

GENEESMIDDELENINTOXICATIES: AANPAK IN DE EERSTE LIJN

In dit artikel worden de belangrijkste maatregelen besproken wanneer men in de eerste lijn geconfronteerd wordt met een mogelijke geneesmiddelenintoxicatie. Men kan steeds informatie vragen bij het Antigifcentrum, dat dag en nacht beschikbaar is op 070 245 245.

Een planmatige aanpak is belangrijk.

- Waar nodig hebben het ondersteunen van de vitale functies en het beveiligen van de luchtweg de hoogste prioriteit, samen met het inschakelen van de hulpdiensten.

- Bepaalde symptomen kunnen reeds in de eerste lijn een dringende medamenteuze behandeling vergen, bv. respiratoire depressie door opiaatintoxicatie (naloxon toedienen), ernstige convulsies (diazepam rectaal toedienen), ernstige agitatie (een benzodiazepine of een antipsychoticum toedienen), ernstige hypoglykemie (glucose of glucagon toedienen).

- Vervolgens dient de ernst van de intoxicatie te worden ingeschat, o.a. op basis van (hetero)-anamnese en klinisch onderzoek.

- Met uitzondering van glucose, glucagon en naloxon, zijn specifieke antidota in de eerste lijn slechts zelden aangewezen.

- Hoewel toediening van actieve kool zinvol kan zijn, wordt het in de Belgische situatie in principe niet aanbevolen voor gebruik in de eerste lijn.

Acute intoxicatie door inname van geneesmiddelen, intentioneel of accidenteel, komt vaak voor, met wisselende ernst. Volgens het "Activiteitenverslag 2008" van het Antigifcentrum gaven volgende geneesmiddelenklassen aanleiding tot het grootste aantal oproepen (in volgorde van frequentie).

- Bij kinderen, meestal als gevolg van accidentele inname of therapeutische vergissing: geneesmiddelen i.v.m. het centrale zenuwstelsel (vooral benzodiazepines), geneesmiddelen i.v.m. het ademhalingsstelsel (vooral antitussiva), preparaten voor uitwendig gebruik (vooral ontsmettingsmiddelen op basis van alcohol), analgetica.

- Bij volwassenen (in bijna de helft van de gevallen in het kader van een zelfmoordpoging): geneesmiddelen i.v.m. het centrale zenuwstelsel (vooral benzo-

diazepines en antidepressiva), analgetica (NSAID's, paracetamol, narcotische analgetica).

Bij een mogelijke geneesmiddelenintoxicatie zijn een planmatige aanpak en behandeling belangrijk. Men kan steeds informatie vragen bij het Antigifcentrum, dat dag en nacht beschikbaar is via 070 245 245.

Ondersteunen van de vitale functies en symptomatische behandeling

Als de vitale parameters bedreigd zijn, moeten de hulpdiensten onmiddellijk worden gebeld (nummer 100 of 112), met de vraag naar MUG-bijstand. Ondertussen moeten de klassieke ondersteunende maatregelen worden genomen (bv. vrijmaken van de luchtweg, reanimatie); ook het plaatsen van een intraveneuze lijn kan nuttig zijn.

Bepaalde symptomen kunnen reeds in de eerste lijn dringende medicamenteuze behandeling vergen. Ze worden vermeld in de tabel, waarin ook de keuze en de dosis van de eventueel toe te dienen geneesmiddelen worden gegeven.

Symptomen die dringende medicatie kunnen vergen, met keuze van geneesmiddel en dosis

