

ALERGIČNI AMI – PRIKAZ PRIMERA

ALLERGIC MI – CASE REPORT

Jernej Jeromel, Marino Crnković

Urgentni center Celje, Enota za splošno nujno medicinsko pomoč, Splošna bolnišnica Celje, Oblakova ulica 5, 3000 Celje

Izvleček

Kounisov sindrom (KS) se kaže kot akutni koronarni sindrom (AKS) ob preobčutljivostni reakciji, ki jo sproži alergijski dogodek.

Abstract

Kounis syndrome (KS) is defined as the occurrence of an acute coronary syndrome (ACS) concomitantly with hypersensitivity reactions triggered by an allergenic event.

UVOD

KS sprožijo mediatorji, ki se sproščajo iz mastocitov in se aktivirajo zaradi alergičnih, preobčutljivih reakcij ali anafilaksije. Mehanizem KS vključuje sproščanje vnetnih citokinov z aktivacijo mastocitov, ki vodi do koronarnega vazospazma in/ali erozije ali rupture aterosklerotičnih plakov (1). Vloga različnih vnetnih mediatorjev na koronarnih arterijah pri KS (2) in tipi KS so predstavljeni v tabeli 1 in 2 (1,2). Pri KS tipa I pride samo do vazospazma koronarnih arterij, pri KS tipa III pa do tromboze žilne opornice (stenta), kar pomeni, da je KS tipa III najnevarnejši za pacienta in ima posledično slabšo prognozo.

VNETNI MEDIATORJI	OPIS
Histamin	<i>Koronarna vazokonstrikcija in aktivacija trombocitov</i>
Triptaza	<i>Erozija kolagenskega »zamaška«</i>
Kimaza in katepsin D	<i>Povečanje vazokonstrikcije</i>
Levkotrieni	<i>Povečanje vazokonstrikcije</i>
Tromboksen	<i>Agregacija trombocitov</i>
Trobociti	<i>Aktivacija, agregacija in izboljšana adhezija</i>

Tabela 1: Vloga različnih vnetnih mediatorjev na koronarnih arterijah.

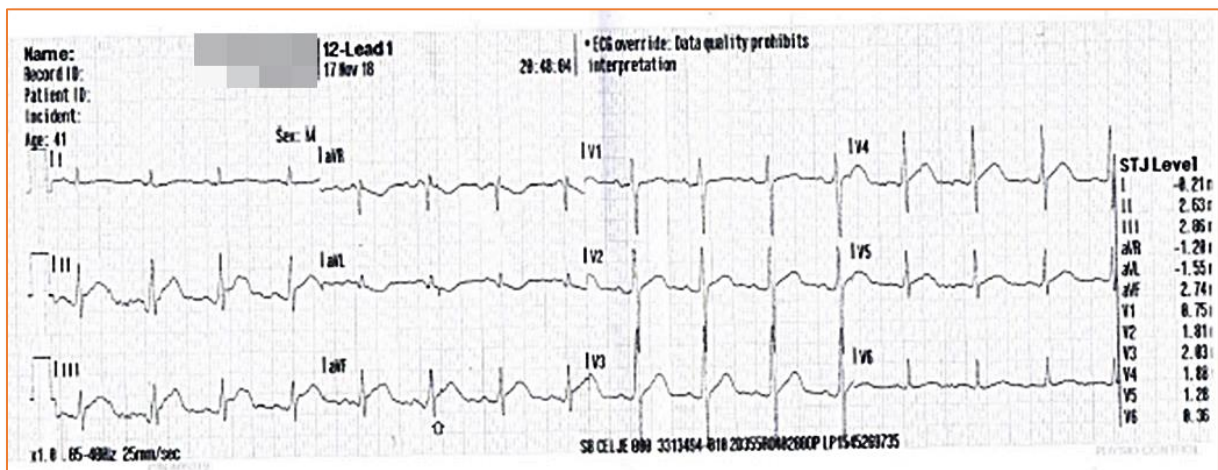
TIPI KS	OPIS
TIP I	<i>Pri pacientih brez koronarnih bolezni</i>
TIP II	<i>Pri pacientih z znanimi koronarnimi boleznimi</i>
TIP III	<i>Pri pacientih s trombozo stenta</i>

Tabela 2: Tipi Kounisovega sindroma.

