

Acil Serviste Dilaltı Kaptopril Kullanılmasına Bağlı Gelişen Anafilaksi

Anaphylaxis Due to Sublingual Captopril in Emergency Service

Şevki Hakan Eren, İlhan Korkmaz, Fatma Mutlu Kukul Güven, Kenan Ahmet Döleş
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

Özet

Anafilaksi özellikle solunum sıkıntısının ve hipotansiyonun görüldüğü ve multisistem tutulumun olduğu ciddi sistemik hipersensitivite reaksiyonudur. Özellikle mast hücrelerinden ve bazofilden salınan bir mediatör olan histaminin aracılık ettiği klinik bir olaydır. Dakikalar içinde ölüme götürebileceğinden her zaman uyanık olunması ve akılda tutulması gereken bir durumdur. Özellikle acil servisler gibi her türlü ilaç uygulamasının yapıldığı yerlerde sık karşılaşılabileceğinden tanı ve tedavisi tüm acil çalışanlarınca çok iyi bilinmelidir. Biz burada acil serviste hipertansif bir hastaya verilen dil altı kaptopril sonucu gelişen anafilaksi olgusunu sunuyoruz. Ayrıca bu durum çok fazla görülmeyeceği için bu hatırlatmanın yararlı olacağı kanaatindeyiz. (JAEM 2010; 9: 185-6)

Anahtar kelimeler: Acil servis, anafilaksi

Alındığı Tarih: 16.03.2009

Kabul Tarihi: 25.03.2009

Abstract

Anaphylaxis is a severe systemic hypersensitivity reaction characterized by multisystem involvement, which may include hypotension and airway compromise. Histamine especially, a mediator which is released from basophil or mast cells, has a great importance in the clinical state. As the condition can be fatal within a few minutes, it must be kept in mind and all clinicians must be aware of it. Especially in emergency departments, where many drugs are used, anaphylaxis can be frequently seen and all emergency department doctors must familiar with the treatment. We present a case of anaphylaxis that occurred following sublingual captopril for treatment of hypertension. We felt that it would be beneficial to remind clinicians of sublingual captopril anaphylaxis although it is rarely seen (JAEM 2010; 9: 185-6)

Key words: Emergency service, anaphylaxis

Received: 16.03.2009

Accepted: 25.03.2009

Giriş

Anafilaksi IgE aracılığı ile mast ve bazofil hücrelerinden kimyasal mediyatörlerin salınması ile ortaya çıkan sistemik, ani aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Anafilaktoid reaksiyon terimi ise benzer, ancak IgE'nin aracı olmadığı reaksiyonlar için kullanılır. Her iki terim de hemen hemen aynı klinik durumu gösterir (1).

Eşlik eden birçok hastalık varlığında anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri kan basıncını düşürmede etkili ilaçlardır (2). Hipertansiyon tedavisinde monoterapi olarak ACE inhibitörleri kullanıldığında %35-70 oranında iyi bir cevap elde etmek mümkündür (3).

Biz bu çalışmada acil servislerde hemen her gün kullandığımız veya kullanabileceğimiz antihipertansif bir ajan olan kaptoprile bağlı gelişen anafilaksi olgusunu sunuyoruz.

Olgu

54 yaşında bayan hasta acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayenesinde epigastrik hassasiyeti mevcut idi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik gösteren patoloji yoktu. Hastanın ailesinde ve kendisinde atopi, allerji ve hipertansiyon hikayesi de yoktu. Bakılan laboratuvar parametreleri normaldi. Özellikle

