

Etofenamat enjeksiyonu sonrası gelişen akut inferiyor miyokart enfarktüsü

Acute inferior myocardial infarction after injection of etofenamate

Dr. Yusuf Kenan Tekin, Dr. Gülaçan Tekin[#]

Yozgat Devlet Hastanesi Acil Servis, Yozgat;

[#]Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

Özet- Alerjik semptomların miyokart iskemisi semptomlarına eşlik etmesi Kounis sendromu olarak tanımlanır. Etofenamat sık olarak kullanılan güvenli ve etkin bir steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaçtır. Bu yazıda Kounis sendromlu 71 yaşında erkek hasta sunuldu. İntramüsküler 1 gram etofenamat enjeksiyonu sonrası eritamatöz döküntüler, kaşıntı, bulantı ve kusma, baş dönmesi, terleme ve göğüs ağrısı gelişen hasta acil servise kardiyopulmoner arrest olarak getirildi. On dakika süren başarılı yaşama döndürme sonrası elektrokardiyografide akut inferiyor miyokart enfarktüsü örneği saptandı. Acil servise alerjik semptomlara eşlik eden göğüs ağrısı ile başvuran hastada alerjik miyokart enfarktüsü akla gelmelidir. Bu hastalarda akut koroner sendromu ekarte etmek için elektrokardiyografi mutlaka çekilmelidir.

Summary- Allergic symptoms accompanied by myocardial ischemic symptoms are defined as Kounis syndrome. Etofenamate is a safe and effective non-steroidal anti-inflammatory drug that has widespread utilization. We hereby present a 71-year-old man with Kounis syndrome. Following intramuscular 1 g etofenamate injection, the clinical presentation when admitted to the emergency department (ED) was erythematous rash, pruritus, nausea and vomiting, dizziness, diaphoresis, and chest pain resulting in cardiopulmonary arrest. After 10 minutes of successful cardiopulmonary resuscitation, the electrocardiogram revealed acute inferior myocardial infarction. Patients who admit to the ED with allergic symptoms accompanied by chest pain should consider Kounis syndrome for prompt management. Electrocardiographic examination should be an essential part of the initial evaluation in such patients.

Alerjik miyokart enfarktüsü (ME), 1991 yılında Kounis ve Zarvas tarafından, alerjik bir reaksiyon sonucu salınan enflamatuvar araçların rol aldığı bir anjina pectoris veya alerjik ME sendromu olarak tanımlandı. ‘Kounis sendromu’ olarak da tanımlanan alerjik anjina sendromunda alerjik semptomların yanı sıra miyokart iskemisi bulguları da mevcuttur. Mast hücrelerinin aktivasyonunun olayın fizyopatolojisinde rol oynadığı öne sürülmüştür.^[1,2] Daha önce, antibiyotikler, analjezikler, antineoplastik ilaçlar, kontrast maddeler gibi günlük hayatta kullanılan birçok ilaç yanında, besin alerjisi, astım, anjiyo ödem, karınca ısırması, arı ve yılan sokması, lateks ve sarmaşıkla temas gibi birçok farklı duruma bağlı olarak gelişen alerjik akut koroner sendrom (AKS) olguları bildirilmiştir.^[3] Pediatrik yaş grubu da dahil olmak üzere birçok yaş grubuna ait olgu sunumları vardır.^[4]

Bu yazıda, 71 yaşında erkek hastada, günlük hayatta sık olarak kullanılan etofenamat enjeksiyonu sonrası gelişen akut inferiyor ME olgusu sunuldu.

Kısaltmalar:

AKS Akut koroner sendrom
ME Miyokart enfarktüsü

OLGU SUNUMU

Yetmiş bir yaşında erkek hasta, 1 gram etofenamatın intramüsküler enjeksiyonundan yaklaşık yarım saat sonra tüm vücutta yaygın döküntü, kızarıklık, baş dönmesi, halsizlik, nefes darlığı, göğsünde baskı hissi, bulantı-kusma ve genel durum bozukluğu yakınmalarıyla bir ilçe devlet hastanesine başvurmuş, antihistaminik ve steroid uygulanan hastanın yakınmalarında düzelme olmaması ve genel durumunun kötüleşmesi üzerine hastanemize sevk edilmiştir. İlçe

Geliş tarihi: 10.03.2012 Kabul tarihi: 25.05.2012

Yazışma adresi: Dr. Gülaçan Tekin, Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, 66200 Yozgat.

