

Pulmoner tromboemboli tedavisi için heparin kullanırken intrakraniyal kanama gelişen ve masif pulmoner tromboemboli nedeniyle tekrar hastaneye yatırılan hastada tedavi yönetimi

Sayın Editör,

Derginizde yayınlanan “Pulmoner tromboemboli tedavisi için heparin kullanırken intrakraniyal kanama gelişen ve masif pulmoner tromboemboli nedeniyle tekrar hastaneye yatırılan hastada tedavi yönetimi”^[1] başlıklı olgu sunumunu ilgiyle okudum. İki konuda yorum yapmak istiyorum. Masif pulmoner tromboemboli ile ikinci hastane başvurusunda, trombolitik tedavi kontrendike olan ve hemodinamisi stabil olmayan hastaya, pulmoner angiyoğrafi ve trombüs aspirasyonu işleminin yatışının 24. saatinde yapılmasının nedenini merak etmekteyim. Pulmoner embolide mortaliteyi arttıran faktörlerden birinin semptomların

süresi olduğu bilinmektedir. Diğer konu ise, hastanın ikinci yatışında düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisinde neden bemparin seçildi ve hastaneden çıkış sonrası ne kadar süre ile bu tedavinin devam ettirilmesi planlandı?

Saygılarımla,

Dr. Cengiz Başar

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi,
Kardiyoloji Kliniği, Düzce
e-posta: basarcengiz84@gmail.com

Yazar ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Kaynaklar

1. Beşli F, Keçebaş M, Alishir MF, Güngören F. Pulmoner tromboemboli tedavisi için heparin kullanırken intrakraniyal kanama gelişen ve masif pulmoner tromboemboli nedeniyle tekrar hastaneye yatırılan hastada tedavi yönetimi. Türk Kardiyol-Dern Arş 2013;41:228-32.

Yazarın yanıtı

Sayın Editör,

“Pulmoner tromboemboli tedavisi için heparin kullanırken intrakraniyal kanama gelişen ve masif pulmoner tromboemboli nedeniyle tekrar hastaneye yatırılan hastada tedavi yönetimi” başlıklı yazımız için editöre gelen soruya cevaben:

Yüksek riskli (masif) pulmoner tromboemboli (PTE) tanısı konan ve kardiyojenik şok ve/veya persistan arteriyel hipotansiyon tablosuyla gelen hasta grubunda trombolitik tedavi seçkin bir tedavidir. En büyük yarar, tedaviye belirtilerin başlangıcından sonraki ilk 48 saat içinde başladığında gözlenir. Bununla beraber bu yarar 14 güne kadar devam eder.^[1,2] Yüksek riskli olmayan PTE’li hastalarda trombolitik tedavinin rutin kullanımı tavsiye edilmemektedir. Son yıllarda mortalite riski yüksek olan, orta riskli (submasif) PTE’li seçilmiş hastalarda (troponin ve BNP yüksekliği ile beraber ekokardiyografide sağ ventrikül işlev bozukluğu saptananlar), kanama riskini artıran durumların ayrıntılı gözden geçirilmesini takiben trombolitik tedavi uygulanabileceği görüşü ağırlık kazanmaktadır. Trombolitik tedavi, düşük riskli PTE’li hastalarda ise önerilmemektedir.^[3] Trombolitik teda-

viye mutlak kontrendikasyon bulunduğu durumlarda veya trombolitik tedavinin, hemodinamiyi düzeltmede yetersiz kaldığı durumlarda cerrahi veya perkütan pulmoner embolektomi yapılabilir.^[3] İntakraniyal kanama öyküsü olan hastamız yüksek riskli (masif) PTE ile yatırılmıştı. Hasta için ilgili bölümler ile beraber yapılan konsültasyonlar (göğüs hastalıkları, nöroloji/beyin cerrahisi) ve işlemin yapılacağı kateter laboratuvarının fiziki şartlarının hazırlanması sonrası hastaya perkütan pulmoner embolektomi yapılmıştır.

Antikoagülan tedavi, PTE’li hastaların tedavisinde çok önemli bir rol oynar. PTE’li hastalarda antikoagülasyon tedavisinin önemi 1960’lı yıllarda yapılan çalışma sonuçlarından beri bilinmektedir.^[4] PTE şüphesi olan hastalarda tanıya yönelik işlemler sürerken, fraksiyonlanmamış heparin, veya düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile antikoagülasyona gecikmeden başlanmalıdır. Heparin kullanılan hastalar aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) ile takip edilmelidir. Akut PTE’li olgularda, fraksiyonlanmamış heparin (UFH) yerine, subkütan uygulanan kiloya göre ayarlanmış DMAH, izleme gereksizdir uygulanabilir. DMAH kullanımında osteoporoz, trombositopeni gibi yan etkiler daha az görülür. Gebelerde, böbrek yetersizliği ve kanama riski yüksek olan hastalarda DMAH dikkatli kullanılmalı ve doz antifaktör Xa aktivitesi