

Kliiniline küsimus nr 20-21

Kas raviefekti puudumisel tuleb kõigil alkoholikuritarvitamise ja alkoholisõltuvusega patsientidel ravi muutmiseks hinnata raviplaani 1 vs 3 vs 6 kuu pärast?

Kas kõigil alkoholi kuritarvitavate ja alkoholisõltuvusega patsientidel lõpetada ravi vs mitte lõpetada järgmistel juhtudel:

- soovitud ravitulemus on kestnud 3 kuud vs 6 kuud vs 12 kuud
- patsiendi vähene ravikoostöö?

Töörühma soovitus:

Ravi alustades hinnake patsienti regulaarselt vähemalt iga 4-6 nädala järel soovitud efekti saavutamiseni ja edasi vastavalt vajadusele. (nõrk pos)

Raviefekti puudumisel vaadake raviplaani üle ja vajadusel muutke seda. (praktiline soovitus)

Otsus aktiivse ravi või regulaarse jälgimise lõpetamise suhtes langetage ettevaatusega ning koostöös patsiendiga. Lähtuge patsiendi ootustest, eesmärkidest ja võimalikest tagasilanguse riskidest. (praktiline soovitus)

Julgustage patsienti vajadusel uuesti ravile pöörduma. (praktiline soovitus)

Kõrge tagasilanguse riskiga patsientidele (tugivõrgustiku puudumine, kaksikdiagnoosidega, etc) planeerige regulaarseid kohtumisi ka peale aktiivse ravi lõppu 1-3 aasta jooksul. (praktiline soovitus)

Patsient/sihtrühm	Alkoholi kuritarvitavad ja alkoholisõltuvad täiskasvanud patsiendid		
Sekkumine	Raviplaani muutmine ja ravi lõpetamine		
Tegur	Otsus	Selgitus	
Väga hea või keskmise kvaliteediga tõendusmaterjal (kas tõendusmaterjal on väga kvaliteetne?) (Mida kõrgem on tõendusmaterjali kvaliteet, seda tugevam on soovitus)	☐ Jah ☒ Ei	Antud küsimuse suhtes on uuringud kaudsed: hindavad medikamentoose ravi pikkust isoleerituna muudest sekkumistest.	Mitu kõrge kvaliteediga metaanalüüsi hindavad optimaalset medikamentoose ravikuuri pikkust. 1 meta-analüüs Mann et al 2004 a , 17 RCT of acamposate, N 4087) leidis, et pikem ravikuur akamposaadiga on seotud suurema raviefektiga (abstinentsi saavutanute arv on suurem ning 3-, 6- ja 12 -kuud kestva ravikuuri effect size ehk RB on vastavalt 1.33, 1.50, and 1.95; Cumulative Abstinence Duration Proportion ehk CADP 3 kuud kestva ravi puhul on 10.88, p <0.001 (95% CI 6.74–15.02), 6 kuu ravi puhul 11.15, p<0.001 (95% CI 6.91–15.38) ja 12-kuu ravi puhul

		12.63 , $p < 0.001$ (95% CI 8.97–15.33). Nende seas, kes said ravi akamposaadiga 6 kuud abtsinentsi saavutasid 53,5 % võrreldes 43,3%-ga platseebo-rühmas (RB 1.28 (95% CI, 1.17–1.39; $p < 0.001$; homogeneity $p < 0.557$). 12 kuud kestnud ravi puhul abstinentsi saavutas 45% patsientidest võrreldes 23%-ga platseebo-rühmas (RB 1.73 (95% CI, 1.41–2.11; $p < 0.001$; homogeneity $p < 0.896$) . Ühks süstemaatiline ülevaade (Berglund et al 2001, 139 RCT) hindas, kas patsiendi seisundi raskusest peaks sõltuma psühhosotsiaalse ravi intensiivsus ning pikkus. Ei ole tõendeid selle kohta, et ühe ja sama psühhosotsiaalse intervensiooni pikem rakendamine oluliselt parandaks ravitulemust võrreldes lühema ravikuuriga. Samas uuringud näitavad (Holder et al. (2000) , Rychtarik et al. (2000), et kerge- ja mõõduka sõltuvusega patsiendid saavad võrdselt kasu kergematest psühhosotsiaalsetest interventsioonidest (nt biblioteraapia) ja intensiivsematest interventsioonidest (nt. kognitiiv-käitumisteraapia). Kulu-efektiivsuse uuring näitas, et komorbiidsete psühhiaatriliste haigustega ning kõrge sõltuvustasemega patsiendid saavad rohkem kasu intensiivsematest psühhoterapia meetoditest (nt kognitiiv-käitumisteraapia). Üks süstemaatiline ülevaade ning meta-analüüs, mis koosnes 19 RCT-st (Bouza et al 2004, N 3205 naltrexone vs control group) hindas erineva pikkusega ravikuurid eesmärgiga leida optimaalset ravikuuri pikkust. (3 -, 6- või 12 kuud ravi naltreksooniga). <u>3 kuud</u> - relapse rate PetoOD (95% CI) 0,62 (0.52;0,75), $p < 0,00001$) (statistiliselt
--	--	---