le hastanın şikayetine yönelik çalışılan kardiyak enzimlerden kreatin kinaz (CK):105 U/L,CK-MB:10 U/L, troponin T:<0.01ng/ml bulundu. Akut batını gösterebilecek beyaz küre, amilaz gibi testlerde normal sınırlardaydı. Elektrokardiyografide normal sinüs ritmindeydi ve patolojik bulgu yoktu. Geliş tansiyon arteriyel değeri 140/90mmHg idi. Hastanın mide yakınması için 100mg ranitidin ampül intravenöz (İV) verildi. Yaklaşık 1,5 saat gözlem altında tutuldu. Şikayetleri gerileyen hastanın taburculuğu planlanırken tansiyon arteriyel değerlerine bakıldı ve 180/120 mmHg ölçülmesi üzerine 25 mg kaptopril tablet dil altı verildi. Yaklaşık 1-2 dakika içinde kendisini iyi hissetmediğini söyleyen hastada ani olarak hırıltılı solunum ve takiben solunum arresti gelişti. Hastanın endotrakeal entübasyon işlemine başlandı. Larenks bölgesinde ödem olduğunun saptanması üzerine ancak 4 numaralı entübasyon tüpü ile hasta entübe edilebildi. Hırıltılı solunumu geliştiği sırada monitörden kalp atımlarının da 45atım/dakikalara düşmesi ve tansiyon arteriyel değerinin 80/40mmHg ölçülmesi üzerine eş zamanlı olarak hastaya 0.3 mgr ciltaltı adrenalin, 45.5mg intravenöz (İV) pheniramine hydrogen maleate ve 80 mgr İV. prednizolon uygulandı. Kısa sürede kalp atımı ve solunumu düzelmeye başlayan hasta resüsitasyon odasında takibe alındı. Takibinin altıncı saatinde extübasyonu yapılan hasta 24 saatlik izlemin ardından taburcu edildi.

Tartışma

Ne yaş, kilo, cinsiyet ne de coğrafi koşullar anafaksi için risk faktörleri değildir. Ayrıca çoğu çalışma göstermiştir ki ilaç alerjileri için atopik olmak veya olmamakta çok büyük bir risk faktörü değildir. Yalnızca duyarlı bir antijenin olması ve vücudun buna bir reaksiyon vermesi anafaksi için yeterli sayılır (4). Anafaktik olaylar en sık parenteral uygulamalarla ortaya çıkmakla birlikte duyarlı kişilerde ağızdan alınan ilaçlar ve yiyeceklerle de ortaya çıkabilir (5).

Çoğu acil servislere olduğu gibi bizim acil servisimizde de hipertansiyonun kısa süreli düşürülmesi ve kontrol altına alınması için en sık kullanılan ilaçlar ACE inhibitörleridir. Sıklıkla oral ve dil altı yoldan uygulanır. Güvenli ve hızlı tansiyon düşmesi sağlar (2, 3).

Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ile tedavi olan hastaların %0.1-0.2 sinde anjiyoödem gelişebilir. Anjiyoödem dil, dudaklar gibi gastrointestinal sistemi (GİS) tutabildiği gibi deri ve solunum sistemini de tutabilir. Solunum sistemi ve özellikle larenks tutulumu hava-yolu obstrüksiyonuna neden olabilir (6, 7). Bizim olgumuzda sistemik tutulum olması, özellikle kardiyak etkilerinde ön planda olması izole anjiyoödemden çok olayın anafaksiye uyduğunu göstermektedir.

Liew ve arkadaşları Avustralya'da yaptıkları yaklaşık 9 yıllık bir incelemede toplam 112 hastanın öldüğünü tespit etmişler ve anafaksi nedenleri arasında en sık nedenin ilaçlara bağlı olduğunu saptamışlardır. İlaçlara bağlı anafaksi olgularının büyük bir çoğunluğunun geç yaşlarda olduğunu da tespit etmişlerdir. Çalışmada anafaksiye neden olan ilaçlar arasında antihipertansifler isim olarak belirtilmese de, anafaksiye neden olan ilaçların %25 kadarı bilinmeyen ilaçlar olarak nitelendirilmiştir (8). Olgumuzun ileri yaşta olması literatürle uyumludur. Olgu grup olarak ise bilinmeyen ilaçlar grubuna dahil edilebilir.

