

Akut inferior myokard infarktüsü ile komplike olan akut pankreatit vakası

A case of acute pancreatitis complicated by acute inferior myocardial infarction

Hasan ERGENÇ¹, Ahmet Tarık EMİNLER², Ahmet NALBANT¹, Sabiye SEVİNÇ³, Savaş SİPAHİ⁴, Erkan PARLAK²

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹İç Hastalıkları Kliniği, ²Gastroenteroloji Kliniği, ³Kardiyoloji Kliniği, ⁴Nefroloji Kliniği, Sakarya

Akut pankreatit, pankreas parankiminin inflamatuvar bir hastalıdır. Klinik prezentasyona göre hafif (ödematöz) ve şiddetli (nekrotizan) pankreatit olarak iki gruba ayrılmaktadır. En sık etyolojik nedenler safra taşı ve alkoldür. Akut pankreatit hastalarının klinik prezentasyonu çok farklı şekillerde olabilir. Biz burada 8 saattir devam eden epigastrik bölgede belirgin olmakla beraber sırta vuran karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran, akut inferior myokard infarktüsü ile komplike olmuş akut pankreatit vakasını sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Akut pankreatit, ST elevasyonu, akut inferior myokard enfarktüsü

Acute pancreatitis is an inflammatory disease of the pancreatic parenchyma. It is divided into two groups as mild (edematous) and severe (necrotizing) pancreatitis according to clinical presentation. Cholelithiasis and alcohol are the most frequent etiologic factors. Clinical presentation of patients with acute pancreatitis can be in many different ways. Here we present an acute pancreatitis case complicated with acute inferior myocardial infarct, who applied to emergency service with stomach ache influencing the back that is clear in the epigastric area for 8 hours.

Key words: Acute pancreatitis, ST elevation, acute inferior myocardial infarction

GİRİŞ

Akut pankreatit, ani başlayan pankreas inflamasyonu olarak tanımlanabilir. Ani başlayan karın ağrısı olan hastalarda şüphelenilmekte ve radyolojik görüntüleme yöntemleri ve kan biyokimyası tetkikleri ile de tanısı konulmaktadır. Hastalık bazen pankreas hücrelerinin hasarlanması sonucu lokal komplikasyonlarla sonuçlanırken bazen de ortaya çıkan sitokinlerin etkisiyle vücudun tamamını ilgilendiren sistemik komplikasyonlarla seyredabilmektedir. Akut pankreatitin kardiyovasküler komplikasyonları arasında özellikle şok, hipovolemi, perikardiyal efüzyon sayılabilir. Nadir bir komplikasyon olarak ST elevasyonlu myokard infarktüsü (MI) gelişebilir (1).

Biz burada akut inferior myokard infarktüsü ile komplike olan akut pankreatit vakasında erken dönemde koroner stent uygulamasının mortaliteye etkisini vurgulamayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

58 yaşında erkek hasta yaklaşık 8 saattir olan epigastrik bölgede belirgin, sırta vuran karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın yatışı sırasında ateş 36.7°C, tansiyon 120/70 mmHg, nabız 98/dk olarak ölçüldü. Fi-

zik muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet dışında özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde lökosit: 12.500/mm³, hemoglobin 13.6 g/dL, trombosit sayısı 256.000/mm³, glikoz:157mg/dl, üre: 29 mg/dl, kreatinin: 0.6 mg/dl, alanin aminotransferaz: 26 IU/L, aspartat aminotransferaz: 38 IU/L, sodyum: 142 mmol/L, potasyum: 4.3 mmol/L, alkalen fosfataz 157 U/L, gama glutamil transferaz 466 U/L ve amilaz 937U/l olarak saptandı. Hastanın çekilen batın tomografisinde pankreas heterojen görünümde olup, peripankreatik yağ doku dansitesi diffüz heterojen artmış ve pankreas çevresinde yaygın serbest sıvı olduğu görüldü (Resim-1). Bu bulgularla akut pankreatit tanısı konulan hastanın non-spesifik göğüs ağrısı şikayeti olması nedeniyle yapılan elektrokardiyografi (EKG) incelemesinde D2-D3-AVF de ST elevasyonu ve D1-AVL de ST depresyonu saptandı (Resim 2). Bu bulguların saptanması üzerine bakılan troponin düzeyi 0.12 ng/ml (0.00-0.03) ve miyoglobin düzeyi 234 ng/ml (10-95) ölçüldü. Hastaya akut inferior MI tanısı konularak acil koroner anjiyografi yapıldı ve sağ koroner arterde tama yakın stenoz saptanarak stent yerleştirildi (Resim-3 A ve B). Koroner anjiyografi sonrası hasta 2 gün yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Hastanın koroner yoğun bakım ünitesi-

