

Editöre Mektup

Koroner Perkütan Girişim Sırasında Radyokontrast Madde Sonrası Anafilaksi ve Dik

Bahar AYDINLI *, Yeşim GÜRAY **, Ümit GÜRAY **, Rıza Sarper ÖKTEN ***, Gürel NEŞŞAR ****

Sayın Editör,

Koroner anjiyografi yapılan hastada kullanılan noniyonize radyokontrast maddeye (RKM) karşı geliştiği sonradan anlaşılan anafilaksi ve ardından meydana gelen “Yaygın Damar İçi Pıhtılaşma” (Diffüz intravasküler koagülopati - DİK) olgusunu paylaşmayı amaçladık.

Altmış üç yaşında kadın hastaya daha önce yapılmış koroner anjiyografi sonucuyla sağ koroner arter (RCA) ve sol ön inen artere (LAD) ilaç kaplı stent yerleştirilmesi planlandı. Anamnezinde hipertansiyon ve yeni tanı almış astım olan hastaya önce LAD stenti takıldı. RCA'ya stent takılırken verilen noniyonize RKM (iyopromid-Ultravist®) sonrası ani bir hipotansiyon (sistolik kan basıncı<60 mmHg) ve derin bradikardi (40 atım/dk) meydana geldi. Hastaya transvenöz “pace” yerleştirildi ve koroner yoğun bakım ünitesine (YBÜ) çıkarıldı. Derin bradikardi ve hipotansiyon sırasında vücudunda herhangi bir döküntü oluşmayan hastada ilaç kaplı stente (limus salınımlı stent) karşı alerjik reaksiyon olabileceği düşünüldü. Trans Torakal Ekokardiyografi (TTE) ile sağ ve sol ventrikül fonksiyonları normal saptanan hastaya hipotansiyonu tedavi etmek için kristaloid-kolloid replasmanı yapıldı. Prednizolon 2 mgkg⁻¹ ve 20 mg famotidin

(Nevofam-L®) intravenöz yapıldı. Yeterli arter kan basıncı yüksekliği sağlanamayınca (sistolik <70 mmHg) 2 µgr dk⁻¹ epinefrin ve 0,3 µgr kg⁻¹ dk⁻¹ norepinefrin infüzyonu başlandı. Kan gazında metabolik asidoz ve Hb: 5 gdl⁻¹ gelmesi üzerine girişim yerinde vasküler yaralanma olabileceği düşünülerek BT anjiyografi çekildi. BT anjiyografide vasküler hasar saptanmadı ancak ikinci kez verilen RKM sonrası hastada anjiyoödem gelişti. Hipotansiyonu daha da belirginleşen hastaya 2 mgkg⁻¹ prednizolon ve famotidin 20 mg intravenöz yinelenildi. Geriye dönük değerlendirme yapılarak ilk doz RKM ile alerjik reaksiyon, ikinci doz RKM ile anafilaksi geliştiği anlaşılan hastaya ısrarlı hipotansiyonun eklenmesi sonucu anafilaktik şok tanısı konuldu. Solunum sıkıntısı belirginleşen hastamıza maskeyle yüksek akımlı oksijen verilerek SpO₂ % 85-90 arasında tutuldu ve solunum noninvaziv mekanik ventilasyonla desteklendi. Yerleştirilen stentlerin ilaç kaplı olması nedeniyle ikili antiplatelet tedavi alan hastamızda INR: 3 saptanması, PT- APTT pıhtılaşma olmaması, plt: 13000/uL, Hb: 6 gdl⁻¹ olması, hematüri ve tüm vücutta yaygın peteşi olmasıyla DİK geliştiği saptandı. Karın ağrısı nedeniyle yapılan ultrasonografi (USG)'de femoral sheet giriş deliklerinden sızıntı sonucu retroperitoneal 17x12 cm'lik hematoma geliştiği saptandı. Taze tam kan ve taze donmuş plazma replasmanı yapılan hastamızda, 4. günün sonunda norepinefrin ve epinefrin infüzyonları doz azaltılarak kesildi. On gün süreyle yoğun bakımda takip edilen hasta hematoma takibi için haftalık USG takibine alınarak 15. gün taburcu edildi. Taburcu olduktan 3 ay sonra yapılan alerji testinde RKM alerji deri testi pozitif çıktı.

Ciddi anafilaksinin en sık nedenleri IgE aracılı olmayan alerjik reaksiyon meydana getiren antibiyotikler ile anjiyografi ve radyolojik görüntülemenin temelini oluşturan radyokontrast maddelerdir ⁽¹⁾. Literatürde

Alındığı tarih: 25.10.2013

Kabul tarihi: 10.12.2013

* Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

** Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

*** Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

**** Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenterolojik Cerrahi Kliniği

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Bahar Aydınli, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Sıhhiye / Ankara

e-mail: drbahar2003@yahoo.com

iyonize RKM'lerde noniyonize maddelere göre daha fazla reaksiyon gözleendiği, ancak reaksiyonların doz bağımlı olmadığı bildirilmiştir (2,3). RKM maruziyetinden sonra 5-30 dk. içerisinde döküntü ya da ürtiker tablosu oluşmadan anjiyödem veya kardiyovasküler kollaps meydana gelebilir (4). Önemli olan tanı ne olursa olsun vasopressörlerin erken dönemde başlaması, sıvı resusitasyonunun etkin yapılabilmesi ve solunum devamlılığının sağlanabilmesidir.

Sonuç olarak, karışık, iç içe geçmiş klinik tabloların olduğu bu olguda, ayırıcı tanıda vasküler yaralanma, ikili antiplatelet tedaviye bağlı kanama, RKM alerjisi ya da ilaçlı stent alerjisi ve DİK oluşturabilecek nedenlerin düşünülmesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

KAYNAKLAR

1. **Harold K, David F.** Anaphylaxis. *Allergy, Asthma Clin Immunol* 2011;7(Suppl 1):S6.
2. **Liccardi G, Lobefalo G, Di Florio E, Di Iorio C, Occhiochiuso L, Romano L et al.** Strategies for the prevention of asthmatic, anaphylactic and anaphylactoid reactions during the administration of anesthetics and/or contrast media. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2008;18(1):1-11. PMID:18361095
3. **Keshav RN, Andrew AW, Jeffrey JC.** Anaphylactoid reactions to radiocontrast agents: prevention and treatment in the cardiac catheterization laboratory. *J Invasive Cardiol* 2009;21(10):548-551.
4. **Morcoks SK.** Review article Acute serious and fatal reactions to contrast media: our current understanding. *Br J Radiol* 2005;78:686-693. <http://dx.doi.org/10.1259/bjr/26301414> PMID:16046418