

OLGU SUNUMU

STUCK KAPAKLI BİR HASTADA BAŞARILI TROMBOLİTİK TEDAVİ: OLGU SUNUMU

SUCCESSFUL THROMBOLYTIC TREATMENT IN A CASE WITH STUCK VALVE: A CASE REPORT

Habib ÇAKIR¹, İsmail YÜREKLİ¹, Yüksel BEŞİR¹, Serkan YAZMAN¹
Ersin Çağrı ŞİMŞEK², Öğünç ASLAN³, Ali GÜRBÜZ¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

³İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

ÖZET

Bu bildirimizde stuck kapak nedeniyle takip ettiğimiz ve trombolitik tedavi ile iyileşme sağladığımız 27 yaşındaki hastayı sunmayı amaçladık. Sol atriya trombüs olmayan mekanik kapak trombüsünde, ilk seçeneğin cerrahi tedavimi yoksa trombolitik tedavimi olduğu halen tartışmalıdır. Her ne kadar trombolitik tedavinin komplikasyonları olsa da son zamanlarda özellikle yüksek riskli hastalarda trombolitik tedavi yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Yüksek riskli mekanik kapak tromboz olgularında, trombüs yükü fazla değilse trombolitik tedavi ile başarılı sonuçlar alınabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Stuck kapak, trombolitik tedavi.

ABSTRACT

In this paper we aimed to present a 27-year-old case that we treated with thrombolytic therapy due to stuck valve and achieved full recovery. It is still controversial whether the first line treatment should be surgical or thrombolytic therapy in cases with mechanical valve thrombus without left atrial thrombus. Although it has some complications, thrombolytic therapy is widely used particularly in cases with high operative risk. We think that thrombolytic therapy may yield successful results if the thrombus load is not abundant in mechanical valve thrombosis in cases with high operative risk.

Keywords: Stuck valve, thrombolytic treatment.

Yazışma Adresi:

Dr. Habib Çakır

Cep Tel: 0 532 4859051 E mail: habibcakir35@hotmail.com

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Karabağlar, İzmir

GİRİŞ

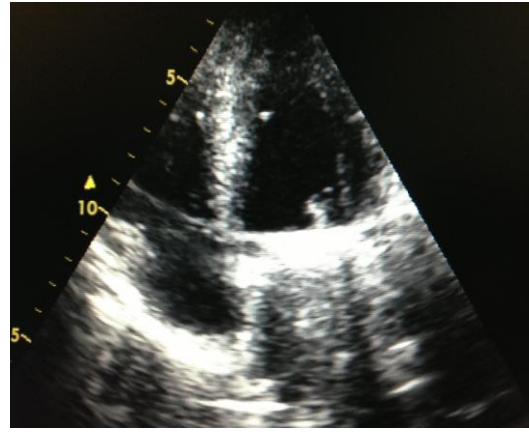
Stuck kapak, mekanik kapak replasmanı operasyonlarının nadir görülen fakat yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip önemli bir komplikasyonudur. Stuck kapak tedavisinde genel olarak ilk tercih cerrahi olmasına rağmen, son zamanlarda trombolitik tedavi ile başarılı sonuçlar bildiren çalışmalar mevcuttur (1). Bu nedenle trombolitik tedavi stuck kapak tedavisinde cerrahiye alternatif olarak yaygın şekilde kullanılmaya başlanmıştır.

Bu bildirimizde stuck kapak nedeniyle takip ettiğimiz ve trombolitik tedavi ile iyileşme sağladığımız 27 yaşındaki hastayı sunmayı amaçladık.

