

TROMBOLİTİK TEDAVİNİN NADİR ÖLÜMCÜL BİR KOMPLİKASYONU: KRANİAL KANAMA

A RARE FATAL COMPLICATION OF THROMBOLYTIC THERAPY: CRANIAL HEMORRHAGE

Levent ÖZDEMİR¹, Burcu ÖZDEMİR², Sema Nur ÇALIŞKAN²,
Ali ERSOY³, Suat DURKAYA⁴

¹Dört Yol Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Hatay, Türkiye

²İskenderun Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Hatay, Türkiye

³Antakya Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Hatay, Türkiye

⁴İskenderun Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Hatay, Türkiye

Anahtar sözcükler: Pulmoner emboli, trombolitik tedavi, kranial kanama

Key words: Pulmonary embolism, thrombolytic therapy, cranial hemorrhage

Geliş tarihi: 30 / 06 / 2014

Kabul tarihi: 19 / 12 / 2014

ÖZET

Trombolitik tedavinin en korkulan komplikasyonu kanamadır. Özellikle intrakranial kanama yönünden hastaların dikkatli yakın takipleri şarttır. Kanamalar daha çok minör kanamalar şeklinde, özellikle ponksiyon yapılan damardan olur ve tampon ile durdurulabilir. Majör kanamalar %6.3 olarak bildirilirken, intrakranial kanama %1.8 ve buna bağlı ölüm %0.6'dır. 57 yaşında kadın hasta, ani gelişen nefes darlığı ve sağ yan ağrısı şikayeti ile acil serviste değerlendirildi. Özgeçmişinde 20 gün önce sol ayağına burkulma nedeni ile atel uygulanması mevcuttu. Genel durumu kötü olan hastanın TA:100/50, Nbz:165, dakika solunum sayısı 36, 8lt/dk oksijen ile parmakucu oksijen saturasyonun 92 idi. Kan gazında da hipoksi, hipokapni saptandı. Hastanın acil serviste yapılan EKO'sun da PAP 60mm-Hg, sağ boşluklarda genişleme ve paradoks hareket saptandı. Toraks tomografisinde sağ ana pulmoner arterde ve dallarında trombüs saptandı. Masif pulmoner emboli tanısı konan hastaya trombolitik (reteplase) tedavi uygulandı. Tedaviden 8 saat sonra hastanın baş ağrısı, bilinç bozukluğu ve sonrasında nöbet geçirme öyküsü olması nedeni ile kranial tomografi çekildi. Kranial BT de kanama saptanması nedeni ile acil operasyona alındı. Operasyon sonrası mekanik ventilatör sürecinde hasta kaybedildi.

SUMMARY

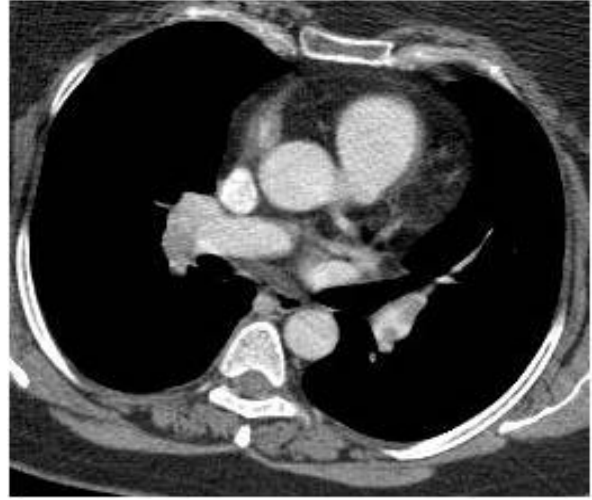
The most feared complication of thrombolytic therapy is bleeding. Close follow-up care is essential, especially in terms of patients with intracranial hemorrhage. Bleeding in the form of more minor bleeding can be especially made to puncture veins and can be stopped by buffer. Major bleeding was reported in 6.3%, 1.8% intracranial hemorrhage and the death due to intracranial hemorrhage 0.6%. 57-year-old woman was evaluated in the emergency department with sudden onset of shortness of breath and pain in the right side. There was the implementation of splint because of her history of left foot sprain 20 days ago she has in bad condition with blood pressure 100/50, pulse: 165, respiratory rate was 36 and 92 saturation under 8 liter-minute with oxygen fingertip. Hypoxia, hypocapnia was observed in arterial blood gas. Echocardiography findings in the emergency room were pulmonary arterial pressure was 60 mmHg and expansion of right cavities and paradox movement. Thoracic computed tomography revealed a thrombus in the right pulmonary arteries and their branches. Thrombolysis (Reteplase) therapy was applied to the patient with the diagnosis of massive pulmonary embolism. Cranial tomography was taken due to headache, disturbance of consciousness and epileptic seizures after 8 hours of the treatment. Emergency operation was performed. Due to detection of hemorrhage in cranial tomography. Patient died during the postoperative mechanical ventilation.

