

## AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSLÜ BİR OLGUDA PRİMER PERKÜTAN TRANSLUMİNAL KORONER GİRİŞİM UYGULANMASI SONRASI SİALADENİT GELİŞMESİ

Dr. İlyas ATAR, Doç. Dr. Bülent ÖZİN, Doç. Dr. Aylin YILDIRIR, Prof. Dr. Haldun MÜDERRİSOĞLU

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

### Özet

*İyot içeren kontrast ajanların kullanımına bağlı sialadenitis gelişimi nadir bir komplikasyondur. Sialadenitis gelişmesinden kesin sorumlu mekanizma bilinmemektedir, ancak iyota karşı idiyosenkrazik bir reaksiyon veya toksik seviyede iyot birikiminin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Literatürde bugüne kadar toplam 36 olguda sialadenitis geliştiği bildirilmiştir. Burada akut miyokard infarktüsü ile gelen ve primer perkütan transluminal koroner girişim uygulanması sonrası sialadenitis gelişen bir olguyu sunuyoruz. (Türk Kardiyol Dern Arş 2003;31:526-8)*

*Anahtar kelimeler: Akut miyokard infarktüsü, kontrast madde, sialadenit*

### Summary

#### **Iodine-induced Sialadenitis After Primary Percutaneous Transluminal Coronary Intervention in a Patient with Acute Myocardial Infarction**

*Sialadenitis (iodide mumps) is an infrequent reaction to iodine administration. The mechanism for iodide-induced sialadenitis is poorly understood and may be either idiosyncratic or related to toxic accumulation of iodide in salivary glands. A total of 36 subsequent reported cases were found in literature. We report a case with acute myocardial infarction who developed iodide-induced sialadenitis following primary percutaneous transluminal coronary intervention (Arch Turk Soc Cardiol 2003;31:526-8)*

*Key words: Acute myocardial infarction, contrast media, sialadenitis*

İyot içeren intravenöz kontrast maddelerin kullanımına bağlı olarak nadiren tükrük bezlerinin aniden genişlemesi ile seyreden sialadenitis tablosu görülmektedir. Bilgimiz dahilinde bugüne kadar toplam 36 olguda iyot içeren kontrast madde kullanımına bağlı sialadenitis geliştiği bildirilmiştir. Burada akut miyokard infarktüsü ile gelen ve primer perkütan transluminal koroner girişim

(PTKG) uygulanması sonrası sialadenitis gelişen bir olguyu sunuyoruz.

### OLGU SUNUMU

Bilinen koroner arter hastalığı olmayan 59 yaşında bayan hasta, acil servise ilk kez olan ve 3 saattir devam eden retrosternal baskı hissi ile başvurdu. EKG'de V1-

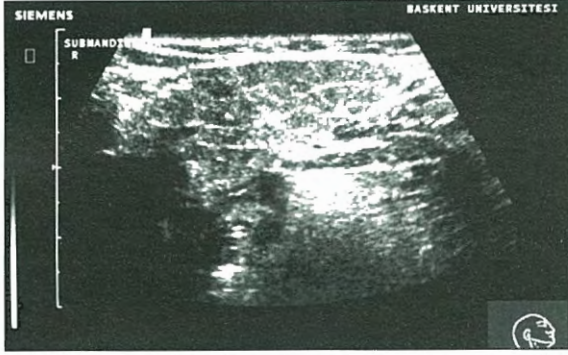
**Yazışma adresi:** Dr. İlyas Atar, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Fevzi Çakmak cad. 10. sok.

No.45 Bahçelievler/Ankara

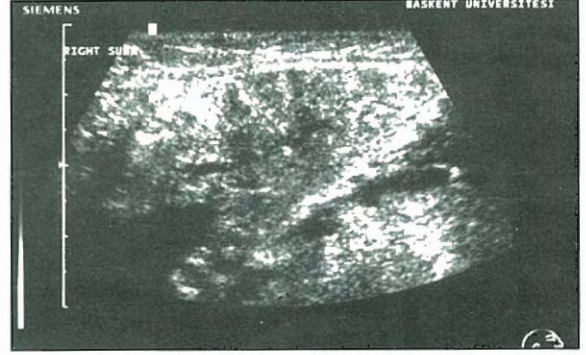
Telefon: (0312) 212 6868 / Faks:(0312) 223 73 73

