

Acamprosaat behulpzaam bij alcoholverslaving

Voor een goed gemotiveerde alcoholverslaafde mag het succes door behandeling met acamprosaat niet worden onderschat.

J.A. Cremers

In het artikel "Comparison of acamprosate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence" wordt door Alexandra B. Whitworth e.a. acamprosate (Campral) met placebo vergeleken gedurende 1 jaar. In deze multicenter, dubbelblinde, placebo-gecontroleerde studie zijn 455 patiënten tussen 18 en 65 jaar betrokken met tijdelijke of chronische alcoholverslaving. De patiënten werden aselect ingedeeld in een groep die 360 dagen werd behandeld met acamprosaat (1.998 mg per dag bij lichaamsgewicht van >60 kg; 1.332 mg per dag bij een lichaamsgewicht van <60 kg) of met placebo. De patiënten konden gebruikmaken van een psychosociaal begeleidingsprogramma. Via interviews, zelfrapportage, vragenlijsten en laboratoriumbepalingen (waaronder gamma-glutamyltransferase en 'mean cellular volume') werden de patiënten gevolgd op de startdag van de behandeling en na 30, 90, 180, 270 en 360 dagen. De patiënten werden geclassificeerd als abstinente, terugval als gevolg van alcoholinname, of geen opkomst bij controle. Daarnaast werd gekeken naar de cumulatieve abstinentieperiode en werd het totaal aantal dagen van absolute onthouding geteld tot de controledagen.

Zeven patiënten werden buiten de studie gehouden omdat ze op de eerste dag van de studie niet aanwezig waren om de medicatie te ontvangen. De acamprosaatgroep (n = 224) en de placebogroep (n = 224) waren goed verdeeld op grond van basale demografische en alcoholgerelateerde variabelen. Uiteindelijk voltooiden 94 acamprosaat behandelde en 85 placebo behandelde patiënten 360 dagen studie. Van de uitvallers vielen 104 patiënten terug (52 in iedere groep), 69 konden niet vervolgd worden (33 in de acamprosaatgroep ten opzichte van 36 in de placebogroep), 63 (31 versus 32) weigerden de behandeling te continueren, 16 (11 versus 5) werden ziek, 10 personen hadden last van bijwerkingen (6 versus 4) en 3 (placebogroep) waren therapie-ontrouw. Na 1 jaar waren 41 met acamprosaat behandelde patiënten en 16 placebo behandelde patiënten continu abstinente (p = 0,07). De gemiddelde cumulatieve abstinentietijd was in de acamprosaatgroep

significant groter dan in de placebogroep (138 ten opzichte van 103 dagen; p = 0,012).

Van deze 179 patiënten maakten 148 personen (79 acamprosaat en 69 placebo) de follow-up van 12 maanden af. Van de met acamprosaat behandelde patiënten bleven er 27 (11,9%) continu abstinente en van de met placebo behandelde patiënten waren dat er 11 (4,9%). Behalve enige diarree was er geen verschil in bijwerkingen tussen beide behandelde groepen. De auteurs concluderen dan ook dat acamprosaat een veilig en goed verdraagzaam middel is als aanvulling op psychosociale behandelingsschema's bij alcoholverslaafden.

In deze studie werd naar een langere behandelingsperiode gekeken dan in eerdere studies (de meeste maximaal drie maanden). Tevens werd gekeken naar de cumulatieve abstinentieperiode en niet louter alleen gerekend met allerlei biochemische bloedwaarden aan de hand waarvan alcoholinname bepaald kan worden. Deze langetermijnstudie van ongeselecteerde patiënten (bijvoorbeeld op grond van motivatie, mate van psychosociale begeleiding en/of controle op tijdelijke comedatie) staat dicht bij de realiteit en vermindert de kans op vals-positieve uitslagen. De resultaten van een dergelijke behandeling van ongeselecteerde patiënten met strikte onthoudingscriteria blijven door de minder klinische onderzoekssituatie echter moeilijk te interpreteren.

Uit deze studie is naar voren gekomen dat op basis van 'intention to treat' 5% van de personen uit de placebogroep na 2 jaar succesvol is behandeld. Bij de acamprosaatgroep is dat percentage 12. Wellicht is deze 5% te danken aan de psychosociale ondersteuning, maar een verdubbeling van dit percentage tot 12 na inname van acamprosaat is een mooi resultaat.

Wanneer naar de 'completed treatment analysis' wordt gekeken (de auteurs doen dat niet), wordt een hogere score gevonden. Bij de placebogroep zijn 87 van de 224 patiënten uitgevallen, anders dan door een terugval na alcoholinname. Na 2 jaar zijn 11 van de 137 patiënten continu abstinente; dit is ongeveer 8%. Bij de

acamprosaatgroep zijn 77 van de 224 patiënten afgevallen. Na 2 jaar waren 27 van de 147 patiënten continu abstinent; dit is ongeveer 18%.

