

AKUT KORONER SENDROM İÇİN ATİPİK BİR PREZENTASYON: ATEŞ

Fever; as an Atypical Presentation of Acute Coronary Syndrome

Sadiye Yolcu¹, N. Gökben Beceren²,

ÖZET

Akut koroner sendrom hayatı tehdit eden bir hastalık grubu olduğu için erken tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir.

Bu sendromda acil servislere başta göğüs ağrısı olmak üzere birçok ek semptom nedeniyle başvuru olmaktadır. Biz bu yazımızda, acil servisimize ateş nedeniyle başvuran ve akut koroner sendrom tanısı konulan hastayı değerlendireceğiz.

Akut koroner sendromun atipik prezentasyonları nedeniyle gizli kalan ve atlanarak evine gönderilen hasta sayısı azımsanmayacak düzeydedir. Bu noktada acil servis hekimleri çok dikkatli olmalıdırlar.

Anahtar kelimeler: *Akut koroner sendrom; Acil servis; Prezentasyon*

ABSTRACT

Early diagnosis and treatment of acute coronary syndrome is important because it is a life threatening illness group. In this syndrome there are lots of admissions to emergency departments with additional symptoms particularly chest pain.

With this case, we present a patient who was admitted to our emergency department because of fever, but was diagnosed as acute coronary syndrome.

Because of atypical presentations of acute coronary syndrome, the number of hidden/sent home patients is quite high. Emergency service doctors should be very carefully at this point.

Key words: *Acute coronary syndrome; Emergency service; Presentation*

¹Bozok Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı
Yozgat

²Süleyman Demirel
Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı
Isparta

Sadiye Yolcu, Yrd. Doç. Dr.
N. Gökben Beceren, Yrd. Doç. Dr.

İletişim:
Yrd. Doç. Dr. Sadiye Yolcu
Bozok Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı
Yozgat

Tel: 00905053596731

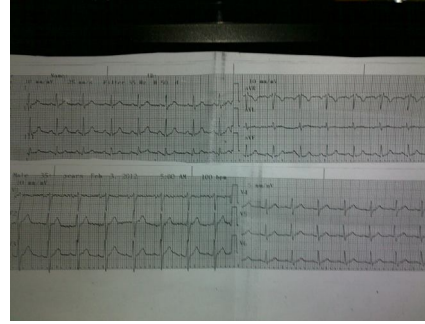
e-mail:
sadiyeyolcu@yahoo.com

OLGU

Akut Koroner Sendrom (AKS) terimi, kararsız anjina pektoris, ST yüksekliği olan miyokard enfarktüsü (STEMI) ve ST yüksekliği olmayan miyokard enfarktüsünü (NSTEMI) içine alan bir hastalık spektrumunu tanımlamak için kullanılır. AKS'ler hayatı tehdit eden bir hastalık grubu olduğu için erken tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir(1,2). Klinikte ST elevasyonlu akut miyokard enfarktüsü (STEMI), ST elevasyonsuz akut miyokard enfarktüsü (NSTEMI) veya kararsız angina pektoris (USAP) tablosu ortaya çıkabilir (3). Akut miyokard iskemisine bağlı gelişen klinik semptomların tümü AKS olarak adlandırılır. Günümüzde AKS'ler deyimi kararsız angina (unstable angina), Q dalgalı miyokard infarktüsü (ST elevasyonlu) ve Q dalgasız miyokard infarktüsünü (Non-ST elevasyonlu) içermektedir. En belirgin semptom göğüs ağrısı iken, hastalar atipik semptomlarla da acil servise başvurabilmektedirler(3,4). Acile başvuran hastalarda tanıda kullanılan, hikaye, fizik muayene, EKG gibi geleneksel yöntemler hastaların azımsanmayacak kadar önemli bir bölümünde tanıyı koymada yetersiz kalmaktadır. Yapılan çalışmalar akut miyokard enfarktüsü (AMI) hastalarının %2-5'inin acilden yanlış tanımla taburcu edildiğini göstermektedir(1,2). Bu yazımızda, acil servisimize ateş nedeniyle başvuran, fakat takibi sırasında akut koroner sendrom gelişen hastamızdan bahsetmeyi ve akut koroner sendromun atipik prezentasyonlarını tartışmayı amaçladık.

