- in un uomo che abbia bevuto più di 5 unità alcoliche in una singola occasione nell'ultimo anno

Approssimativamente:

1 LATTINA DI BIRRA (330 ML) = 1 BICCHIERE DI VINO (125 ML) = 1 APERITIVO (80 ML)  
= 1 SUPERALCOLICO (40 ML) = 8-10-12 g. DI ALCOL PURO CIRCA

(dipende dalla gradazione della bevanda)

Per la diagnosi di alcol-dipendenza occorre una valutazione più approfondita, basata innanzi tutto sulla visita (colloquio anamnestico, che includa aspetti sociali, esame obiettivo, questionari ad hoc – CAGE-AUDIT-MAST- e eventuali specifici esami ematici).

La diagnosi di disturbo da uso di alcol (DSM-5)

si formula se sono positivi 2 dei seguenti 11 elementi (2 o più):

1. l'alcol è assunto in quantità maggiori di quanto ci si sia proposto
2. c'è un persistente desiderio o vengono fatti sforzi fallimentari per smettere o controllare l'assunzione di alcol
3. molto tempo occupato a procurarsi e a bere alcol e a riprendersi dai suoi effetti
4. CRAVING, ovvero forte desiderio o urgenza di assumere alcol
5. l'uso dell'alcol causa insuccesso nell'adempiere a obblighi di lavoro, scuola o di casa
6. continuazione dell'uso di alcol nonostante persistenti o ricorrenti problemi interpersonali o sociali da esso causati
7. le attività sociali, lavorative o di svago sono alterate a causa dell'alcol
8. uso dell'alcol in situazioni fisicamente rischiose
9. l'uso dell'alcol continua nonostante la consapevolezza di persistenti o ricorrenti problemi da esso verosimilmente causati
10. sviluppo di tolleranza che richiede dosi sempre maggiori di alcol per ottenere l'effetto desiderato
11. sindrome da astinenza

Gravità

Lieve: da 2 a 3 criteri

Moderato: da 4 a 5 criteri

Grave: 6 o più criteri

## STADI DELLA SINDROME DA ASTINENZA ALCOLICA e SINTOMI

- LIEVE                      ansia, tremori, insonnia, cefalea, palpitazioni, disturbi gastrointestinali  
(nausea, vomito)
  
- MODERATA              lieve sudorazione, aumento della pressione sistolica, tachipnea,  
tachicardia, confusione, lieve ipertermia
  
- DELIRIUM TREMENS    disorientamento, deficit dell'attenzione, allucinazioni, convulsioni  
(tonico-cloniche)

Sia le convulsioni che le allucinazioni alcoliche possono manifestarsi al di fuori di un vero e proprio delirium tremens, che comporta disorientamento e confusione.

Dallo stadio 2 cominciano a comparire alterazioni dei segni vitali che si aggravano nello stadio 3.

Il passaggio dallo stadio 1 al 2 indi al 3 può avvenire molto rapidamente, senza tempestivo e adeguato trattamento.

Il delirium tremens è un grave stato iper-adrenergico.

Inizia circa 3 giorni dopo la comparsa dei primi sintomi e dura da 1 a 8 giorni (di solito 2 o 3).

La mortalità ospedaliera del delirium tremens va dal'1 al 4(5)%.

Il pericolo aumenta quando vi sono malattie concomitanti o contemporaneo uso di altre sostanze.

Sono stati approntati degli strumenti che permettono di attribuire un punteggio di gravità alla sindrome d'astinenza alcolica e al delirium tremens.

Lo stadio 3 (delirium tremens) richiede il ricovero ospedaliero. Questo avverrà in un reparto per acuti.