		oluline), 6-18 kuud jälgimisperioodi järel OD (95%CI) 0.65 (0.44, 0.97), p 0.03. <i>Abstinence</i> Peto OR (95% CI) 1,26 (0,97;1,64), p 0,08 (statistiliselt ebaoluline tulemus). <u>6 kuud</u> <i>relapse rates</i> [OR (95% CI): 0.18 (0.04, 0.78), <i>P</i> = 0.02].(sttaistiliselt ebaoluline), <i>abstinence</i> [OR (95% CI): 7, 49 (1.94, 32.52), <i>P</i> = 0.004] (statistiliselt oluline) Kahjuks ei ole andmeid jälgimisperioodi kohta selle grupi jaoks. <u>12 kuud</u> no differences between naltrexone and placebo in terms of percentage of drinking days [WMD (95% CI): 3.00 (- 7.80, 1.80), <i>P</i> = 0.2] or number of drinks per drinking day [WMD (95% CI): 0.30 (- 1.35, 1.95), <i>P</i> = 0.7] No differences were observed similarly at 12 months, as between long- and short-term treatment with naltrexone (drinking days 15.1 +- 23 versus 19.4 +- 26; drinks per drinking day: 9.6 +- 10 versus 10.5 +- 8 Kõrge kvaliteediga meta-analüüs (Srisurapanont at al 2004, 24 double-blind RCT, N 2861) hindas naltreksooni raviefekti, selle kõrvaltoimeid ning ravi katkestamise põhjusti. <u>3 kuud</u> - <i>relapse</i> RR 0.64, 95% CI 0.51–0.82, <i>lapse</i> RR 0.91, 95% CI 0.81–1.02. Secondary outcomes. Time to first drink WMD -0.06 (95% CI -1.04 to 0.93); Drinking days WMD -1.96 (95% CI -5.47 to 1.56); Standard drinks SMD -0.21 (95% CI -0.46 to 0.04); Craving SMD -0.10 (95% CI -0.35, 0.15). No significant difference!
--	--	---

		<u>6 kuud</u> <i>Relapses</i> RR 1.01 ((95% CI) 0.92 to 1.11). No significant difference! Secondary outcomes: <i>time (days) to first drink</i> - WMD 35.00 (95% CI 29.83 to 40.17) and <i>decreased craving</i> - SMD -0.88 (95% CI -1.44 to -0.33). Significant difference! <u>12 kuud</u>: liited data! Only 1 study 25 mg/d naltrexone+ intensive psychosocial treatment (in this study disulfiram!!) (n=15) for 6 months vs intensive psychosocial treatment (disulfiram!!) alone (n=15) for 12 months Relapses : RR 0.60 (95% CI 0.40 to 0.91) Return to drinking RR 0.60 (95% CI 0.40 to 0.91) NICE 2011 süstemaatiline ülevaade ning metaanalüüs acamposate vs placebo (19 RCTs, N 4629) Lapsed <u>At 2 months</u> RR 1.19 (0.76, 1.88) K 1, N 142 <u>At 3 months:</u> RR 0.88 (0.75, 1.04) K 1, N 350 <u>At 6 months:</u> RR 0.83 (0.77, 0.88) K 17, N 3964 <u>At 12 months:</u> RR 0.88 (0.80, 0.96) K 4, N 1332 Relapsed At 3 months: RR 0.95 (0.86, 1.05) K 1, N 612 <u>At 6 months:</u> RR 0.81 (0.72, 0.92) K 10, N 2654 At 12 months: RR 0.96 (0.89, 1.04)
--	--	---