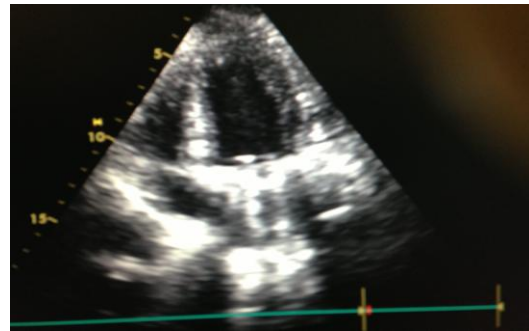
OLGU

27 yaşında erkek hasta, 1 gündür başlayan ani nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. 13 yıl önce mekanik kapak ile mitral kapak replasmanı öyküsü olan hastanın son 3 yıldır varfarin sodyum tedavisi almadığı ve kalp damar cerrahisi poliklinik kontrollerine gitmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde bilateral yaygın raller, takipne ve dispnesi olduğu görüldü. Nabız 140/dakika, tansiyon arteryel değeri ise 90/60 mm Hg idi. Ateş değerleri normal olan hastanın hematokrit değeri % 60, hemoglobin değeri ise 16 g/dl saptandı. PA akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyon görünümü mevcuttu. Acil serviste yapılan transtorasik ekokardiyografide mekanik mitral kapak hareketleri oldukça kısıtlı (stuck kapak ?) ve mekanik mitral kapakta trombüs saptandı. Mitral kapakta maksimum 40, ortalama 30 mm Hg gradiyent saptandı. Hasta hemen kardiyoloji yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve acil kalp damar cerrahisi konsültasyonu istendi. Hasta tarafımızca değerlendirildi. Bilateral perkütan ponksiyon ile yaklaşık 2000 cc plevral mayi (transüda vafında) boşaltıldı.

Takiben hastanın solunumu rahatladı. Hastaya yüksek operasyon riskinden dolayı konsey kararı ile ilk olarak trombolitik tedavisi uygulanmasına, trombolitik tedaviye cevap alınamaz ise acil cerrahi yapılmasına karar verildi. Düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. 10 mg puşe tissue plasminogen activator (tPA) uygulamasını takiben, 90 mg 90 dakikada gidecek şekilde tPA infüzyonu uygulandı.



Resim 1. Ekokardiyografide Posterior okluder üzerinde 15x5 mm boyutlarında trombüs olduğu görüldü.



Resim 2. Olgunun ertesi gün yapılan tranözofageal ekokardiyografisinde, her 2 mekanik mitral kapak okluder üzerinde trombüs saptanmadı.

Trombolitik tedavi başlangıcından 2 saat sonra tekrar transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Yapılan transtorasik ekokardiyografide meka

nik mitral kapağın her 2 occluder hareketlerinin normal olduğu görüldü. Posterior occluder üzerinde 15x5 mm boyutlarında trombus olduğu görüldü (Resim 1). Mitral kapakta gradiyentin, maksimum 4 ve ortalama 2 mm Hg'ye gerilediği görüldü. Bunun üzerine hastaya acil cerrahi girişim düşünüldü. Ertesi gün yapılan transözefageal ekokardiyografide, her 2 mekanik mitral kapak occluder üzerinde trombus saptanmadı (Resim 2). Bunun üzerine hastaya oral anti-koagulan tedavi başlandı. Hastanın klinik takiplerinde şikayetleri kayboldu. Trombolitik tedavi sonrası 5. günde yapılan transtorasik ekokardiyografide, mekanik mitral kapak ile ilgili patoloji saptanmadı. Trombolitik tedavi sonrası 5. günde hematokrit % 31, hemoglobin 11 g/dl ye geriledi. Klinik takiplerinde kanama ve emboli bulgularına rastlanmadı.

TARTIŞMA

Mekanik kapak trombozu, kapak replasmanı operasyonlarını nadir görülen fakat önemli bir komplikasyonudur. Aortk ve mitral pozisyonda % 0.5 oranında görülür. En önemli nedeni yetersiz antikoagülasyondur. Bunun yanında mekanik kapak ya da sütür materyaline oluşabilecek reaksiyon ve pannus oluşumu da tromboza neden olabilir (2,3). Olgumuzda mekanik kapak trombozu oluşma nedeninin, hastanın antikoagülasyon kullanmamasına bağlı olduğunu düşünüyoruz. İlginç olan, hastanın antikoagulan tedavi almamasına rağmen, mekanik kapak trombozunun 3 yıl sonra oluşmasıdır.

