

Courrier à la rédaction

Tablettenintoxikation

Brief zu: Bianca AV, Shaikh KA. Wann ist die maximale Detoxifikation direkt indiziert? Swiss Med Forum. 2024;24(15):203–5.

Mit Interesse haben wir den Artikel zu einer schwer verlaufenen Venlafaxin-Intoxikation mit Krampfanfällen und kardiogenem Schock gelesen. Aus Sicht von Tox Info Suisse möchten wir drei Punkte zu diesem Artikel anmerken, die Dekontamination, den Verlauf der Intoxikation und die Tablettenmenge.

Dekontamination

Die Magenspülung ist mit einem erheblichen Risiko behaftet und die Evidenz für ein verbessertes Outcome fehlt, deshalb wird sie seit vielen Jahren nicht mehr empfohlen und die Empfehlung im Artikel zur Magenspülung sollte deshalb nicht befolgt werden.

Es überrascht sehr, dass angegeben wird, im Zentrumsspital sei eine Magenspülung mit Extraktion eines «Tabletten-Bezoars» durchgeführt worden. Bei einer Magenspülung werden Tabletten oder Tablettenreste nur teilweise und unzuverlässig aus dem Magen entfernt. Insbesondere ist nicht zu erwarten, dass Bezoare, die je nach Anzahl der miteinander verklumpten Tabletten recht gross sein können, durch eine Magenspülung entfernt werden.

Das Standardverfahren zur Entfernung grösserer Tablettenmengen ist heute die Gastroduodenoskopie. Diese sollte nach Einnahme einer potentiell lebensbedrohlichen Menge von Retardpräparaten oder Substanzen, die nicht an Kohle binden, in Betracht gezogen werden. Im Anschluss an die Gastroduodenoskopie kann je nach Substanz Aktivkohle verabreicht werden.

Gerade bei Venlafaxin-Retardpräparaten spielt ausserdem die Galenik der Tabletten für die Dekontaminationsempfehlung eine grosse Rolle. Bei gewissen Depotcaps mit Makropellets ist die Bildung eines Bezoars möglich, bei Präparaten mit Mikropellets ist eine solche nicht zu erwarten.

Die primäre Giftelimination sollte so früh wie möglich erfolgen und nicht erst dann, wenn schwere Symptome auftreten. Der Fall unterstreicht deshalb, wie wichtig die Abschätzung der maximal möglichen Einnahmemenge ist, um die Dekontamination, die Therapie und den Ort der Hospitalisation (peripheres Spital oder Zentrumsspital mit Möglichkeit der extrakorporalen Membranoxygenierung [ECMO]) adäquat zu planen.

Verlauf

Die im Verlauf auftretenden rezidivierenden und mit Benzodiazepinen nicht beherrschbaren Krampfanfälle sind keinesfalls mit der ursprünglich genannten Menge von drei Tabletten vereinbar. Differentialdiagnostisch ist bei einer ansonsten gesunden Jugendlichen mit Suizidversuch neben weiteren eingenommenen Substanzen auch eine falsch niedrig angegebene Tablettenmenge sehr wahrscheinlich. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wäre eine Reevaluation des Falles angezeigt gewesen und weitere mögliche therapeutische Massnahmen hätten diskutiert werden sollen.

Tablettenmenge

Im Artikel ist von 160 leeren Blistern und einer Gesamtmenge von 24 g die Rede. Ein Blister enthält mehrere Tabletten, sodass die Angabe von 160 leeren Blistern und 24 g nicht zusammenpassen. Einer Gesamtmenge von 24 g entsprechen 160 Tabletten à 150 mg.

*Prof. Dr. med. Alexander Jetter,
Dr. med. Colette Degrandi,
Dr. med. Katrin Faber,
Dr. med. Cornelia Reichert;
Tox Info Suisse, Zürich*

Conflict of Interest Statement

Die Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Replik

Wir danken den Kolleginnen und Kollegen von Tox Info Suisse für ihre wertvolle Rückmeldung [1] und sind in zwei Punkten mit dem Input einverstanden. Ergänzend möchten wir Folgendes kommentieren:

Zur Dekontamination

Wir stimmen zu, dass die Terminologie hier falsch gewählt wurde.

Faktisch wurde, wie bereits von den Autorinnen und Autoren des Leserbriefs korrekt wiedergegeben, eine Ösophagogastrroduode-

noskopie mit endoskopisch gesteuerter Magenspülung (mit Endoskop und Endowasher) und Extraktion von Medikamentenresten durchgeführt. Dies, wie bereits in unserem Artikel [2] erwähnt, unter Atemwegssicherung.

Auch möchten wir für die diesbezügliche Anmerkung danken und – ebenfalls wie bereits in unserem Artikel erwähnt – erneut darauf hinweisen, dass auch eine endoskopisch gesteuerte Magenspülung oder eine endoskopisch gesteuerte Extraktion der Medikamentenreste nicht als Standardmassnahme gewählt, sondern nur in gewissen potentiell lebensbedrohlichen Situationen und bei gesicherten Atemwegen erwogen respektive durchgeführt werden sollte [3].