PRIKAZ PRIMERA

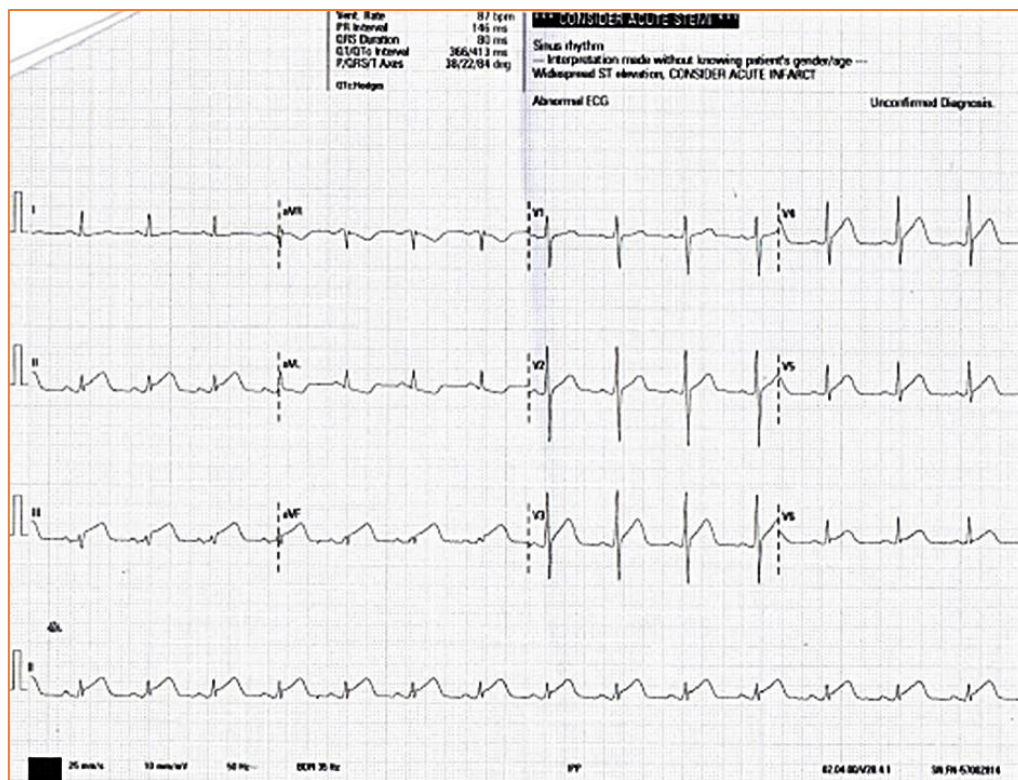
17.11.2018. „Haribo macht kinder froh, odrasle pa očitno ne tako!“ je bil prvi odziv reševalca ob predaji pacienta, ki je jedel Haribo bombone, s strani NMP enote 1.a Šentjur. Pred tem je mobilna enota (MoE) nujnega reševalnega vozila (NRV) Celje ob 19:36 uri prejela klic s strani dispečerja: „Jedel Haribo bombone, EpiPen si je sam apliciral. 1.a enota na mestu, prioriteta 70.“ Izvoz MoE NRV Celje na kraj intervencije je bil ob 19:38 uri, prihod do pacienta pa ob 20:12 uri. 41-letni gospod je ob prihodu sedel na robu postelje, nekoliko nemiren. Povedal je, da se bolje počuti. Ob 18:00 uri je zaužil Haribo bombone, slabo uro za tem ga je začelo srbeti po telesu, imel je