Tel: +90 354 - 212 70 60 e-mail: gulacantekin@hotmail.com

© 2012 Türk Kardiyoloji Derneği

devlet hastanesinde çekilen elektrokardiyografide normal sinüs ritminin olduğu görüldü. Hastanemiz acil servis girişinde solunum ve kalp durması gelişen hastanın, 10 dakikalık başarılı kardiyopulmoner canlandırma sonrasında çekilen elektrokardiyografisinde atriyal fibrilasyon ritmi ve D II, D III, aVF’de yaklaşık 4 mm ST-segment yüksekliği görüldü (Şekil 1). Asetilsalisilikasit 300 mg verildi. Hipotansiyon nedeniyle dopamin infüzyonu (15 µg/kg/dk) başlandı. Acil serviste dört defa ventrikül fibrilasyonu gelişen hastaya bifazik 200 J ile DC (doğru akım) şok uygulanarak antiaritmik tedavi (lidokain 1 mg/kg yükleme dozu ve 2 mg/dk infüzyon, amiodaron 300 mg yükleme dozu, 1 mg/dk 6 saat ve 0.5mg/dk 18 saat infüzyon) başlandı. Hasta solunum tüpü yerleştirilerek yapay solunum cihazına bağlandı ve kardiyoloji kliniğine yatırıldı. Heparin (80 U/kg yükleme dozu ve 60 U/kg infüzyon) başlandı ve dozu aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) 50-70 ms olacak şekilde ayarlandı. İnferiyor ME olması ve hipotansiyon nedeniyle nitroglicerine verilmedi. Biyokimyasal tetkiklerde kardiyak enzimlerin (Troponin I, CK, CKMB) akut ME ile uyumlu olarak yükseldiği ve ardından pik yaparak düştüğü görüldü. Lökosit: $14.6 \times 10^3/\mu\text{l}$, eozinofil: $0.1 \times 10^3/\mu\text{l}$, bazofil: $0.7 \times 10^3/\mu\text{l}$ idi. IgE ve triptaz değerlerine hastanemizde bakılmadı. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonunun %50, sol ventrikülün inferiyor, lateral ve apikal segmentlerinin hipokinetik olduğu görüldü. Elektrokardiyografi takiplerinde D II, D III, aVF’de patolojik Q dalgaları oluştu. Yatışım ikinci gününde inotropik destek kesilerek solunum tüpü çıkarılan

hasta, eşlik eden hastalıkları nedeniyle yatışımın 10. gününde taburcu edildi. Hasta yakınından edinilen bilgiye göre lomber disk hernisi nedeniyle sürekli analjezik ve steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullanımı olan hastada etofenamata enjeksiyonunun sık olarak yapıldığı öğrenildi. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabet, kronik bronşit olan ve yaklaşık 40 yıldır sigara içen hastanın 2 yıl önce başka bir merkezde yapılan koroner anjiyografisinde kritik olmayan darlıklar olduğu gözlemlendi. Hasta önerilen koroner anjiyografi için onay vermediğinden inceleme yapılamadan taburcu edildi.

TARTIŞMA

Kounis sendromu hem alerjik reaksiyonları ile hem de AKS bulguları ile hayatı tehdit eden bir durumdur. Bir hastada alerjik reaksiyonlar ile birlikte AKS kliniği de varsa Kounis sendromu mutlaka düşünülmelidir.^[5] Hasta alerjen ile karşılaştığında salınan histamin ve lökotrien alerjik reaksiyonlara sebep olur ve koroner damar düz kaslarında spazma neden olabilir. Salınan triptaz ve kimaz gibi proteazların ise plak erozyonu ve rüptürüne sebep olduğu düşünülmektedir.^[6] Etofenamatın dermatolojik reaksiyonlara neden olabileceği bildirilmekle birlikte, güvenli ve etkin bir NSAİİ olarak tanımlanmaktadır.^[7]

