

MASSİF PULMONER EMBOLİ (Vaka Takdimi)

Dr. İbrahim YEKELER(x)
Dr. Hikmet KOÇAK (xx)
Dr. Sebahattin ATEŞAL (xxx)
Dr. Hüseyin ŞENOCAK(xxx)
Dr. Erdal EGE (xxxx)
Dr. Ahmet BAŞOĞLU(xx)
Dr. Mustafa PAÇ (xxxxx)

ÖZET :

Hastanemiz Kadın Doğum kliniğinde Bilateral tüp ligasyonu yapılan hasta, postoperatif 5. gün ani başlayan göğüs ve yan ağrısı, dispne, siyanoz deneniyle konsülte edilip, pulmoner emboli tanısı klinik ve elektrokardiografik olarak konuldu. Hemen heparinize edilerek, medikal tedavi verilen hasta yğün bakımda izlenirken kliniğinin giderek bozulması, hipotansiyon ve şoka gidiş tablosu göstermesi üzerine, acil pulmoner angiografiye alındı. Angiografi de; sağ pulmoner arter alt lob dalı ile, sol ana pulmoner arterin tamamen tıkalı olduğu görüldü. Hasta acil operasyona alındı. Kardiopulmoner bypass kullanılarak Pulmoner arterdeki trombüsler fogarty kateteri ile çıkarıldı ve pulmoner arter kapatıldı. Pompadan çıkılıp, yoğun bakıma alınan hastanın takip ve tedavisinde önemli bir problem olmadı. Rekurrens embolilere karşı heparinize edilen hasta postop. 8. gün şifa ile taburcu edildi.

GİRİŞ

Pulmoner Embolizm (PE) Çeşitli tipteki tıbbi ve cerrahi hastalıkların bir komplikasyonu olarak ortaya çıkan, morbidite ve mortaliteyi artıran ciddi bir patolojik durumdur. Pulmoner arterden pıhtının çıkartılması fikrini ilk defa 1908'de Trendelenburg ortaya atmıştır (1-3). Ancak Trendelenburg tekniği ile ilk başarılı embolektomi 1924'de Kirschner tarafından yapılmıştır (2,3). Ekstra Korporal Dolaşım (EKD) kullanılarak yapılan ilk başarılı ameliyatı da 1962'de Sharp rapor etmiştir (1,4). EKD ve Ekstra Korporal Membran Oksijenasyonunun (ECMO) kullanımına gimesi, heparin ve trombolitik tedavinin uygulanması, portabl ekiplemin oluşturulması, hastaların arrest-şok durumları ile angiografi ve ameliyata

(x) Atatürk Ü. Tıp Fak. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi ABD. Yrd. Doç. Dr.

(xx) Atatürk Ü. Tıp Fak. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi ABD Doç. Dr.

(xxx) Atatürk Ü. Tıp Fak. Kardiyoloji ABD. Yrd. Doç. Dr.

(xxxx) Atatürk Ü. Tıp Fak. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi ABD.Araş. Grv.

(xxxxx) Atatürk Ü. Tıp Fak. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi ABD. Prof. Dr.

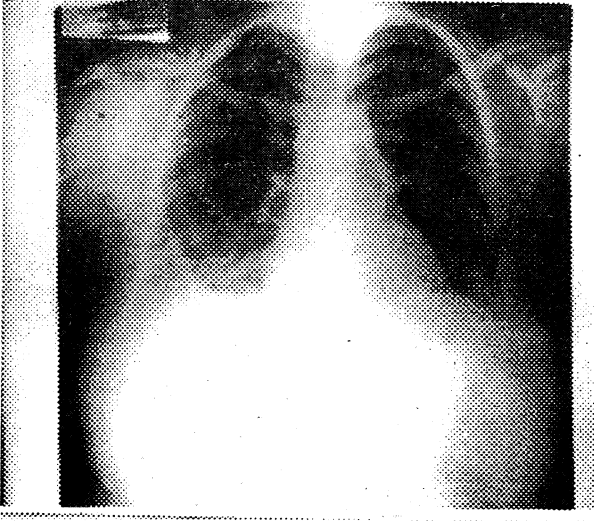
kadar resusitasyonlarının temininde büyük aşamalar kaydedilmesine rağmen cerrahi girişimlerin olumsuz literatür verileri nedeniyle hastalık önemini sürdürmektedir.