## CONTROINDICAZIONI AL TRATTAMENTO AMBULATORIALE DELLA SINDROME DI ASTINENZA ALCOLICA

1. Risultati di laboratorio anomali
2. Assenza di rete di supporto
3. Malattia acuta
4. Alto rischio di delirium tremens
5. Anamnesi positiva per crisi convulsive
6. Assunzione di grandi quantità di alcol per lunghi periodi
7. Altre malattie concomitanti non ben controllate (diabete mellito, bronchite cronica, scompenso cardiaco)
8. Condizioni psichiatriche gravi (ideazione suicida, psicosi)
9. Sintomi gravi da astinenza
10. Tossicologico sulle urine per altre droghe positivo

E' necessario monitorare polso e pressione a ogni visita ambulatoriale (tali visite, nei primi giorni, devono essere regolari e frequenti, anche quotidiane). Misurare la temperatura corporea.

Nei ricoverati, più gravi, tutti i segni vitali devono essere controllati a intervalli regolari.

Fare il test del respiro o l'alcolemia appena possibile.

## TRATTAMENTO

L'approccio al paziente non deve essere giudicante!

Nei pazienti meno gravi non sono necessari farmaci e dopo 3 giorni di astinenza si può cominciare a impostare un trattamento a lungo termine di riabilitazione.

In questo modo si evita di sostituire la dipendenza da alcol con quella da farmaci (forte con le benzodiazepine), che comunque, sotto controllo medico, è incomparabilmente meno dannosa.

Senza una terapia adeguata, la mortalità acuta delle forme più gravi è almeno tre volte maggiore!

Rete di supporto: famiglia, parenti, amici, volontari. E' fondamentale per il successo del trattamento!

E' importante che le persone che si assumono questa responsabilità vi si trovino "a proprio agio" fin dall'inizio (e non vadano in crisi a loro volta).

Ecco il ruolo cruciale di Alcolisti Anonimi e delle associazioni sorelle Al-Anon (per i coniugi, parenti), Alateen (per i figli)!

Il paziente deve stare in un ambiente tranquillo (che sia a casa o ricoverato).

Esami ematici indispensabili: emocromo, elettroliti (sodio, potassio, magnesio), amilasi, AST, ALT, GGT, glicemia, creatinina.

Farmaci: benzodiazepine, preferibilmente a lunga durata d'azione (diazepam), tiamina (vitamina B1).

Utile in molti casi aggiungere acido folico da solo o con vit. B12.

Non somministrare glucosio senza concomitante tiamina (pericolo di encefalopatia di Wernicke e/o cardiomiopatia da deficit di tiamina).

Nei pazienti con malattia di fegato avanzata, specie se con encefalopatia epatica, meglio usare benzodiazepine con durata d'azione più breve, come lorazepam (Tavor) o oxazepam (Serpax).

Nel delirium tremens le dosi di benzodiazepine (e.v. o in infusione e.v.) da somministrare nelle prime ore sono spesso elevatissime!

Sono preferibili boli ripetuti anche molto ravvicinati in base ai sintomi, rispetto al carico.

Nei casi meno gravi basterà la somministrazione orale.

I betabloccanti riducono i tremori che sono molto fastidiosi per questi pazienti. Inoltre contribuiscono a controllare l'ipertensione arteriosa.

Dunque, propanololo o atenololo si possono associare alle benzodiazepine se non ci sono controindicazioni (ECG! Polso, pressione).

Anche l'antipertensivo clonidina (Catapresan) può essere utile in alcuni casi (quando si associa ipertensione arteriosa), così come l'antidepressivo trazodone (in particolare per i tremori).

## DELIRIUM TREMENS

### Obiettivi del trattamento:

controllare l'agitazione

diminuire il rischio di convulsioni

diminuire il rischio di ferite e traumi

diminuire il rischio di morte

### Eeguire:

esame fisico accurato

esami ematochimici urgenti e accesso venoso

identificare i problemi medici e assistenziali

Porre il paziente in un ambiente tranquillo e illuminato (ma non troppo).

Evitare tutti gli stimoli sensoriali intensi

Rassicurarlo con dolcezza e aiutarlo a orientarsi nel tempo e nello spazio

Bisogna usare voce calma, limitare il numero del personale di assistenza, compiere le azioni necessarie lentamente

Segni vitali presi di frequente (anche ogni ½ ora, se necessario) e temperatura corporea

Garantire adeguata idratazione (cautela nella compromissione cardiaca, che può essere dovuta all'alcol stesso!)