e-posta: ilyasatar@veezy.com

Alındığı tarih: 2 Temmuz, revizyon kabulü: 12 Ağustos 2003



**Şekil 1a:** Kontrast madde alınması sonrası ultrasonografide submandibuler tükrük bezinde diffüz ödem ve genişleme



**Şekil 1b:** Kontrol ultrasonografide submandibuler tükrük bezindeki bulguların normale döndüğü izlenmektedir

5'te 4-5 mm ST yüksekliği saptandı. Risk faktörü olarak Tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, 30 paket/yıl sigara kullanımı ve 5 yıldır menapoz vardı, allerji öyküsü yoktu. Hastanın böbrek fonksiyonları normaldi. Hasta akut anterior miyokard infarktüsü olarak kabul edildi ve primer PTKA planlanarak kateter laboratuvarına alındı. Anjiyografide sol ön inen (SÖİ) arter proksimalinde tam tıkanıklık saptandı, sirkümfleks arter ve sağ koroner arter normaldi. SÖİ artere balon dilatasyon sonrası stent implante edildi ve tam açıklık sağlandı. İşlem sırasında toplam 250 cc ioxoglate (%60 iyot içeren düşük osmolariteli kontrast madde: Hexabrix, Guerbet France) kullanıldı. İzleminde hastanın göğüs ağrısı tekrarlamadı, EKG'deki ST yükseklikleri izoelektrik hatta indi ancak V1-4'te Q dalgası gelişti. Kontrast madde almından 3 gün sonra hastanın boyun bölgesinde gerilme hissinin eşlik ettiği ağrısız şişlik gelişti. Muayenede bilateral tükrük bezlerinde büyüme saptandı, hassasiyet yoktu ağız ve göz kuruluğu izlenmedi. Boyun ultrasonografisinde submandibuler bezlerde bilateral diffüz ödem ve genişleme ile uyumlu bulgular saptandı, taş veya kanallarda tıkanıklık izlenmedi (Şekil 1a). Hastanın lökosit sayısı normaldi. Kulak-Burun-Boğaz (KBB) bölümünce değerlendirilen hastanın tedavisine naproksen sodyum 2 x 275 mg/gün eklendi. Hastanın izleminde boyun şişliği 3 gün sonra normale döndü. İlk kontrolde boyun ultasonografisi tekrarlandı ve tükrük bezleri normal olarak değerlendirildi (Şekil 1b).

Hasta 11 ay sonra istirahatte olan atipik göğüs ağrısı ile hastanemize başvurdu, yapılan tetkikler sonrasında kontrol koroner anjiyografisi yapıldı. Koroner anjiyografide toplam 100 cc ioxoglate kullanıldı.

İşlemden 12 saat sonra hastada tekrar boyun şişliği gelişti ve yapılan tetkikler neticesinde sialadenitis saptandı. KBB bölümünün önerisiyle naproksen sodyum 2 x 275 mg/gün başlandı. Koroner anjiyografiden 2 gün sonra tüm bulgular normale döndü.

## TARTIŞMA

İyot içeren kontrast ajanların kullanımına bağlı sialadenitis gelişimi nadir bir komplikasyondur. Japonya'da geniş bir hasta grubunda intravenöz kontrast maddelerin yan etkilerinin değerlendirildiği (337 647 olgu) bir raporda iyonik kontrast ajanlarla % 12, noniyonik kontrast ajanlarla % 3 oranında ilaca bağlı reaksiyon bildirilmiştir<sup>(1)</sup>. Bu ilaç reaksiyonları arasında en sık mide bulantısı, sıcaklık hissi, ürtiker, kaşıntı ve kusma görülmüş olup sialadenitis hiç izlenmemiştir<sup>(1)</sup>. Sialadenitis gelişmesinden kesin sorumlu mekanizma bilinmemektedir, ancak iyota karşı idiyosenkrazik bir reaksiyon veya toksik seviyede iyot birikiminin sorumlu olduğu düşünülmektedir. İyot içeren kontrast madde alımı sonrası tükrük bezlerinde iyot biriktiği ve serum iyot seviyesinde belirgin yükselme olduğu bilinmektedir<sup>(2)</sup>. İyot içeren kontrast madde alımı sonrası sialadenitis gelişme riski serum iyot seviyesiyle direkt ilişkili görünmektedir; bu nedenle böbrek yetmezliğinin ve fazla miktarda iyot yüklenmesinin predispoze faktörler olduğu düşünülmektedir<sup>(2)</sup>. Daha önceki tanımlanan hastaların büyük kısmında böbrek yetmezliği

olması bu görüşü desteklemektedir<sup>(3-5)</sup>. İyot alımı sonrası sialadenitis gelişen olguların büyük kısmında iyonik kontrast ajanların kullanıldığı, sadece bir olguda noniyonik kontrast madde alımı sonrası sialadenitis geliştiği bildirilmiştir<sup>(2-5)</sup>. Bu durumda iyonik kontrast madde alımının sialadenitis gelişimi riskini arttıran faktörlerden biri olduğunu göstermektedir.

