

Histerektomi Sonrası Gelişen Pulmoner Tromboemboliye Bağlı Ölüm Olgusu

Death Due to Pulmonary Thromboembolism Formed After Hysterectomy

Kenan Karbeyaz¹, Emre Canverenler², Yasemin Balcı³

¹Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Eskişehir

²Atatürk Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Sinop

³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD. Muğla

Özet

Histerektomi; sezeryan operasyonlarından sonra jinekolojinin en sık uygulanan ikinci operasyonudur. Vasküler sistemin iç yüzüne kan elemanlarının yapışarak tıkaçlar oluşturmasına trombus, bu trombustan kopan parçaların damarlar içinde taşınarak başka damarları tıkamasına tromboembolizm denir. Pulmoner embolinin patofizyolojisinde Virchow triadı olarak bilinen intimal hasar, hiperkoagülabilité ve staz bileşenlerinin rol oynadığı bilinmektedir. Bu yayınımda histerektomi sonrası pulmoner emboliye bağlı ex olan vaka sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Histerektomi, tromboemboli, otopsi

Abstract

Hysterectomy is the second most frequently performed operation after cesarean section by gynecologists. Thrombosis is called the adhesion of blood cells of the inner face of the vascular system, the broken pieces of the thrombus moved to block other vessels in the veins is called thromboembolism. In the pathophysiology of pulmonary embolism known as Virchow triad intimal damage, hypercoagulability and stasis component is known to play a role. In this publication we present a case died due to pulmonary embolism after hysterectomy.

Keywords: Autopsy, hysterectomy, thromboembolism

Başvuru Tarihi / Received: 25.12.2014

Kabul Tarihi / Accepted : 30.11.2015

Giriş

Vasküler sistemin iç yüzüne kan elemanlarının yapışarak tıkaçlar oluşturmasına trombus, bu trombustan kopan parçaların damarlar içinde taşınarak başka damarları tıkamasına tromboembolizm denir (1). Pulmoner emboli (PE), pulmoner arterin tıkanması sonucu oluşan solunum ve sağ kalp yetmezliğine neden olabilen tekrarlayabilen ve tanısı güç olan ölümcül bir durumdur. PE olgularının %75'inden fazlası bacaklardaki derin venlerde oluşan trombuslara bağlı gelişir. Sık gözlenmeyen fakat önemli olan diğer bir kaynak, özellikle kadınlarda pelvik venlerdir. En önemli sebepleri kalça ve alt ekstremité kırıkları ve bunların cerrahi tedavileri olmakla birlikte, abdomino pelvik kanser cerrahisi başta olmak üzere her türlü abdominal cerrahi girişimler ve koroner arter cerrahisi sebepler arasındadır (1-5). Hastayla ilgili etiyolojik faktörler arasında; yaş, venöz tromboemboli (VTE) öyküsü, aktif kanser, ekstremité parezisi ile birlikte nörolojik hastalık, akut solunum yetersizliği ya da kalp hastalığı gibi uzun süre yatmayı gerektiren hastalıklar ve konjenital ya da edinsel trombofilii, oral kontraseptif kullanma yer almaktadır (1,2).

PE'nin patofizyolojisinde Virchow triadı olarak bilinen intimal hasar, hiperkoagülabilité ve staz bileşenlerinin rol oynadığı bilinmektedir. PE'nin

damar yatağını tıkamasıyla birlikte önce ölü boşluk ventilasyonu, ardından histamin-serotonin gibi mediatörlerin salınımına bağlı olarak terminal bronşiolerde bronkokonstriksiyon, ventilasyon / perfüzyon (V/Q) dengesizliği, difüzyon azalması ve şant sonucu hipoksemi gelişir (6,7). Hastaların yaklaşık %10'unda pulmoner ve bronşial arter dalları arasındaki anastomozlara rağmen küçük çaplı periferik damarların tıkanması ile infarktüs gelişir. Önceden kronik kardiyo pulmoner hastalığı bulunanlarda infarktüs oranı daha yüksektir (7,8).

Bu çalışmada, miyom nedeniyle total histerektomi ameliyatı sonrası sorunsuz olarak hastaneden taburcu edildikten 2 hafta sonar aniden fenalaşarak ölen ve yapılan otopsi sonrası ölüm nedeninin pulmoner trombo emboli olduğuna karar verilen 49 yaşında kadın olgunun sunulması ve tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu

49 yaşında, kadın olgu. 03.09.2014 tarihinde bir Üniversite Hastanesi Kadın Doğum Servisinde ameliyat olduğu, rahminin alındığı, 20.09.2014 günü 21.30 sıralarında oğlunu arayıp iyi olmadığını söylediği, daha telefon devam ederken inlemeye başladığı, 112 servisine haber verildiği, oğlu eve gittiğinde canlandırma işleminin yapıldığını gördüğü, hastaneye kaldırıldığı, orada ölmüş olduğunun bildirildiği bilgisi mevcuttur.

