

**P-52****KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ  
SONRASI GELİŞEN MİYOKARDIAL  
ENFARKT**KÜÇÜKOSMAN G, AYDIN B.G,  
YALÇIN A, ÇİMENCAN M, AYOĞLU H*BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD***Giriş:**

Karbonmonoksit (CO) zehirlenmesi fatal seyredebilen zehirlenmelerdendir. Sıklıkla nörolojik, kardiyovasküler olaylarla ortaya çıkar. CO zehirlenmesi sonrası en sık karşılaşılan stenokardik semptomlar: hipotoni, miyokardial disfonksiyon ve aritmilerdir. CO zehirlenmesi sonrası gelişen akut miyokardial enfarktüs ve tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:**

68 yaşında, kadın hasta CO zehirlenmesi ile acil servisimize sevk edilmiş. Dış merkezdeki kan gazında COHb=%14 ölçülmüş. Anamnezinde baş ağrısı, bulantı, kusma, ajitasyon, özgeçmişinde 2 yıldır hipertansiyon ve diabetes mellitus tanısı mevcuttu. Fizik muayenesinde kan basıncı: 102/70mmHg, nabız:102 /dk, SpO<sub>2</sub>: %77 diğer sistem muayeneleri normaldi. Arteriel kan gazında pH:7.39, COHb: % 7.3, pO<sub>2</sub>:41.5, pCO<sub>2</sub>: 29.9, S<sub>a</sub>O<sub>2</sub>: %77.6, HCO<sub>3</sub>:19.5 ölçüldü. Elektrokardiyografide inferolateral yaygın ST depresyonları mevcuttu. Kardiyak enzimleri normaldi. Rezervuarlı oksijen maskesi ile 10 L/dk.dan O<sub>2</sub> başlandı. Yatışının 4.saatinde COHb=%0.9 ölçüldü. Yatışının 2. gününde ani gelişen göğüs ağrısı, terleme, takipnesi olan hastanın 6L/dk oksijen ile solurken SpO<sub>2</sub> %75, Troponin T:2.18ng/mL akciğer grafisinde interstisyel ödem saptandı, EKG:VES +, taşikardi saptandı. Ekokardiyografisinde: ejeksiyon fraksiyonu %45, ileri triküspit, orta mitral yetmezlik saptandı. Akciğer sesleri: bilateral yaygın ral,

ronküs mevcuttu. Akciğer ödemi de düşünülerek furosemid, morfin, ASA, nitrogliserin uygulandı. Koroner anjiyografisinde, sol ön inen arter : %90, D2 %50, D2 Sonrası %70-80, sirkumfleks arter %80 plaklı olduğu tespit edildi. Acilen koroner arter bypass cerrahisi uygulandı. Hasta yatışının 15. günü şifa ile taburcu edildi.

**Tartışma:**

Karbonmonoksit hemoglobine oksijenden daha yüksek affinite gösterdiğinden, mitokondride sitokrom oksidaz ile bağlanarak elektron transport zincirini bloke eder, hücresel solunumu bozar, serbest radikallerin oluşumuna neden olur. O<sub>2</sub> sunumu azalır. Bu etkisi ile özellikle iskemik kalp hastalığı olanlarda daha büyük soruna neden olur. Kardiyak tutulum CO ile karşılaşmadan hemen sonra oluşabileceği gibi, birkaç gün sonra da gerçekleşebilir. Önceden koroner hastalığı olan kişilerde COHb seviyesindeki % 5-10'luk artışlar bile anjinayı tetikleyebilir. Bu nedenlerle CO zehirlenmesi sonrasında olası miyokardial hasarlanma açısından EKG gözlenmesi, kardiyak enzim ve klinik takip son derece önem taşır. Eko ve koroner anjiyografi bu hastalarda tedaviyi yönlendirmede faydalı olacaktır.