VAKA TAKDIMİ

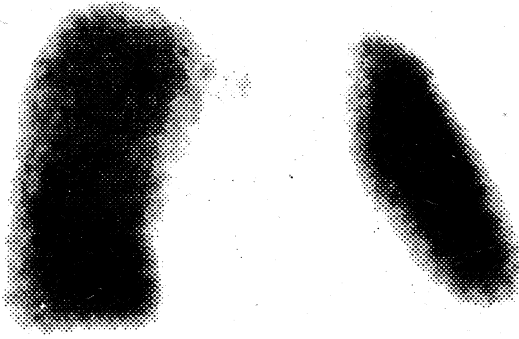
M.O. 33 yaşında bayan hasta. Kadın Doğum Kliniğinde Bilateral tüp liganasyonu yapılan ve takibi normal seyreden hastanın postoperatif 5. günü göğsünün sağ tarafında ani şiddetli bir ağrı, nefes darlığı, siyanoz ve giderek şuur kaybı olmuş. Yoğun bakıma alınarak yapılan muayenesinde; genel durum bozuk, takipneik (38/dk), TA: 80/55 mmHg, dinlemekle sağ hemitoraksında inspiratuar raller, EKG'sinde S1 Q3 paterni tespit edilmiş. PE tanısı konulup acilen heparinize edilen hastanın kısa süre sonra durumunun daha da bozulması, desteğe rağmen tansiyonunun 20-30 mmHg'da seyretmesi, venöz juguler dolgunluğunun bulunması, nabzın filiform olması üzerine acilen pulmoner angiografiye alındı. Angiografide; sağ atrium basıncı 20 mmHg, PA basıncı 58 mmHg olarak belirlendi ve sağ pulmoner arter alt lob dalı ile sol ana pulmoner arterin ayrım yerinden itibaren tamamen tıkalı olduğu gözlemlendi (Resim 1) ve acilen Pulmoner Embolektomi ameliyatına alındı. Hasta femoral arter ve venden kanüle edilip EKD'a bağlandı. Kan gazları ve kalp hemodinamisi desteklenip, bir düzelme sağlandı. Sonra M. Sternotomi yapıp, perikard açıldı. Sağ atrium, sağ ventrikül ve PA ileri derecede distandü idi. Pulmoner arter vertikal açıldı, trombüsler klemp ve Fogarty kateteri ile temizlenip yeterli retrograd akım sağlanarak, pulmoner arter kapatıldı. Pompadan çıkılıp, yoğun bakıma alınan hastanın takip ve tedavisinde önemli bir problem olmadı. Postoperatif çekilen TELE normal değerlendirildi (Resim 2). Rekürrens embolilere karşı heparinize edilen hasta postop. 8. gün şifa ile taburcu edildi. Postop. 5. ay yaptırılan kontrol akciğer sintigrafisinde aktivite akümüasyonu homojen ve beklenen düzeyde rapor edildi (Resim 3).



Resim 1. Hastanın Pulmoner Angiografisi: sağ Pulmoner arter alt lob dalı ile sol ana pulmoner arterin ayrım yerinden itibaren tıkalı görülmektedir.



Resim 2. Hastanın postoperatif kontrol Tele'si normal olarak deęerlendirilmiřtir.



3. Postoperatif 5. ayda yaptırılan Akciğer sintigrafisi de normal olarak değerlendirilmiştir.

TARTIŞMA

PE'nin ortalama insidansına ait veriler farklıdır. Ancak vakaların % 50-80'inde kliniğin sessiz seyredebilmesi nedeniyle tanı konulamadığı, semptomatik olan vakaların ise tahminen yılda yaklaşık 630.000 olduğu bildirilmektedir. (ABD'de) (1). Yine her yıl ABD'de PE'ye bağlı ortalama 200.000 ölüm görüldüğü bildirilmektedir (5).

PE kaynağını araştırmak için yapılan otopsilerde; vakaların % 85'inde alt ekstremite venlerinde, % 10'ünde sağ kalpte ve % 5'inde pelvik venler, VCS ve üst ekstremitte venlerinde semptomatik veya asemptomatik tromboflebit bulunduğu bildirilmektedir (1,4,6). Uzun bir süreden beri gebelik ve lohusalık dönemlerinde PE riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Major jinekolojik operasyon geçiren hastaların yaklaşık % 30'unda da derin ven trombozu 1000 erişkinden 5'inin massive PE'den öldüğü bildirilmektedir (4).

