Recurrent Suicide Attempt With Amitriptyline in a Patient with Depressive Mood Disorder

Depresif Duygu Durum Bozukluğu Olan Bir Hastada Amitriptilin ile Tekrarlayan Özkıyım Girişimi

Amitriptilin İle Tekrarlayan Özkıyım Girişimi / Recurrent Suicide Attempt with Amitriptyline

Hızır Ufuk Akdemir[1], Pınar Henden[1], Şahin Çolak[2], Latif Duran[1], Celal Katı[1]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Samsun,
[2]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Birçok ülkede ilk on ölüm nedeninden biri olan özkıyımlarda en sık görülen girişim yolu yüksek doz ilaç alımıdır. Özkıyım girişimlerinin büyük bir kısmında genellikle altta yatan psikiyatrik bir bozukluk vardır. Bu hastalarda en sık depresif bozukluk görülür. Özkıyım girişimine neden olan psikiyatrik bozuklukların yanı sıra kişilik bozukluklarının da tanımlanması son derece önemlidir. Trisiklik antidepresan alımı acil servise sık başvuru nedenlerinden biridir. Bu yazıda acil servise tekrarlayan yüksek doz amitriptilin alımı ile özkıyım girişimi sonucu getirilen bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler

Amitriptilin; Özkıyım; Depresyon; Zehirlenme

Abstract

High-dose drug intake is one of the most common attempts in suicide which is one of the first ten cause of death in many countries. There is an underlying psychiatric disorder in the majority of suicide attempts. Depressive disorder is seen most commonly in these patients. The identification of psychiatric disorders as well as personality disorders causing the suicidal attempt are extremely important. The intake of tricyclic antidepressant is a common reason of the admission to the emergency service. A case admitted to emergency service due to suicidal attempt with recurrent high-dose amitriptyline intake is presented in this article.

Keywords

Amitriptyline; Suicide; Intoxication; Depression

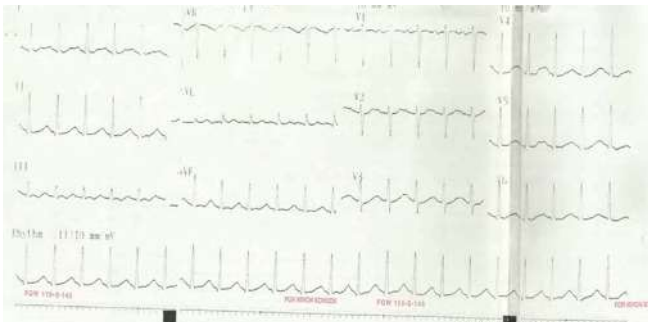
DOI: 10.4328/JCAM.2121 Received: 27.10.2013 Accepted: 02.11.2013 Printed: 01.10.2013 J Clin Anal Med 2013;4(suppl 2): 160-2
Corresponding Author: Hızır Ufuk Akdemir, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye.
GSM: +905323331743 F.: +90 3624576041 E-Mail: hufukakdemir@hotmail.com

Giriş

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan özkıyım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre ilk on ölüm nedeni arasında olup tüm ölümlerin yaklaşık %0.9'undan sorumludur [1]. Özkıyım girişimi ile ilişkisi en fazla gösterilmiş olan psikiyatrik bozukluk depresyondur [2]. Bunun yanı sıra özkıyımlarda bireyin kişilik özellikleri de önemlidir. Özkıyım girişiminde bulunan hastalar genellikle olgunlaşmamış, ben merkezcil, aşırı bağımlılık gereksinimleri olan, dürtü kontrolleri zayıf bireylerdir [1, 3]. Özkıyım girişimlerinin büyük çoğunluğunu ilaç alımları oluşturmaktadır. Trisiklik antidepresan (TSA) zehirlenmeleri ilaç alımı nedeni ile acil servise başvurular içinde önemli bir yer tutmaktadır [4]. Bu yazıda depresif duygu durum bozukluğu tanısı ile takipte olan ve yüksek doz amitriptilin alarak acil servise tekrarlayan özkıyım girişimleri nedeni ile başvuran on sekiz yaşında bir olgunun fizik muayene ve laboratuar bulguları ile izlem, tedavi ve sonuçları sunulmuştur.

