

EDİTÖRE MEKTUP

KÖSE A., AL B., KÖSE B.Ç., ZENGİN S., YILDIRIM C.

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar: Yrd. Doç. Dr. Behçet Al

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisi, 27310 Binevler, Gaziantep

Telefon: 0 5338107690, Faks: 0 342 360 39 28, E-Mail: behcetal@gmail.com

Başvuru Tarihi: 21.01.2008

Kabul Tarihi: 07.02.2008

Sayın Editör,

Acil tıp hizmeti, bir disiplin olarak, sağlık sorunu olan hastanın ölüm veya sakatlığını önlemeye yönelik hızlı ve doğru kararların alınmasını ve hemen uygulanmasını içerir. Hastaların çoğunda hızlı, doğru ve kesintisiz hizmet sunma zorunluluğu vardır. Acil servise başvuru nedenini oluşturan şikayet her zaman problemin kaynağını yansıtmayabilir. Karın ağrısı ile acil servise başvuran bir hastada, problem pulmoner kökenli olabileceği gibi, göğüs ağrısı ile acil servise başvuran bir hastada problemin kaynağı karın bölgesi de olabilmektedir. Bu nedenle, tanı koyma aşamasında hasta multisistemik olarak değerlendirilmeli, her ihtimal göz önünde bulundurulmalıdır ⁽¹⁾. Sıkıntı hissi, sinirlilik, ajitasyon ile başvuran bir hasta konversiyon olabileceği gibi organik bir patoloji de olabilir. Bu aşamada acil doktoruna büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu mektupda başvuru nedeni ile tanı ve prognozu hiç uyumlu olmayan iki olguyu editörle paylaşmak istiyoruz. Her iki olgu da, yaşadıkları bir kavga sonucunda meydana gelen sıkıntı ve gerginlik nedeni ile acil servise başvurdu.

Olgu 1: Kırk beş yaşında, erkek hasta, girdiği bir tartışma sonrası sinirlilik, ağlama, sıkıntı, kendini kötü hissetme şikayetlerinin başlaması ve bu şikayetlerin giderek artması üzerine arkadaşları tarafından acil servisimize getirildi. Hasta acile getirildiğinde ajite, gergin idi ve soğuk terlemeleri vardı. Boynuna ve çenesine yayılan ve kesintisiz devam eden göğüs ağrısı vardı. Hastanın şikayetleri alkol aldıktan ve arkadaşı ile tartıştıktan sonra başlamıştı. Özgeçmiş ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Vital bulguları normal sınırlarda idi. EKG’de V4- V6 da ST elevasyonu vardı. Akut anterio-lateral miyokard enfarktüsü (MI) olarak değerlendirilen hastaya akut koroner sendromu tedavisi (AKS) başlandı. Müdahale sırasında hasta ventriküler taşikardiye (VT) girdi. Bifazik defibrilatör ile 150 joule ile defibrile edildi; cevap alınamadı. İkinci kez 200 Joule ile defibrile edildi. Hasta normal sinus ritmine döndü ve primer anjiyografiye alındı. Anjiyografide sol ön koroner arterde (LAD) % 99 tıkanıklık tespit edildi ve balonla açıldı. Yoğun bakımda yatışının üçüncü günü şifa ile taburcu edildi.

Olgu 2: Elli dört yaşında, erkek hasta; taksi şoförü; girdiği bir tartışma sonrası göğüs ağrısı başlamış ve bayılmış. Acil servise getirildiğinde genel durumu kötü, suuru kapalı, solunum yüzeysel idi. Pupiller izokorik, ışık refleksi +/-, ağrılı ve sözel uyaranlara cevap zayıftı. Kan Basıncı: 90/60mm/Hg, Nabız: düzensiz, O2 saturasyonu: %85 idi. Monitörde ventriküler ekstrasistoller olan bir ritim vardı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Tartışma sırasında herhangi bir travmaya maruz kalmamıştır. Muayene sırasında hasta kardiyopulmoner arreste girdi. Yaklaşık 1-1.5 saat resüsitasyona rağmen hasta dönmedi ve hasta eksitus olarak kabul edildi.