Literatürde Kounis sendromu iki tip olarak sınıflandırılırken son yıllarda III. bir tip tanımlanmıştır. Tip I Kounis sendromu’nda altta yatan herhangi bir kardiyak patoloji yoktur. Koroner vazospazm normal koroner



Şekil 1. Elektrokardiyografide ritim atriyum fibrilasyonu idi. Akut inferiyor miyokart enfarktüsü ile uyumlu olarak DII, DIII, AVF’de yaklaşık 4 mm ST yüksekliği ve ventrikül fibrilasyonu izlendi.

arterlerde gelişir. Tip II’de ise altta yatan aterosklerotik kalp hastalığı vardır. Vazospazm, alerjik reaksiyon ve salınan aracı maddeler aterosklerotik plağın erozyonu veya yırtılmasına sebep olarak akut ME’ye neden olurlar.^[2] Son yıllarda özellikle ilaç kaplı stent uygulandıktan sonra hastalarda alerjik reaksiyonlarla beraber gelişen stent trombozları Tıp III Kounis sendromu olarak tanımlanmıştır.^[8]

Değişik alerjik ajanlarla oluşan miyokart iskemisi ile seyreden olgular bildirilmiş olmakla birlikte yaptığımız kaynak taramasında etofenamata bağlı Kounis sendromu olgusuna rastlamadık. Daha önce yapılan koroner anjiyografiyle aterosklerotik kalp hastası olduğu öğrenilen hastamız tip II Kounis sendromu’na uymaktadır.

Birçok ilaçla olduğu gibi, günlük yaşamda sık olarak kullanılan NSAİİ’lere bağlı olarak da hayatı tehdit eden ME gibi durumlar gelişebilmektedir. Bu ilaçları hastalarımızda kullanırken gelişebilecek komplikasyonlar arasında AKS’leri de düşünmek gerekir. Daha da önemlisi, acil servise alerji semptomları ile başvuran hastalarda, özellikle göğüs ağrısı ve anjina benzeri semptomları varsa elektrokardiyografi mutlaka çekilmeli ve alerjik ME dışlanmalıdır.

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

KAYNAKLAR

1. Kounis NG, Zavras GM. Histamine-induced coronary artery spasm: the concept of allergic angina. Br J Clin Pract 1991;45:121-8.
2. Nikolaidis LA, Kounis NG, Gradman AH. Allergic angina and allergic myocardial infarction: a new twist on an old syndrome. Can J Cardiol 2002;18:508-11.
3. Kounis NG. Kounis syndrome (allergic angina and allergic myocardial infarction): a natural paradigm? Int J Cardiol 2006;110:7-14.
4. Biteker M, Duran NE, Biteker F, Civan HA, Gündüz S, Gökdeniz T, et al. Kounis syndrome: first series in Turkish patients. Anadolu Kardiyol Derg 2009;9:59-60.
5. Cevik C, Nugent K, Shome GP, Kounis NG. Treatment of Kounis syndrome. Int J Cardiol 2010;143:223-6.
6. Kounis NG, Grapsas ND, Goudevenos JA. Unstable angina, allergic angina, and allergic myocardial infarction. Circulation 1999;100:e156.
7. Guevara-López U, Uscanga-Sánchez S, Márquez J, Bárcenas-Olivares J, Martínez-Arenas A, Palma-Aguirre JA. Comparative clinical multicenter study to evaluate analgesic effectiveness of intramuscular etofenamate and diclofenac in patients with post-surgical pain. Cir Cir 2004;72:483-90.
8. Biteker M. A new classification of Kounis syndrome. Int J Cardiol 2010;145:553.

Anahtar sözcükler: Anjina pectoris; kardiyovasküler hastalıklar; koroner vazospazm; miyokart enfarktüsü.

Key words: Angina pectoris; cardiovascular diseases; coronary vasospasm; myocardial infarction.