Olgu Sunumu

On sekiz yaşında kadın hasta bilinç değişikliği ve ajitasyon nedeni ile acil servisimize getirildi. Hasta yakınlarından, hastanın yaklaşık 4 saat önce 25 mg amitriptilin içeren ilaçtan 40 adet aldığı öğrenildi. Hastaya ilk başvurduğu hastanede mide lavajı ve aktif kömür uygulanmıştı. Başvuru anında Glasgow Koma Skalası (GKS) skoru 6 olan hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Fizik muayenede: kan basıncı: 100/60 mmHg, na¬bız: 120 atım/dakika, solunum sayısı: 20/dakika ve ateş: 36,1 °C idi. Fizik muayenesinde ek özellik saptanmayan hastanın çekilen elektrokardiyog¬rafi (EKG)'sinde kalp hızı 132 atım/dakika, QRS süresi 84 ve QTc 412 msn idi (Şekil 1). Laboratuar tetkiklerinde: lökosit: 9770/uL, Hb: 11.6 g/dL, PLT: 175000/uL idi. Kan gazı incelemesinde pH: 7.3, pCO2: 36.4 mmHg, pO2: 139 mmHg, HCO3: 21.4 mmol/L, BE: -3.2 mmol/L ve O2Sat: %98.7 idi. Hastanın akciğer grafisinde akut bir patoloji tespit edilmedi. Özgeçmişinde dört kez daha amitriptilin alarak özkıyım girişimi öyküsü olan hastada klinik bulgular eşliğinde TSA (amitriptilin) intoksikasyonu düşünüldü. Başvuru anında entübe edilen hastaya serum fizyolojik (% 0.9 NaCl) infüzyonu başlandı. Nöbet aktivitesi ve/veya EKG değişikliği saptanmayan hastaya sodyum bikarbonat (NaHCO3) tedavisi verilmedi. Destek tedavisi (hidrasyon, monitörizasyon ve mekanik ventilasyon) uygulanmaya başlanan hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yaklaşık yirmi dört saat entübe takip edilen hasta bilincinin açılması üzerine ekstübe edilerek mekanik ventilatörden ayrıldı. Vital bulguları stabil seyreden ve takibinde ek problem olmayan hasta psikiyatri ile konsülte edildi. Psikiyatri bölümü tarafından depresif bozukluk tanısı ile sertralin tablet 50 mg/gün tedavisi başlanan hastada eksen 2 kişilik bozukluğu da olabileceği belirtilerek psikiyatri poliklinik kontrolü önerildi. Hasta yatışının beşinci gününde şifa ile taburcu edildi.



Şekil 1. Hastanın başvuru anında çekilen elektrokardiyografisi

Yakınlarından, daha önce de dört defa amitriptilin alarak özkıyım girişimi öyküsü olduğu öğrenilen hastanın sadece önceki iki başvurusuna ait hastane kayıtlarına ulaşılabildi. Diğer iki başvurunun farklı hastanelere olmasından dolayı o döneme ait hasta bilgilerine ulaşılamadı. Yaklaşık 4,5 yıl önce hastanemize yapılan birinci başvuruda, bilinci uykuya meyilli ve uyandırıldığında ise ajite olan hastanın GKS skorunun 10 olarak değerlendirildiği, sinüs taşikardisi (yaklaşık 110/dakika) dışında ek patolojik fizik muayene, laboratuar ve EKG bulgusunun olmadığı tespit edildi. Yine hastane kayıtlarından, hastanın 10 mg amitriptilin içeren ilaçtan 30 adet aldığı, destek tedavisi verilerek takip edildiği ve psikiyatri konsültasyonu sonucu depresif bozukluk düşünülerek sertralin tedavisi başlanarak yatışının üçüncü gününde şifa ile taburcu edildiği öğrenildi.

Yaklaşık dört yıl önce hastanemize yapılan diğer başvuruda ise hastanın 10 mg amitriptilin içeren ilaçtan 25-30 adet aldığı, bilincinin uykuya meyilli olduğu, GKS skorunun 9 olarak değerlendirildiği ve sevk edildiği kurumda mide lavajı yapılarak aktif kömür uygulandığı hastane kayıtlarından öğrenildi. Fizik muayene, laboratuar ve EKG bulguları normal sınırlarda olan ve destek tedavisi uygulanarak takibe alınan hastanın psikiyatri konsültasyonu sonucu depresif bozukluk düşünülerek sertralin ve risperidon başlanarak yatışının ikinci gününde kendi isteği ile taburcu edildiği öğrenildi.

