

Barbeksaklon entoksikasyonu

Yaman ÖZYURT (*), Hakan ERKAL (*), Yasin YENER (**), Şaduman KARSLIOĞLU (**),
Zuhal ARIKAN (***)

SUMMARY

Barbexaclone intoxication

Barbexaclone (Maliasin®); which is an antiepileptic agent, is a compound of phenobarbital and levopropylhexedrine. We couldn't find any literature about barbexaclone intoxication.

Our patient who had taken in 10 grams of barbexaclone orally to commit a suicide has classic phenobarbital intoxication symptoms. We admitted symptomatic and supportive treatment, gastric lavage, active carbon to our patients. She discharged at 9 th day of her admission.

As a result we can say that acute barbexaclone intoxication can be treated with symptomatic supportive treatment.

Key words: Barbexaclone, suicidal, coma, intensive care

Anahtar kelimeler: Barbeksaklon, intihar, koma, yoğun bakım

Barbeksaklon (Maliasin®), uzun etkili bir barbitürat olan fenobarbital ile kısa etkili santral stimulan levopropilheksdrin'in molekül bileşiği olup, başlıca grand-mal olmak üzere epilepsinin değişik formlarında anti-epileptik ajan olarak kullanılmaktadır (1).

Geçmiş yıllarda, barbitüratların amaç dışı ve intihar amaçlı kullanımının sık olmasına karşın, günümüzde nadir olarak rastlanmaktadır (2,3). Yaptığımız literatür taramasında ise, barbeksaklona bağlı entoksikasyon olgusuna rastlamadık. Biz de, bu yazımızda son derece nadir olduğunu düşündüğümüz akut barbeksaklon entoksikasyon olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU

31 yaşındaki kadın hasta, evinde bilinci kapalı olarak bulunarak kocası tarafından hastanemize acil servisine getirildi. Kocasısı, hastanın tamamen sağlıklı olduğunu, ancak küçük yaşlarda

sara hastalığı geçirdiğini, ayrıca hastayı bulduğu yerinde kutusunda 100 mg'lık tabletlerden 100 tane içeren Maliasin® (barbeksaklon) adlı ilacın iki adet boş kutusunu bulduğunu söyledi. Edinilen bilgiye göre hastanın ilacı eczaneden aynı gün satın aldığı ve ilacı oral olarak aldıktan yaklaşık 5 saat sonra hastanemize getirildiği saptandı.

Acil serviste yapılan ilk muayenesinde; genel durum kötü, bilinç kapalı, ağrılı uyaranlara lokalizasyon, göz açma, verbal yanıt yok, santral ve periferik siyanozu, hipotermi ve yüzeysel solunum mevcuttu. Glasgow Koma Skoru 5/15 (V:1, M:3, E:1) olarak değerlendirildi. Kan basıncı 65/38 mmHg, periferik nabız 135/dk, solunum sayısı 5/dk ve vücut ısısı 35.6°C olarak bulundu. Arter kan gazı değerlendirilmesinde; pH 7.22, PO₂ 52 mmHg, PCO₂ 71 mmHg, SpO₂ 82, BE -6 tespit edilmesine üzerine sadece kas gevşetici kullanılarak orotrakeal entübe edilen hastaya, mekanik ventilatör tedavisi (SIMV, PS, f 12/dk, FiO₂ 0,5, TV 550 ml, PS 10 cm H₂O) uygulanmaya başlandı. Kardiyovasküler stabilitenin sağlanması amacıyla, hacim genişletici ve alfa dozunda dopamin uygulandı. İlacın emilimini azaltmak amacıyla, mide lavajı ve aktif kömür uygulandı. Çekilen PA akciğer grafisinde sağ alt lobda saptanan infiltrasyonun aspirasyona bağlı olabileceği düşünüldü, aspirasyon pnömonisi için mekanik ventilasyon tedavisi dışında özgül bir tedavi uygulanmadı. Hastamızın yapılan laboratuvar tetkiklerinde patolojik bir sonuca rastlanmadı. Yoğun çabalarımıza rağmen, barbeksaklon ve/veya fenobarbitalin hastamızdaki serum düzeyini tespit edemedik.