54 y erkek hasta, acil servisimize 1-2 saattir olan titreme şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık hikayesi bulunmayan hastanın sorgulama sonrası halsizlik, huzursuzluk dışında bir şikayeti yoktu. Hastanın kan basıncı 100/60 mmHg, nabız 95, ateş: 38,5 °C idi. Hastanın ateşini açıklayacak boğaz ağrısı, öksürük, disüri şikayeti yoktu. Hastanın huzursuzluk şikayeti olması nedeniyle çekilen elektrokardiyogramında (EKG) (Figür1) ve fizik muayenesinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Bunun üzerine hastaya Parol flakon 100cc takılarak gözleme alındı. Yarım saatlik gözlem sonunda hastanın ateşi 37,5 °C'ye geriledi fakat giderek artan huzursuzluk hissi nedeniyle kontrol EKG alındı. Hastanın bu ikinci EKG'sinde D2, D3 ve aVF derivasyonlarında 4-5 birim kadar belirgin ST segment yükselmesi ve

resiprokal değişiklik izlendi (Figür2). Bunun üzerine hastaya oksijen tedavisi, Clexane. ®. 4000 anti-Xa IU/0,4 ml sc, İsoldil 5mg po, Coraspın 300 po verildi. Hastanın laboratuvar sonuçlarında WBC:10,44 Hb:15,7g/dl Hct:46,8% Plt:284 Glu:137,6mg/dl Ure:23,71mg/dl Cr:0,99mg/dl ALT:18,8U/L AST:26,28U/L Na:138,7mmol/L K:3,97mmol/L Ca:8,77mg/dl Kütle CK-MB:0,988(normal değer:0-5) Troponin T<3,00ng/ml (Özel referans aralıkları 0-14: negatif, 14-100:düşük düzeyde risk, >100:yüksek düzeyde risk) idi. Hastanın tam idrar tetkiki ve akciğer grafisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hasta PTCA yapılmak üzere anjiyografi ünitesine gönderildi.



Figür 1:
Hastanın ilk başvuru EKG'si



Figür 2:
Hastanın kontrol EKG'si

TARTIŞMA

Akut koroner sendromun en sık görülen semptomu olan angina pektoris, kronik stabil angina pektoris benzese de genel olarak daha şiddetli ve daha uzun sürelidir. Klasik klinik prezentasyonu, birkaç dakika ile sınırlı veya kalıcı olabilen, sol kola, boyna ya da çeneye yayılabilen retrosternal basınç (angina) veya ağırlık hissidir.

Bu yakınmalara diaforez, bulantı, karın ağrısı, senkop, dispne gibi semptomlar eşlik edebilir. Buna karşın akut koroner sendromun atipik prezentasyonları da sıklıkla görülür. Bunlar arasında epigastrik ağrı, yeni başlangıçlı hazımsızlık, batıcı tarzda göğüs ağrısı, plörotik özellikler içeren göğüs ağrısı sayılabilir. Atipik yakınmalar sıklıkla bayanlarda, genç hastalarda (25–40 yaş) , geriatrik grupta, diyabetes mellitus, demans ve kronik böbrek yetersizliğine sahip hastalarda gözlenir (5,6).

Bizim hastamız da acil servise titreme ve ateş nedeniyle başvurmuş, yine aynı şekilde ilk EKG sinde patolojik bulguya rastlanmamış fakat acil servisteki gözlem süresince tablo belirginleşmiştir. Bizim için hastanın ateşini düşmesine rağmen huzursuzluğunun geçmemesi en önemli uyarıcı faktör olmuştur. Literatür incelendiğinde ateş şikayetiyle acil servise başvuran ve akut koroner sendrom tanısı alan hasta bildirilmemiştir. Tanrıverdi'nin bildirdiği olguda (7), yaklaşık bir haftadır süren ateş nedeniyle dahiliye polikliniğine başvuran ve minimal ST elevasyonu olan(0,5mm) hasta bildirilmiştir. Bizim hastamızın şikayetinin 1-2 saatlik olması ve inferior myokard infarktüsünün acil servis gözlemi sırasında oluşması erken müdahale ve komplikasyonlar açısından önemliydi. Akut koroner sendromun çok geniş bir yelpazesi olduğu düşünüldüğünde ve acil servislerde bu ölümcül hastalığın atlanmaması hayat kurtarıcı olacaktır. Acil servis hekimlerinin bu ve benzeri durumlarda dikkatli olması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R et al. Missed diagnosis of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med* 2000;342:1163-70.
2. McCarty BD, Beshansky JR, D'Agostino RB et al. Missed diagnosis of acute myocardial infarction in the emergency department: results from a multicenter study. *Ann Emerg Med* 1993;22:579-82.
3. Rogers FJ. The Clinical spectrum of acute coronary syndromes. *J Am Osteopath Assoc.* 2000; 100 (11): 1–7.
4. Rosengren A, Wallentin L, K Gitt A, et al. Sex, age, and clinical presentation of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2004; 25(8):663-670.
5. Canto JG, Fincher C, Kiefe CJ, et al. Atypical presentations among Medicare beneficiaries with unstable angina pectoris. *Am J Cardiol* 2002;90:248–253.
6. Culic V, Eterovic D, Miric D, et al. Symptom presentation of acute myocardial infarction: influence of sex, age, and risk factors. *Am Heart J* 2002;144:1012–1017.
7. Ateş ve lökositoz ile prezente olan akut miyokard enfarktüsü olgusunda ventrikül septum rüptürü ve kardiyojenik şok - Editöre Mektup. T Özgür. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2007; 7: 449-58.