urtike v predelu spodnjih okončin in trupa, 1x je tudi obilno bruhal. Sam si je apliciral EpiPen 300 mcg, pojedel 32 mg Medrola, 3 tbl Aeriusa. Ekipa 1.a mu je aplicirala še intravenozno Torecan 1 amp, Tavegyl 1 amp, Ranital 1 amp, Solu-Cortef 100 mg in 1000 ml 0,9% NaCl. Zdravnik je ob predaji povedal, da v EKG zapisu razen stresene osnovnice ni bilo posebnosti. Transport izveden brez spremstva zdravnika. Ob pregledu v MoE NRV vozilu je bil pacient hemodinamsko stabilen (RR 150/82mmHg, pulz 92/min, SpO2 96%), rahlo tahipnoičen in subfebrilen, koža je bila brez urtik, angioedema ali respiratornih težav ni imel, navajal pa je blago, tiščočo bolečino v prsnem košu, ki je popuščala, prisoten je bil tudi mišični tremor. Pacient je stokal, komunikacija je bila otežena. Izmomljal je, da redne terapije ne jemlje, da ima pa znane alergije na konzervanse, rdeče meso, NSAR, Aspirin in Analgin. Med transportom je zaspal. Pacientovo stanje se je nekje ob 20:45 uri poslabšalo, navajal je hudo bolečino za prsnico, ki je bila stiskajoča in se ni širila, po VAS lestvici 8/10. Posnet je bil ponovno 12-kanalni EKG (Slika 1), kjer je bila prisotna dinamika. Konzultiran je bil urgentni zdravnik v urgentnem centru Celje(UCC), ki zaradi dostopnega časa do UCC (približno 5 min) dodatne terapije ni odredil.



Slika 1: 12-kanalni EKG zapis v RV (MoE NRV).

Ob 20:53 uri je bil pacient pripeljan v UCC mimo triaže direktno na internistično nujno pomoč (INP), ponovno je bil posnet 12-kanalni EKG (Slika 2). Bil je bolečinsko prizadet, tahipnoičen, RR 115/75mmHg, pulz 78/min, SpO2 98% in subfebrilen. Zdravniku je povedal, da jemlje sledečo terapijo: Sorvasta, Prenessa 8 mg/dan, Berodual 2 vpiha p.p., Dasselta in Medrol. Terapija na INP: Morfin (MO) 2 mg i.v., Brilique 180 mg per os, Heparin 5.000 I.E. i.v. in 2l kisika po BNK. Po dogovoru z UKC MB je bil pacient nekaj minut čez 21:00 uro v spremstvu specializantke interne medicine premeščen na koronarografijo.



Slika 2: 12-kanalni EKG zapis v INP UC Celje.

Po terapiji na INP je bil pacient sicer hipotenziven (RR 80/40 mmHg), z bolusi kristaloidov se mu je krvni tlak stabiliziral. Med transportom je imel večkratne epizode hudih bolečin za prsnico, ki so po analgetični terapiji popustili. Med transportom je prejel 2+2 mg MO i.v. in kljub kontraindikaciji nitroglicerina (NTG) sprejel 2 vpiha s.l. Na predaji ob 21.53 uri v UKC MB je povedal, da je imel pred enim mesecem že koronarografijo. Primarna perkutana koronarna intervencija (PPCI) tistega večera: ugotovljena je bila in z DES razširjena hemodinamsko pomembna zožitev RCA. Opisali so tudi od 70-80% zožitev LAD. V sklopu desenzitacije so mu aplicirali Aspirin 50 mg (kljub znani alergiji nanj) in svetovali, da v kolikor ne bi bilo posebnosti, nadaljuje s 100 mg odmerki. Naslednji dan je bil premeščen v SB Celje zaradi planirane poudarjene rehabilitacije. Ob sprejemu na oddelek so nadaljevali z dvotirno antiagregacijsko terapijo s tikagrelorom in Aspirinom, terapijo z ACE inhibitorjem in beta zaviralcem. Gospod je bil ves čas hospitalizacije telemetrično monitoriran. Zabeležena je bila 1 epizoda ventrikularne tahikardije (18.11.2018). Kasneje motenj ritma ni bilo več. UZ srca je pokazal EF 60%, brez regionalnih motenj krčenja. Pacient je bil ves čas hospitalizacije afebrilen in hemodinamsko stabilen, v klinično izboljšanem stanju je bil odpuščen v domačo oskrbo, predvideno je imel še elektivno koronarografijo zaradi zožitve LAD po zaključeni rehabilitaciji. 23.11.2018 je bil gospod ponovno obravnavan s strani mobilne enote reanimobila (MoE REA) zaradi reinfarkta in prav tako 13.3.2019 s strani 1.a enote in MoE NRV zaradi anafilaksije, sicer tokrat brez znakov za KS.