De pathofysiologie van alcoholverslaving is complex en het is dan ook onwaarschijnlijk dat een enkelvoudige behandeling gevonden kan worden. De behandeling zal zowel uit psychosociale als uit farmacologische ondersteuning moeten bestaan. Voor een alcoholverslaafde, die goed gemotiveerd is en zelf om

medicamenteuze ondersteuning vraagt, mag het succespercentage door behandeling met acamprosaat echter niet worden onderschat ●

LITERATUUR

- Whitworth AB, Fischer F, Lesch OM, Nimmerrichter A, Oberbauer H, Platz T, et al. Comparison of acamprosaate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence. *Lancet* 1996;347: 1438-42.

HET GENEESMIDDEL EN ZIJN TOEPASSING. 9E ED.

*Soeterboek AM, Stapper LF.
Houten: Bohn Stafleu Van Loghum,
1996.
343 blz.; prijs gebrocheerd f 57,50;
ISBN 90-313-1849-3.*

Het boek "Het geneesmiddel en zijn toepassing" wordt al jarenlang gebruikt in de opleiding van verpleegkundigen en apothekers-assistenten. Het is ondertussen aan zijn negende druk toe en heeft dus bewezen een plaats te hebben in de opleiding van deze beroepsgroepen.

In de laatste editie is veel aandacht besteed aan nieuw geregistreerde producten en innovatieve geneesmiddelen zoals bloedproducten. Er wordt een aantal hoofdstukken besteed aan immunoglobulinen, plasma-ervangingsmiddelen en hematopoëtische groeifactoren. Ik denk dat ook veel (openbare) apothekers hier nog wel wat nieuws zullen ontdekken.

Bij de herziening heeft de 'eenvoudiger' farmacotherapie echter wat minder aandacht gekregen. Zo kwam ik bij de urinewegchemotherapeutica hydroxymethylnitrofurantoïne tegen. Een prodrug van nitrofurantoïne die al enkele jaren uit de handel is. Ook een middel als cinoxacine dat ook niet meer verkrijgbaar is, wordt nog besproken. Bij de spasmolytica en maag- en darmmiddelen worden nog steeds middelen genoemd als oxyfenonium en pirenzepine die reeds enige tijd uit de handel zijn.

Dit is vooral jammer omdat een waardeoordeel of plaatsbepaling

van nieuwe en oudere middelen vaak achterwege blijft. In de gevallen dat zo'n oordeel wél wordt gegeven, is dat soms enigszins achterhaald. Zo wordt gesteld dat men bij reuma meestal begint met een acetylsalicylzuurpreparaat, hetgeen reeds jaren geen klinische praktijk meer is.

Boeken waarbij apothekers zijn betrokken, nemen vaak het geneesmiddel als startpunt. Een dergelijke opzet is vanuit theoretisch oogpunt goed te begrijpen. Voor de praktijk is dit echter niet erg handig. Dit komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in het hoofdstuk "Pijnstillende middelen". Opiaten, NSAID's en antirheumatica in engere zin worden allemaal genoemd. Over bij welk ziektebeeld en in welke volgorde de beschikbare middelen ingezet worden, kan gemakkelijk onduidelijkheid ontstaan. Een voorbeeld voor een voor de praktijk zeer relevant pijnschema ontbreekt jammer genoeg.

Een ander belangrijk bezwaar is dat veel informatie erg theoretisch en niet altijd praktisch is. Zo wordt er uitgebreid ingegaan op de werkingsspectra van antibiotica. Maar een gebruiksadvies voor de patiënt wordt zelden gegeven. Gecomplieerde werkingsmechanismen worden uitgelegd, maar praktische informatie over interacties en hoe

om te gaan met veel voorkomende bijwerkingen ontbreekt. Zo worden bij digoxine niet de interacties met verapamil, kinidine, itraconazol en macroliden vermeld. Bij terfenadine ontbreekt de informatie over de risico's op overdosering onder ander ten gevolge van interacties.

Als de apotheek zich wil profileren als zorgverlener, moeten de apotheker en de apothekers-assistenten de patiënt vanuit het ziektebeeld benaderen en niet vanuit het geneesmiddel. Dit geldt niet alleen voor de openbare farmacie, maar ook voor de ziekenhuisfarmacie. Zo'n benaderingswijze krijgt al tijdens de opleiding vorm. Daarom is het jammer dat opleidingsboeken nog steeds sterk geneesmiddel-georiënteerd zijn. In plaats van een hoofdstuk over urineweginfecties of prostaathypertrofie, zijn er bijvoorbeeld hoofdstukken als "Antimicrobiële therapie" en "Farmaca die het autonome zenuwstelsel beïnvloeden".

Samenvattend lijkt het mij nuttig de hoofdstukindeling van dit boek bij een volgende druk meer ziektegeoriënteerd te maken en vooral meer praktische informatie op te nemen. Dan blijft dit boek het standaardwerk voor de komende decennia. ●

Marcel Bouvy

[1471]