GİRİŞ

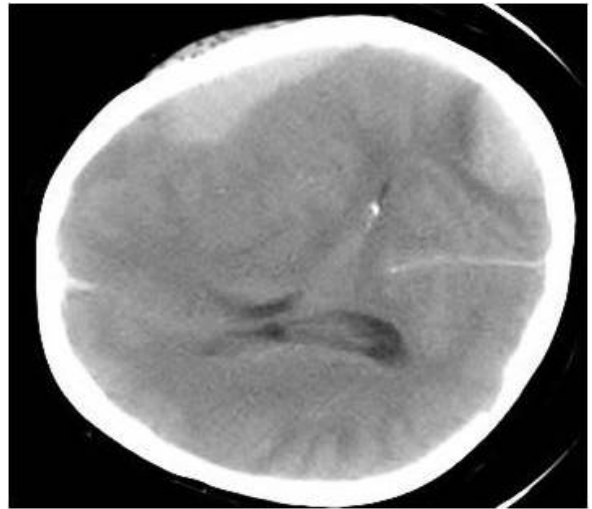
İntrakraniyal kanama, masif pulmoner embolide trombolitik tedavinin korkulan komplikasyonlarından biridir. Trombolitik tedavi sonrası kanamalar daha çok minör kanamalar şeklinde, özellikle ponksiyon yapılan damardan olur ve tampon ile durdurulabilir. Majör kanamalar %6.3 olarak bildirilirken, intrakranial kanama prevalansı %1-3 arasında ve buna bağlı ölüm %0.6 dır (1-4). Olgumuz, trombolitik tedavi sonrasında kranial kanama gelişen ve mortal seyreden masif pulmoner emboli olgusudur.

OLGU

57 yaşında kadın hasta, ani gelişen nefes darlığı ve sağ yan ağrısı şikayeti ile acil serviste değerlendirildi. Öyküsünde 20 gün önce sol ayağına burkulma nedeni ile atel uygulanması mevcuttu. Genel durumu kötü olan (bilinci açık oryante koopere) hastanın TA:100/50mmHg, Nbz:165/dk solunum sayısı 36/dk olup 8 lt/dk oksijen ile parmakucu oksijen saturasyonu % 92 idi. Hemogram, rutin biyokimya vb gibi laboratuvar testleri normal olarak saptandı. 8 lt/dk nazal oksijenle kan gazında PH:7.52, PCO₂:26, PO₂:56, HCO₃:21, Sat%O₂:91 idi. Hastanın acil serviste yapılan ekokardiyografisinde pulmoner arter basıncı (PAP) 60 mm-Hg, sağ boşluklarda genişleme ve interventriküler septumda paradoks hareket saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ ana pulmoner arterde ve dallarında trombüs saptandı (Resim1 a,b). Masif pulmoner emboli tanısı konulan hastaya trombolitik (reteplase 30 dk ara ile 2 kez 10 mgr) tedavi uygulandı. Trombolitik tedavi sonrası APTT düzeyine göre heparin infüzyonu başlandı. İzlemde hastanın solunum sayısında azalma (solunum sayısı: 22/dk) ve kalp hızında (Nbz:99/dk) azalma ile oksijen saturasyonunda (%96) artma saptandı. Klinik stabilizasyon sağlanan hastanın tedaviden 8 saat sonrasında baş ağrısı, bilinç bozukluğu ve sonrasında nöbet geçirme öyküsü olması nedeni ile kranial tomografi çekildi (Resim 2). Kranial BT de kanama saptanması nedeni ile heparin infüzyonu sonlandırıldı ve taze donmuş plazma verilerek acil operasyona alındı. Operasyon sonrası mekanik ventilatör sürecinde hasta kaybedildi.



Resim 1.



Resim 2.

TARTIŞMA

Pulmoner tromboemboli mortalitesi, tedavi yöntemlerinde olan tüm gelişmelere rağmen tedavi edilmemiş olgularda %25-30 iken, tedavi ile %2-8'e düşmektedir. Trombolitik tedavi için ana endikasyon, kardiyojenik şok ve/veya başka bir nedene (sepsis, hipovolemi, yeni ortaya çıkan aritmi gibi) bağlı olmaksızın persistan hipotansiyonun (sistolik TA <90 mmHg veya 15 dakika içinde arteriyel tansiyonun bazal değere göre ≥ 40 mmHg düşmesi) geliştiği masif pulmoner embolizmdir. Hipotansiyon olmaksızın; seçilmiş yüksek riskli hastalarda eğer kanama riski düşükse trombolitik tedavi önerilir. Bu durumlar, ciddi hipoksemi, geniş perfüzyon defektlerinin varlığı, sağ ventrikül disfonksiyonu, sağ ventrikülde serbest trombus ve foramen ovale açıklığı varlığıdır (5). Tekrarlayan veya masif pulmoner embolide trombolitik tedavinin, morbidite ve mortaliteyi dramatik olarak azalttığı kanıtlanmıştır (6). Bizim de olgumuza oksijen tedavisine rağmen ciddi hipoksemi, ekokardiyografide sağ ventrikül disfonksiyonu ve öngörülen kanama riskinin düşük olması nedeni ile trombolitik tedavi uygulandı.