Hastamızında jinekolojik operasyon geçirmesi ve kliniğinin sessiz seyretmesi PE risk grubu sınırlarında olduğunu göstermektedir.

PE vakalarında tanıya götürecektir metodlarda önemlidir. Hastanın muayene, klinik, Tele, EKG, kan bulgularının yanısıra % 4 oranında komplikasyon ve % 0.4 oranında mortalite oranı bildirilen P. Angiografi kesin tanı sağlar (7,8). Bunun yanısıra; Akciğer Ventilasyon ve perfüzyon sintigrafilerinin birlikte yapılması (Ventilasyon sintigrafisi normal olan bir bölgede perfüzyon sintigrafisinde soğuk alan görülmesi emboli tanısına götürür), Two-Dimensional Ekokardiyografi, Digital Subtraction Pulmoner Angiografi (DSA), Computerize Tomografi (CT), Magnetik Rezonans Imaging (MRI) Fiberoptik Angioskopi PE tanısında günümüzde kullanıma sunulmuş metodlardır.

PE'de hastalığın massif veya major olarak tanımlanması, tedavinin seçiminde medikal veya cerrahiye karar verme konularında değişik yaklaşımlar vardır. PA'in anatomik olarak % 50 veya daha fazla tıkandığı durumların Major PE, ise massif olarak adlandırılması tavsiye edilmektedir (3). PE'de hastanın klinik durumu, hastaneye müracaat süresi/tanının konma süresi ve elde ki imkanlarla hekim her hasta için izlenecek stratejiyi belirlemelidir. Teşhis ve tedavi metodlarında ki son gelişmelere rağmen, MPE'de semptomların başlamasından ölüme kadar uzanan süre çok kısadır. MPE'de hastaların % 50'sinin ilk 30 dk. içinde, % 70'inin ilk bir saat içinde ve % 85'inin ilk 6 saat içinde kaybedildiği bildirilmektedir (3). PE'lili hastaların zaman kaybetmeden değerlendirilmeleri, en uygun tedavinin hemen tesbiti, cerrahiye gidecek hastaların mümkünse arrest geçirmeden angiografiye ve embolektomiye alınmaları bu nedenle çok önemlidir. Ayrıca P. embolektomiye ait yüksek mortaliteyi içeren literatür sonuçları da konun ciddiyetini göstermektedir. Değişik raporlarda EKD kullanılarak yapılan P. embolektomilerde mortalite oranları % 11-60 arasında bildirilmektedir (3,5,8,10). PE nedeniyle geçikmiş ve durumu ağır olan vakalarda mortalite % 90'lara kadar yükselebilmektedir (3). Motalite oranlarının böyle geniş dağılımlı olma nedeni ise, her bir vakanın ve operasyonu gerçekleştiren ekibin şartlarının farklılığına bağlıdır. EKD kullanılmadan yapılan Trendelenburg metodunda mortalite oranı % 90'ların üzerinde iken EKD kullanılarak yapılanlarda bu oran % 50'lilere indiği

gibi, tanının erken konulması, preop. hemodinamik yetersizlik olması, seçilen tedavi metodunun isabeti, angiografi yapılma süresi, Embolektomi endikasyonunun erken ve yerinde konulması, ekibin deneyimi ve operasyonun hastanın arrest geçirmeden uygulanması gibi faktörler mortalite oranlarındaki geniş dağılıma sebep olmaktadır. Örneğin, çeşitli serilerde kardik arrest geçiren ve EKD kullanılarak Embolektomi yapılan vakalarda mortalite oranı % 50 civarında bildirilirken (3), kardiak arrest geçirmeden EKD kullanılarak yapılanlarda bu oran % 31,-35.5 (3,9) civarındadır.

