

Az intesztinális dekontamináció jelentősége elhúzódo carbamazepin mérgezésben

Dr. Jakab Dóra, Dr. Elek István
Péterfy Kórház-Rendelőintézet, Sürgősségi Betegellátó Osztály és Klinikai Toxikológia
Budapest

A carbamazepin

széles körben alkalmazott antiepileptikum

neuralgiás fájdalom kezelése, másodvonalbeli pszichiátriai alkalmazás

nátrium-csatorna gátló

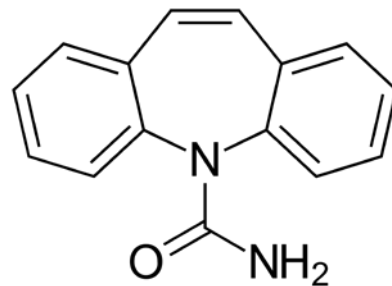
szájon át alkalmazva lassan, de csaknem teljes mértékben felszívódik

70-80%-ban kötődik plazmafehérjékhez

aktív metabolitja: carbamazepin-10,11-epoxid (CYP3A4)

félélettideje egyszeri alkalmazásnál 35-40 óra, de erős enziminduktor, így ez rövidülhet 12-17 órára

vizelettel 70 %-a ürül



A mérgezés tünetei

aluszékonyág, szédülés, nystagmus, ataxia

hányinger, hányás

anticholinerg tünetek

görcsök

aritmiák (vezetési zavarok, QRS kiszélesedése, kamrafibrilláció)

kóma



Diagnózis

anamnézis

tünetek

szérumszint: 4-12 ug/ml a terápiás szint



Kezelés

speciális antidotuma nincs

dekontamináció

szupportív terápia

forszírozott diurézis

súlyos esetben intenzív osztályos kezelés

extracorporalis kezelés



CARBAMAZEPINE

[\(view full publication\)](#)

General Recommendation

- ECTR is suggested in severe carbamazepine poisoning (2D)

Indications

ECTR is recommended if ANY of the following conditions are present:

- If multiple seizures refractory to treatment occur (1D)
- If life-threatening dysrhythmias occur (1D)

ECTR is suggested if ANY of the following conditions are present:

- If prolonged coma and/or respiratory depression requiring mechanical ventilation is present or expected (2D)
- If significant toxicity persists, especially if carbamazepine concentrations rise or remain elevated, despite MDAC and support measures (2D)

Cessation of ECTR

- Clinical improvement is apparent (1D)
- Carbamazepine concentration is below 10 mg/L (42 μ mol/L) (2D)

Choice of ECTR

- Intermittent HD is the preferred ECTR in carbamazepine poisoning (1D)

The following are alternatives if hemodialysis is not available:

- Intermittent hemoperfusion (1D)
- Continuous renal replacement therapy (3D)

Miscellaneous

- MDAC should be continued during ECTR (1D)

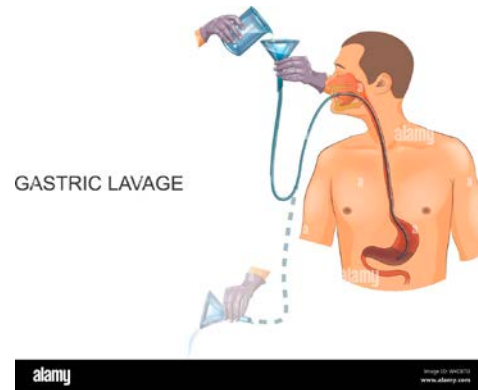
www.extrip-workgroup.org

A dekontamináció- mikor, kinek, melyik?