İletişim: Ahmet Tarık EMİNLER

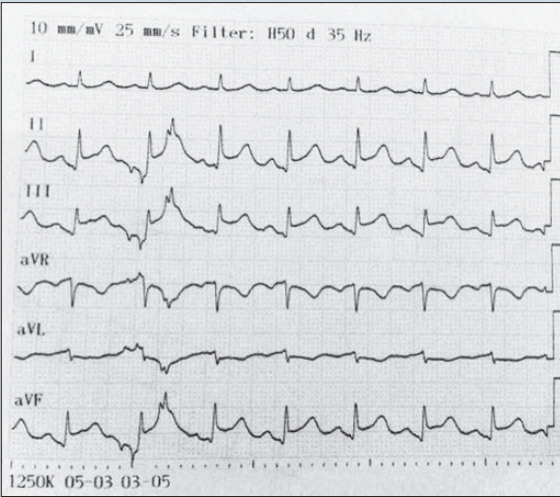
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Gastroenteroloji Kliniği, Sakarya
Tel: +90 264 255 21 06 • E-mail: eminler@yahoo.com

Geliş Tarihi: 23.02.2015 • **Kabul Tarihi:** 28.12.2015

ne yatışı ile beraber eş zamanlı olarak akut pankreatit tedavisi düzenlendi. Oral alımı stoplanarak IV hidrasyon tedavisine başlandı. Günlük takiplerinde amilaz değerleri normale indi ve şikayetleri geriledi. Vital değerleri stabil seyreden hastanın medikal tedavisi düzenlendi ve öneriler ile taburcu edildi.



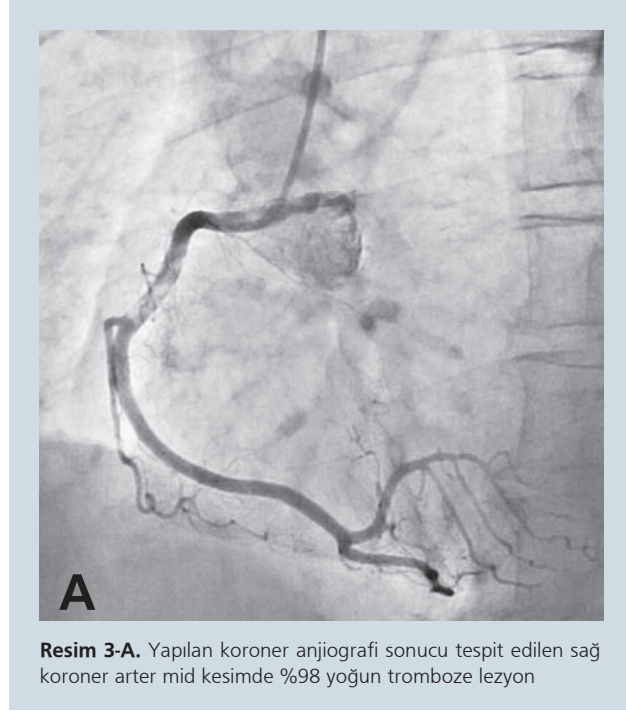
Resim 1. Aksiyel kontrastlı batin BT kesitinde pankreas kuyruk kesiminde ödemli görünümde olup (beyaz oklar), peripankreatik alanda serbest sıvı izleniyor (kesikli oklar).