Prostetik kapak trombozu, obstrüktif ve non-obstrüktif olmak üzere 2 formda karşımıza çıkar (4). Stuck kapak obstrüktif prostetik kapak formlarından biridir. Stuck kapak tedavisinde, cerrahi ve trombolitik tedavi olmak üzere 2 yöntem vardır. Geleneksel tedavi yöntemi acil cerrahi olsa da trombolitik tedavi son zamanlarda daha yaygın kullanılmaya başlanmıştır. 2006 AHA/ACA kıl

vuzuna göre büyük trombus varlığında cerrahi tedavi öncelikle düşünülmelidir. Küçük trombus varlığında ya da cerrahi riski yüksek hastalarda trombolitik tedavi denenebilir (5). Olgumuzda yüksek cerrahi risk ve nispeten küçük trombus yükü olduğu için ilk olarak trombolitik tedavisine karar verildi. Keuleersve ark. prostetik kapak trombozu olan hastalarda cerrahi ve trombolitik tedaviyi karşılaştırdığında, trombolitik tedavinin daha cazip olduğunu bildirmişlerdir(6). Literatürde trombolitik tedavi ile başarılı sonuçlar bildiren olgu sunumları da mevcuttur (7). Olgumuzda yüksek operasyon riskinden dolayı tedavide ilk seçenek olarak trombolitik tedavi düşünüldü ve trombolitik tedavi ile iyileşme sağlandı. Mekanik protez kapak trombozlarında, sol atriyumda trombus varsa tedavi protokolü net değildir. Bu hastalarda öncelikle cerrahi tedavi düşünülmelidir (3). Olgumuzda sol atriyumda trombus mevcut değildi.

Trombolitik tedavinin stroke, kanama ve periferik emboli gibi komplikasyonları mevcuttur(6). Gupta ve ark yaptığı çalışmada, prostetik kapak trombozlarında trombolitik tedavinin başarı oranını % 81.8 olarak bulmuşlardır. Gupta ve ark. yine aynı çalışmada trombolitik tedavinin komplikasyonu olan emboli insidansını % 19.1 olarak bildirmişlerdir (8). Prostetik kapak trombozlarında trombolitik tedavinin uygulanmasını kısıtlayan en önemli nedenler sistemik emboli ve intrakraniyal kanamadır (3). Olgumuzda trombolitik tedavi ile başarı sağlanmış olup, inme, kanama ve emboli gibi komplikasyonlar saptanmadı.

Sonuç olarak sol atriyal trombus olamayan mekanik kapak trombusünde, ilk seçeneğin cerrahi tedavimi yoksa trombolitik tedavimi olduğu halen tartışmalıdır. Her ne kadar trombolitik tedavinin komplikasyonları olsa da son zamanlarda özellikle yüksek riskli hastalarda trombolitik tedavi yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Yüksek riskli mekanik kapak tromboz

olgularında, trombüs yükü fazla değilse trombolitik tedavi ile başarılı sonuçlar alınabileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1)Akdeniz B, Baris N, Badak O, Aslan O. Successful thrombolytic therapy for prosthetic mitral valve thrombosis with hemodynamic obstruction: case report and review of the literatüre. J Heart Valve Dis 2005;14:687-92.

2)Caceres-Loriga FM, Perez-Lopez H, Santos-Gracia J, Morlans-Hernandez K. Prosthetic heart valve thrombosis: pathogenesis, diagnosis and management. Int J Cardiol 2006 ; 110: 1-6.

3)Duran EN, Biteker M, Özkan M. Tıkayıcı tipte mekanik kapak trombüsünde tedavi seçenekleri. Arch Turk Soc Cardiol 2008;36:420-425.

4)Lengyel M. Diagnosis and treatment of left-sided prosthetic valve thrombosis. Expert Rev Cardiovasc Ther 2008;6:85-93.

5)Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed MD, et al. ACC/AHA 2006 practice guide lines for the management of patients with valvular heart disease: executive summary. J Am Coll Cardiol 2006;48:598-675.

6)Keuleers S, Herijgers P, Herregods MC, Budts W, Dubois C, Meuris B, et al. Comparison of thrombolysis versus surgery as a first line therapy for prosthetic heart valve thrombosis. Am J Cardiol 2011;107:275-9.

7)Gazi E, Altun B, Temiz A, Colkesen Y. Successful thrombolytic treatment of prosthetic mitral valve thrombosis. BMJ Case Rep Jun 7;2013. doi: 10.1136/bcr-2013-009917. (Abstract)

8)Gupta D, Kothari SS, Bahl VK, Goswami KC, Talwar KK, Manchanda SC, et al. Thrombolytic therapy for prosthetic valve thrombosis: short- and long-term results. Am Heart J 2000;140:906-16.

Yazının alınma tarihi:01.07.2013
Kabül tarihi:30.08.2013
Online basım:11.11.2013