Trombolitik tedavinin başlıca komplikasyonları; hipotansiyon, allerjik reaksiyon, kanama ve aritmidir. Trombolitik sonrası ciddi hemorajik komplikasyonlar vücutta herhangi bir yerde ortaya çıkabilir. Kanamalar genellikle intrakranial kanama, GIS kanaması, retroperitoneal kanama, retinal, perikardiyal kanama, genitouriner kanama, burun kanaması, ekimoz, diş

eti kanaması ve ponksiyon yapılan yerlerden kanamadır. Özellikle intrakraniyal kanamalar (subdural hematomlar, intraserebral hemorajiler) diğer majör kanamalara göre daha ölümcül olmaları ve kalıcı sekel bırakmaları sebebi ile diğer kanamalardan ayrılır (6). Bizimde olgumuzda komplikasyon kranial kanama olarak saptandı.

Trombolitik sonrası intrakranial kanama Stein ve ark.larının (7) yaptığı çalışmada tüm hastalarda %0.9 (430/49500) olarak belirtilirken bu oran stabil hastalarda %1, stabil olmayan hastalarda %0.7, primer pulmoner embolide teşhisi ile %0.6, sekonder pulmoner emboli teşhisi ile %1.7 olarak saptanmıştır. Dalen ve ark.larının (1) yaptığı çalışmada %2.1 (12/559) olarak saptandı. Ülkemizde Aktaş ve ark.larının (8) yaptığı çalışmada %3.3 (1/30), Erkan ve ark.larının (9) yaptığı çalışmada %3.8 (1/26) olarak belirtilmiştir.

Trombolitik sonrası intrakranial kanama riski özellikle 65 yaş üstü ve böbrek hastalığı olanlar ile, hipertansiyon, karaciğer hastalığı, tıkaçıcı serebrovasküler hastalığı, pıhtılaşma defekti, alkolik ve uyuşturucu bağımlısı olan hastalarda yüksek olarak saptanmıştır. Bizim olgumuzda bu risk faktörlerinin hiçbiri mevcut değildi (2,7,10).

Sonuç olarak, pulmoner embolili hastalarda trombolitik sonrası intrakranial kanama nadir ölümcül bir komplikasyon olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle intrakranial kanama yönünden hastaların dikkatli bir şekilde ve yakın takibi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Dalen JE, Alpert JS, Hirsh J. Thrombolytic therapy for pulmonary embolism: is it effective? Is it safe? When is it indicated? Arch Intern Med 1997;157:2550-6.
2. Kanter DS, Mikkola KM, Patel SR, Parker JA, Goldhaber SZ. Thrombolytic therapy for pulmonary embolism. Frequency of intracranial hemorrhage and associated risk factors. Chest 1997;111:1241-5.
3. Goldhaber SZ, Visani L, De Rosa M. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER). Lancet 1999;353:1386-9.
4. Fiumara K, Kucher N, Fanikos J, Goldhaber SZ. Predictors of major hemorrhage following fibrinolysis for acute pulmonary embolism. Am J Cardiol 2006;97:127-9.

TROMBOLİTİK TEDAVİNİN NADİR ÖLÜMCÜL BİR KOMPLİKASYONU

5. Arseven O, Sevinç C, Alataş F, Ekim N, Erkan L, Fındık S, Karabay Ö, Metintaş M, Müsellim B, Oğuzülgen Kİ, Okumuş GN, Öngen G, Şahin A. Türk Toraks Derneği, Pulmoner Tromboemboli Tanı ve Tedavi Uzlaşı. Raporu. Toraks Dergisi 2009;10:1-49.
6. Bayır A, Ak A. Acil olgularda trombolitik tedavi. Genel Tıp Derg 2003;13:81-8.
7. Stein PD, Matta F, Steinberger DS, Keyes DC. Intracerebral hemorrhage with thrombolytic therapy for acute pulmonary embolism. Am J Med 2012;125:50-6.
8. Aktaş T, Albayrak E, Aktaş F. Trombolitik Tedavi Verilen Masif Pulmoner Tromboemboli Olgularının Değerlendirilmesi. Çağdaş Tıp Dergisi 2013;3:166-72.
9. Erkan L, Fındık S, Öztürk A, Akan H, Başoğlu T, Doru F. Masif Pulmoner Tromboembolide Trombolitik Tedavi. Solunum Hastalıkları 2002; 13:163-71.
10. Stein PD, Matta F. Treatment of unstable-pulmonary embolism in the elderly and those with comorbid conditions. Am J Med 2013;12: 304-10.

Yazışma Adresi:

Dr. Levent Özdemir
Dört Yol Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları,
Hatay, Türkiye
levent2408@mynet.com
