

SEMPATOMİMETİK ZEHİRLENME



Dr. Mustafa Yılmaz
Dr. Zeynep Kekeç

Epinefrin ve norepinefrinin klinik etkililerini taklit eden etkenler ile meydana gelen zehirlenmelerdir.

Tüm amfetaminler, metamfetaminler ve türevleri (ekstazi, MDMA), kokain, fensiklidin, lizerjik asit dietilamin (LSD), Dekonjestanlar (efedrin, pseudoefedrin), Solunum yolu hastalıklarında kullanılan ilaçlar (Albuterol, Salmeterol, teofilin), Vazopressörler (epinefrin, norepinefrin, dopamin), kafeinler semptomatomimetik sendroma yol açan önemli etkenlerdir. Bu ilaçların inhalasyon, enjeksiyon, buruna çekme yada oral alımı yoluyla semptomimetik zehirlenme meydana gelebilir.

Muayene ve Klinik Bulgular Semptomimetik sendrom taşikardi, hipertansiyon, terleme, midriazis, hipertermi, ajitasyon ile karakterizedir. Benzer bulgular gösteren ancak cilt ve mukozalarda kuruluk, GİS motilitesinde azalma olması şeklinde bulgular veren antikolinerjik sendromdan farklılık gösterir.

Kardiyovasküler Hipertansif acil durumlar (Akut koroner sendrom), serebrovasüler olaylar, taşikardi, disritmiler, vasospazm ve iskemiye bağlı end organ hasarları

Santral Sinir Sistemi Mental durum değişiklikleri (anksiyete, mani, psikoz, ajitasyon), konvulzyon, intaserebral hemoraji

Metabolik Hipokalemi, hiperglisemi

Diğer Rabdomiyoliz, kas rijiditesi, hipertermi

Tanı Yöntemleri Yaşamsal bulgular, Kan Glukoz, böbrek fonksiyon testleri ve elektrolitleri, kreatinin fosfokinaz, PTZ, INR değerleri, kan gazı, toksik tarama, EKG

Ayrırcı Tanı Alkol ve madde kullanımı, feokromasitoma, malign nöroleptik sendrom, malign hipertermi, güneş çarpması, opiat yoksunluğu (eroın yoksunluğu), örümcek sokması, serotonerjik sendrom, tiramin reaksiyonu, akrep ısırması, deliryum tremens, hipertansif acil, panik bozukluk

Tedavi Semptomimetik zehirlenmelerde antidot olmadığı için ana tedavi yönetimi genel destek tedavileridir.

İlk stabilizasyon ve tedavi amacıyla hava yolu, solunum ve dolaşımın kontrolü hemen yapılmalıdır. Kan glukoz düzeyi düşük ise glukoz verilmelidir.

Mental durum değişikliği varsa Naloksan ve tiamin uygulanabilir. Eğer 1 saat içerisinde ağız yoluyla zehirlenen hastalarda kusma ve aspirasyona dikkat edilerek gastrik dekontaminasyon yapılmalıdır.

Hipertansif Kriz Ajitasyonun benzodiazepin (diazepam 5-10 mg IV) ile kontrolü, alfa blokörler (fentolamin 1-5 mg IV 5 dakika süresince), IV nikardipin (5 mg/saat başlangıç dozu, sonrasında titre edilerek verilir) ve Nitroglicerinin, Nitroprussid (0,5-10 mcg/kg/dakika, kan basıncına göre titre edilir) kullanılan ajanlardır. Beta blokör uygulamasından kaçınılmalıdır.

Sempatomimetik zehirlenmelerde ciddi ajitasyonların kontrolü için benzo-diazepin (diazepam 5-10 mg IV) gibi sedatize edici ilaçlar kullanılmalıdır. Haloperidol nöbet eşliğini düşürmesi ve uzamış QT ye neden olması nedeniyle dikkatli verilmelidir.

Eğer hipertermi gelişmişse standart soğutma yöntemlerine başlanmalıdır.

Nöbetler için benzodiazepinler (diazepam 5-10 mg IV) yada barbitüratlar (15-20 mcg/kg) kullanılmalıdır. Benzodiazepinler ile kontrol altına alınamayan hipertansiyonun tedavisinde kısa etki süreli ve kolay titre edilebilen ilaçlar (ör: nitroprusside) kullanılmalıdır.

Yatış Kriterleri Mental durum değişiklikleri, disritmi, nöbet, hipertermi, rabdomiyoliz, ciddi hipertansiyon, iskemik göğüs ağrısı olan hastalar hastaneye yatırılarak tedavi edilebilir.

Acil Servis Takip ve Taburculuk Kriterleri Hastaya yatırma kriteri olmayan orta düzey zehirlenme hastaları klinik bulguları düzelineye kadar acil serviste takip edilebilir. Acil takibi sırasında hastanın aralıklı olarak tekrar değerlendirilmeleri yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Rama BR, Robert SH. Cocaine and Other Sympathomimetics. Rosen's Emergency Medicine Concepts And Clinical Practice. 8 Th ed. Philadelphia. 2014. 1999-20006.
2. Schwartz BG, Rezkalla S, Kloner RA. Cardiovascular effects of cocaine. Circulation. 2010 Dec 14. 122(24):2558-69
3. David HJ. Amphetamines. Goldfrank LR, ed. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 10th ed. New York: McGraw-Hill; 2015: 1030-1042.
4. Sue YM, Lee YL, Huang JJ. Acute hyponatremia, seizure, and rhabdomyolysis after ecstasy use. J Toxicol Clin Toxicol. 2002. 40(7):931-2.
5. Jane MP, Robert SH. Cocaine. Goldfrank LR, ed. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 10th ed. New York: McGraw-Hill; 2015: 1054-1063.
6. Paul K. Sympathomimetic Toxicity. Emedicine Medscape. Erişim <http://emedicine.medscape.com/article/818583> Erişim T. Şubat 2017