En sık anafaksi yapan ilaçlar arasında beta laktam antibiyotikler, asetilsalisilikasit, Trimetoprim-sulfometaksazol ve diğer bazı nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlar, lokal anestezipler ve vitaminler sayılabilir (4, 5). Olgumuzda literatürde sık rastlanmayan, bir ACE inhibitörü olan kaptopril verilmesi sonucu anafaksi gelişmiştir.

Aslında anafaksinin tanısı aile hikayesinin olması ve fizik muayene ile konur. Klinik olarak iki veya daha fazla organ sistemi tutulmaktadır. Özellikle kardivasküler sistemde kollaps nedeniyle hipotansiyon ve solunum yolları tutulumuyla hava yolu problemleri açığa çıkar (4, 9). Bizim olgumuzda öncelikle larenks ödemi nedeniyle hastanın havayolu bütünlüğü tehlikeye girmiş, ardından kardiyak kollapsa bağlı bradikardi ve hipotansiyon gelişmiştir. Hastanın kendisinde ve yakın aile çevresinde anafaksi veya alerjik durumların bulunmaması düşündürücüdür. Özellikle ilaç alerjilerinde sıkça rastlanan çapraz etkileşim hikayesi de hastamızdan alınan anamnezde yoktur.

Sonuç

Sonuç olarak özellikle acil servislere gelen hipertansif hastaların tedavisinde kullanılan dil altı ACE inhibitörlerinde olduğu gibi her türlü ilaç uygulaması esnasında ani başlayan halsizlik, dilde-dudakta uyuşma, terleme, solunum sıkıntısı, öksürük, boğazda kaşıntı hissi gibi durumlarda anafaksi akla getirilmeli hızlı ve etkin tedavisine derhal başlanmalıdır. Anafaksi gelişen hastalarda uygulanması gereken tedavi çok hızlı ve efektif olmalıdır. Verilen ilaçlar adrenalin, antihistaminikler ve kortikosteroidlerdir. Kortikosteroidlerin etkisi erken başlamadığında sona bırakılabilir. Adrenalin verilmiş yolu IV, cilt altı veya intramusküler olabilir. Hastanın solunum yolunu tıkayan larenks ödemi varsa erken entübasyon şarttır. Ancak bu şekilde hayatta kalıma katkıda bulunmak mümkün olabilir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışmasının olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Sadık Demirsoy. Anafaksi. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2005; 1: 1-12.
2. Black HR, Bakris GR, Eliot WJ. Hipertansiyon: epidemiyoloji, patofizyoloji, tanı ve tedavi. In: Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA, editors. The Heart. 1. Baskı. İstanbul. AND Danışmanlık; 2003. s. 1553-604.
3. Williams GH. Converting-enzyme inhibitors in the treatment of hypertension. N Engl J Med 1988; 319: 1517-25.
4. Koury SI, Herfel LU. Anaphylaxis and Acute Allergic Reactions. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5th Edition. New York: McGraw-Hill Company; 2000. p.242-7
5. Tecimer C. Anafaksi. In: İliçin G, Ünal S, Biberoğlu K, Akalın S, Süleymanlar G editors. Temel İç Hastalıkları. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi;1996. s. 1859-62.
6. Assadi FK, Wang HE, Lawless S, McKay CP Hopp L, Fattori D. Angiotensin converting enzyme inhibitor-induced angioedema: a report of two cases. Pediatr Nephrol 1999; 13: 917-9.
7. Vleeming W, Van Amsterdam JGC, Stricker BH and de Wildt DJ. ACE Inhibitor-Induced Angioedema Incidence, Prevention and Management. Drug Saf 1998; 18: 171-88.
8. Liew WK, Williamson E, Tang ML. Anaphylaxis fatalities and admissions in Australia. J Allergy Clin Immunol. 2009 Feb; 123: 434-42.
9. Kemp SF, Lockey RF. Anaphylaxis: A review of causes and mechanisms. J Allergy Clin Immunol 2002; 110: 341-8.