Tartışma ve Sonuç

Akut koroner sendrom olgularının bazıları atipik semptomlarla karşımıza çıkabilmektedir. Dolayısıyla bu olguların tedavilerinde gecikmeler olabilmekte ve yaşamı tehdit eden medikal acil durumlar ile karşılaşılabilir. Genel popülasyonda %2-4, MI sonrası dönemde ise %30-70 oranında AKS’un asemptomatik ya da atipik seyirli olabileceği bildirilmiştir ⁽²⁾. Bizim her iki olgumuzda da atipik şikayetlerle başvurmuşlardı. Eğer hastalar göğüs ağrısı şikayetleri ile başvurmuş olsalardı, hastalara yaklaşım daha farklı olabilirdi. Göğüs ağrısı veya angina ekivalanı semptomları ile acil servise başvuran bir hastanın yönetimi tüm acil hekimlerce bilinmektedir. Ancak hasta farklı bir şekilde acil servise başvurduğunda tanı ve tedavi kısmında sıkıntılar oluşabilmektedir.

Depresyon, öfke, stres, sinirlilik, düşmanlık ve anksiyete gibi psikolojik faktörlerin geleneksel risk faktörlerinden bağımsız olarak Koroner Kalp Hastalığının (KKH) gelişimini arttırdıkları bildirilmiştir ⁽³⁾. Bu alandaki önemli araştırmalardan biri olan INTERHEART çalışmasıdır. Bu çalışma, 52 ülkede 11.119 vaka ve 13.648 kontrol grubu arasında psikososyal risk faktörleri ile akut MI riski arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılmıştır. Dört olay sorgulanmıştır: İş stresi, evde stres,

parasal stres ve son bir yılda stresli yaşamsal bir olay varlığı. Akut MI geçiren hastalarda dört stres faktörünün tamamının sıklığı daha yüksek bulunmuştur. MI gelişen hastalarda son bir yıl içinde kontrol grubuna göre stresli olay geçirme ve depresyonun da daha sık olduğu tespit edilmiştir. Strese bağlı olarak artan katekolaminler ciddi sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu, kardiyak ritm bozuklukları veya akut MI'ni taklit ederek miyokardiyal "stunning"e yol açabilmektedir. Gözlemsel çalışmalarda emosyonel veya psikiyatrik stresin ani kardiyak ölüm insidansını artırdığını bildirmiştir^(4,5). Bu bilgilere paralel olarak, ilk olgumuzda akut MI geliştiği tespit edilmiştir. İkinci olgumuzda da, AKS veya aritmiye bağlı ani kardiyak ölüm geliştiğini düşünmekteyiz.

Öfke/düşmanlık sempatik sinir sisteminin sürekli aşırı uyarılması ile ilişkili olup artmış sempatik aktivite arteryel

büzüşme, yüksek kalp hızı ve kan basıncı, ventrikül fonksiyonunda değişkenlik (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, ventriküler duvar hareket bozukluğu), kan katekolamin ve kortikosteroid düzeyinde yükselme, serbest yağ asidi salınım ve platelet agregasyonunda artış ile birlikte (3). Anksiyete ise otonom sinir sisteminde bozulmaya neden olarak ölümcül ventriküler aritmiye karşı riski arttırmaktadır. Akut anksiyete durumlarının koroner vazospazma neden olabileceği bilinmektedir ki bu aterosklerotik plak rüptürüne neden olabilmektedir⁽⁶⁾. Sonuç olarak acil servise başvuran tüm hastalara sistematik yaklaşmak son derece önemlidir. Başvuran tüm hastalar acil serviste birer ciddi hasta veya hastalık grubu oluşturabileceği bilinerek değerlendirme yapmak gerekmektedir. Ayrıca stres faktörünün de çoğu hastalığın ana tetikleyici faktörü olabileceği de unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye'de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005; 5: 5-14.
2. Witek P. Silent Myocardial ischemia. Przelg Lek. 2001; 58: 127-30.
3. Vural M, Basar E. Impact of psychological factors on development and course of coronary heart disease: should be negative psychological factors altered?. Anadolu Kardiyol Derg. 2006; 6: 55-9.
4. Wittstein IS, Thiemann DR, Lima JA, Baughman KL, Schulman SP, Gerstenblith G, et al. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. New Engl J Med 2005; 352: 539-48.
5. Ziegelstein RC. Acute emotional stress and cardiac arrhythmias. JAMA. 2007 Jul 18; 298: 324-9.
6. Kanel RV, Mills PJ, Fainman C, Dimsdale JE. Effects of psychological stress and psychiatric disorders on blood coagulation and fibrinolysis: A behavioral pathway to coronary artery disease. Psychosom Med 2001; 63: 531-44.