Tartışma

Trisiklik antidepresan (TSA) ilaçlar depresyon, nöropatik ağrı, migren, enürezis ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu gibi pek çok farklı endikasyonda kullanılmaktadır. Acil servise başvuru nedenleri arasında önemli bir yer tutan TSA zehirlenmeleri ölümle sonuçlanma potansiyeline sahiptir [4]. Tüm antidepresan ilaç zehirlenmeleri arasında TSA zehirlenmeleri diğerlerine göre daha sık görülmektedir [5]. TSA zehirlenmelerinde ise en sık karşılaşılan ilaç amitriptilin olup yarı ömrü 7-58 saat arasındadır. Terapötik doz aralığı 1-5 mg/kg olan TSA'ların özellikle 10 mg/kg'ın üzerinde alınmış olması ciddi toksisite ve mortalite riskine neden olur [6]. TSA zehirlenmelerinde ilaç düzeyinin belirlenmesinin akut tedavi yönetimine etkisi fazla değildir, ancak tanıyı desteklemek için katkısı vardır [5]. Hastamız toplam beş kez özkıyım amaçlı amitriptilin alan on sekiz yaşında bir kadın idi. Hastanın vücut ağırlığına göre hesaplanan amitriptilin dozu yaklaşık 16-17 mg/kg civarında olup ciddi toksisite aralığında idi. Teknik yetersizlikler nedeni ile kan ilaç (amitriptilin) düzeyi çalışılamadı. İlaç alımını takiben beşinci saatte acil servise getirilen hastada başvuru anında toksisite bulguları mevcuttu.

Şiddetli TSA zehirlenmelerinde her türlü ritm bozuklukları, nöbet, solunum depresyonu, koma ve hatta ölüm görülebilir [7]. Nöbet ve bilinç değişikliği merkezi sinir sistemi toksisitesinin önemli belirtilerindendir [5]. Hastamızda başvuru anında bilinç değişikliği (koma) ve taşikardi tespit edildi. Hasta acil servisteki ilk değerlendirmesini takiben entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Acil serviste başlanan destek tedavisine yoğun bakım ünitesinde de devam edildi. Yaklaşık yirmi dört saat entübe takip edilen hasta bilincinin açılması üzerine ekstübe edilerek mekanik ventilatörden ayrıldı.

Sinüs taşikardisi, sağ aks sapması, PR, QRS ve QT intervallerinde uzama TSA zehirlenmelerinde sık görülen EKG değişiklikleridir. Bu tip EKG değişiklikleri genellikle orta-ciddi toksisite durumunda ortaya çıkar [6]. Sinüs taşikardisi TSA zehirlenmelerinde en sık görülen kardiyak anormallik olmasına rağmen genellikle hemodinamik bozukluk oluşturmaz [5]. Destek tedavisi ile kalp hızı normal sınırlara gelen hastamızda sinüs taşikardisi dışında EKG değişikliği saptanmadı.

TSA zehirlenmelerinde erken dönemde mide lavajı ve aktif kömür (1 gr/kg dozunda) uygulanması önerilmektedir [6]. Hastamıza ilk başvurduğu hastanede erken dönemde mide lavajı ve aktif kömür uygulandığı epikrizden öğrenildi. Acil servisimize başvuru anında GKS skoru 6 olarak değerlendirilen hastaya entübasyon sonrası tekrarlayan aktif kömür uygulaması yapıldı.

TSA zehirlenmelerinde NaHCO3 tedavisi endikasyonları: sıvı tedavisine yanıtsız hipotansiyon, ventriküler disritmiler ve kardiyak ileti bozukluklarıdır [5]. QRS intervali 100 msn üzerinde olan hastalara sodyum bikarbonat tedavisi başlanması önerilmektedir [5, 6]. Sinüsal taşikardi dışında EKG değişikliği olmayan ve hipotansiyon saptanmayan hastaya sadece intravenöz serum fizyolojik (% 0.9 NaCl) infüzyonu uygulandı.

Özkıyım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre ilk on ölüm nedeni arasında yer almaktadır [1]. İlaç zehirlenmeleri özkıyım nedeni ile acil servise olan başvurular içinde önemli bir yer tutmaktadır. Özkıyım girişimi ile psikiyatrik bozukluklar arasında güçlü bir ilişki söz konusu olup ilişkisi en fazla gösterilmiş olan psikiyatrik bozukluk depresyondur [2]. Ateşçi ve ark. [8] yaptıkları çalışmada özkıyım girişiminde bulunanların yaklaşık olarak yarısında psikiyatrik bozukluk (%53,3) ve psikofarmakolojik tedavi (%48) öyküsü bulunduğunu, girişimcilerin en fazla kullandıkları yöntemin ise ilaç alımı (%65) olduğunu bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada özkıyım girişiminde bulunan hastalarda en sık görülen psikiyatrik bozuklukların depresyon (%46.7), psikotik bozukluk (%15) ve anksiyete bozukluğu (%13.3) olduğu saptanmıştır [8]. Hastamızın özgeçmişinde depresif bozukluk öyküsü mevcuttu ve özkıyım girişimlerinin tamamında yüksek doz ilaç (trisiklik antidepresan) alım yolunu kullanmıştı.

