

OLGU

**Ahmet Karabacak
Hakan Özhan
Yusuf Aslantaş
İsmail Ekinözü
Hakan Tıbbılı
Yasin Türker
Sinan Albayrak**

Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi Kardiyoloji AD.
Düzce

İletişim adresi:

*Dr. Hakan Özhan
Düzce Üniversitesi Düzce Tıp
Fakültesi Kardiyoloji AD. 81620,
Konuralp-Düzce
Tel: 090-532 5582873
Faks: +90 380 542 1387
E-mail: ozhanhakan@yahoo.com*

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Alteplase İnfüzyonu ile Tedavi Edilen Protez Mitral Kapak Trombozu Olgusu

ÖZET

49 yaşında kadın hasta, progresif pulmoner ödem tablosu ile acile getirildi. 2010 tarihinde mekanik aort kapak replasmanı (AVR) ve mitral kapak replasmanı (MVR) hikayesi olan hastaya yatak başı transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Apikal 4 boşluk görüntüleme ile mitral konumda tıkaçıcı protez kapak trombozu saptandı. Acil cerrahi uygulanamayan ve hemodinamik instabilite sebebiyle transfer edilemeyen hastaya, intravenöz heparin infüzyonu eşliğinde, fibrin spesifik fibrinolitik tedavi (r-tPA) uygulandı. Fibrinolitik tedavi öncesi mitral protez kapakta sürekli dalga (CW) doppler görüntüleme ile ölçülen 15.7 mmHg ortalama gradient, fibrinolitik tedavi sonrası 6.9 mmHg'ye geriledi. Pulmoner ödem tablosu düzelen hastada fibrinolitik tedavi sonrası embolik veya hemorajik komplikasyon gözlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Mitral Kapak Replasmanı, Protez Kapak Trombozu ve Fibrinolitik Tedavi

A Case of Prosthetic Mitral Valve Thrombosis Successfully Treated With Alteplase

ABSTRACT

A 49 years old female patient was presented with progressive pulmonary oedema in emergency room. She had mechanical aortic and mitral valve replacement in 2010. Bed-side transthoracic echocardiography was performed to the patient. An obstructive prosthetic valve thrombosis was demonstrated with apical 4 chamber imaging. Surgery was not immediately available and the patient could not be transferred because of hemodynamic instability. Fibrin-specific fibrinolytic therapy (r-tPA) with intravenous heparine infusion was given to the patient. The mean gradient of mitral prosthetic valve with continuous wave (CW) Doppler imaging decreased from 15.7 mmHg to 6.9 mmHg after fibrinolytic therapy. Pulmonary odema relieved and neither embolic nor heamorrhagic complications were seen after fibrinolytic therapy.

Keywords: Mitral Valve Replacement, Prosthetic Valve Thrombosis and Fibrinolytic Therapy

GİRİŞ

Akut dispne veya embolik olay ile klinik bulgu veren ve protez kapak replasmanı hikayesi olan hastalarda tıkaçıcı kapak trombozu mutlaka akla getirilmelidir. Yetersiz antikoagülasyon veya hiperkoagülopati (dehidratasyon, infeksiyon vb.) durumlarında klinik şüphe artmalıdır. Tanı transtorasik ekokardiyografi (TTE) ve/veya transözefagial ekokardiyografi (TEE) veya floroskopi ile doğrulanmalıdır. Tıkaçıcı kapak trombozunun tedavi seçenekleri arasında acil cerrahi veya fibrinolitik tedavi yer almaktadır. 2007 Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Kalp Kapak Hastalıkları kılavuzunda (1) önerilen tedavi algoritması Tablo 1’de özetlenmiştir.

Eşlik eden ciddi komorbiditesi olmayan tıkaçıcı kapak trombozlu kritik hastalarda seçkin tedavi acil kapak replasmanı olarak önerilmektedir. (Sınıf I, Kanıt düzeyi C). Acil cerrahi uygulanamayan veya hemodinamik instabilite sebebiyle transfer edilemeyen, cerrahi için yüksek riske sahip komorbid hastalarda fibrinolitik tedavi düşünülmelidir.

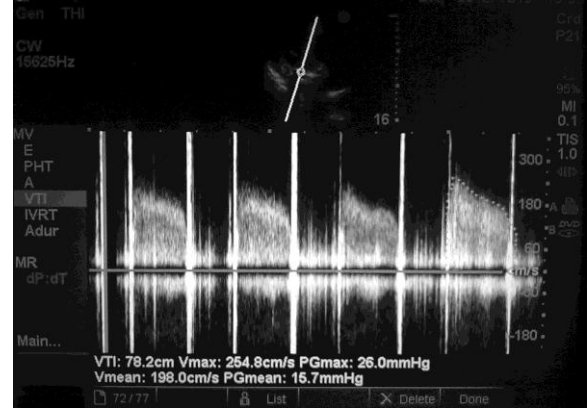
Burada acil cerrahi uygulanamayan ve hemodinamik instabilite sebebiyle transfer edilemeyen bir mitral kapak trombozu olgusunun intravenöz heparin infüzyonu eşliğinde alteplaz infüzyonu ile başarılı tedavisi sunulmuştur.

OLGU

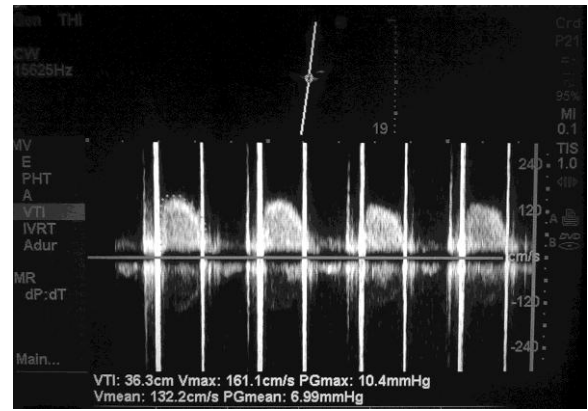
49 yaşında kadın hasta, artan dispne şikayeti ile acile getirildi. Progresif pulmoner ödem tablosundaki hastaya standart oksijen, vazodilatator ve diüretik tedavisi uygulandı. EKG’inde sinüs taşikardisi mevcut olup arteriyel kan gazında solunumsal asidoz saptandı. Akciğer radyografisinde santral ödem ile uyumlu görünüm izlendi. 2010 tarihinde mekanik aort ve mitral kapak replasmanı hikayesi mevcut olan ve son 3 aydır düzenli INR kontrollerine gelmeyen hastanın acildeki INR değeri 1.6 olarak saptandı.

Yetersiz oral antikoagülasyona sekonder olarak gelişen protez kapak trombozu düşünülerek, hastaya derhal yatak başı TTE uygulandı. Apikal 4 boşluk görüntüleme ile mitral konumda tıkaçıcı protez kapak trombozu ile uyumlu görünüm ve mitral protez kapakta sürekli dalga (CW) doppler görüntüleme ile anlamlı gradient artışı saptandı (Şekil 1). Aortik protez kapakta anlamlı gradient artışı izlenmedi. Acil cerrahi uygulanamayan ve hemodinamik instabilite sebebiyle transfer edilemeyen hastaya, intravenöz heparin infüzyonu eşliğinde, fibrin spesifik fibrinolitik tedavi olarak alteplaz (r-tPA) uygulandı. Fibrinolitik tedavi öncesi mitral protez kapakta sürekli dalga (CW) doppler görüntüleme ile ölçülen 15.7 mmHg ortalama gradient, fibrinolitik tedavi sonrası 6.9 mmHg’ye geriledi (Şekil 2).

Pulmoner ödem tablosu düzelen hastada fibrinolitik tedavi sonrası embolik veya hemorajik komplikasyon gözlenmedi.



Şekil 1. Fibrinolitik öncesi transtorasik ekokardiyografi ile ölçülen CW Doppler değeri. Mitral kapakta trombus nedeniyle ileri derecede darlık mevcuttur

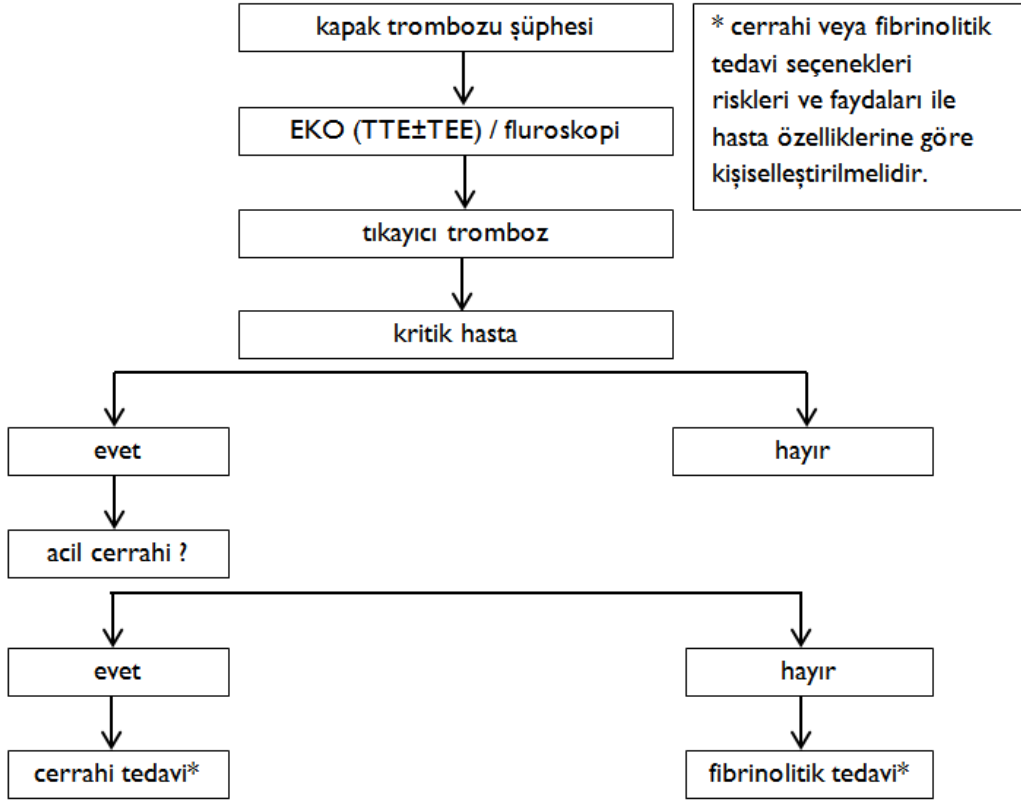


Şekil 2. Fibrinolitik tedavi sonrası transtorasik ekokardiyografi ile ölçülen CW Dopplerle mitral kapaktaki gradyanın % 50’den fazla azaldığı görülüyor.

TARTIŞMA

Literatürde protez kapak trombozunda fibrinolitik tedavi ile ilgili çok sayıda olgu sunumu olmakla birlikte embolik veya hemorajik komplikasyon nadiren rapor edilmiştir (2). Protez kapak trombozunda acil cerrahi ile ilgili daha fazla deneyim mevcuttur. Ancak 31 hastadan oluşan küçük bir çalışmada, tıkaçıcı protez kapak trombozlu hastalarda fibrinolitik tedavi (r-tPA) ile acil cerrahi tedavi (kapak replasmanı) karşılaştırılmış ve standart cerrahi yaklaşıma göre fibrinolitik tedavi etkileyici bir ilk sıra tedavi seçeneği olarak öne çıkmıştır. Yine bu çalışmaya göre protez kapak trombozu %31 oranında tekrarlayabilir (3). Tıkaçıcı olmayan kapak trombozlu hastalarda yetersiz antikoagülasyon mevcut ise antikoagülasyon ile optimal titrasyon yapılmalı ve tıkaçıcı ekokardiyografik bulgular gerilerse takip önerilmelidir. Tıkaçıcı olmayan kapak trombozlu hastalarda, optimal antikoagülasyona karşın, ekokardiyografik persistan trombus bulguları gerilemezse öncelikle cerrahi tedavi (kapak replasmanı) düşünülmelidir. Cerrahi için yüksek riske sahip komorbid hastalarda yine fibrinolitik tedavi düşünülmelidir. Burada sunulan olgu bu yaklaşıma güzel bir örnektir.

Tablo 1. Protez kapak trombozu tedavi algoritması



KAYNAKLAR

1. Guidelines on the management of valvular heart disease. Eur Heart J 2007; 28(2): 230-68.
2. Lin TK, Tsai LM, Chen JH, Yang YJ. Thrombolytic therapy for mitral valve thrombosis. J Formos Med Assoc 1997; 96(5):382-5.
3. Keuleers S, Herijgers P, Herregods MC et al. Comparison of thrombolysis versus surgery as a first line therapy for prosthetic heart valve thrombosis. Am J Cardiol 2011;107(2):275-9.