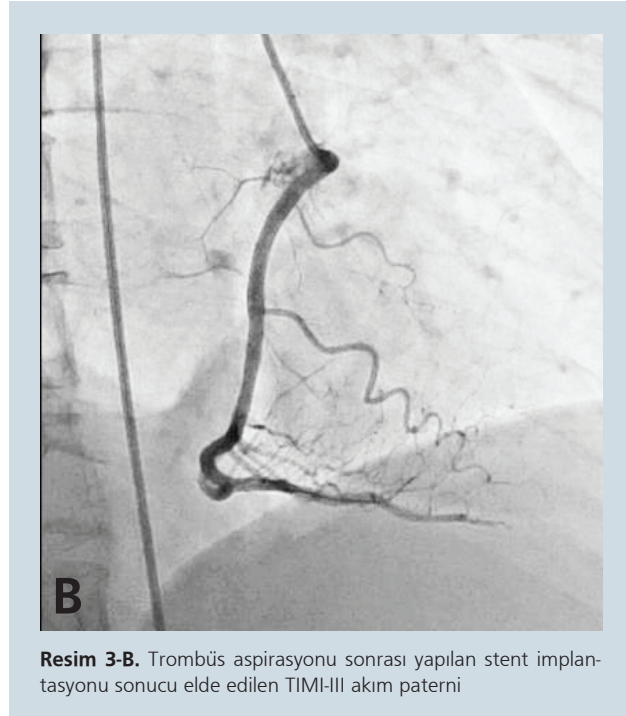
Resim 2. Hastanın çekilen EKG'sinde görülen D2-D3-AVF'de ST elevasyonu ve D1-AVL'de ST depresyonu değişiklikleri.

TARTIŞMA

Akut pankreatitin birçok komplikasyonu çoklu sistemlerle alakalıdır. Akut pankreatit seyrinde pankreatik nekroz, apse veya psödokist gibi lokal komplikasyonlar ile pulmoner, kardiyovasküler, hematolojik, renal, metabolik ve merkezi sinir sistemi anomalileri gibi sistemik komplikasyonlar görülebilir. Kardiyovasküler olaylar içerisinde ST segment elevasyonu nadirken, aritmi, kondüksiyon



Resim 3-A. Yapılan koroner anjiyografi sonucu tespit edilen sağ koroner arter mid kesimde %98 yoğun tromboze lezyon



Resim 3-B. Trombüs aspirasyonu sonrası yapılan stent implantasyonu sonucu elde edilen TIMI-III akım paterni

anomalileri ve T dalgasında veya QT periyodunda süre değişimleri gibi diğer EKG bulguları daha yaygındır.

1934'te ilk olarak Drummond, akut pankreatitte elektrokardiyografik değişimlerin ve parosistik atriyal fibrilasyonun varlığını bildirmiştir (2). Kardiyovasküler komplikasyonlara şok, hipovolemi, perikardiyal efüzyon ve

EKG'de akut miyokardiyal enfarktüsünü taklit eden spesifik olmayan ST-T değişimleri dahildir (3, 4). Akut pankreatitte görülebilecek elektrokardiyografik değişimler, taşiaritmi veya bradiaritmi, atriyal flutter ve atriyal fibrilasyon, supraventriküler prematüre kontraksiyonlar, kısa PR aralığı, QRS uzaması, çeşitli demet-branş blokları (sol demet-branş blok, sağdemet-branş blok ve sol anteriyör hemiblok gibi), depolarizasyonda spesifik olmayan değişimler, azalan T-dalgası voltajı, T-dalgası değişimleri ve ST-segment anomalileri gibi çeşitli bulgular içerebilir. Bu EKG değişiklikleri hastaların %50'sinde görülmektedir (5,6). Akut pankreatitli hastalarda ST elevasyonu için EKG işaretlerinin var olması nadir bir durumdur ve literatürde bildirilen vakaların çoğu aslında sahte miyokardiyal enfarktüslerdir (7). Akut pankreatitli hastalarda akut miyokardiyal enfarktüsü taklit eden EKG değişimleri belgelenmiştir. Gerçek akut miyokardiyal enfarktüsle akut pankreatit vakaları ise oldukça nadirdir (8). EKG değişikliği ile prezente olan akut pankreatit olguları ile ilgili literatür bilgileri mevcut olup (9,10), EKG'si normal olduğu halde göğüs ağrısı nedeniyle bakılan troponin düzeyi yüksekliği ile saptanan akut enfarktüs vakaları da tanımlanmıştır (11).