gasztrikus- nazogasztrikus szonda, lavage

aktív szén

intesztinális dekontamináció



Macrogol

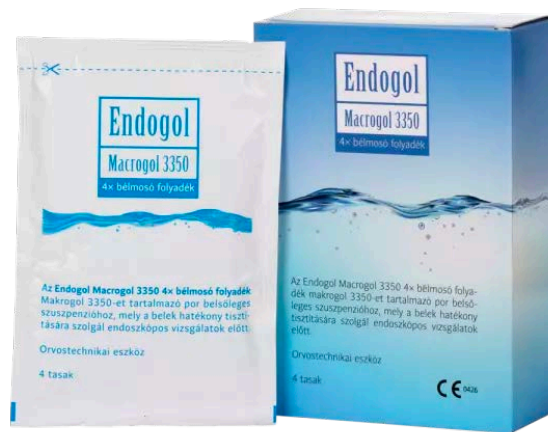
polyetilén-glikol

fehér, szagtalan por

ozmotikus laxatívum

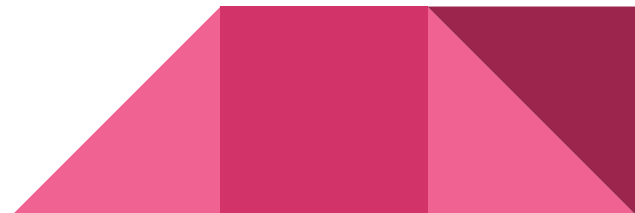
1 tasak/1 liter víz - 3-4 liter

megfelelő bélmozgás-prokinetikum



Kontraindikációk

- Abszolút:
bélperforáció
ileus
bélobstrukció
hemodinamikai instabilitás
- Relatív:
csökkent vigilitás



I. eset


52 éves férfi

kórelőzményében: epilepszia, alkohol dependencia, hyperuricaemia, lágyéksérv
műtét

2 napja nem látták, felvétele napján otthonában ágyban fekvő kontaktusképtelenül
találták, körülötte gyógyszeres üvegek és levelek

40 tableta 400 mg-os Tegretol CR hiányzott (plusz Rivotril, Folsav, Milurit)

stabil vitális paraméterekkel, aluszékony, érdemi verbális kontaktusba nem
vonható állapotban érkezett



kezdetben szubintenzív osztályunkon kezeltük, majd tudatállapotának romlása, illetve légzési elégtelenség miatt intenzív osztályra került

szérumszintek: felvételi: 36,48 µg/ml

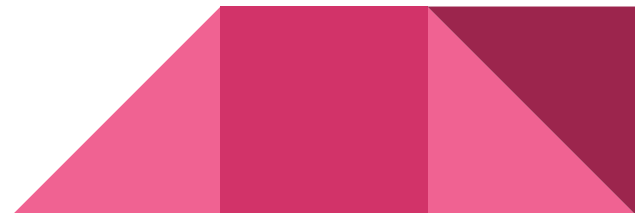
másnap: 30,94 µg/ml

6. nap: 7,11 µg/ml

decontaminatio nem történt

infekciós szövődmény, váltott antibiotikus kezelés

12 napot töltött kórházban



II. eset

betegünk ugyanaz, itt már 56 éves

50 tabletta 400 mg-os Tegretol CR bevétele merült fel, valamint alkohol fogyasztása

éber, de meglassult pszichomotorium, dezorientáció, elkent beszéd, spontán nystagmus, stabil vitális paraméterek

3 órás expozíciós idő

gastricus dekontamináció melynek során gyógyszer nem ürült



szérumszintek: felvételi: 14,08 $\mu\text{g/ml}$

kontroll: 17,56 $\mu\text{g/ml}$

2. nap: 16,52 $\mu\text{g/ml}$

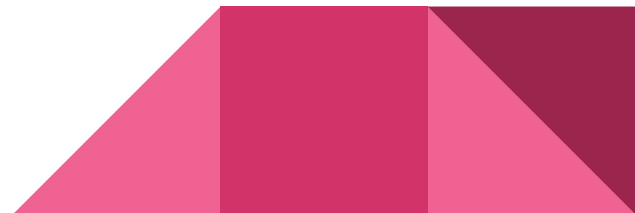
3. nap: 16,91 $\mu\text{g/ml}$

tünetek súlyosbodtak: nagyfokú törzs és végtagataxia

intesztinális dekontaminációt kezdtünk, azonban ismétlődő hányás, aspiráció veszélye miatt fel kellett függeszteni --> forszírozott diurézis

stagnáló szérumszint ellenére klinikailag jelentős javulás látszott

szövődmény nem alakult ki, 4 napot töltött kórházban



III. eset

1 hónappal az előző bekerülését követően

20 tableta 400 mg-os Tegretol CR, 30 tableta Milurit, alkohol

5 órás expozíciós idő

éber volt, de erősen meglassult, keringése kompenzált, spontán nystagmus volt látható

