Olgu Sunumu

Romatoid Artriti Olan Hastada Masif Pulmoner Tromboemboli ve Başarılı Trombolitik Tedavisi

Yrd.Doç.Dr. Belma KALAYCI*, Uzm.Dr. Ahmet KORKMAZ**, Uzm.Dr. Süleyman KALAYCI***, Uzm.Dr. İlker DUMAN****

Öz

Pulmoner tromboemboli akut dönemde yüksek mortaliteye neden olan bir hastalıktır. Yüksek riskli pulmoner tromboemboli varlığında kontrendikasyon yoksa trombolitik tedavi hayat kurtarıcıdır. Fakat orta riskli pulmoner tromboemboli hastalarında antikoagülan tedaviye trombolitik ajan eklenmesi net değildir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda kanama risk profili düşük olan hastalarda antikoagülan tedaviye düşük doz trombolitik tedavinin güvenle eklenebileceği belirtilmektedir. Pulmoner tromboemboliye yatkınlık oluşturan bir çok klinik durum vardır. İmmobilizasyon, obezite, operasyon sonrası dönem, kanser varlığı, trombofili, oral kontraseptif kullanımı gibi durumlar bunlardan bazılarıdır. Otoimmün hastalıkların bir kısmı venöz tromboembolizm riskini arttırabilir. Romatoid artritin de venöz tromboembolizm riskini arttırdığı bildirilmiştir. Biz romatoid artritli bir hastada gelişen masif pulmoner emboli vakasını sunduk.

Anahtar Kelimeler: *Pulmoner emboli, Romatoid artrit*

Massive Pulmonary Thromboembolism and Succesful Thrombolytic Treatment in a Patient with Rhemumatoid Arthritis

Abstract

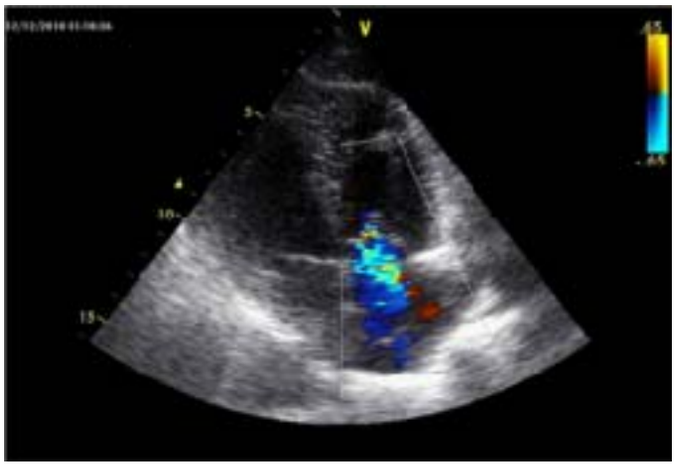
Pulmonary thromboembolism is a disorder that causes high mortality rate in the acute phase. Thrombolytic therapy is a life saving treatment in patients with high risk pulmonary thromboembolism without contraindications. However addition thrombolytic agent to anticoagulant therapy in patients with moderate risk pulmonary embolism is not clear. In recent studies, addition thrombolytic agent to anticoagulant therapy in patients with moderate risk pulmonary thromboembolism had found safely in patients with low bleeding risk profile. There are many situations that predispose to pulmonary embolism. Immobilization, obesity, post-operative period, the presence of cancer, thrombophilia and use of oral contraceptive are some of them. Some autoimmune diseases may increase the risk of venous thromboembolism. Also rheumatoid arthritis have been reported to increase the risk of venous thromboembolism. We reported a case that massive pulmonary thromboembolism in a patient with rheumatoid arthritis.

Keywords: *Pulmonary embolism, Rheumatoid arthritis*

**Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Zonguldak. **Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Ankara. ***Zonguldak Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Zonguldak. ****Bitlis Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Bitlis.*
Yazışma Adresi: Belma Kalaycı, Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Zonguldak. e-posta: drbelma@hotmail.com
Geliş Tarihi: 27.06.2016 Kabul Tarihi: 06.10.2016

Olgu Sunumu

5 yıldır Romatoid Artrit tedavisi alan 38 yaşındaki kadın hasta nefes darlığı ve baş dönmesi şikayeti ile acil servise başvurdu. Ek hastalığı olmayan hastanın üç çocuğu olduğu ve hiç düşük yapmadığı öğrenildi. Anamnezde sulfasalazin ve metilprednisolon tedavisi aldığı öğrenildi. Oda havasında parmak ucundan ölçülen oksijen saturasyonu % 89 olan hastanın tansiyonu 100/70 mmHg ve nabzı 115/dk idi. Elektrokardiyogramında sinüs taşikardisi, V1-V4'te T negatifliği ve S1Q3T3 mevcuttu. Fizik muayenede jugular venöz dolgunluğu olan hastanın oskültasyonunda S2 sertti. Arteryel kan gazında pH=7.43, SO2: 90, PO2: 59, PCO2: 28 idi. Yapılan acil transtorasik ekokardiyografide sağ kalp boşluklarının geniş olduğu görüldü ve orta derecede triküspid yetmezliği saptandı (Şekil 1 ve Şekil 2). Pulmoner arterin genişlediği görüldü ve 32 mm olarak ölçüldü. Sağ pulmoner arterde trombüs ile uyumlu görünüm izlendi (Şekil 3). Sağ ventrikül sistolik basıncı triküspid yetersizliği üzerinden CW doppler ile 62 mmHg olarak ölçüldü (Şekil 4).



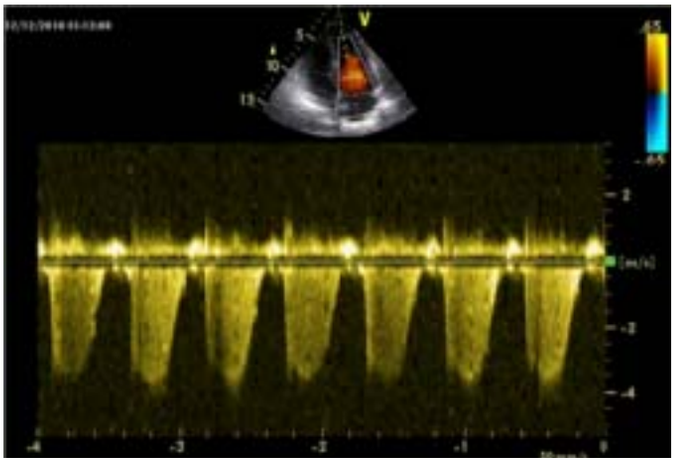
Şekil 1: Sağ boşluklarda genişleme ve orta derecede triküspid yetersizliği



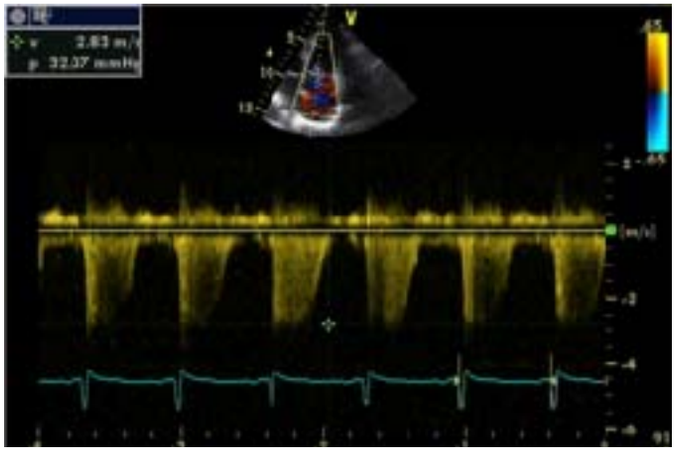
Şekil 2: Sağ kalp boşluklarında genişleme



Şekil 3: Pulmoner arterde genişleme ve sağ pulmoner arteri tama yakın dolduran trombüs



Şekil 4: Artmış sağ ventrikül basıncı



Şekil 5: Trombolitik tedavi sonrası sağ ventrikül sistolik basıncındaki azalma

Alt ekstremite venöz Dopplerde sağ ana femoral ven, süperfisyal femoral ven ve popliteal vende damar çapı artmış, kompresyona yanıt kaybolmuş, lümen içi trombüs materyali izlendi ve akım izlenmedi. Çekilen pulmoner BT anjiyografide ana pulmoner arterin sağ-sol dallara ayrım lokalizasyonundan her iki ana dal ile lober ve segmenter dallara uzanım gösteren ve yer yer tam tıkanmalara yol açan yaygın trombüs materyali ile uyumlu dolma defektleri izlendi. Troponin I değeri 0,15 ng/mL olan hasta orta riskli olarak değerlendirildi[1] ve İV trombolitik verilmesi planlandı. Unfraksiyone heparin ile birlikte 100 mg alteplase (rtPA) 2 saat içerisinde infüzyonla verildi. İnfüzyon sırasında herhangi bir komplikasyon olmadı. İnfüzyon bitiminden 3 saat sonra yapılan kontrol ekokardiyografide sağ ventrikül sistolik basıncının 32 mmHg'ye düştüğü görüldü (Şekil 5) ve tansiyon 110/80 mmHg'ye yükseldi. Kontrol alt ekstremite venöz Dopplerde sağ alt ekstremitede lümen içi trombüs izlendi ve yer yer iyi, yer yer zayıf rekanalize akım izlendi.

Tartışma

Romatoid artrit gibi otoimmün hastalıklarda derin ven trombozu ve venöz tromboembolizm riskinde normal popülasyona göre artmış risk mevcuttur.[2,3] Klinik pratikte sık rastlanmayan bu predispozan durumun akılda tutulması önemlidir. Ayrıca orta riskli pulmoner emboli vakalarında trombolitik tedavi ile ilgili kılavuz önerisi sınıf II (B) olmasına rağmen son yapılan çalışmalar bu gruptaki hastalardan düşük kanama potansiyeline sahip olanlarda düşük doz trombolitik tedavi seçeneğinin olumlu sonuçları bildirilmiştir.[4] Düşük doz trombolitik verilen grupta verilmeyen hastalara göre pulmoner hipertansiyon gelişimi ve hastanede kalış süreleri daha düşüktür. Bu bilgiler ışığında orta riskli pulmoner emboli hastalarının tedavisi bireyselleştirilmeli ve kanama riski düşük ise antikoagülan tedaviye ek olarak trombolitik tedavi düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2008;29(18):2276-315.
2. Johannesdottir SA, Schmidt M, Horváth-Puhó E, Sorensen HT. Autoimmune skin and connective tissue diseases and risk of venous thromboembolism: a population-based case-control study. J Thromb Haemost 2012;10(5):815-21.
3. Bacani AK, Gabriel SE, Crowson CS, Heit JA, Matteson EL. Noncardiac vascular disease in rheumatoid arthritis: increase in venous thromboembolic events. Arthritis Rheum 2012;64(1):53-61.
4. Sharifi M, Bay C, Skrocki L, Rahimi F, Mehdipour M. "MOPETT" Investigators. Moderate Pulmonary Embolism Treated With Thrombolysis. Am J Cardiol 2013;15;111(2): 273-7.