Özkıyımlarda psikiyatrik bozuklukların yanı sıra bireyin kişilik özellikleri de son derece önemlidir. Özkıyım girişiminde bulunan hastalar genellikle olgunlaşmamış, ben merkezcil, aşırı bağımlılık gereksinimleri olan, dürtü kontrolleri zayıf bireylerdir [1, 3]. Bu özelliklerin toplandığı küme B kişilik bozukluklarında (antisosyal, borderline, histrionik ve narsistik) kendine zarar verme ya da özkıyım daha sıktır [1, 3]. Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda tetikleyici faktörlere bağlı özkıyımların ve depresyonda kendine zarar verme davranışlarının çok fazla görüldüğü bildirilmiştir [8]. Ateşçi ve ark. [8] yaptıkları çalışmada özkıyım girişimi olan hastalarda en sık borderline kişilik bozukluğu saptadıklarını ve bunu sırasıyla histrionik ve antisosyal kişilik bozukluğunun izlediğini bildirmişlerdir [8]. Şevik ve ark. [9] yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunanların yaklaşık dörtte birinin daha önce de benzer girişimlerinin olduğunu bildirmişlerdir [9]. Hastamızın tıbbi hikayesinden özgeçmişinde tekrarlayan özkıyım girişimlerinin olduğu ve bu girişimlerin bazı tetikleyici faktörlere bağlı olarak gerçekleştiği öğrenildi. Hasta özkıyım girişimlerinin özellikle annesi ve arkadaşları gibi yakınlarıyla tartıştıktan sonra olduğunu belirtti. Hastanemize olan daha önceki iki başvurusunda da psikiyatri konsültasyonu sonucu depresif bozukluk düşünülerek medikal tedavi (sertralin ve risperidon) başlanan hastanın son başvurusunda da depresif bozukluk düşünüldü. Ayrıca medikal tedavi (sertralin) başlanan hastaya kişilik bozukluğu açısından değerlendirilmek üzere ve kontrol amaçlı psikiyatri polikliniğine başvurması önerildi. Hasta yatışının beşinci gününde şifa ile taburcu edildi.

Hvid ve ark. [10] tekrarlayan özkıyım girişimlerini önlemede bireylerin uzun süreli takibe alınmasının en uygun yaklaşım olduğunu bildirmişlerdir. Hastamıza her başvurusunda taburculuk sonrası psikiyatrik takip önerilmişti ve aile bireylerine özkıyım eğilimi konusunda bilgilendirme yapılmıştı.

Sonuç olarak; değişen hayat koşulları nedeni ile daha sık görülmeye başlanan psikiyatrik bozukluklar özkıyım girişimlerinin önemli bir etkeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle depresif bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu ile özkıyım girişimi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle psikiyatrik bozuklukların tanısının konularak takip ve tedavisinin yapılması toplumun bir parçası olan bireyin yaşam kalitesine katkıda bulunabilir ve tekrarlayan özkıyım girişimlerini engelleyebilir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Roy A. Psychiatric emergencies. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7 th ed. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins; 2000. p. 2031-40.
2. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. Am J Psychiatry 1993;150(6):935-40.
3. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. Am J Psychiatry 1991;148(12):1647-58.
4. Otal Y, Karataş AD, Baydın A, Eden AO. Ölümcül Doz Amitriptilin Zehirlenmesi: Olgu Sunumu. Fırat Tıp Dergisi 2009;14:160-162.
5. Yılmaz M. Siklik Antidepresanlar. In: Satar S, İkizceli İ, editors. Goldfrank'ın Toksikolojik Aciller El kitabı. 1th ed. Adana: Nobel Kitabevi; 2008. p. 608-14.
6. Mills KC. Cyclic antidepressants. In: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD, editors. Tintinalli's Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2011. p. 1193-98.
7. Rosenstein DL, Nelson JC, Jacobs SC. Seizures associated with antidepressants: a review. J Clin Psychiatry 1993;54(8):289-99.
8. Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları. Klinik Psikiyatri 2002;5:22-7.
9. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. Klinik Psikiyatri 2012;15:218-25.
10. Hvid M, Vangborg K, Sørensen HJ, Nielsen IK, Stenborg JM, Wang AG. Preventing repetition of attempted suicide--II. The Amager project, a randomized controlled trial. Nord J Psychiatry 2011;65(5):292-8.

How to cite this article:
Akdemir HU, Henden P, Çolak Ş, Duran L, Katı C. Recurrent Suicide Attempt With Amitriptyline in a Patient with Depressive Mood Disorder. J Clin Anal Med 2013;4(suppl 2): 160-2.