			K 1, N 612 NICE 2011 Süstemaatiline ülevaade ning metaanalüüs (27 RCT, N 4296) Naltrexone vs placebo Relapsed <u>At 3 months:</u> RR 0.83 (0.76, 0.91) K22, N 3320 <u>At 6 months (endpoint):</u> RR 0.96 (0.79, 1.17) K 1, N 240 <u>At 6 months</u> (maintenance treatment): RR 0.46 (0.24, 0.89) K 1, N 113 Moos at al 2003 a (N 473) viis läbi longitudinaalse uuringu, mille eesmärgiks oli võrrelda erineva pikkusega ravikuuride efekti püsimist pärast 1 aastast jälgimisperioodi (medikament. Ravi + psühhoteraapia sõltumata nende liikudest). Outcome measure - <i>differences between the no treatment group and the short, medium, and long duration of treatment groups, respectively</i> Abstinence 1-8 weeks: 29,5, 9-26 weeks: 33,3 27+weeks: 60,4 (p< 0,01) Soovitused selle kohta millal tuleb ravikseemi hinnata ja muuta baseeruvad enamasti eskperthinnagutel, üksiskuuringutel, ning ka arusaamal, et mitte kõik patsiendid ei reageeri medikamentoosle ravile (nõrga kvaliteediga tõendusmaterjal). Sama kehtib ka psühhoteraapia kohta.
--	--	--	---

			Enamikes patsiendid psühhosotsiaalselt vähemalt 3 kuu jooksul.	uuringutes said ravi
--	--	--	--	----------------------

Kindlustunne kasude ning kahjude ja koormuse tasakaalu suhtes (kas on kindlustunne?) <i>Mida suurem on erinevus soovitatavate ja soovimatute tagajärgede vahel ning kindlustunne selle erinevuse suhtes, seda tõenäolisem on tugev soovitus. Mida väiksem on tegelik kasu ja mida väiksem on kindlustunne selle kasu suhtes, seda tõenäolisem on tingimuslik/nõrk soovitus</i>	☒ Jah ☐ Ei	Regulaarne kontakt ravimeeskonnaga aitab patsiendil ravieesmärgil paremini püsida.	
--	--	--	--

Kindlus või sarnasus väärtustes (kas on kindlustunne?) <i>Mida suurem on varieeruvus või ebakindlus patsiendi väärtuste ja eelistuste suhtes, seda tõenäolisem on tingimuslik või nõrk soovitus.</i>	☒ Jah ☐ Ei	Patsiendi esindaja: see on vaga oluline, kui arsti juurde regulaarselt tagasi kutsutakse. Vestlus arsti/õega on sageli psühhosotsiaalne sekkumine, mis toetab ravieesmärgil püsimist. Iga kroonilise haigusega on nii, et peab oma haigusega õppima elama. Seda peaks kuidagi mainima ja selle õppimine on tähtis. Varasem kogemus, et kohtusin psühhiaatriga ainult siis, kui tilgutite all olin. Oluline on patsiendi jaoks, et inimesel on võimalus alati taas ravile	Töörühm otsustas, et patsiendile pakub rohkem väärtust regulaarne kontakt ja vähem väärtust üksikud ebaregulaarsed kontaktid ravimeeskonnaga.
--	--	--	---

Ressursi tähendus (kas tarbitud ressursid olid väärt oodatavat kasu) <i>Mida suurem on sekkumise kulu võrreldes kaalutava alternatiiviga ja muud otsusega seotud kulud, st mida rohkem ressursse tarbitakse, seda tõenäolisem on tingimuslik/nõrk soovitus.</i>	☒ Jah ☐ Ei	pöörduda. Täpsed kulutõhususe andmed puuduvad, kuid võib oletada, et regulaarse kontaktiga patsientidel on krooniline haigus paremini kontrollitud ning terviseriskid vähenevad, millega vähenevad ka kulutused tervishoiule.	
Soovituse üldine tugevus <i>Mida suurem on sekkumise kulu võrreldes kaalutava alternatiiviga ja muud otsusega seotud kulud, st mida rohkem ressursse tarbitakse, seda tõenäolisem on tingimuslik/nõrk soovitus.</i>	Net benefits = the intervention clearly does more good than harm. Trade-offs = there are important trade-offs between the benefits and harms. Uncertain trade-offs = it is not clear whether the intervention does more good than harm. No net benefits = the intervention clearly does not do more good than harm.		