

Koroner arter by-pass greftli hastada tıkalıcı protez mitral kapak trombüsü

Obstructive thrombosis of prosthetic mitral valve in a patient with coronary artery by-pass grafting

Hüseyin Uğur YAZICI¹,
Adnan Burak AKÇAY¹,
Celal YAVUZ²,
Zuhal Atılğan ARITÜRK¹,
Ünal ÖZTÜRK¹

¹Diyarbakır Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Kardiyoloji Bölümü,
Diyarbakır
²Diyarbakır Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi
Bölümü,
Diyarbakır

E-posta: drhyazici@gmail.com

ÖZET

Bu yazıda akut tıkalıcı protez mitral kapak trombüsü nedeniyle hastanemize kabul edilen koroner arter by-pass greftli bir hasta sunulmuştur. Hastanın INR değeri hedef değerlerin altında idi. Tanı transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile konuldu. Hastaya TTE kılavuzluğunda fibrinolitik tedavi verildi ve başarılı sonuç elde edildi.

Anahtar Kelimeler: Protez mitral kapak, trombüs, fibrinolitik tedavi

ABSTRACT

We report a patient with coronary artery by-pass grafting who was admitted to our hospital due to acute occlusive thrombosis of prosthetic mitral valve. His INR level was subtherapeutic. The diagnosis was made with transthoracic echocardiography. Fibrinolytic therapy was given to him and a successful clinical result was obtained.

Key Words: Thrombosis, prosthetic mitral valve, fibrinolytic therapy

GİRİŞ

Protez kalp kapak trombüsü (PKT) ciddi ve potansiyel olarak öldürücü bir komplikasyondur. Akut PKT'nin en sık nedeni yetersiz antikoagülasyondur¹. Protez kapak obstrüksiyonlarının %54'sinden trombüs, %6'sından pannus ve kalan %39'undan ise trombüs artı pannusun birlikte sorumlu olduğu bildirilmiştir². Tanıda ilk basamak, ekokardiyografik değerlendirmedir. Hastanın klinik durumuna, kapak pozisyonuna ve trombüsün obstrüksiyon derecesine göre cerrahi veya fibrinolitik tedavi seçilir³⁻⁴.

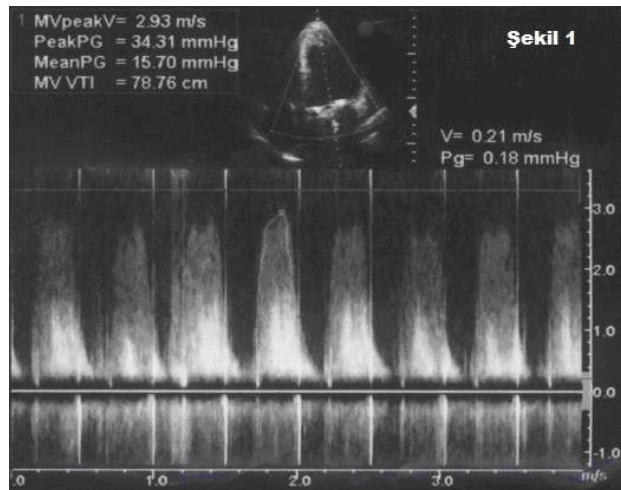
OLGU SUNUMU

Elli üç yaşındaki erkek hasta, acil servise ani gelişen nefes darlığı ve senkop ile başvurdu. Hasta 6 ay önce mitral darlığı nedeni ve koroner arter hastalığı nedeniyle mitral kapak replasmanı (29 numara St. Jude) ile birlikte ikili koroner arter by-pass (Sol mamarian arter-sol ön inen arter, aort-sirkumfleks-safen) yapılmıştı. Başvuru sırasında kan basıncı 80/50 mmHg, kalp hızı 112/dk olup, protez kapak sesi alınmıyordu. Oral antikoagulan ilaçları düzenli kullanmadığı ve INR kontrollerini yaptırmadığı öğrenildi. Ölçülen INR düzeyi 1.2 idi.

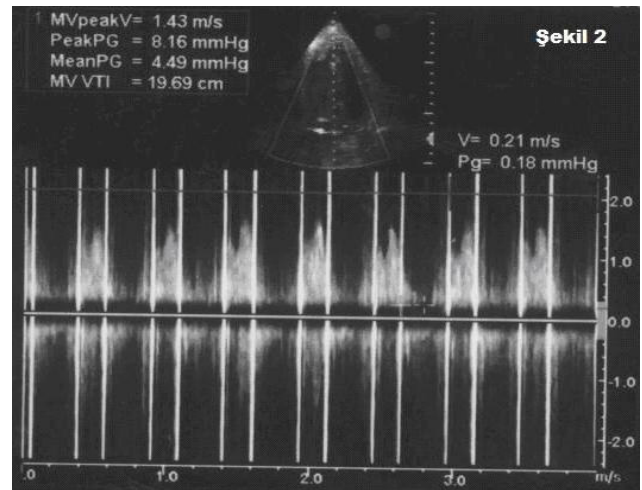
Protez kapak trombüsü şüphesiyle hemen transtorasik ekokardiyografisi yapıldı. Protez mitral kapak hareketlerinin ileri derecede azalmış olduğu ve