Üniversitesi Hastanesinin ölene ait 02.09.2014 - 06.09.2014 giriş-çıkış tarihli çıkış özeti incelenmesinde: Şahsın karında şişlik şikâyetiyle başvurduğu, 9 ay önce 4 cm olan miyomunun Temmuz'da yapılan tetkiklerde 8 cm olması ve CA 125'in üzerinde saptanması üzerine müracaat ettiği,

03.09.2014 günü miyom tanısıyla ameliyata alındığı, ameliyatta uterusun 3 aylık cesamette olduğunun görüldüğü, uterus ve her iki overlerin alındığı, ameliyat sonrası sorun yaşanmadığı, 06.09.2014 günü 6 hafta sonra kontrole gelmesi önerisiyle taburcu edildiği anlaşılmıştır.

Dış Muayene:

160-165 cm boylarında, 50 yaşlarında, 70-75 kg ağırlığında, kadın cesedi. Suprapubik bölgesinde transvers olarak 15 cm uzunluğunda iyileşme aşamasında olup önemli oranda iyileşmiş ameliyat skarı olduğu, her iki el sırtı ve her iki dirsek büklümünde enjeksiyon giriş delikleri olduğu, göğüs ön kısmında canlandırma işlemine bağlı elektrot bandı izi bulunduğu görülmüştür. Ölenin boyun ve baş kısmının siyanotik olduğu, ağız ve burundan kan geldiği, karnının şiş görünümde olduğu gözlenmiştir. Kafa oksipital sağda palpasyonla şişlik hissi alınmıştır. Vücudunda haricen travmatik bulgu saptanmamıştır.

İç Muayene:

Başın incelenmesinde: Saçlı deri altı tek tük peteşiyal kanama, dış muayenede palpasyonla şişlik hissi alınan oksipital sağda 7x3cm'likekimoza ve kanama görülmüştür. Beyin ve beyincik 1408 gr tartılmış, beyinde sulkuslar derinleşmiş, giruslar düzleşmiş görünümde bulunmuş, yüzey ve kesitlerinde hiperemi dışında özellik görülmemiştir.

Ağız, boğaz ve boynun incelenmesinde: Özafagus içi koyu kahverengi kan görünümü materyal ile trakea içi kanlı köpüklü ödem sıvısı ile sıvalı bulunmuştur.

Göğsün incelenmesinde: Toraks simetrik olup sağ akciğer 334 gr, sol akciğer 318 gr tartılmıştır. Akciğerlerin yüzey ve kesitlerinde hiperemi dışında özellik görülmemiştir. Sağ akciğer hilusundaki pulmoner damarlardan post mortem olduğu düşünülen pıhtı çıkarılmıştır. Kalp 332 gr tartılmış, aortada hafif derecede ateroskleroz plaklarına rastlanmıştır. Kapak çevreleri; Aort 6.2 cm, pulmoner 7.0 cm, triküspit 11.0, mitral 8.5 cm, sol ventrikül duvar kalınlığı 1.0, sağ ventrikül duvar kalınlığı 0.3 cm ölçülmüştür. Koroner arterler açık bulunmuş, sol koroner inen dalın başlangıçtaki 1-2 cm'lik kısmı ile dönen dal ve sağ koroner arter çevrelerinde 0.5- 1 cm uzunlukta kanama alanlarına rastlanmıştır. Miyokard kesitlerinde, sol ventrikül papiller kas bölgesinde daha belirgin olmak üzere subendokardiyal kanama alanları görülmüştür.

Karnın incelenmesinde: Karın organları normal anatomik yer ve pozisyonlarındadır. Karaciğer 2590 gr, normalden büyük görünümde ve normal kıvamda, normalden açık renklidir. Kesitleri sarı-kahverengi staz karaciğeri görünümünde bulunmuştur. Böbreklerin kesitlerinde hiperemi dışında özellik görülmemiştir. Uterus ve ovaryumların yerinde olmadığı görülmüştür. Ameliyatla bağlanan yerler ve ameliyat yeri temiz bulunmuş, herhangi bir kanama ya da enfeksiyon bulgusu gözlenmemiştir. Mide koyu kahverengi kan

görünümü materyal ile sıvalı bulunmuş, fundusta yaygın erezyone görülmüştür. Bağırsaklarda kanama bulgusu ile karşılaşılmamıştır. Mezenterde 3 cm'lik sert kitle imajı veren alan görülmüştür. Cesetten toksikolojik incelemeler için kan ve mide içeriği, histopatolojik incelemeler için beyin, kalp, koroner, akciğer, böbrek, karaciğer, mide, mezenter doku örnekleri alınmıştır.

