

## ANTİDİYABETİK İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER

Salih KOCAOĞLU<sup>1</sup>

### 1. Giriş

Diyabet tüm dünyada ve ülkemizde sık görülen hastalıkların başında gelmektedir. Haliyle antidiyabetik ilaçların kullanımı da yaygın olarak artmıştır. İnsülin bağımlı olmayan diyabette (Tip 2 Diyabet) temel sorun insüline olan direncin artmasıdır ve bu hastalarda öglisemiye sağlamak için öncelikle oral antidiyabetikler tercih edilir. İnsülin bağımlı diyabette (Tip 1 Diyabet) ise sorun daha çok insülin sekresyonundadır ve bu hastalarda normal insülin düzeyini sağlamak için dışarıdan insülin kullanımı gereklidir. Diyabet tedavisinde kullanılan ilaçlar iki ana grupta toplanabilir; hipoglisemik ilaçlar (insülin, sülfonilüre, meglitinid) ve antihiperglisemik ilaçlar (biguanid,  $\alpha$ -glukozidaz inhibitörü, glitazon) (1). Tip 1 ve Tip 2 diyabette bu ilaçlar tek başlarına kullanılabilmesi gibi hastanın durumuna göre hekim tarafından birden fazla ilaç kombinasyonu da tercih edilebilir. Antihiperglisemik ilaç grubunun tek başına kullanımı genelde hipoglisemiye neden olmaz. Hipoglisemi ve kan glukoz regülasyonunun bozukluğu ile ilgili durumlar acil servislerde çok sık karşılaştığımız vakalardır. Acil servise hipoglisemi semptomlarıyla başvuran diyabet hastalarında sebep genellikle yüksek insülin dozu, yetersiz beslenme, ilaç etkileşimi veya uzamış ilaç etkileridir. Ancak suicid amaçlı yüksek dozda alınan insülinlerin ve oral antidiyabetiklerin de benzer tabloya neden olabileceği unutulmamalıdır (2).

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi Salih KOCAOĞLU, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp AD. salihkocaoglu1986@gmail.com

nülmelidir. Tedavi dozunda insülin kullanan hastalarda sık rekürrens olması durumunda yatış düşünülebilir. Sülfanilüre ve uzun etkili insülin kullanımına bağlı hipoglisemi durumlarında da takip amaçlı yatış gerekebilir. Yüksek doz sülfanilüre ve insülin aldığı tespit edilen veya şüphelenilen hastalarda gecikmiş, derin ve süresi uzamış hipoglisemi durumları oluşturabileceği için yatış açısından değerlendirilmelidir. Özellikle sülfanilüre kullanımı olan çocuklarda yatarak takip önerilmektedir. Metformin ile ilişkili laktik asidozu olan hastalarda, enfeksiyon ve iskemi gibi laktik asidoza neden olan diğer durumların ayırıcı tanısı açısından yatış gerekir. Bilerek fazla miktarda antidiyabetik veya insülin almış olan hastalar hastaneye yatırılmalı ve psikiyatri hekimi eşliğinde daha uzun süre gözlenmelidir. Acil serviste hastaların saatlik kan şekeri takibi yapılarak hipoglisemi olmadan 6-12 saat izlem sonrası taburculuk düşünülebilir. Özellikle sülfanilüre doz aşımında 24 saati geçkin hipoglisemilerin görüldüğü bildirilmiştir. En nihayetinde taburculuk sonrası hastayı takip edebilecek ve evde düzenli kan şekeri takibi yapabilecek kişilere emanet edilmelidir. (11,13).

## KAYNAKLAR

1. Davis SN, Granner DK: Insulin, oral hypoglycemic agents, and the pharmacology of the endocrine pancreas. In Hardman JG, Limbrid LE, Gilman AG (eds): Goodman & Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics, 10th ed. New York, McGraw-Hill, 2001, pp 1679-1714.
2. Haddad, L. M., Winchester, J. F., Shannon, M. W., Borron, S. W., & Burns, M. Haddad and Winchester's clinical management of poisoning and drug overdose. Philadelphia: Saunders/Elsevier.2007 :1019-1034
3. Hirsch IB: Insulin analogues. N Engl J Med 2005;352:174-183.
4. Stapczynski JS, Haskell RJ: Duration of hypoglycemia and need for intravenous glucose following intentional overdoses of insulin. Ann Emerg Med 1984;13:505-511.
5. Ford, M. D. (2001). Clinical toxicology (1st ed). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
6. Dunn CJ, Peters DH: Metformin—A review of its pharmacological properties and therapeutic use in non-insulin-dependent diabetes mellitus. Drugs 1995; 49:721-749.
7. Rosenkranz B: Pharmacokinetic basis for the safety of glimepiride. Horm Metab Res 1996; 28:434-439.
8. Luft D, Schmulling RM, Eggstein M: Lactic acidosis in biguanidetreated diabetics: a review of 330 cases. Diabetologia 1978;14:75-87.
9. Hampton SM, Beyzavi K, Teale D, et al: A direct assay for proinsulin and its application in hypoglycemia. Clin Endocrinol 1988;29:9-16.
10. Treatment of sulfonylurea and insulin overdose Wendy Klein-Schwartz,1 Gina L.

Stassinol<sup>1</sup> & Geoffrey K.Isbister<sup>2</sup>

11. Satar, S. (2009). *Acilde Klinik Toksikoloji*. Adana: Nobel Kitabevi
12. Spiller HA, Sawyer TS. Toxicology of oral antidiabetic medications. *Am J Health-Syst Pharm*—Vol 63 May 15, 2006
13. Satar S, İkizceli İ. (2008). *Goldfrank'in Toksikolojik Aciller El Kitabı*. Adana: Nobel Kitabevi
14. Thoma ME, Glauser J, Genuth S: Persistent hypoglycemia and hyperinsulinemia: caution in using glucagon. *Am J Emerg Med* 1996;14:99–101.
15. Boyle PJ, Justice K, Krentz AJ: Octreotide reverses hyperinsulinemia and prevents hypoglycemia induced by sulfonylurea overdoses. *J Clin Endocrinol Metab* 1993;76:752–756.
16. McLaughlin SA, Crandall CS, McKinney PE: Octreotide: an antidote for sulfonylurea-induced hypoglycemia. *Ann Emerg Med* 2000;36:133–138.
17. Forsythe SM, Schmidt GA: Sodium bicarbonate for the treatment of lactic acidosis. *Chest* 2000;117:260–267.