Kontrast madde kullanımına bağlı ilk sialadenitis olgusu Sussman ve ark. tarafından<sup>(6)</sup> 1956 yılında bildirilmiş olup literatürde bugüne kadar toplam 36 olguda sialadenitis geliştiği bildirilmiştir. Bu vakaların büyük bir kısmını intravenöz piyelografi uygulamaları sonrası gelişen olgular oluşturmaktadır. Chuen ve ark.<sup>(7)</sup> ilk olarak tedavi edici girişimler sonrası sialadenitis gelişimini yüzeysel femoral artere periferik anjiyoplasti uygulanan bir olguda tanımladılar. Koroner anjiyografi ve anjiyoplasti sonrası toplam 4 hastada sialadenitis geliştiği bildirilmiştir<sup>(4,5,8)</sup>. İlia ve ark.<sup>(8)</sup> bir olguda tekrarlayan kardiyak kateterizasyonlar sonrası sialadenitis tanımladı. Kalaria ve ark.<sup>(4)</sup> ise kronik böbrek yetersizlikli bir hastada elektif koroner anjiyoplasti sonrası sialadenitis tanımladılar. Ben-Ami ve ark.<sup>(5)</sup> ise biri kronik böbrek yetmezliği olan koroner anjiyografi uygulanan diğeri de elektif koroner anjiyografi ve PTKA uygulanan iki olguda sialadenitis geliştiğini gösterdiler. Olgumuzda kontrast madde alımından sonra 3. günde sialadenitis gelişmiş ve 3 gün sonra da bugular normale dönmüştür. Hastanın ikinci kez kontrast madde alımı sonrası daha erken dönemde 12. saatte sialadenitis adenitis gelişmiş ve 36 saat sonra da bugular normale dönmüştür. İyot alımı sonrası sialadenitisin dakikalar ile 5 gün arasındaki bir sürede gelişebildiği gösterilmiştir<sup>(9)</sup>. Literatürdeki olgularda da bizim olgumuzda olduğu gibi tekrarlayan kontrast alımı sonrasında sialadenitisin daha erken geliştiği ve daha kısa sürede düzeldiği bildirilmiştir<sup>(5,7-9)</sup>.

İyot alımı sonrası gelişen sialadenitisin tedavisi süpüratif sialadenitisten farklıdır. Süpüratif sialoadenitis tedavisinde mutlaka antibiyotik kullanmalıdır ve genellikle cerrahi drenaj

gerekir. Aseptik iyot içeren kontrast alımı sonrası gelişen sialoadenitisin tedavisinde genellikle destek tedavisi yeterlidir, antihistaminikler ve kortikosteroidler bu amaçla kullanılmaktadır<sup>(9)</sup>. Sonuçta, sialadenitis iyot içeren kontrast madde alımı sonrası gelişen nadir bir komplikasyondur, yeniden iyot alımı ile tekrarlayabilir. Tekrarlayan iyotlu kontrast madde kullanımı sonrasında gelişen ataklar iyot alımından sonra daha kısa bir sürede ortaya çıkmakta ve daha erken sürede düzelmektedir. Ulaşabildiğimiz literatür dahilinde olgumuz akut miyokard infarktüsü sonrası primer PTKA uygulanan bir hastada sialadenitis geliştiği bildirilen ilk olgudur.

## KAYNAKLAR

1. Katayama H, Yamaguchi K, Kozuka T, Takachima T, Seez P, Matsuura K: Adverse reaction to ionic and nonionic contrast media: a report from the Japanese Committee on the Safety of Contrast Media. *Radiology* 1990;175:621-8
2. Cohen JC, Roxe DM, Said R, Cummins G: Iodide mumps after repeated exposure to iodinated contrast media. *Lancet* 1980;1:762-73
3. Rivera M, Teruel JL, Castano JC, Garcia Otero G, Ortuno J: Iodine-induced sialadenitis: report of 4 cases and review of the literature. *Nephron*. 1993;63:466-7
4. Kalaria VG, Porsche R, Ong LS. Iodide mumps: acute sialadenitis after contrast administration for angioplasty. *Circulation* 2001;104:2384
5. Ben-Ami R, Zeltser D, Herz I, Mardi T: Iodide-induced sialadenitis complicating coronary angiography. *Catheter Cardiovasc Interv* 2002;57:50-3
6. Sussman RM, Miller J: Iodide "mumps" after intravenous urography. *N Engl J Med* 1956;255:433-4
7. Chuen J, Roberts N, Lovelock M, King B, Beiles B, Frydman G: "Iodide mumps" after angioplasty. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2000;19:217-8
8. İlia R, Aizenberg O, Moshe G: Salivary gland enlargement following renografin injection may be secondary to hypersensitivity. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1991;23:69-70
9. Christensen J: Iodide mumps after intravascular administration of a nonionic contrast medium. Case report and review of the literature. *Acta Radiol* 1995;36:82-4