Kan gazlarındaki düzelme ve hastanın koopere olması sonucunda, 3. günde weaning tamamlandı, yüz maskesiyle oksijen tedavisine geçildi. Dopamin dozu azaltılarak 4. günde tamamen kesildi. Hasta 5. günde, şuuru tamamen açık, koopere, patolojik bir laboratuvar sonucu olmadan ve PA akciğer grafisinde sağ alt lobda minimal infiltrasyonla ara yoğun bakım ünitesine alındı. Hastadan alınan anamnezde, kutusunda 100 mg'lık tabletlerden 100 tane içeren Maliasin'den, intihar amaçlı olarak iki tam kutu içtiği, başka ilaç ve alkol almadığı öğrenildi. Yapılan psikiyatri konsültasyonunda, konversiyon tanısı konularak taburcu olduktan sonra psikiyatri polikliniğinde takibi uygun görüldü. Hastamız yatışının 9. gününde şifa ile taburcu oldu.

TARTIŞMA

Entoksikasyon, biyolojik sistemde zararlı ve toksik etki-

lere sahip maddelerin vücuda alınmasıdır. Entoksikasyon olgularının epidemiyolojik olarak değerlendirilmesinin tam olarak gerçekleştirilmesi zor olsa da, önemli bir sağlık sorunu olduğu tartışmasıdır. Yapılan çalışmalarda, entoksikasyon olgularının çoğunlukla akut olarak, hastanın evinde ve kaza sonucu geliştiği saptanmıştır (4,5). En sık entoksikasyon etkeni olarak, farmakolojik ajanlar bulunmuştur (6). Literatür taramamızda, barbeksaklon'un akut entoksikasyonuna rastlamamıza rağmen, barbeksaklon içeriğinin % 60'ını oluşturan fenobarbital entoksikasyonuna özellikle geçmiş yıllarda sıklıkla rastlandığını saptadık (7).

Hastamızın klinik tablosu, fenobarbital entoksikasyonu bulgularına tamamen uymaktadır (8). Fenobarbital'in 1.5 gr dozunun erişkinler için fatal olduğu kabul edilir (9). Hastamızdaki doz 6 gr olmasına rağmen, ölüm olmamıştır. Biz bunu, hastamızın kusmasına, tedavimizin yaklaşık 5 saat sonra yapılmasına karşın yine de etkili olmasına ve barbeksaklon'un % 40'ını oluşturan levopropilheksedrin'in uyarıcı etkisine bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Hastamızı, klasik fenobarbital entoksikasyon tedavisinde (10) olduğu gibi semptomatik ve destek tedavisi uygulayarak tedavi etmeyi planladık. Uyguladığımız tedavinin başarılı olması sonucunda, hemofiltrasyon gibi daha invazif bir tedaviye gereksinim duymadık.

Sonuç olarak, ilk defa karşılaştığımız ve literatür taramasında da rastlamadığımız akut, yüksek doz barbeksaklon entoksikasyonunun, klasik fenobarbital entoksikasyonu semptomları ile seyrettiğini ve aynı şekilde semptomatik, destekleyici olarak tedavi edilebileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. James E, Reynolds F: The extra Pharmacopoeia 30th ed. The pharmaceutical press, New York, 295-300, 1993.
2. Kathol RG, Herr FA: Tricyclics-The most common agent in potentially lethal overdoses J Nerv Ment Dis 171(4):250-52, 1983.
3. Chodorowski Z, Anand JS: Suicidal poisoning with tricyclic antidepressants Prezegl Lek 56(6):438-41, 1999.
4. Veltri JC, Mc Elwee NE, Schumacher MC: Interpretation and uses of data collected in poison control centres in the United States. Med Toxicol 2(4):389-95, 1999.
5. Soslow AR: Acute drug overdose: One hospital's experience Ann Emerg Med 6(7):345-49, 1981.
6. Alderman D, Burke M, Cohen EP: Epidemiology of serious poisoning. Clin Toxicol Rev 21(3):431-36, 1983.
7. Lejoyeux M, Roullion F: Suicide and psychotropic drugs Encephale 4(4):40-5, 1996.
8. Robert HO, William OR: Handbook of poisoning 12th ed Appleton and Lange, California; 320-29, 1987.
9. Lindenberg MC, Cunnigham A: Acute phenobarbital intoxication. Sout Med J 85(8):803-7, 1992.
10. Matthew J: Ellenhorn; Ellenhorn's Medical Toxicology 2nd ed Willams and Wilkins, Pennsylvania 687-96, 1997.