

## LITERATURA

1. **Csémy, L., Sovinová, H., Sadílek, P., Lejčková, P.:** Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Česká republika, 2003. Nepublikovaná výzkumná zpráva. Psychiatrické centrum Praha.
2. **Hodgins, D. C., Currie, S., el-Guebaly, N., Peden, N.:** Brief motivational treatment for problem gambling: a 24-month follow-up. *Psychol. Addict. Behav.*, 18, 2004, pp. 293–296.
3. **Hodgins, D. C., el-Guebaly, N.:** Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 2004, pp. 72–80.
4. **Ledgerwood, D. M., Petry, N. M.:** Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 192, 2004, pp. 711–714.
5. **Lynch, W. J., Maciejewski, P. K., Potenza, M. N.:** Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age at gambling onset. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61, 2004, pp. 1116–1122.
6. **Nešpor, K.:** Jak překonat problém s hazardní hrou. 2. rozšířené vydání. Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 1999, 104 s.
7. **Takushi, R. Y., Neighbors, C., Larimer, M. E., Lostutter, T. W., Cronce, J. M., Marlatt, G. A.:** Indicated prevention of problem gambling among college students. *J. Gambl. Stud.*, 20, 2004, pp. 83–93.

Dodáno redakci: 14. 3. 2005

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

PhDr. Ladislav Csémy  
Psychiatrické centrum, Praha

## Alkohol a epilepsie

Nešpor K.

### Úvod

Výskyt epileptického onemocnění se odhaduje na 0,5–1 %, to znamená, že v České republice trpí epilepsií zhruba 70 000 osob. Další 1–4 % populace prodělají v životě ojedinělý epileptický záchvat [3]. Česká republika, jak známo, patří k zemím s vysokou spotřebou alkoholu pohybující se dlouhodobě kolem 10 litrů 100% alkoholu na obyvatele za rok. Zneužívání alkoholu a výskyt epileptických záchvatů spolu nezřídka souvisejí. Toho si povšiml už Hippokrates a staří Římané [1]. Alkohol není jediná psychoaktivní látka, která může vyvolat epileptické záchvaty. Epileptické záchvaty se vyskytují i v odvykacím stavu po barbiturátech a po vysokých dávkách benzodiazepinů nebo při intoxikaci amfetaminy (pervitin) či kokainem. Vzhledem k rozšířenosti alkoholu jsou ale epileptické záchvaty související se zneužíváním jiných látek daleko méně časté.

### Alkohol jako příčina epileptických záchvatů

Hillbom a spol. [1] odhadují výskyt epileptických záchvatů u závislých na alkoholu nejméně trojnásobný ve srovnání s běžnou populací. Zneužívání alkoholu také často předchází výskytu status epilepticus (podle různých studií v 9–25 % případů). Alkohol, podobně jako např. barbituráty nebo benzodiazepiny, může v odvykacím stavu vyvolat epileptický záchvat nebo status epilepticus u osob, u nichž se dříve epileptické záchvaty nevyskytovaly.

Epileptický záchvat se typicky objevuje 6–48 hodin poté, co skončilo pití alkoholu. Uvažuje se i o tom, že riziko epilepsie mohou zvyšovat i strukturální změny a úbytek mozkové tkáně, k nimž dochází v důsledku pití

vysokých dávek alkoholu. Podle dosud nepotvrzené hypotézy riziko epileptických záchvatů zvyšují také opakované odvykací stavy.

Velká část epileptických záchvatů u závislých na alkoholu, snad až 50 % [7], nesouvisí s odvykacím stavem. Častou komplikací u pacientů zneužívajících alkohol jsou úrazy hlavy nebo cévní mozkové příhody v důsledku prudkého zvýšení krevního tlaku po vysokých dávkách alkoholu. Naše zkušenosti potvrzují užitečnost počítačové tomografie mozku (CT) zejména u netypických obrazů a průběhů odvykacích stavů. Určitý význam v etiologii epileptických záchvatů u závislých na alkoholu má patrně i rozvrat vodního a minerálního hospodářství a hypoglykémie.

### Léčba a prevence epileptických záchvatů alkoholové etiologie

Zásadní význam má náležitá léčba odvykacího stavu. K tomu jsou vhodné klomethiazol a dlouhodobě působící benzodiazepiny. K častým chybám při léčbě odvykacích stavů patří nedostatečné dávkování, které nebere v úvahu vysokou toleranci pacienta. Hillbom a spol. [1] odhadují, že náležitou léčbou odvykacích stavů lze snížit výskyt epileptických záchvatů při odvykacím stavu z 8 % na 3 %. Benzodiazepiny ale mohou zhoršovat respirační insuficienci např. u pacienta s deliriem tremens a pneumonií. Objevily se zprávy o používání karbamazepinu v kombinaci s tiapridem [2]. Karbamazepin může zhoršit jaterní funkce a navíc vede k poruchám AV převodu, není tedy bez rizika zejména u těžkých odvykacích stavů. Podobně jsou u těžkých odvykacích stavů a delirií tremens nevhodná antipsychotika, protože zvyšují riziko epileptického záchvatu a mohou působit u těchto vul-

nerabilních pacientů kardiální komplikace. Kombinace karbamazepinu s tiapridem může být užitečná u lehkých odvykacích stavů při ambulantní léčbě, protože s sebou nenese riziko vzniku lékové závislosti jako benzodiazepiny. Při ambulantní léčbě odvykacích stavů existuje ale riziko dále zmíněných interakcí karbamazepinu a alkoholu. Při léčbě odvykacích stavů je velmi důležitá úprava minerálního a vodního hospodářství (draslík, hořčík, tekutiny, glukóza), a to nejen z hlediska prevence epileptických záchvatů.