Prevenire l'aspirazione (alzare la testata del letto) e la trombosi venosa profonda.

I farmaci cardine sono: benzodiazepine e tiamina.

Spesso è necessario usare dosi di benzodiazepine davvero impressionanti nei primi 2 giorni.

Non si dimentichi che per le benzodiazepine esiste un antidoto (antagonista) efficace in caso di sovradosaggio, che è il flumazenil (Anexate). Per l'alcol etilico non esiste un antidoto!

L'obiettivo è quello di mantenere il paziente assopito ma risvegliabile.

E' importante garantire un adeguato apporto nutrizionale, per bocca, con integratori se necessario, o per via enterale o parenterale.

Spesso il paziente è malnutrito e se è anche epatopatico il rischio di ulteriore deterioramento, senza intervento ad hoc, è molto elevato.

Ci sono diversi schemi usando il diazepam.

1. 10-20 mg e.v. lento o in fleboclisi ogni 1-4 ore (con boli aggiuntivi se necessario).
2. 2,5-5 mg e.v. lento, ripetendo 10 mg ogni 10 minuti, se necessario, fino a 4 volte, indi, se necessario, da 5-20 mg./ora.

Man mano, in genere dopo 2 o 3 giorni, si riducono gradualmente le dosi e si passa alla somministrazione orale.

La tiamina si impiega alla dose di 500 mg una o due volte al giorno, nei primi 3 giorni (e.v. o i.m.).

Sono disponibili fiale da 100 mg che nel foglietto illustrativo contemplano la sola somministrazione i.m., ed inoltre cpr. da 300 mg. – Benerva, Vit.B1-

Da alcuni, viene molto sottolineato il rischio, per la tiamina per via parenterale (non per bocca), di shock anafilattico. Se somministrata e.v., farlo molto lentamente. Il rischio di non usarla è assai maggiore di quello di potenziali effetti collaterali (rari e dominabili in ambiente ospedaliero, se ben conosciuti).

Se nonostante la somministrazione a dosi elevate di benzodiazepine non si riesce a controllare l'agitazione e le allucinazioni gravi, è possibile aggiungere i neurolettici (aloperidolo, i.m. – Serenase-, che però aumenta l'intervallo QT e aumenta il rischio di convulsioni). Anche la tiapride (Trittico), nella nostra esperienza, può essere utile.

Per le crisi convulsive si possono aggiungere gli anticonvulsivanti (anti-epilettici), come la carbamazepina (Tegretol, cpr. da 200 o 400 mg, 100-200 mg 1 o 2 volte al giorno).

Una benzodiazepina con specifico effetto anticonvulsivante è il clonazepam (Rivotril, solo per os, cpr da 0,5 o 2 mg) che può sostituire il diazepam o altre benzodiazepine e gli altri anticonvulsivanti negli alcolisti con rischio a lungo termine di crisi convulsive.

Altri farmaci alternativi al diazepam (raramente vi si deve ricorrere): midazolam (Ipnovent), propofol (Diprivan).

L'uso dell'alcol per trattare la sindrome d'astinenza alcolica deve essere abbandonata.

Nonostante tutti i provvedimenti, farmacologici e no, di cui sopra, in non pochi casi è necessario impiegare mezzi contentivi, con tutte le cautele del caso, legali e mediche.

### Bibliografia

Stehman CR, Mycyk MB. A rational approach to the treatment of alcohol withdrawal in the ED. Am J Emerg Med 2013;31:734-742.

Muncie HL, Yasinian Y, Ogè L. Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. Am Fam Physician 2013; 88:589-595.

Schuckit MA. Recognition and management of Withdrawal Delirium (Delirium Tremens). N Eng J Med 2014;371:2109-2113.

Dott. Alberto R. Frosi

[www.albertofrosi.it](http://www.albertofrosi.it)

*Testo preparatorio per il Corso Elettivo "Alcolismo e problemi alcolcorrelati"*

*Università degli Studi Milano – Bicocca*

*SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA*

*CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA*