

Hemoraji ve Trombüs Bir Arada: Olgu Sunumu

Hemorrhage And Thrombus Concomitantly: A Case Report

Mehmet Gül¹, Zerrin Defne Dündar¹, Başar Cander¹, Emin Maden²

¹ Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya

² Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

ABSTRACT

Giriş: Pulmoner emboli, tanısı genellikle klinik şüpheye dayanan ve hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Epidural kanama kafa travması olan hastalarda cerrahi ile kolayca tedavi edilebilen prognozu iyi bir klinik durumdur.

Olgu sunumu: 34 yaşında erkek hasta dispne ve senkop şikayetiyle başka bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ve yapılan değerlendirme sonrası epidural kanama tanısıyla acil operasyona alınmıştır. Operasyon sonrası kontrol altına alınamayan taşikardi ve nefes darlığı olması üzerine ileri tetkik için kurumumuza sevk edilmiştir. Elektrokardiografi, ekokardiyografi ve toraks bilgisayarlı tomografi bulguları masif pulmoner emboli ile uyumluydu. Epidural kanama operasyonu geçirmesi nedeniyle hastaya teşhis sonrası trombolitik veya antikoagülan tedavi başlanamadı. Hastanın destek tedavisine operasyon sonrası 72. saatte düşük molekül ağırlıklı heparin ve 96. saatte varfarin eklendi. Takiplerinde klinik durumu düzelen hasta yatışının 15. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Hasta yönetiminde zamanla yarışan acil servis hekimi, yaşamı tehdit edebilecek birden fazla patoloji ile aynı hastada karşılaşabileceğini hatırlından çıkarmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner emboli, epidural kanama, travma, dispne.

ÖZET

Introduction: Pulmonary embolism is a life-threatening condition and its diagnosis is generally based on clinical suspicion.

Case report: A 34-years-old male had been admitted to another hospital with acute dyspnea and syncope. After initial evaluation he had immediately been undergone an operation due to epidural hematoma and occipital fracture. ECG, Echocardiogram and Thorax CT findings complied with pulmonary embolism. Thrombolytic or anticoagulant medication could not be started because of epidural hematoma operation. At postoperative 72 hours low molecular weight heparin and at 96 hours warfarin was administered. He discharged from hospital at day 15.

Conclusions: The emergency room physician who race with time in patient management, has to keep in mind that physician could experience more than one life-threatening pathology in the same patient.

Key words: Pulmonary embolism, epidural hematoma, trauma, dyspnea

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar:

Zerrin Defne DÜNDAR

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD. Meram Konya - Türkiye

E-mail: zerdef@hotmai.com

Telefon: 0 532 468 25 55

Başvuru Tarihi: 25.11.2009

Kabul Tarihi: 09.12.2009

GİRİŞ

Pulmoner emboli, tanısı genellikle klinik şüpheye dayanan ve hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Pulmoner emboliye bağlı mortalite yaklaşık %15'tir. Dispne, göğüs ağrısı, çarpıntı gibi değişik semptomlarla sağlık kuruluşlarına başvuran pulmoner emboli vakalarının yaklaşık %20'sinde senkop görülmektedir (1,2).

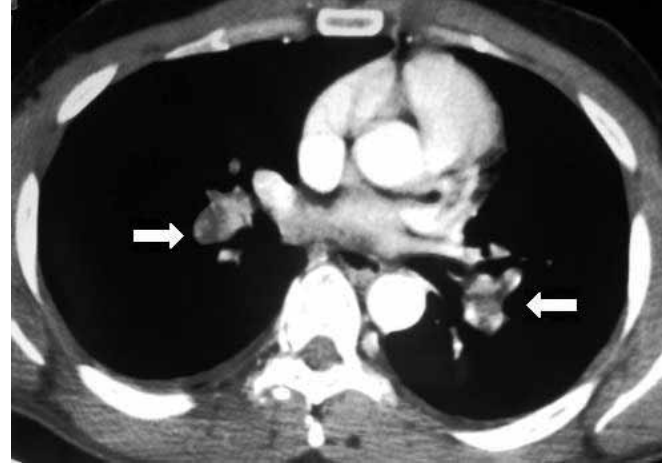
Epidural kanama, kafa travması olan hastaların yaklaşık %10-20'sinde ortaya çıkan ve cerrahi ile kolayca tedavi edilebilen, prognozu iyi bir klinik durumdur (3,4,5).

Burada patofizyolojisi ve tedavisi birbirine tamamen zıt iki tanı olan hemoraji ve trombusün eş zamanlı tespit edildiği bir vakayı sunacağız.

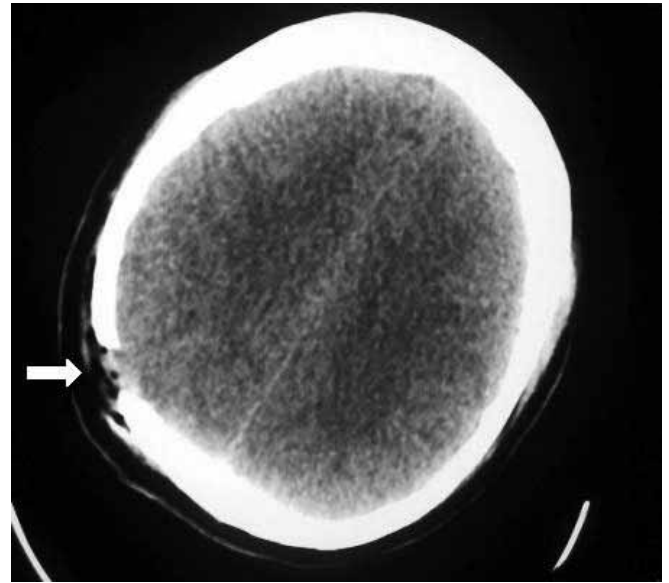
OLGU SUNUMU

34 yaşında erkek hasta acil servisimize, akut koroner sendrom ön tanısıyla getirildi. Öyküsünden nefes darlığı ve bayılma nedeniyle başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, epidural kanama ve çökme kırığı nedeniyle acil operasyona alındığı öğrenildi. Hastanın, operasyon sırasında ve operasyon sonrasında medikal tedaviye rağmen kontrol altına alınamayan taşikardisi, nefes darlığı ve elektrokardiografisinde (EKG) yaygın T negatifliği olması üzerine akut koroner sendrom ön tanısıyla acil servisimize sevk edildiği öğrenildi. Yine hastanın düşme sırasında kafasını sert bir zemine çarpma öyküsü ve son 3-4 aydır sol bacağına ağrı, aralıklı şişlik ve morarma olduğu öğrenildi. Hastanın geliş fizik muayenesinde operasyon sonrası Glasgow Koma Skalası (GKS) skoru 15, arteryel kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 180/dak, solunum sayısı 25/dak idi. Solunum sesleri bilateral doğaldı. Sağ oksipital bölgede operasyon yeri ve hemovak dreni vardı. Sol bacakta hafif ısı artışı, şişlik mevcuttu ve homans testi pozitifti. Hastanın nörolojik defisiti yoktu. Hastanın çekilen EKG'sinde S1-Q3-T3 paterni ve V1-V4 derivasyonlarında T negatifliği vardı. 4 lt/dk oksijen verilirken alınan arteryel kan gazında pH: 7.45, PO₂: 81 mmHg, PCO₂: 27 mmHg, satürasyon %97 idi. Hastada mevcut bulgularla pulmoner emboliden şüphe edildi. Yapılan ekokardiyografide sağ boşluklar ileri derecede dilateydi ve şiddetli triküspit yetmezlik bulguları vardı. Çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) her iki ana pulmoner arter ve segmental dallarında emboli ile uyumlu görüntü (Resim 1), Beyin BT'de sağ oksipital kemik defekti ve dren imajı vardı (Resim 2). Hastaya yapılan tetkikler sonucunda epidural kanama ve masif pulmoner emboli teşhisleri birlikte kondu. Yeni geçirilmiş epidural kanama operasyonu nedeniyle masif emboliye yönelik antikoagülan veya trombolitik tedaviye teşhis konar konmaz başlanamadı. Hasta 72 saat süreyle destek tedavisiyle izlendi ve hastanın bu süre zarfında inotropik destek ihtiyacı olmadı. Operasyondan sonra 72. saatte hastanın dreninden gelen olmaması üzerine dreni çekildi ve hastanın tedavisine düşük molekül ağırlıklı heparin ve 96. saatte varfarin eklendi. Yapılan sol alt ekstremitte venöz doppler ultrasonunda sol ana femoral ven, yüzeysel ve derin venlerde kronik derin ven trombozu ile uyumlu bulgular tespit edildi. Tromboza eğilim için yapılan tetkiklerde, anti trombin III, protein S, protein

C ve homosistein düzeyleri normal sınırlardaydı. INR değeri efektif düzeye getirilen hastada epidural kanam operasyonu ile ilgili komplikasyon gelişmedi. Kliniği hızla düzelen hasta yatışının 15. gününde oral antikoagülan tedaviyle taburcu edildi.



Resim.1



Resim.2

TARTIŞMA

Travma, 45 yaş altı popülasyonda ölümlerin birinci nedenidir. Özellikle kafa travmaları, travma ölümlerinin en önemli nedenidir ve travmaya sekonder ölümlerin yaklaşık yarısını oluşturur. (3,6,7). Bu vakada yaşamı tehdit edebilecek kafa travması ilk başvuru merkezinde tespit edilmiş ve acil operasyon endikasyonu konularak başarılı bir şekilde epidural hematoma boşaltılmıştır.

Travma hastaları değerlendirilirken gözönüne alınması gereken en önemli konulardan biri de travmanın nedenidir. Vakamızdaki ilk alarm semptomu senkoptu. Kafa travmasına yönelik müdahale yapıldıktan sonra travmanın neden olabileceği senkop etyolojisi araştırılmaya başlanmıştır. Senkop serebrovasküler olaylara, kardiyak aritmiye ve kardiyopulmoner hastalıklara

bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir ⁽⁸⁾. Vakamızdaki ikinci alarm semptomu ise taşikardıydı. Hastamızda artmış kafa içi basıncına ve genel anesteziye bağlı beklenen bradikardi cevabı yerine preoperatif, intraoperatif ve postoperatif kontrol altına alınamayan taşikardi mevcuttu. Senkop ve taşikardinin birlikteliği bizi kardiyopulmoner kökenli bir patoloji araştırmaya yönlendirmiştir.

Pulmoner emboli tanısına giden yol hastalıktan şüphe etmekle başlamaktadır. Tanı konulamamış pulmoner emboli vakalarında mortalite %25-38 arasında seyrederken acil servislerde hastaların tanınıp pulmoner emboli tanısının daha sık konması ile mortalite %15'lere kadar gerilemektedir ^(2,9). Hastaların bir çoğu dispne, göğüs ağrısı, çarpıntı gibi spesifik olmayan semptomlarla acil servislere başvurmaktadır. Vakaların ancak %20'sinde senkop ve %26'sında taşikardi bulunmaktadır ⁽¹⁾. Bizim vakamızda da bu iki alarm semptomdan yola çıkılarak masif pulmoner emboli tanısı konmuştur. Derin ven trombozu ve pulmoner

emboli için uzamış immobilizasyon, ileri yaş, postoperatif dönem, obezite, vaskülit, tromboza eğilim, lokal travma ve malignensi gibi tanımlanmış risk faktörleri vardır ^(1,9). Vakamızda bu faktörlere yönelik araştırmamızda herhangi bir patolojiye rastlanmamıştır.

Bu vakada yapılan değerlendirme sonunda, iki hayati sistemi etkileyen hemoraji ve emboli gibi tedavisi birbirine zıt iki tanı birlikte konulmuştur. Bir yanda vücudu yöneten beyini etkileyen hemoraji, diğer yanda oksijenizasyonu sağlayan akciğeri etkileyen emboli varlığı hastanın klinik yönetimini oldukça zorlaştırmıştır.

SONUÇ

Hasta yönetiminde zamanla yarışan acil servis hekimi, yaşamı tehdit edebilecek birden fazla patoloji ile aynı hastada karşılaşabileceğini hatırlamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kostadima E, Zakyntinos E. Pulmonary embolism: pathophysiology, diagnosis, treatment. *Hellenic J Cardiol.* 2007;48:94-107.
2. Becattini C, Agnelli G. Acute pulmonary embolism: risk stratification in the emergency department. *Intern Emerg Med.* 2007;2:119-29.
3. Tallon JM, Ackroyd-Stolarz S, Karim SA, Clarke DB. The epidemiology of surgically treated acute subdural and epidural hematomas in patients with head injuries: a population-based study. *Can J Surg.* 2008;51:339-45.
4. Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, Gordon D, Hartl R, Newell DW. Surgical management of acute epidural hematomas. *Neurosurgery* 2006;58:7-15.
5. Özdemir M, Ünlü A. Neurosurgical approaches in severe head injury. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci.* 2007; 3:20-26.
6. American College of Surgeons Committee on Trauma: Initial assessment and management. In: *Advanced Life Support Program for Doctors*, 7th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2004.p.11-29.
7. Kaufmann CR. Initial assessment and management. In: Moore EE, Feliciano DV, Mattox KL, eds. *Trauma*. 6th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2007.p.169-171.
8. Benditt DG, van Dijk JG, Sutton R, Wieling W, Lin JC, Sakaguchi S, Lu F. Syncope. *Curr Probl Cardiol.* 2004;29:152-229.
9. Palla A, Petruzzelli S, Donnamaria V, Giuntini C: The role of suspicion in the diagnosis of pulmonary embolism. *Chest* 1995;107:21-24.