

STREPTOKİNAZA KARŞI HİPERSANSİTİVİTE GÖSTEREN VE NÖROLOJİK BULGULARI OLAN BİR OLGU

Dr. İbrahim İYİĞÜN (x)
Dr. Mehmet YAVUZ (x)
Dr. Orhan DENİZ (x)
Dr. Ömer PARLAK (x)
Dr. Rüstem AŞKIN (xx)
Dr. Yahya ULAMIŞ (xxx)

ÖZET :

Streptokinaz, fibrinolitik tedavi gayesiyle kullanılan ve yan etki itibariyle hipersansitivite reaksiyonu ve kanamalar meydana getirebilen bir ajandır. Biz bu yazımızda streptokinaza karşı hipersansitivite gösteren ve nörolojik bulguları olan bir olgu sunacağız.

ANAHTAR KELİMELEER : *Fibrinolitik tedavi, streptokinaz, hipersansivite reaksiyonu.*

KEY WORDS: *Fibrinolytic therapy, streptokinaze, hipersansibility reaction.*

GİRİŞ :

Fibrinolitik tedavi son yıllarda trombo-embolik tıkanıklarla seyreden çeşitli arteriyel ve venöz patolojilerde sıklıkla kullanılan bir tedavi yöntemi haline gelmiştir. Fibrinolitik tedavi intravenöz tedavide olduğu gibi sistemik fibrinolitik etki sağlanarak uygulanabildiği gibi lokal olarak uygulanabilir (1).

Streptokinaz ve urokinaz sıklıkla kullanılan iki fibrinolitik ajandır. Bu konuda ya-

x: Ata Üniv. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı Öğ. Üyesi Yard. Doç. Dr.

x: Ata Üniv. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı Araştırma görevlisi

x : Ata Üniv. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı Öğ. Üyesi Yard. Doç. Dr.

xx : Ata. Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı Araştırma görevli.

xxx: " " " " " " " Yrd. Doç.

pılan çalışmalar fibrinolitik tedavide streptokinaz ve urokinazın birbirlerine üstün olmadıklarını ortaya çıkarmıştır (2). Ancak streptokinaz, urokinaza göre çok daha ekonomik olduğundan tercih edilmektedir. Streptokinaz ve urokinazın klinik etkilerini mukayese eden bir çalışmaya göre, streptokinazın lokal olarak uygulandığı 15 olgunun 12'sinde tam düzelme, 2'sinde kısmi düzelme elde edilmiş, birinde ise başarısız kalınmıştır. Sistemik olarak uygulandığı 7 olgunun 4'ünde tam düzelme, 1'inde kısmi düzelme ve 2'sinde ise başarısız kalınmıştır. Streptokinaz, lokal uygulamada üç yüzbin ünite ilk saat içerisinde verildikten sonra, saatte 50 bin ünite verilerek uygulanmaktadır. Sistemik tedavide ise üç yüz bin ü. ilk yarım saat içinde verildikten sonra saatte yüzbin ü uygulanmaktadır. Ancak allerjik reaksiyonlardan korunmak amacıyla 125 mg metil Prednizolon yapılmalıdır (2).

Lokal veya sistemik streptokinaz tedavisinin klinik etki açısından birbirlerine karşı önemli bir üstünlükleri yoktur. Ancak lokal tedavinin daha düşük dozda ve daha kısa süre de etkili olması avantajdır. Ayrıca lokal tedavi, sistemik etkili olmadığından erken postoperatif dönemde de kullanılabilir.

Lokal olsun, sistemik olsun uygulanan streptokinaz tedavisi, protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı ve serum fibrinojen düzeyi gibi testlerle kontrol edilmelidir. Ayrıca allerjik reaksiyonlardan korunmak ve şahısta bir hipersantivite durumu mevcutsa bunun zararlarını asgariye indirmek için tedavi öncesi yüksek doz metilprednizolon uygulanmalıdır (1,2,3).

OLGU :

M.S. 34 yaşında erkek hasta 3.6.1988 tarih ve 5572/5572 prot.no. ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Klap Damar Cerrahisi Anabilim Dalına 3. kez müracaat ediyor. 1,5 seneden beri Buerger hastalığına sahip olan hasta 6 ay önce GKDC'de bilateral sempatektomi yapılmış, sempatektomiden fayda görmeyen hasta bu 3. kez olan son yatılışında tekrar operasyona alınarak, beslenmesi iyice bozulan sağ baş parmağı ampute edilmiş ve A. epigastrica inferior askıya alınarak bir kanül tatbik edilmiş ve kanülden içerisine 2'şer amp. trental ve angiodel katılan reomakrodesks verilmeye başlanmış. Ayrıca intraarteriyel olarak 75.000'ü streptokinaz 8 saatte verilmeye başlanmış. Hasta streptokinaz verilmeye başlandıktan sonra 5-6 dk. süren ani ajitasyon ve eksitasyonu müteakip şuurunu kaybetmiş. Bu esnada 4 kez kusması olan hastanın kan basıncı 200/120 mmHg'ya yükselmiş. Bilahare istenen nöroloji konsültasyonu sonucu hasta, servisimize nakledildi. Yapılan muayenesinde genel durum bozuk, şuur koma durumunda idi. Ateş: 38,5°C, 110/dk. ritmik ve TA: 140/90 mmHg olarak belirlendi. Sistemik muayenesinde haricen belirgin bir patolojik bulgu tesbit edilmedi. Nörolojik muayenesinde; şuur kapalı, pupillalar miyotik, fakat izokorikti. GKS 4-5 arasında değerlendirildi. Ağrılı uyaranlara lokalize olmayan minimal cevaplar alındı. Sağda babinski müsbet olarak değerlendirildi. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS basıncı normal, görünüm berrak ve hücre yoktu. Hastaya gerekli order düzenlenerek antiödem tedaviye alındı. 2. gün hasta 2 kez konvulziyon geçirdi. Konvulziyonlar diazepam ile kontrol altına alındı. Hastanın 2. günde 39,5°C'ye varan ateşi olduğundan

