

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

Sayın Editör,

Derginizin Nisan 2013 tarihli sayısında, Dr. Beşli ve ark.nın^[1] sunmuş olduğu “Pulmoner tromboemboli tedavisi için heparin kullanırken intrakraniyal kanama gelişen ve masif pulmoner tromboemboli nedeniyle tekrar hastaneye yatırılan hastada tedavi yönetimi” başlıklı yazıyı büyük bir ilgiyle okudum. Hipertansiyonu ve obezitesi olan 59 yaşındaki kadın hasta, akut pulmoner tromboemboli (PTE) nedeniyle başka bir merkezde tedavi edilirken intrakraniyal kanama gelişmiş. Daha sonra takip ve tedavisi Dr. Beşli ve ark. tarafından sürdürülürken, akut intrakraniyal kanaması olan hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin vermeye devam edilmiş. Bunun sebebini merak etmekteyim. Hastanın ekokardiyografik incelemesi bu dö-

nemde yapılmış mı? Semptomları gerileyen hastaya, taburcu edildiğinde herhangi bir ilaç verilmiş mi? En önemlisi başvuru anında ve taburcu olurken hastanın kan basıncı değerleri istenilen düzeyde miydi? Göze çarpan bir diğer husus da masif PTE’si olan bir hastada elektrokardiyografi dahil her türlü bulgu mevcut iken troponin değerlerinin normal olması. Kanımca bu hastaya ilk tedavisinde vena kava inferiyora filtre takılması daha makul bir yaklaşım olabilirdi.

Dr. Yavuzer Koza

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum
e-posta: yavuzerkoza@hotmail.com

Yazar(lar) 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 yazımızda belirtildiği gibi, fraksiyone olmayan heparin kullanırken intrakraniyal kanama gelişen hasta merkezimize sevk edildi ve beyin cerrahisi kliniğinde takip edildi. Akut pulmoner tromboemboli (PTE) öyküsü de olan hastaya beyin cerrahisi kliniğinin önerisiyle 0.4 mg enoksaparin günde bir kez cilt altına (derin ven trombozu-PTE profilaksi dozunda) uygulandı.

Pulmoner tromboembolili hastaların tanısında, risk sınıflandırılmasında ve tedavi yönetiminde ekokardiyografi önemli bir yer tutmamaktadır. Şok ya da hipotansiyonla başvuran, yüksek riskli PTE şüphesi taşıyan hastalarda, sağ ventrikül (RV) aşırı yüklenmesi ya da işlev bozukluğu ile ilgili ekokardiyografi bulgularının bulunmaması PTE’nin dışlanmasını

sağlar. Ayrıca ekokardiyografi, kalp tamponatı, akut kapak işlev bozukluğu, akut miyokart enfarktüsü ya da hipovolemiyi saptayarak şok nedeninin ayırıcı tanısında yardımcı olabilir.^[1] PTE’li hastaların yaklaşık %25’inde sağ ventrikül genişlemesi bulunur. PTE tanısında kullanılan ekokardiyografi parametreleri, genellikle triküspit yetersizliği jet akım hızı ve sağ ventrikül boyutlarına dayanır. Çalışmalarda bu parametrelerin duyarlılığının %60-70 bulunması nedeniyle, ekokardiyografik parametrelerin normal olması PTE tanısını dışlamaz. Öte yandan, sağ ventrikül aşırı yüklenmesi ya da işlev bozukluğu ile ilgili bulgular, akut PTE olmaksızın, eşzamanlı kalp ya da solunum sistemi hastalığına da bağlı olabilir. Bazı ekokardiyografik bulguların daha özgül olduğunu düşündüren veriler mevcuttur. Bozulmuş RV ejeksiyon paternine ya da RV serbest duvarının apeksine göre kasılabilirliğinin azalmış olmasına (McConnell bulgusu) dayanan ölçütler daha yüksek pozitif prediktif değere sahiptir. Buna karşılık, McConnell bulgusunu taklit edebilecek RV enfarktüsüne bağlı RV serbest duvarı hipo/akinezisi olan hastalarda, yalancı akut PTE tanısından kaçınmak için, eş zamanlı olarak basınç aşırı yük-