

KOUNİS SENDRUMU OLAN HASTAYA VAKA EŞLİĞİNDE YAKLAŞIM

Bektaş MURAT¹

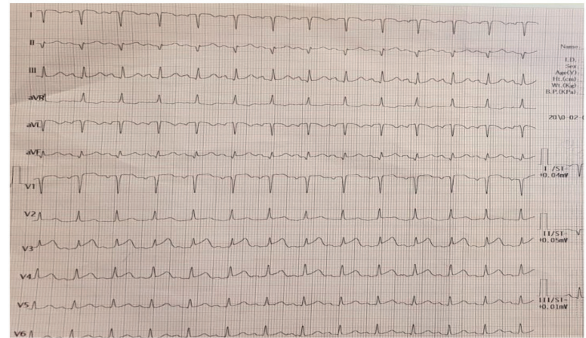
GİRİŞ

Kounis sendromu (KS) koroner arter spazmı, miyokard infarktüsü ve stent trombozunu içeren, allerji, hipersensitivite ve anaflaksi durumlarında makrofaj ve T- lenfositler gibi inflamatuvar hücrelerin etkileşimiyle mast hücreleri ve plateletlerin aktivasyonu sonucu oluşan akut koroner sendrom olarak tanımlanır (1). Bu sendrom; histamin, trombosit aktive edici faktör, araşidonik asit ürünleri, nötr proteazlar ve alerjik aktivasyon işlemi sırasında salınan çeşitli sitokinler ve kemokinler gibi enflamatuvar mediyatörlerden kaynaklanır (2). Kounis sendromu ilk kez 1991 yılında Kounis ve Zavras tarafından alerjik angina veya alerjik miyokardiyal infarktüs olarak tanımlandı (3,4). Kounis sendromu toplumda az görülmez ancak tanısı ve tedavisi genellikle atlandığı için az görülen bir durum gibi algılanmaktadır. Dolayısıyla bu bölümde kounis sendromunun tanısı ve tedavisinden vakalar eşliğinde bahsedilecektir.

VAKA

Elli beş yaşında kadın hasta vücutta kızarıklık, nefes darlığı, genel durum bozukluğu ve göğüs ağrısı ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde tip 2 diyabetes mellitus olduğu ve başka herhangi bir hastalığının olmadığı öğrenildi. Tedavi olarak sadece oral antidiyabetik kullandığı öğrenildi.

Hastadan alınan anamnezde yaklaşık bir saat önce üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle başlanan Sefuroksim 500 mg tablet aldığı ardından kaşıntı, kızarıklık, nefes darlığı ve göğüste sıkışma tarzında ağrısı başladığı öğrenildi. Hastanın göğüs ağrısı olması nedeniyle çekilen EKG'sinde V1-V5 derivasyonlarında ST elevasyonu saptandı (Şekil 1). Bu bulgulardan yola çıkarak hastada anaflaksi ve anaflaksiye bağlı akut miyokard enfarktüsü düşünülerek anti iskemik tedavi ve anaflaksi tedavisi (uyuk anterolateral bölgesinden 0,5 mg adrenalin intramüsküler, 60 mg metil prednizolon intravenöz ve 45.5 mg iv feniramin hidrogen maleat) başlandı.



Şekil 1: Anterior derivasyonlarda ST elevasyonu olan EKG görüntüsü

¹ Uzman Dr. Eskişehir Şehir Hastanesi. Kardiyoloji kliniği. dr.bektaş@hotmail.com ORCID ID: 0000-0002-6564-7185

sebepe olabilir. Allerjik reaksiyon tedavisi için H1 ve H2 antihistaminik difenhidramin (1-2 mg/kg) ve ranitidin (1mg/kg) kullanılabilir. Bolus uygulandığında hipotansiyon ve koroner kan akımında yavaşlamaya neden olduğu için yavaş uygulanmalıdır. Kortikosteroidin anafaksi tedavisinde önemli rolü olsa da akut koroner sendromda yara iyileşmesinde geciktirme, miyokard duvarında inceleme ve kardiyak anevrizmaya neden olduğu bilinmektedir. Dikkatli uygulanması önerilir.