Histopatolojik incelemeler: Beyin, beyincik, kalp, böbrekler, mide ve mezenterde önemli bir patolojik bulgu tespit edilmemiştir. Karaciğerde şiddetli derecede makro ve mikro veziküler steatoz saptanmıştır. Akciğerlerde, intraalveolar kanama alanları, ödem, antrakoz, akut şişme, konjesyon, fokal peribronşiyoller mononükleer yagısal hücre infiltrasyonu, trombus ve yabancı cisim tipi dev hücreler saptanmıştır.

Toksikolojik incelemeler: Kanda; etil ve metil alkol ile adli tıp sistematigi içinde aranan uyutucu-uyuşturucu ve uyarıcı maddeler ve diğer maddeler saptanmamıştır. İçorganlarda ve mide içeriğinde adli tıp sistematigi içinde aranan maddelerin hiç biri bulunmamıştır.

Sonuç olarak, etiyolojik risk faktörlerine sahip kişide ölümünün pulmoner tromboemboli sonucu meydana gelmiş olduğu kanaatine varılmıştır.

Tartışma

PE'nin hastanede yatan hastalarda üçüncü ölüm nedeni olduğu saptanmıştır. Ancak vakaların çoğunun otopside farkedildiği ve fatal emboli olgularının sadece %10'nundan azının, ölümden önce hastalığa spesifik tedavi gördüğü belirlenmiştir (9). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1979-1999 yılları arasında PE prevalansı % 0,4'tür. Yılda 100000 kişi başına 40-53 kişiye PE tanısı konmasına karşılık ABD'de yıllık insidansın 600000 olgu olduğu tahmin edilmektedir (9). İsveç'in Malmö kentinde yapılan 2356 otopsinin değerlendirildiği bir çalışmada, 595 kişide venöz trombo emboli olduğu, 431 kişide PE saptandığı, 308 kişide PE'nin ölüme katkısı olduğu belirtilmiştir (10). Uluslararası Pulmoner Emboli Derneğinin kayıtlarında PE tanısı ile 2454 ardışık hasta incelenmiş ve PE bağlı ölüm oranı 3 aylık dönemde %17.5 olduğu, takip eden süreçte bu oranın % 10'a düştüğü bildirilmiştir (11).

PE, histerektominin en önemli ve ölümcül komplikasyonlarından birisidir. Cerrahi sırasında ve sonrasında bu komplikasyondan korunmak için özen gösterilmelidir. Pelvik venlerde thrombus oluşumu açısından en tehlikeli dönem operasyon anıdır (12-14). PE'nin ana risk faktörlerini; staz, damar duvarında harabiyet ve hiperkoagülabilité oluşturmaktadır, bu üçlü Virchow triadı olarak bilinmektedir. İmmobilite (yatak istirahati, postoperative dönem, obesite, stroke), hiperviskozite (polisitemi) ve santral venöz basınçta

artış (düşük kardiyak output yol açan durumlar, hamilelik) venöz stazı artırır (14).

Sunulan olgunun histerektomi ameliyatından 17 gün sonra pulmoner tromboemboli sonucu öldüğü belirlenmiştir. Kadının 49 yaşında olduğu anlaşılmıştır. Gerek histerektomi ameliyatı geçirmesi, gerekse yaşı tromboemboli açısından risk taşımaktadır (1-4).

PE'nin tanısı iki nedenden ötürü oldukça güçtür. Birinci neden; klinik bulgular hem embolinin çapına ve hem de hastanın eş zamanlı kardiopulmoner rezervine bağlıdır. İkinci neden ise; PE'nin semptom ve bulgularına sık rastlanması ve bu hastalığa spesifik olmamasıdır. Hiç bir semptom veya bulgu veya klinik veri kombinasyonu PE için spesifik değildir. Taşipne ve taşikardi en sık görülen fizik muayene bulgularıdır (2,15). Ölümün çoğunda PE ölümden hemen önce fark edilmekte veya spesifik bir tedavi başlanmadan önce ölüm gerçekleşmektedir. Bu durum, yüksek riskli hastalarda koruyucu tedavinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (16). PE kaynaklı mortalite oranları kayıtlarda düşük çıkmasına rağmen otopsi ile desteklenen çalışmalarda bu oran belirgin olarak artmaktadır. Bu nedenle, özgül olmayan klinik tablo göz önüne alındığında, PE'nin gerçek insidansının değerlendirilmesi güçtür (2,8). Sunulan olguda da ameliyat sonrası, hastanın tromboemboli tanısının olmadığı görülmektedir.