RAZPRAVLJANJE

KS je kompleksen, zdravljenje pa je zahteven postopek, ker se mora zdraviti tako AKS kot alergijske simptome hkrati. Zdravila za zdravljenje srčnih manifestacij lahko poslabšajo alergijo, zdravila za zdravljenje alergijskih simptomov pa lahko poslabšajo

delovanje srca, zato mora biti aplikacija zdravil preiščena in previdna (3), predvsem morfina, saj lahko potencialno sproščanje histamina in poslabša patološko kaskado pri KS, zaviralcev adrenergičnih receptorjev beta, saj lahko tudi pospešijo koronarni vazospazem in navsezadnje adrenalin, saj lahko potencialno poslabša koronarni vazospazem ter poslabša koronarno ishemijo ob KS. Dodatna previdnost je potrebna tudi s kortikosteroidi, nitrati in antihistaminiki. Primarni poudarek zdravljenja KS mora biti tako usmerjen proti alergijskemu vdoru in odstranitvi alergenov (3,4). Vsako leto se odkrijejo nove etiologije KS, zdravniki pa se morajo zavedati njihovega obstoja, da bi dobili zgodnjo in pravilno diagnozo ter uporabili ustrezne terapevtske ukrepe (5). V tabeli 3 je predstavljena opcija za zdravljenje KS (2):

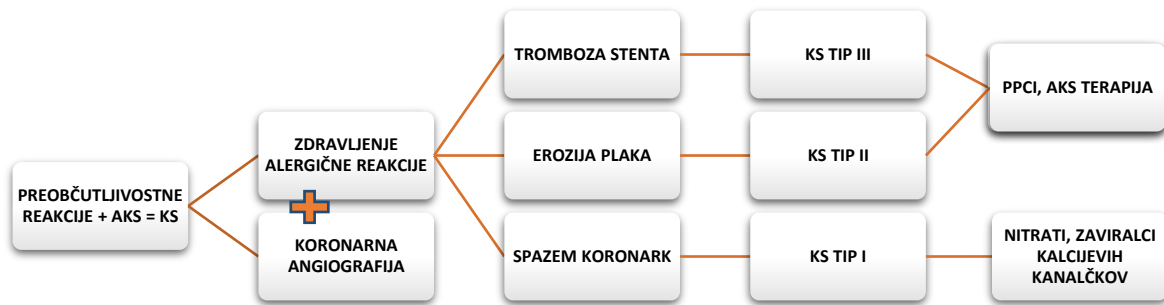


Tabela 3: Opcija zdravljenja Kounisovega sindroma.

ZAKLJUČEK

KS ni redek, vendar je redko prepoznan in premalokrat diagnosticiran. Potrebna je dodatna pazljivost in skrbnost pri obravnavi pacientov s preobčutljivostmi reakcijami. Ob diagnosticiranju KS je samo zdravljenje KS lahko zahtevno, ker zahteva urgentno zdravljenje tako preobčutljivostne reakcije kot tudi AKS. Težava je predvsem v tem, da lahko zdravljenje enega od obeh sindromov poslabša drugi sindrom. Mnoga vprašanja o optimalni obravnavi KS tako ostajajo odprta. Predlog izboljšav bi lahko bil usmerjen v uvedbo državnega ali regionalnega registra, ki bi lahko omogočila zbiranje potrebnih informacij za vzpostavitev standardiziranega protokola za zdravljenje KS, ob tem pa izmenjavo, na tem področju vsekakor prepotrebnih izkušenj, poročil primerov ter spremljanje pacientov s KS, s poudarkom na sekundarni preventivi.

LITERATURA

1. Cacciapuoti Fu, Langella V, Tirelli P, et al. Kounis Syndrome: A Form of Acute Coronary Syndrome of Unusual Aetiology. *Int Arch Cardiovasc Dis.* 2017; 1:001. 2017; 1:001: 1-3.
2. Sciatti E, Vizzarda E, Cani DS, et al. Kounissyndrome, a disease to know: Case report and review of the literature. *Monaldi Archivesfor Chest Disease.* 2018; 88:898: 9-14.
3. Kounis NG. Kounis syndrome: an update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis and therapeutic management. *Clin Chem Lab Med.* 2016; 54(10): 1545–1559.
4. Memon S, Chhabra L, Masrur S, et al. Allergic acute coronary syndrome (Kounis syndrome). *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2015;28(3): 358-362.
5. Kounis NG, Giannopoulos S, Soufras GD, et al. Foods, Drugs and Environmental Factors: Novel Kounis Syndrome Offenders. *Intern Med.* 2015; 54: 1577-1582.