

Anterior Kominikan Arter Anevrizması Cerrahisi Sonrasında Gelişen Miyokard Enfarktüsü ve İntraventriküler Hematom Olgusu

17

Murat YÜCEL¹

GİRİŞ

Beyin anevrizmaları, intrakranyal arter veya damarların duvarlarındaki zayıflamalar neticesinde kan damarlarının bölgesel olarak genişlemesi veya balonlaşması şeklinde tarif edilen bir durumdur (1).

Intrakranial anevrizmalar sıklıkla edinsel lezyonlara bağlı olarak gelişebilmektedir. Kalıtsal ve edinsel hastalıkların bazıları damar duvarlarında zayıflamalara yol açıp bunun sonucunda anevrizma gelişimine sebep olmaktadır. Genellikle anevrizmaların birçoğu hemodinamik strese ve arter duvarlarında oluşan dejeneratif değişiklikliğe sekonder olarak oluşmaktadır (12).

Subaraknoid kanama (SAK) anevrizmanın rüptürü sonucu oluşan, ileri tanı ve tedavi yöntemleri olmasına rağmen hala yüksek oranda mortalite ve morbidite oranına sahiptir (2). Amerika Birleşik Devletleri'nde tahmini yıllık anevrizmal SAK oranı: 100.000'de 9.7-14.5'tur. Bildirilen oranlar Güney ve Orta Amerika'da daha düşük iken, Japonya ve Finlandiya'da daha yüksektir. SAK insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Ortalama başlangıç yaşı > 50'dir. Kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olma eğilimindedir ve kadınlarda erkeklerden 1.24 kat daha fazla görülmektedir (3).

¹ Uzman Dr, Sivas Numune Hastanesi Nöroşirurji Kliniği, opdrmuratyucel@gmail.com

enfarktüsü gibi kalp hastalıklarının varlığı ile SAK oluşması arasında anlamlı bir birliktelik bulunduğu dair kanıtlar elde edilmiştir (9).

Bizim olgumuzda ST elevasyonlu MI gelişti. MI sonrasında ikili ilaç kombinasyonu (aspirin ve klopidogrel) kullanıldı.

Antiagreganlardan Aspirin ve Klopidogrel'in etki mekanizması şu şekildedir; aspirin siklooksijenaz-1 (COX-1) enzimini geri dönüşümsüz olarak inhibe ederek etki göstermektedir. Bu şekilde tromboksan A2 (TxA2) sentezini azaltmaktadır. Klopidogrel ise ADP reseptörünü geri dönüşümsüz bir şekilde inhibe ederek etki göstermektedir. Klopidogrel vasküler hastalıklardan koruma açısından aspirinden hafif bir şekilde daha etkilidir. Tek olarak klopidogrel kullanımı ile aspirin ve klopidogrel birlikte kullanımı karşılaştırıldığında etkinlik bakımından bir fark olmadığı gibi, ikili ilaç kullanımı kanama oranını artırmaktadır. Aynı şekilde ikili ilaç kombinasyonu kullanımı, tek olarak aspirin kullanımına göre tedavide etkinlik açısından üstünlük sağlamamakta, bununla birlikte kanama oranını da belirgin olarak artırmaktadır. Aspirin doza bağlı olarak artmış kanama riski oluşturmaktadır. Aspirin ve klopidogrelin birlikte kullanılması daha fazla kanama riski oluşturmaktadır (11).

Bizim olgumuzda ikili antiagregan tedavi kombinasyonu kullanımı sonrasında artmış kanama riski nedeniyle intraventriküler hematom geçirdi.

SONUÇ

Sonuç olarak anevrizma cerrahisi geçiren hastalarda hem cerrahi öncesi dönemde hem de cerrahi sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır. Hastalarda antiagregan tedavi kullanmayı gerektirecek bir durum varsa son derece dikkatli olunmalıdır. Eğer çok gerekli değilse kullanılmamalıdır. İkili antiagregan tedavi kullanımının kanama riskini belirgin olarak artırdığı da akılda bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Altay O, Alagöz F. Anevrizma Nasıl Gelişir? Türk Nöroşir Derg. 2019; 29(1):1-5
2. Seçer M, Sekmen H, Polat Ö. Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografi ile Anevrizma Ameliyatı Yapalım mı?. Türk Nöroşir Derg. 2019; 29(1):10-12.
3. Mark S. Greenberg. 2010. Handbook of Neurosurgery. SAH and Aneurysms. eight ed. ,p:1156-1157. New York: Thieme
4. Sano H, Inamasu J, Kato Y, et al. Modified world federation of neurosurgical societies subarachnoid hemorrhage grading system. Surg Neurol Int. 2016; 7 (Suppl 18): 502–503.
5. Göker B, Akçakaya MO, Hamamcıoğlu MK. Serebral Vazospazm: Klinik İzlem ve Tedavi. Türk Nöroşir Derg. 2018; 28(1): 119-123.
6. Mooij JJ. Grading and Decision-Making in (Aneurysmal) Subarachnoid Haemorrhage Interv Neuroradiol. 2001; 7(4): 283–289. Doi: 10.1177/159101990100700402

7. Gürsoy G, Tuncay R, Kırış T. 2009. Nöroloji e- Ders Kitabı. Beyin Kanaması. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı.
8. Özdemir M, Bozkurt M, Kahiloğulları G. Subaraknoid Kanama ve Komplikasyonlarının Tedavisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2011;64(1)
9. Özüm Ü. Subaraknoid Kanamada Risk Faktörleri ve Yaş Analizi. Türk Nöroşir Derg. 2018; 28(1):1-4.
10. Stober T, Anstätt T, Sen S, et all. Cardiac arrhythmias in subarachnoid haemorrhage. Acta Neurochir (Wien) 1988; 93(1-2): 37-44.
11. Uzuner N. Antiagregan Tedaviler. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 2012;18:1;1-5
12. Stehbens WE. Apoptosis and matrix vesicles in the genesis of arterial aneurysms of cerebral arteries. Stroke. 1998; 29: 1478-1480.
13. Pasqualin A, Bazzan A, Cavanazzi P, et all. Intracranial hematomas following aneurysmal rupture: Experience with 309 cases. Surg Neurol. 1986; 25: 6-17.
14. Findlay JM, Grace MG, Weir BK. Treatment of intraventricular hemorrhage with tissue plasminogen activator. Neurosurgery. 1993; 32: 941-947.
15. Selcuki D, Selcuki M. Aneurysmal Subarachnoidal Hemorrhage. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2005; (1) 5: 43-48.