alkol buz pansumanına ve antiödem tedaviye devam edildi. Hastanın kan ve idrar kültürleri alındıktan sonra ikili antibiyotik tedavisine devam edildi. Hastanın şuur seviyesi hızla yükseldi ve GKS 12 olarak değerlendirildi, 3. gün hastanın şuru açıldı. Ağızdan almaya başladı. 1. ve 2. gün istenen kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Ancak parmaktan alınan yara kültüründe streptokokların ürettiği rapor edildi. 4. gün hastanın şuru tamamen açıldı ve ağızdan yeterli beslenmeye başladı. BBT çektirildi ve minimal beyin ödemi olarak değerlendirildi. Mevcut tablo, streptokinaza karşı gelişen bir hipersensitivite reaksiyonu olarak düşünüldü.

LAB. BULGULARI: EEG'de düşük voltajlı hızlı aktivite tesbit edildi ve bunun cerebral hipoksiye bağlı olabileceği rapor edildi. İlk gün 20200 olan lokosit sayısı 1 hafta sonra 8800'e indi. Hb,Ht değerleri normaldi. Kreatin fosfokinaz, 898 (yaklaşık normal değerinin 5 misli), protrombin zamanı 15 sn, kontrol 14 sn, aktivitesi % 90, PTT 20 sn. olarak değerlendirildi. Fibrinojen 800 gr/dl. olarak tesbit edildi. Gruber widal ve brucella agl. testleri negatif olarak geldi.

TARTIŞMA:

Streptokinaz aslında beta grubu hemolitik streptokoklardan salgılanan bir proteindir. Streptokok kültürlerinden elde edilir. Daha önce streptokok infeksiyonu geçirenlerde streptokinaza karşı antikorlar meydana gelebilir, ve bu durum ilaca karşı bir direnç meydana getirebildiği gibi bir hipersensitivite tepkisi de oluşturabilir (4). Streptokinazın görevi, proaktivatörlerden dolaysız aktivatörleri harekete geçirerek fibrinoliz olayını hızlandırmaktır. Streptokinaz kullanımında önce I.V. olarak verilen yükleme dozu, streptokinaza karşı olan antikorların doyurulması içindir (2,4).

Streptokinazın en önemli yan etkisi ateş yükselmesi, şuur bozuklukları ve allerji ile giden hipersensitivite reaksiyonudur. Diğer taraftan kanama da meydana getirebilir. Meydana gelen kanamalar oral antikoagulanlarla olanlara kıyasla daha şiddetli ve durdurulması zordur. Kanama halinde anditot olarak epsilon-amino kaproik asit veya traneksamik asit verilir (5,6).

Bu olguda streptokinazın normal dozların çok altında sadece 75 bin ü, ve 8 saatlik infüzyon uygulanması ile verilmesi, mevcut tablonun, bir intraserebral hemoraji lehine açıklanmasını zorlaştırmaktadır. Zaten sonradan çekilen BBT ile intraserebral hemoraji ekarte edilmiştir. Hastanın yara kültüründe streptokinazın üremesi ve şuurun kapalı olduğu 1. ve 2. günlerde yüksek ateşin olması bir hipersensitivite reaksiyonunu düşündürmektedir. Nitekim hasta, uygulanan antiödem ve antiallerjik tedaviyle hızla düzelmiş ve eski sağlığına kavuşmuştur.

SUMMARY :

**A CASE REPRESENTING HYPERSENSITIVITE AND HAVING
NOROLOGICAL FINDINGS.**

Streptokinaze is an agent, used for fibrinolitik therapy, and enable to occure hypersensitivity reaction and bleeding as side effects. In our report, we represent a case with neurologic signs and hypersensitive to streptokinaze.

KAYNAKLAR :

- 1- Lammer J., Pilger E., Pim H.P.: Fibrinolysis in chronic arteriosclerotic occlusions. Intratrombotic injection of streptokinase. Radiology 45: 157- 1987.
- 2- Böke M.E.: Fibrinolytic therapy. Mavi Bülten 19 (1-2), 1-8 1987
- 3- Bucker G.J., Rube E.E, Richmand B.D. et' al Low dose fibrinolytic therapy results and new concepts. Radiology 148, 663 1983
- 4- Ertekin C., Nörolojide fizyoloji ve tedavi. Kitapevi, Bomova, 1987. s 653-6.
- 5- Moriarty A.J., Hughes R., Nelson S.D. et al.: Streptokinase and reduced plasma viscosity. Eur J. Haematol 41, 25-36, 1988
- 6- Marshall J.; The management of cerebro-vasküler disease, Blackwell, Oxford 1976, pp 43-45.