Respiratoire depressie door opiaatintoxicatie	Naloxon (amp. 0,4 mg/1ml) • Niet-opiaatafhankelijke patiënten - traag i.v.: startdosis 0,4 mg (verdund), indien nodig te herhalen om de 2 à 3 minuten (maximale dosis 10 mg); - i.m.: startdosis 0,4 mg (onverdund), indien nodig te herhalen om de 2 à 3 minuten (maximale dosis 10 mg); • Opiaatafhankelijke patiënten: titratie met lagere startdosis (0,1 à 0,2 mg per keer) gezien het risico van acute ontwenningsverschijnselen.
Ernstige hypoglykemie	Glucose (i.v.) • Kinderen: 10%-glucoseoplossing met een aanvangsdosis van 0,5 g (= 5 ml) per kg lichaamsgewicht. • Volwassenen: 50%-glucoseoplossing met een maximale aanvangsdosis van 25 g; in de meeste gevallen volstaat een dosis van 10 tot 15 g. Glucagon (i.m.) (hypokit 1 mg + 1 ml spuit solv.) • < 8 jaar (of lichaamsgewicht < 25 kg): 0,5 mg • > 8 jaar en volwassenen: 1 mg Bij onvoldoende respons na 10 minuten, overschakelen op glucose i.v.
Convulsies	Diazepam rectaal (amp. 10 mg/2 ml)(via rectiole) • < 1 jaar: 0,5 mg/kg • 1 - 3 jaar: 5 mg (0,2 à 0,5 mg/kg) • > 3 jaar: 10 mg (0,2 à 0,5 mg/kg) • volwassenen: 10 tot 20 mg
Ernstige agitatie	Benzodiazepine of antipsychoticum, oraal of, indien dit onmogelijk is, intramusculair (bv. lorazepam 2 mg, eventueel te herhalen na 45 à 60 minuten; haloperidol 5 mg i.m.)
Ernstig braken	Metoclopramide i.m. (amp. 10 mg/2 ml): 10 mg, te herhalen tot max. 1 mg/kg

Enkele commentaren

- *Respiratoire depressie door opiaatintoxicatie* maakt dringende toediening van naloxon noodzakelijk. Aangezien de werkingsduur van naloxon korter is dan deze van de opiaten, dient rekening te worden gehouden met mogelijk opnieuw optreden van

centrale depressie, en is ziekenhuisopname met voldoende lang toezicht wenselijk.

- *Respiratoire depressie ten gevolge van benzodiazepine-intoxicatie* is zelden ernstig, tenzij ook andere sederende middelen of alcohol werden ingenomen. Toediening van flumazenil, een benzodiazepine-antago-

nist, is niet zonder gevaar (o.a. risico van acute ontweningsverschijnselen zoals ernstige agitatie, en van convulsies, zeker bij inname van andere geneesmiddelen die de convulsiedrempel verlagen) en is in principe niet aangewezen in de eerste lijn.

- *Bewustzijnsstoornissen* moeten steeds doen denken aan *hypoglykemie*. Bij ernstige hypoglykemie komt hypertone glucose of glucagon in aanmerking. Intraveneuze toediening van glucose is de eerste keuze, maar bij extravasatie kan door de hypertone glucose weefselnecrose optreden. Het nut van glucagon bij hypoglykemie door hypoglykemiërende sulfamiden wordt betwist.
- *Langdurige convulsies* (langer dan 5 à 10 minuten) of herhaalde aanvallen met onvoldoende herstel tussenin, vereisen een dringende aanpak. Indien in afwachting van gespecialiseerde hulp (bv. de aankomst van het MUG-team) beslist wordt om reeds medicamenteus te behandelen, is diazepam rectaal de eerste keuze.
- *Ernstige agitatie*, bv. na intoxicatie met psychotrope middelen, kan toediening van een benzodiazepine of een antipsychoticum vereisen. Bij patiënten met agitatie ten gevolge van intoxicatie met sederende middelen of alcohol, kan parenterale toediening van een benzodiazepine leiden tot respiratoire depressie.
- *Ernstig braken* kan optreden na intoxicatie met o.a. digoxine, lithium, ijzer, theofylline, paracetamol. Metoclopramide kan verlichting bieden.

Inschatten van de ernst van de intoxicatie

Samen met de eventuele bovenvermelde maatregelen moet de ernst van de intoxicatie worden ingeschat, steunend op de (hetero-)anamnese, waarbij informatie ver-

zameld wordt in verband met de aard van het (de) ingenomen geneesmiddel(en), de veronderstelde ingenomen hoeveelheid, het tijdstip van de inname en de eventuele gelijktijdige inname van alcohol of drugs. Benadrukt moet worden dat de anamnese onbetrouwbare gegevens kan opleveren en kan leiden tot onderschatting van de ernst van de toestand.

Ook gegevens uit het klinisch onderzoek zijn belangrijk, maar de afwezigheid van symptomen kan misleidend geruststellend zijn, bv. bij paracetamolintoxicatie waarbij de symptomen pas zeer laat optreden. In geval van intentionele intoxicatie mogen dringende psychiatrische evaluatie en hulpverlening niet vergeten worden.