PE tanısı konulan hastalarda takip edilecek strateji konusunda da farklı görüşler vardır. Massif PE'nini tedavisinde bazı yazarlar (9) embolektomi asla endike olmadığını savunurken, bazıları da cerrahi girişimin hemodinamik bozukluk olmadan dahil yapılabileceğini iddia etmektedirler (11). Meyer ve ark. ise kontrendikasyon yoksa MPE'de önce trombolitik ajanlarla tedavisini, trombolitik tedavinin kontrendike olduğu, medikal tedavi için gerekli zamanın olmadığı veya yoğun medikal tedaviye rağmen durumu düzelmeyen hastalara cerrahi girişimi önermektedirler. PE'de Embolektomi endikasyonu konusunda Düzeltilemeyen Şokla birlikte olan MPE'lili kritik hastalar ile akut veya kronik PE'ye bağlı pulmoner Hipertansiyonlu hastalarda giderilmeyen dispnenin tedavisinde P Embolektomi endikasyonu konusunda çoğu cerrahlar fikir birliği içindedir (1,3,6,8,12).

Hastamızın düzeltilemeyen hemodinamik bozukluğu, P. angiografide PA'in %50'den fazla tıkanması nedeniyle hastamızı cerrahi tedaviye almamız isabetli olup, sonuç da kısa sürede alınmıştır. PE konusunda cerrahi endikasyon konusunda oluşan genel yaklaşıma katılıyoruz.

SUMMARY

MASSIVE PULMONARY EMBOLI: A CASE REPORT

One patient in Department of Gynecology and Obstetrics has been operated for bilateral tube ligation. In fifth postoperative day, cyanosis, dispne, side-pain and chest plain suddenly developed in this patient. For these complaints this patient has been consulted and diagnosed clinically and electrocardiographically as pulmonary emboli; then heparinized immediately. During following in intensive care unit the clinic of the patient became worse and worse, hypotension and sings of shock have been developed, then pulmonnary angiography taken urgently inferior branch branch of the rign pulmonary artery and left main pulmonary artery were completely seen to be in an angiography. The patients wes immediately taken in to operation. The thrombi in pulmonary artery have been extracted with Fogarty catheter by means of cardiopulmonary bypass and pulmonary artery was closed. There was no significant problem in the management of the patient in intensive care unit. The patient was heparinized for possible recurrent emboli and discharged form the hospital in the postoperative eighth day

KAYNAKLAR

1. Gleen William W.L. Pulmonary Embolism: Pathophysiology and Treatment. in: Thoracic and Cardiovascular Surgery. 4 Ed. 1983. p: 1276-1289.
2. Beall IAC JR: Pulmonary Embolectomy. Ann Thorac Surg 51: 179, 1991.
3. Mattox KL, Feldtman RW, Beal AC, DeBaakey ME: Pulmonary Embolectomy for Acute Massive Pulmonary Embolism. Ann Surg 195: 726-731, 1982.
4. Wilson S, Weith F, Hobson R.W. Williams R.A. Pulmonary Thromboembolism. in: Vascular surgery. Principles and Practice. 1987. p: 729-735.
5. Hurst J.W, Robert C. Schlant. Pulmonary Embolism. in: The Heart. 7. Ed. 1990, p: 1205-1219.
6. West JW: Pulmonary Embolism. The Medical Clinics of North America. Medical Emergencies I. 70: 877-894, 1986.
7. Vidinel İ. Akciğer Hastalıkları. Ege Ü. Tıp F. Yayınları 1989 3. Baskı s: 421
8. Hayes SP, Bone RC: Pulmonary Emboli with Respiratory Failure. The Medical Clinics of North America. Critical Care Medicine. 67: 1179-1191, 1983.
9. Meyer G, Tamisier D, Sors H, Stern M, Vouhe P, Makowski S, Neveux JY, Leca F, Even P: Pulmonary Embolectomy: A 20-Year Experience at One Center. Ann Thorac Surg 51: 232-236, 1991.
10. Rutherford RB. Nonoperative Management of Acute Venous Thromboembolism. in: Vascular Surgery 3. Ed. 1984, p: 1561-1574.
11. Glassford DM Jr, Alford WC Jr, Burrus GR, Stoney WS, Thomas CS JR: Pulmonary Embolectomy. Ann Thorac Surg 32: 28-32, 1981.
12. Braunwald E. Pulmonary Embolism. in: Heart Disease. A Text Book of Cardiovascular Medicine. S. Z. Goldhaber, E. Braunwald. 1990, p: 1577-1596.