Epinefrin anafaksi de hayat kurtarıcı bir tedavidir ancak özellikle intravenöz uygulandığında miyokardiyal iskemiye agreve edebilir ve KS'da koroner vazospazm ve kardiyak aritmiyi tetikleyebilir. Dolayısıyla her 5-15 dakikada bir 0,2-0,5 mg intramusküler olarak semptom giderilene kadar veya epinefrinin yan etkisi ortaya çıkana kadar uygulanabilir (12,13). Akut koroner sendrom güncel kılavuzlara göre tedavi edilmelidir. Asetilsalisilik asit (ASA) akut koroner sendromun temel ilaçlarından biridir, ancak KS'unda allerjik zemin olduğu için ASA'nın allerjiji tetikleme riski yüksektir dolayısıyla ASA verilirken hasta dikkatli takip edilmelidir. Diğer bir antiagregan olan P2Y12 reseptör inhibitörleri ise KS'unda kullanılabilir. Akut koroner sendrom da betablokör tedaviye kontrendikasyon olmadığı sürece erken dönemde başlanması önerilir, ancak KS'unda koroner vazospazmı tetiklediği için kontrendikedir. Opioidler güçlü analjezik ve anksiyolitik olup akut koroner sendrom hastalarında kullanılmaktadır, ancak mast hücre degranülasyonu yaparak anafaksiyi tetiklediği için çok dikkatli kullanılmalıdır (14, 15).

SONUÇ

Kounis sendromu anafaksi ile akut koroner sendromun ilişkili olduğu bir durumdur. Acil servis hekimleri allerjik reaksiyon ile birlikte göğüs ağrısı gibi kardiyak semptomları olan hastaları mutlaka akut koroner sendrom açısından değerlendirmelidir. Anafaksi ve akut koroner sendromun birlikte olduğu durumlarda çok hızlı bir şekilde her iki klinik durumun da etkili ve uygun tedavisinin yapılması gerektiği unutulmamalıdır. Kounis sendromunun tedavisi konusunda daha büyük rando-mize çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

1. Kounis NG. Kounis syndrome: an update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis and therapeutic management. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*. 2016;54:1545-1559.
2. Kounis, NG. Coronary hypersensitivity disorder: the Kounis syndrome. *Clinical therapeutics*. 2013;35:563-571.
3. Kounis NG, Zavras GM. Histamine-induced coronary artery spasm: the concept of allergic angina. *Br J Clin Pract* 1991;45:121-128.
4. Kounis NG. Kounis syndrome (allergic angina and allergic myocardial infarction): a natural paradigm? *Int J Cardiol*. 2006;110:7-14.
5. Memon S, Chhabra L, Masrur S, et al. Allergic acute coronary syndrome (Kounis syndrome). *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2015;28:358-362.
6. Custódio JV, Guimarães PO, Tonin MH, et al. Acute Coronary Syndrome After Ondansetron Administration in a Pregnant Woman: Kounis Syndrome?. *JACC: Case Reports*. 2020;2:6-8.
7. Sciatti E, Vizzardi E, Cani DS, et al. Kounis syndrome, a disease to know: case report and review of the literature. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2018;88:898.
8. Tripolino C, Tassone EJ, Morabito G, et al. Acute coronary stent thrombosis: A case of type 3 Kounis syndrome. *Journal of Cardiology Cases, J Cardiol Cases*. 2018;19:33-35.
9. Cepada Rico P, Palencia Herejon E, Rodriguez A, et al. M.Kounis síndrome. *Med Intensiva*. 2012; 36:358-364.
10. Constantinides P. Infiltrates of activated mast cells at the site of coronary atheromatous erosion or rupture in myocardial infarction. *Circulation*. 1995;92:1083.
11. Nikolaidis LA, Kounis NG, Gradman AH. Allergic angina and allergic myocardial infarction: a new twist on an old syndrome. *Can J Cardiol*. 2002;18:508-511.
12. Fassio, F, Losappio, L, Antolin-Amerigo D, et al. Kounis syndrome: A concise review with focus on management. *Eur J InternMed*. 2016;30:7-10.
13. Cevik C, Nugent K, Shome GP, et al. Treatment of Kounis syndrome. *Int J Cardiol*. 2010;143:e223-226.
14. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *JAm Coll Cardiol*. 2013;61:78-140.
15. Omri M, Kraiem H, Mejri O, et al. Management of Kounis syndrome: two case reports. *J Med Case Rep*. 2017;11:145.