Tegengaan van de gastro-intestinale resorptie

Over technieken om gastro-intestinale resorptie tegen te gaan, zijn er geen gerandomiseerde, gecontroleerde studies beschikbaar, en werden op basis van consensus van experts de volgende richtlijnen opgesteld.

- *Actieve kool* als adsorberend middel is zinvol voor de meeste potentieel gevaarlijke intoxicaties indien het binnen het uur na de intoxicatie wordt toegediend; het nut ervan bij latere toediening (tot 4 uur na de intoxicatie) is onzeker. Gebruik in de eerste lijn is in België in principe niet aanbevolen omdat de potentiële voordelen niet opwegen tegen de risico's bij onvoldoende kennis van de contra-indicaties, en omdat de spoedgevallendiensten nooit ver weg zijn.
- *Maagspoeling* wordt ook in gespecialiseerd milieu nog zelden toegepast, en is zeker geen optie in de eerste lijn. Factoren zoals de ernst van de intoxicatie, de

kans dat een maagspoeling een klinisch belangrijke hoeveelheid zal verwijderen (o.a. afhankelijk van de tijd sinds de inname) en het risico van de procedure (o.a. aspiratie, slokdarmtrauma), moeten worden afgewogen.

- Uitlokken van braken met *ipeca-siroop* heeft geen plaats meer.
- Voor het gebruik van *laxativa* of van *melk* bij intoxicaties zijn er geen argumenten.

Antidota

- *Glucose* en *glucagon* zijn aangewezen bij ernstige hypoglykemie, bv. door overdosering van hypoglykemiërende middelen (cf. supra).
- *Naloxon* is nuttig in geval van respiratoire depressie door opiaatintoxicatie (cf. supra).
- *Flumazenil* is in het kader van een benzodiazepine-intoxicatie in principe niet aangewezen in de eerste lijn (cf. supra).
- *Acetylcysteïne* wordt intraveneus gebruikt bij acute intoxicatie met paracetamol (optimaal binnen de 8 uren na inname); in de Belgische situatie waar spoedgevallendiensten nooit ver weg zijn, is de toediening

van acetylcysteïne vóór de ziekenhuisopname niet wenselijk en ook niet haalbaar.

In een ziekenhuis dat patiënten met een acute intoxicatie opvangt, dient uiteraard een reeks antidota in voorraad te zijn. Op de website van het Antigifcentrum (www.antigifcentrum.be) is gedetailleerde uitleg te vinden over deze antidota en over waar ze kunnen verkregen worden.

Enkele referenties

Anoniem. Intoxication aiguë par ingestion médicamenteuse: premiers soins. Traiter une détresse vitale, évaluer le risque d'aggravation, et, le cas échéant, de détresse psychique. *La Revue Prescrire* 2010;30:356-64

Philips H, D Sutter A, Buylaert W, De Paepe P, Calle P en Schrans D. Gebruik van medicatie bij urgenties. Via http://www.domusmedica.be/images/stories/aanbevelingen/ab_medicatie_bij_urgenties.pdf

Website van het Antigifcentrum:
<http://www.antigifcentrum.be/sommaire.php?lang=nl>, kies "Gezondheidswerkers"

Goed om te weten

HORMONALE SUBSTITUTIETHERAPIE EN RISICO VAN INVASIEVE BORSTANKER

[Reeds verschenen in de rubriek Goed om te weten" op onze website op 22/11/2010]

Ongeveer 5 jaar na stoppen van hormonale substitutietherapie is er nog steeds een verhoogd risico van invasieve borstkanker.

In de *JAMA* verschenen op 20 oktober 2010 [2010;304:1684-92, met editoriaal 1719-20] de resultaten van een follow-up van een van de studies van de *Women's Health Initiative* (WHI).

- De oorspronkelijke publicatie van deze studie dateert van 2002. Het ging om een

gerandomiseerde, placebo-gecontroleerde studie over hormonale substitutietherapie (HST) op basis van geconjugeerde oestrogenen + medroxyprogesteronacetaat. Deze studie werd in 2002 vroegtijdig gestopt, na een gemiddelde behandelingsduur van 5,6 jaar, omwille van een verhoogd risico van