Spannend und deshalb anzumerken ist, dass in einem in unserem Artikel erwähnten ähnlichen Fallbeispiel mit Bedarf zum extrakorporalen Life Support (ECLS) bei Venlafaxin-Intoxikation mit der retardierten Form nach acht Tagen noch perlenartige Pillenfragmente im Magenaspirat gefunden werden konnten [4]. Ferner zeigt auch ein kürzlich publizierter Case Report einer Patientin mit Mischintoxikation (Valproat, Estazolam, Chlorpheniramin, Acetylsalicylsäure) – mit Durchführung einer Magenspülung erst vier Stunden nach Ingestion – noch eine signifikante Reduktion des Medikamentenspiegels im Magen und auch eine Reduktion des Medikamentenspiegels in den Blutwerten [5]. In unserem Fallbeispiel wurde die endoskopisch gesteuerte Magenspülung >24 Stunden nach Intoxikation durchgeführt.

Hier möchten wir die Empfehlung einer frühen Dekontamination erneut unterstreichen.

Zum Verlauf

Aufgrund der Krampfanfälle war uns bei Aufnahme auf die Intensivstation bewusst, dass eine grössere Menge an Substanz eingenommen worden war. Auch wurde zu diesem Zeitpunkt eine erneute Intoxikationsanamnese mit den Angehörigen durchgeführt, leider ohne weitere aufschlussreiche Angaben. Die Gefahr und das Ausmass des späteren Kreislaufstillstandes wurden zu diesem Zeitpunkt nicht antizipiert. Die Krampfanfälle waren aber beherrschbar und gaben gemäss unserem Wissenstand und aus unserer Erfahrung noch keinen Anlass, die Patientin in ein Zentrum mit Möglichkeit zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) zu verlegen [6].

Envoyer un courrier

Vous pouvez transmettre votre courrier à la rédaction en ligne sur:
<https://smf.manuscriptmanager.net/>

Tablettenmenge

Wie korrekt hervorgehoben, passen die Angaben im Artikel nicht zusammen. Gemeint waren in diesem Fall: «zahlreiche aufgefundene leere Blister Venlafaxin, entsprechend 160 Tabletten bzw. einer Menge von 24 g».

Wir hoffen, wir konnten mit diesen Kommentaren Klarheit schaffen und danken erneut für das aufmerksame Lesen und die wertvollen Anmerkungen.

Dr. med. Amanda Virginia Bianca,
Dr. med. Karim Alexander Shaikh

Conflict of Interest Statement

Die Autorin und der Autor haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Jetter A, Degrandi C, Faber K, Reichert C. Tabletten-intoxikation. *Swiss Med Forum*. 2024;24(27–28):364.
- 2 Bianca AV, Shaikh KA. Wann ist die maximale Detoxifikation direkt indiziert? *Swiss Med Forum*. 2024;24(15):203–5.
- 3 Hafer C, Kielstein JT. Therapie akuter Intoxikationen. *Intensivmedizin* up2date. 2014;10(03):201–5.
- 4 Murphy L, Rasmussen J, Murphy NG. Murphy, Venlafaxine overdose treated with extracorporeal life support. *CMAJ*. 2021;193(5):E167–E170.
- 5 Zhou Y, Tong JL, Peng AH, Xu SY. Comparison of drug concentrations in blood and gastric lavage fluid before and after gastric lavage: A case report. *World J Clin Cases*. 2023;11(31):7680–3.
- 6 Vo KT, Merriman AJ, Wang RC. Seizure in venlafaxine overdose: a 10-year retrospective review of the California poison control system. *Clin Toxicol (Phila)*. 2020;58(10):984–90.

Erratum

Concerne: Barazzzone C, Barben J, Blanchon S, Hammer J, Kuehni CE, Latzin P, et al. Asthme de l'enfant d'âge scolaire à partir de 5 ans. *Swiss Med Forum*. 2024;24(25):318–23.

Dans l'article «Recommandations suisses 2023: Partie 2 – Asthme de l'enfant d'âge scolaire à partir de 5 ans», une photo montrant un enfant inhalant directement dans la bouche avec un aérosol-doseur bleu a été utilisée comme en-tête dans la table des matières et en ligne.

Le Prof. Dr méd. Alexander Möller et les auteurs et auteurs de l'article trouvent ce choix d'illustration malencontreux et argumentent comme suit: «Chez les enfants, l'utilisation d'un aérosol-doseur sans chambre d'inhalation est obsolète. Les enfants ne peuvent pas coordonner correctement le déclenchement

précis de la pulvérisation avec l'inspiration et ne produisent pas, lors de l'inspiration, un volume inspiratoire suffisant pour inhaler complètement l'aérosol. Par conséquent, le dépôt est principalement localisé dans la région bucco-pharyngée, ce qui, d'une part, rend le médicament inefficace et, d'autre part, entraîne des effets secondaires indésirables. Chez les enfants, l'inhalation avec un aérosol-doseur implique obligatoirement l'utilisation d'une chambre d'inhalation adaptée à l'âge, en règle générale avec un embout buccal sans masque à l'âge scolaire. Dès que la coordination et le flux respiratoire le permettent, il faut utiliser des inhalateurs de poudre sèche.»

La maison d'édition s'excuse pour cette inexactitude. L'image d'en-tête a été remplacée en ligne.