Akut pankreatitte görülen miyokardiyal rahatsızlık ile EKG anomalileri arasında öne sürülen bir çok hipotez vardır. Bunlar; vagal aracılıklı refleksler (kardiyobilyer refleks), metabolik ve elektrolit anomalileri, pankreatik enzimlerin miyokardiyum üzerindeki toksik etkileri, koroner

arter spazmı, hemodinamik düzensizlik ve/veya sistemik enflamatuar yanıt ve protrombotik durumlardır. Pankreatit patofizyolojisinde önemli rolü olan tripsin'in platelet adezyonunu değiştirebildiği, koagülasyon sistemini etkileyebildiği ve koroner tromboza yol açabileceği bildirilmiştir (12). Ayrıca hipokalsemi, hiponatremi, hipokalemi ve hipomagnezemi gibi elektrolit anomalileri de akut pankreatitte yaygındır ve EKG değişimleriyle ilişkilendirilebilirler (13). Sahte veya gerçek miyokardiyal enfarktüsün ayırıcı teşhisi, tedavi stratejilerinin belirgin bir şekilde farklı olması açısından önemlidir. Yanlış akut miyokardiyal enfarktüsü ile trombolitik ajanları kullanmak hasta açısından ciddi patolojik durumlara yol açabilmektedir (14).

Akut miyokardiyal enfarktüsle komplike olan pankreatit vakaları konusundaki bildirimlerin yetersizliği sebebiyle standart bir protokol henüz tanımlanmamıştır. Fakat akut miyokardiyal enfarktüs hastalarındaki trombolitik terapinin potansiyel ölümcül sonuçlarını önlemek için koroner anjiyografi uygun bir tanı ve tedavi seçeneği olarak gözükmektedir. Gerektiği takdirde hemen anjiyoplasti ve koroner stent işleminin de gerçekleştirilebilir olması bu yaklaşımın en önemli avantajlarından.

Sonuç olarak akut pankreatit tanısı konulan hastalarda çeşitli EKG değişikliklerinin olabileceği akıld tutulmalıdır. Gerçek myokard enfarktüsü tanısının konulması ve uygun tedavi yaklaşımlarının uygulanması hastaların morbiditesi ve mortalitesi açısından son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

- Faintuch JJ, Abrahão MM, Giacaglia LR, Junqueira PC, Salgado LF. Electrocardiographic changes in pancreatitis. *Arq Bras Cardiol* 1989;52:259-60. (Abstract)
- Drummond J. Cardiac abnormalities of abdominal origin. *S Afr Med* 1934;8:520-4.
- Gullo L, Labriola E, Di Benedetto S, et al. Acute pancreatitis associated with paroxysmal atrial fibrillation. A case report. *Panminerva Med* 1988;30:111-3. (Abstract)
- Hsu PC, Lin TH, Su HM, et al. Acute necrotizing pancreatitis complicated with ST elevation acute myocardial infarction: a case report and literature review. *Kaohsiung J Med Sci* 2010;26:200-5.
- Pezzilli R, Barakat B, Billi P, Bertaccini B. Electrocardiographic abnormalities in acute pancreatitis. *Eur J Emerg Med* 1999;6:27-9.
- Rubio-Tapia A, García-Leiva J, Asensio-Lafuente E, et al. Electrocardiographic abnormalities in patients with acute pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 2005;39:815-8.
- Bulava A, Skvarilová M, Marek O, Lukl J. Electrocardiographic changes in patients with acute pancreatitis. Case report and review of the literature. *Vnitr Lek* 2001;47:407-10.
- Korantzopoulos P, Pappa E, Dimitroula V, et al. ST-segment elevation pattern and myocardial injury induced by acute pancreatitis. *Cardiology* 2005;103:128-30.
- Yu AC, Riegert-Johnson DL. A case of acute pancreatitis presenting with electrocardiographic signs of acute myocardial infarction. *Pancreatol* 2003;3:515-7.
- Makaryus AN, Adedeji O, Ali SK. Acute pancreatitis presenting as acute inferiorwall ST-segment elevations on electrocardiography. *Am J Emerg Med* 2008;26:734.e1-e 4.
- Aundhakar SC, Mahajan SK, Agarwal AO, Mhaskar DM. Acute pancreatitis associated with elevated troponin levels: whether to thrombolise or not? *Ann Med Health Sci Res* 2013;3(Suppl 1):S50-2.
- Lieberman JS, Taylor A, Wright IS. The effect of intravenous trypsin administration on the electrocardiogram of the rabbit. *Circulation* 1954;10:338-42.
- Ro TK, Lang RM, Ward RP. Acute pancreatitis mimicking myocardial infarction: evaluation with myocardial contrast echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr* 2004;17:387-90.
- Main G, Heath D, Candlish W, et al. Dangers of thrombolysis. *BMJ* 1990;300:811.