kapağın atrial yüzeyinde 10x20 mm boyutunda trombüs ile uyumlu kitle gözlemlendi. Sürekli-dalgalı Doppler incelemesinde ortalama 15, maksimum 34 mmHg transmitral diyastolik gradient saptandı (Şekil 1). Renkli Doppler inceleme ile mitral kapak boyunca akımın ileri derecede kısıtlanmış olduğu görüldü. Sol ventrikül sistolik fonksiyonu ileri derecede azalmıştı ve ejeksiyon fraksiyonu % 20 idi. Akut tıkaçıcı PKT tanısı konuldu ve fibrinolitik tedavi uygulamaya karar verildi. Otuz dakika içinde 250.000 U streptokinaz intravenöz yoldan verildi ve sonrasında 100.000 Ü/saat dozunda intravenöz infüzyonla devam edildi. Ekokardiyografi inceleme 6 saatlik aralıklarla tekrarlandı. Fibrinolitik tedavi başlangıcından 12 saat sonra yapılan ekokardiyografide trombüsün çözüldüğü, ortalama gradientin 4.5, maksimum gradientin 8 mmHg'ya gerilediği ve renkli Doppler incelemede akımın normale döndüğü gözlemlendi (Şekil 2). Sol ventrikül sistolik fonksiyonlarında kısmi düzelme izlendi ve EF'u % 30'a yükselmişti. Streptokinaz uygulaması 12 saatin sonunda kesildi. Hastaya, fraksiyone olmamış heparinle birlikte warfarin ve asetil salisilik asit (300 mg/gün) tedavisi başlandı. INR düzeyi 3.2 olduğunda hasta taburcu edildi. INR düzeyi 3-4 olacak şekilde antikoagülasyon önerildi. Birinci ve dördüncü hafta kontrollerinde hasta sorunsuz idi.

Şekil 1. Protez kapak atrial yüzünde trombüs ve yüksek transmitral diyastolik gradientin izlendiği acil serviste çekilen transtorasik ekokardiyografi görüntüsü.



Şekil 2. Fibrinolitik tedavi başlangıcından 12 saat sonra elde edilen, transmitral diyastolik gradientin normale döndüğü ve trombüsün tamamen eridiği transtorasik ekokardiyografi görüntüsü



TARTIŞMA

Sol taraf tıkaçıcı PKT'nin tedavisinde, cerrahi için çok yüksek riskli hastalarda veya cerrahi tedavi için başka bir merkeze sevk edilecek genel durumu kritik hastalarda (Fonksiyonel kapasitesi sınıfı III-IV) fibrinolitik tedavi, cerrahiye alternatif olabilir^{3,4}. Sunulan olguda, ciddi sol ventrikül disfonksiyonu, geçirilmiş koroner arter by-pas operasyonu ve kardiyojenik şok tablosu olması nedeni ile cerrahi tedavi yüksek riskli düşünüldü ve fibrinolitik tedavi uygulamaya karar verildi.

Kılavuzlarda fibrinolitik tedavinin transözefagial ekokardiyografi (TEE) rehberliğinde uygulanması önerilmektedir⁴. Ancak bizim hastanemiz gibi hastaların büyük kısmının ilk tanı aldığı bölge hastanelerinin çoğunluğunda TEE olanağı yoktur. Yüksek klinik şüphe ve bulguların varlığında iyi görüntü elde edildiğinde dikkatli bir seçimle TTE kılavuzluğunda da fibrinolitik tedavinin uygulanabileceğini düşünüyoruz. Bu tedavinin kesin kontrendike olduğu durumların bilinmesi önemlidir. Bunlar; aktif gastrointestinal kanama, hemorajik felç öyküsü, yakın dönemde geçirilmiş kraniyal travma ve intrakraniyal neoplazi, diyabetik hemorajik retinopati, enfektif endokardit ve bilinen kanama diyatezi olarak özetlenebilir.

PKT'nin fibrinolitikle tedavisi sırasında, klinik ve hemodinamik düzelme sağlanamazsa cerrahi tedavi endikasyonu doğar ve fibrinolitik tedavi kesilir. Reoperasyon mortalitesi hastanın fonksiyonel sınıfına göre %0 ile %69 arasında değişir. Kardiyojenik şoklu hastalarda mortalite en yüksektir⁴⁻⁵.

Ölümcül seyirli olan PKT tanısı ve tedavisinde hızlı hareket etmek önemlidir. Özellikle kırsal hayatın hakim olduğu bölgelerde, hasta eğitimine ağırlık verilmesiyle ve antikoagülasyon düzeyinin yakın takibiyle PKT sıklığı azaltılabilir.

KAYNAKLAR

1. Schulman S. Unresolved issues in anticoagulant therapy. *J Thromb Haemost* 2003;1:1464-70.
2. Deviri E, Sareli P, Wisenbaugh T, Cronje SL. Obstruction of mechanical heart valve prostheses: clinical aspects and surgical management. *J Am Coll Cardiol* 1991;17:644-50.
3. Rizzoli G, Guglielmi C, Toscano G, et al. Reoperations for acute prosthetic thrombosis and pannus: an assessment of rates, relationship and risk. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999;16:74-80.
4. Bonow RO, Carabello BA, Kanu C, et al. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease): developed in collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists: endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons. *JACC* 2006;48:115-6.
5. Buttard P, Bonnefoy E, Chevalier P, et al. Mechanical cardiac valve thrombosis in patients in critical haemodynamic compromise. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997;11:710-3.