PE tanısını otopside makroskopik olarak koymak her zaman mümkün olmayabilir. Histopatolojik inceleme oldukça önem taşır (17,18). Sunulan olguda makroskopik olarak şüpheli görünüm elde edilmiş ve bu durum histopatolojik inceleme ile de desteklenmiştir. PE şüpheli olgularda, otopside akciğerin özellikle ana vasküler yapısı emboliler yönünden ayrıntılı incelenmelidir.

Sonuç olarak PE, tahmin edilenden daha sık görülen, belirtileri non spesifik, ölümcül bir hastalıktır. PE açısından risk taşıyan şüpheli ölümlerde, ayrıntılı anamnez, hastane kayıtlarının incelenmesi yanı sıra otopsi ve histopatolojik inceleme önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Gök Ş, Soysal Z, Kulusayın Ö. Adli tıp açısından post-travmatik embolizm. Adli Tıp Derg. 1985;1(1):49-61.
2. Tanrıverdi MH, Abakay A. Akut pulmoner emboli. Göztepe Tıp Derg. 2012;27(1):30-6.
3. Rosendaal FR. Risk factors for venous thrombotic disease. Thromb Haemost 1999;82(2):610-9.
4. Girard P, Musset D, Parent F, et al. High prevalence of detectable deep venous thrombosis in patients with acute pulmonary embolism. Chest. 1999;116:903-8.
5. Elias A, Colombier D, Victor G et al. Diagnostic performance of complete lower limb venous ultrasound in patients with clinically suspected acute pulmonary embolism. Thromb Haemost. 2004;91:187-95.
6. Ogren M, Bergqvist D, Eriksson H et al. Prevalence and risk of pulmonary embolism in patients with intracardiac thrombosis: a population-based study of 23796 consecutive autopsies. Eur Heart J. 2005;26:1108-14.
7. Goldhaber SZ, Elliott CG. Acute pulmonary embolism: Epidemiology, pathophysiology and diagnosis. Circulation. 2003;108:2726-9.
8. Karwinski B, Svendsen E. Comparison of clinical and postmortem diagnosis of pulmonary embolism. J Clin Pathol. 1989;42:135-9.
9. Kouchoukos NT, Blackstone EH, Doty DB et al. Diseases of the Pulmonary Arteries. In: Kirklin JW, Barret-Boyes BG. Cardiac Surgery. Third edition. Philadelphia; 2003.p:1901-18.
10. Nordström M, Lindblad B. Autopsy-verified venous thromboembolism within a defined urban population--the city of Malmö, Sweden. APMIS. 1998;106(3):378-84.
11. Goldhaber SZ, Visani L. The International Cooperative Pulmonary Embolism Registry. Chest. 1995;108(2):302-4.
12. Kars B, Dinleyici MT, Karageyim Karşıdağ AY ve ark. Serviks kanseri tanısı ile radikal histerektomi olan hastaların klinik parametrelerinin değerlendirilmesi. Türk Jinekoloji Onkoloji Derg. 2010;4:89-96.
13. Lee YN, Wang KL, Lin MH et al. Radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection for treatment of cervical cancer: a clinical review of 954 cases. Gynecol Oncol. 1989;32(2):135-42.
14. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of hysterectomy. ObstetGynecol. 2013;121(3):654-7.
15. Alias S, Lang IM. Coagulation and the vessel wall in pulmonary embolism. Pulm Circ. 2013;3(4):728-38.
16. Konstantinides S. Clinicak practice. Acute pulmonary embolism. N Engl J Med. 2008;359(26):2804-13.
17. Alikhan R, Peters F, Wilmott R, Cohen AT. Fatal pulmonary embolism in hospitalised patients: a necropsy review. J ClinPathol. 2004;57(12):1254-7.
18. Sadjadi SA, Sharif-Hassanabadi M. Fatal pulmonary embolism after hemodialysis vascular access declotting. Am J Case Rep. 2014;28(15):172-5.