nasogastriacus szondán instilláció+aktív szén

forszírozott diurézis



szérumszintek: felvételi: 28,80 $\mu\text{g/ml}$

másnapi kontroll: 33,18 $\mu\text{g/ml}$

3. nap: 39,52 $\mu\text{g/ml}$

4. nap: 28,04 $\mu\text{g/ml}$

6. nap: 4,24 $\mu\text{g/ml}$

romló tudat, fokozódó nyugtalanság, ataxia

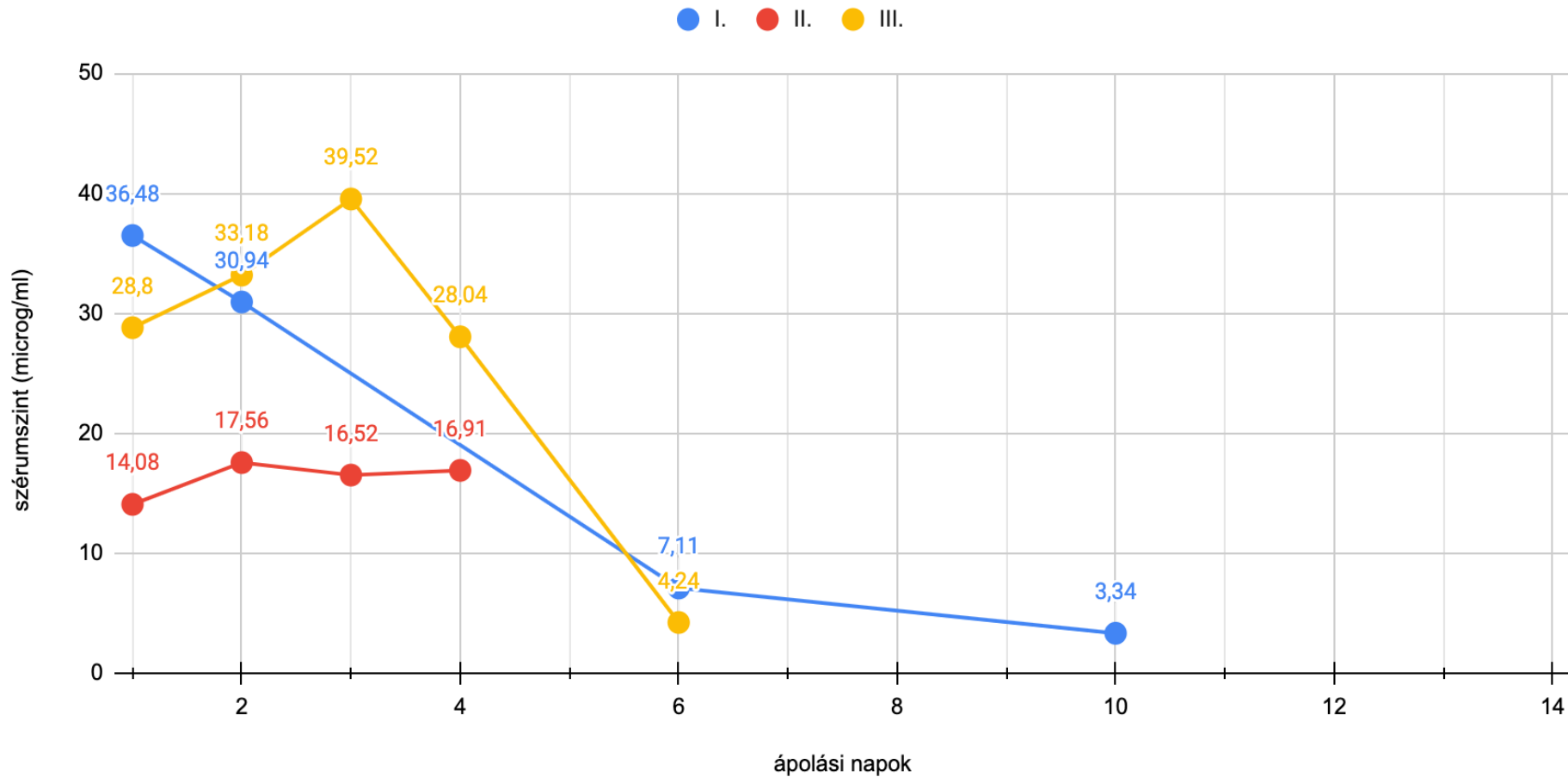
az intesztinális dekontamináció időben elhúzódott, de végül effektív volt

szövődmény nem alakult ki

6 napot töltött kórházban



Szérumszintek alakulása



Összefoglalás

az intesztinális dekontamináció fontos eszköze a mérgezett betegek ellátásának

megfelelő körültekintéssel biztonsággal alkalmazható

lerövidítheti a kezelés időtartamát, csökkentheti a mérgezés súlyosságát, a szövődmények kialakulásának kockázatát



Köszönöm a figyelmet!