Dlouhodobá léčba pacientů s epilepsií alkoholové etiologie antiepileptiky se nedoporučuje, protože chaotické brání antiepileptik a jejich interakce s alkoholem zvyšují, nikoliv snižují, riziko dalších záchvatů. Po zvládnutí akutního stavu je jasnou prioritou léčba závislosti na alkoholu.

### Alkohol u pacientů léčených pro epilepsii jiné než alkoholové etiologie

Mnozí pacienti s epilepsií jiné než alkoholové etiologie tolerují malé dávky alkoholu, ale prakticky pro všechny tyto pacienty představuje riziko alkoholová intoxikace a následná kocovina nebo odvykací stav. Dalším problémem je skutečnost, že alkohol vstupuje do interakcí s antiepileptiky a zesiluje jejich vedlejší účinky, např. závratě, ospalost a bolesti hlavy v případě karbamazepinu. To může vést k tomu, že si pacient antiepileptika před pitím vysadí, což je značně riskantní. Antiepileptika také mohou zvyšovat účinky alkoholu, takže dochází rychleji k těžké intoxikaci. K vysazení antiepileptik v souvislosti s alkoholovými excesy dochází i proto, že alkoholem intoxikovaný pacient si zapomené léky vzít. Alkoholové excesy vedou navíc k nepraviv-

delnému životnímu stylu, včetně změn v režimu bdění a spánku, což dále zvyšuje riziko. Chronické užívání alkoholu může vést k nižšímu účinku phenytoinu [6].

*Z těchto důvodů lze doporučit následující:*

- Pacient trpící epileptickým onemocněním by měl být před pitím alkoholu ve vyšších dávkách jasně varován. Lékař by měl také podle potřeby toto doporučení opakovat, zejména v případě, že zjistí známky zneužívání alkoholu (např. vyšší hodnoty jaterních testů, zejména GMT, makrocytární anémie, pacient je při kontrole pod vlivem alkoholu, opakované úrazy atd.).
- U pacientů, kteří trpí epileptickým onemocněním a zneužívají alkohol je vhodné provést tzv. krátkou intervenci. Ta může zahrnovat kromě výše zmíněného doporučení alkohol omezit nebo abstinovat i práci s motivací, předání svépomocných materiálů [4], využívání vlivu rodiny, poskytnutí kontaktů na služby telefonické pomoci atd. [5].
- V případě souběžně se vyskytujícího epileptického onemocnění a závislosti na alkoholu je vhodné aktivní předání. Při něm lékař poskytne adresu a telefonní číslo zařízení zabývajícího se léčbou závislostí, případně tam dohodne první návštěvu nebo vyzve někoho z rodiny, aby pacienta k první návštěvě doprovodil.

### Závěr

Alkohol vyvolává epileptické záchvaty v důsledku odvykacích stavů i dalšími mechanismy. Alkoholové excesy zhoršují epileptická onemocnění jiné etiologie. U pacientů trpících epilepsií, kteří škodlivě užívají alkohol, je vhodná krátká intervence a u na alkoholu závislých pacientů s epilepsií je třeba doporučit protialkoholní léčbu.

## LITERATURA

1. Hillbom, M., Pieninkeroinen, I., Leone, M.: Seizures in alcohol-dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs*, 17, 2003, pp. 1013–1030.
2. Lucht, M., Kuehn, K. U., Armbruster, J., Abraham, G., Gaensicke, M., Barnow, S., Tretzel, H., Freyberger, H. J.: Alcohol withdrawal treatment in intoxicated vs non-intoxicated patients: a controlled open-label study with tiapride/carbamazepine, clomethiazole and diazepam. *Alcohol*, 38, 2003, pp. 168–175.
3. Návrh koncepce péče o pacienty s epilepsií a statutu epileptologických center. Citováno z <http://camelot.lf2.cuni.cz/tomasekm/epilepsie/koncepcepchir.htm>, 2005.
4. Nešpor, K.: Jak překonat problémy s alkoholem. Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 2004a, s. 124. Volně dostupné ke stažení na [www.plbohnice.cz/nespor](http://www.plbohnice.cz/nespor).
5. Nešpor, K.: Návykové nemoci. In: Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C.: Postupy v léčbě psychických poruch. *Academia Medica Pragensis*, Praha 2004b, s. 19–45.
6. NIAAA: Alcohol-Medication Interactions. *Alcohol Alert*, 27, 1995. Citováno podle internetové verze publikace na [www.nida.nih.gov/](http://www.nida.nih.gov/).
7. Rathlev, N. K., Ulrich, A., Shieh, T. C., Callum, M. G., Bernstein, E., D'Onofrio, G.: Etiology and weekly occurrence of alcohol-related seizures. *Acad. Emerg. Med.*, 9, 2002, pp. 824–828.

*Dodáno redakci: 20. 3. 2005*

*Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha*