

Akut Apandisit Tanılı Hastada Akut Miyokard Enfarktüsü: Multidisipliner Yaklaşım ve İkili Antiplatelet Tedavi Altında Cerrahi Girişim

Acute Myocardial Infarction in a Patient With Acute Appendicitis: A Multidisciplinary Approach and Surgery in a Patient on Dual Antiplatelet Therapy
Genel Cerrahi

Başvuru: 07.02.2013
Kabul: 12.07.2013
Yayın: 22.07.2013

Sertaç Ata Güler¹, Yalçın Velibey¹, Zekeriya Nurkalem¹, Seçkin Satılmış¹, Ali Nazmi Çalık¹

¹ Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda ikili antiplatelet tedavi (dual antiplatelet therapy –DAPT) uygulanması temel bir yaklaşımdır. DAPT altında ameliyat edilen hastalarda perioperatif ve postoperatif kanama majör bir komplikasyondur. Bu sebeple, DAPT altında olan hastalarda ameliyat açısından riskin belirlenmesi ve en iyi stratejiyi seçmek önemlidir. Akut apandisit öntamısı ile ameliyat planlanırken, miyokard enfarktüsü gelişen hastaya acil olarak perkütan koroner girişim yapılarak DAPT başlanılmıştır. Perioperatif veya postoperatif kanama komplikasyonuna rağmen ameliyat edilen bu hasta sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Akut apandisit, İkili antiplatelet tedavisi Apandektomi Akut miyokard enfarktüsü

Abstract

Dual antiplatelet therapy (DAPT) is the mainstay of treatment for patients for whom percutaneous coronary intervention (PCI) is performed. Bleeding is a major peri/postoperative complication in operated patient on DAPT. Therefore, it is important to determine the patient's risk and to choose the best strategy in operated patient on DAPT. In this report, we present a case of acute myocardial infarction in a patient with acute appendicitis in which after PCI, emergent open appendectomy was performed on DAPT without any peri/postoperative bleeding complication.

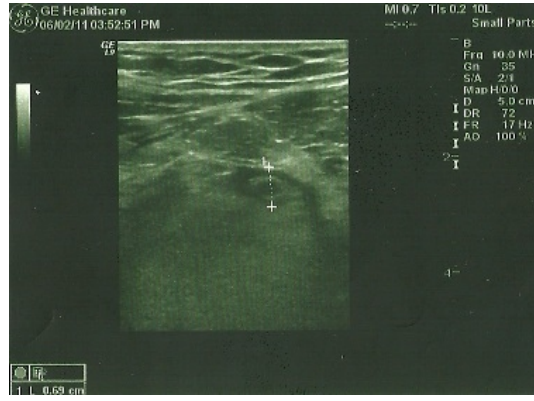
Keywords: Acute appendicitis, Acute myocardial infarction Dual antiplatelet therapy Appendectomy

Giriş

Akut apandisit, akut batın tabloları arasında en yaygın olanıdır. Apandiks lümeninin obstrükte olması en yaygın akut apandisit oluşma sebebidir ¹. Akut apandisit tablosunun tedavisi yıllardan beri acil cerrahi olarak bilinmektedir ^{2,3}. Akut koroner sendrom, trombus oluşumu sonrasında kopan bir aterosklerotik plaktan kaynaklanan klinik bir durumdur. Tedavisinde, ikili antiplatelet tedavi (dual antiplatelet therapy – DAPT)'nin yeri vardır. DAPT'nin de en yaygın görülen komplikasyonu kanamadır. DAPT altında cerrahi de kanama sebebiyle riskli ve korkulan bir tedavidir.

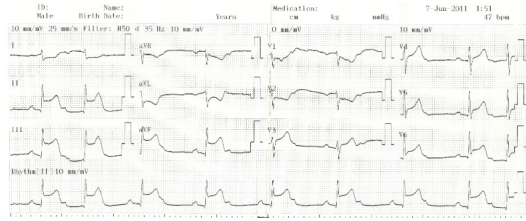
Olgu Sunumu

Herhangi bir tıbbi öyküsü olmayan 36 yaşında erkek hasta yüksek ateş, bulantı, kusma ve sağ alt kadranda ağrısı şikayetleriyle hastaneye başvurdu. Başvuru esnasında kan basıncı 145/90 mmHg, nabızı 110 bpm olarak ölçüldü. Ateşi 38⁰C olarak tespit edilen hastanın fizik muayenesinde batın sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound vardı. Batın ultrasonografisinde komprese edilemeyen, aperistaltik, çapı 0,69 cm ölçülen, kör uçlu apandiks tespit edildi (Şekil 1).



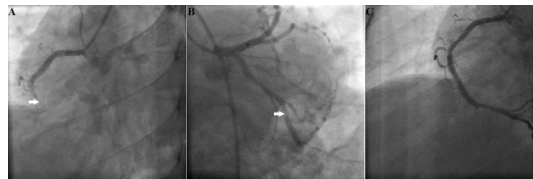
Şekil 1 : Kör uçlu, 0.69 cm çaplı apandaksin gözüktüğü ultrasonografi görüntüsü.

Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre sayımı 15000 μ L olan hastanın akut apandisit öntanısıyla ameliyatı planlanırken göğüs ağrısı gelişti. Elektrokardiyografisinde ST yükselmeleri (Şekil 2) tespit edilen ve akut inferolateral miyokard enfarktüsü öntanısı konulan hasta, 600mg klopidogrel ve 300 mg asetilsalisilik asit yüklemesi altında acil şartlarda koroner anjiyografiye alındı.



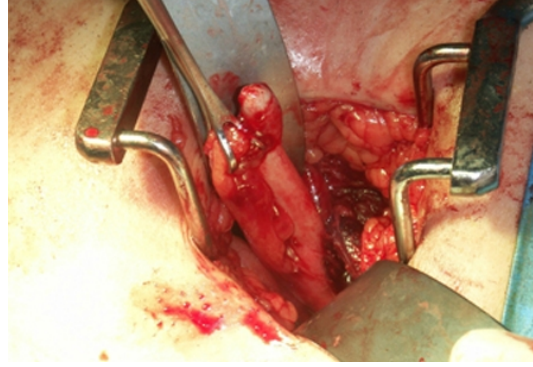
Şekil 2 : DII, DIII, aVF, V5 ve V6 derivasyonlarında ST segment yükselmeleri gözlenen elektrokardiyogram görüntüsü.

Koroner anjiyografide sağ koroner arter orta kısmında tam tıkanıklık, sirkümfleks arterde %80 tıkanıklık ve sol anterior desendan arterde plaklar tespit edildi (Şekil 3).



Şekil 3 : Anjiyografi görüntüleri A. Sağ koroner arterdeki tam tıkanıklık, B. Sirkümfleks arterdeki tıkanıklık, C. Sağ koroner arterde balon anjiyoplasti ve stent uygulaması sonrası görüntüleri.

Sağ koroner arterde balon anjiyoplasti yapıp stent yerleştirilen hasta tekrar akut apandisit açısından genel cerrahi tarafından takibe alındı. Perkütan koroner girişim sebebiyle 600 mg klopidogrel ve 300 mg asetilsalisilik asit tedavisi devam etmesi hayati öneme sahip olan hasta, perioperatif ve postoperatif kanama komplikasyonu da göz önüne alınarak bir süre yakın fizik muayene ve intravenöz antibiyotik tedavisi altında takip edildi. Tablonun gerilememesi üzerine apandektomi yapılmasına karar verildi. Trombosit değeri normal olan hasta genel anestezi altında acil, açık apandektomiye alındı, McBurney insizyonu ile batına girildi, yapılan eksplorasyonda apandiks oldukça inflame ve ödemli olduğu, buna rağmen henüz perfore olmadığı tespit edildi. Perçekal bölgede hafif hemorajik reaksiyon mayi izlendi. Apandektomi kararı verildikten sonra, apandiküler damarlar bağlanıp kesildi, mezosu diseke edildi ve apandiks radiksi iki kez bağlanarak apandektomisi gerçekleştirildi.



Şekil 4 : Peroperatif apandiks ve operasyon lojunun görüntüsü.

Batın içi yıkama ve kanama kontrolünü takiben, loja bir adet hemovak dren yerleştirildi. Etraf dokulardan sızıntı tarzında minimal kanama (yaklaşık 50 cc) ile ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat esnasında DAPT'tan kaynaklanan ciddi bir kanama komplikasyonu olmadı. Trombosit süspansiyonu için ihtiyaç olmadı. Koroner yoğun bakımda izlenen hastanın vital bulguları stabilize oldu. Hemovak drenine geleni olmaması üzerine postoperatif birinci günde çekildi. Cilt insizyonunda hafif sızıntı şeklinde kanaması 3 gün devam eden hasta, ek bir kanama komplikasyonu olmaması üzerine kardiyak takip açısından kardiyoloji servisine devredildi. Yakın trombosit kontrolü ve fizik muayene ile takip edilen hastanın dikişleri postoperatif 10. günde alındı. Yine postoperatif 10. günde fizik muayenesi normal ve şikayeti olmayan hastaya batın içi hematoma açısından kontrol batın ultrason tetkiki yapıldı. Herhangi bir hematoma veya batın içi kolleksiyonu olmadığı gözlemlendi.

Tartışma ve Sonuç

Akut apandisit, akut batın tabloları arasında en sık rastlanandır. Apandiks lümeninin obstrükte olması en yaygın akut apandisit oluşma sebebidir¹. Akut apandisit tablosunda, apandiksin perfore olma oranı %25,8 olarak verilmektedir. Perfore olma riski açısından acil apandektomi, akut apandisit tedavisi için önerilen yöntemdir^{2,3}. Bunun dışında akut apandisit için konservatif tedavi yöntemleri de tartışılmaktadır^{4,5}. Hastanın antibiyotik tedavisi altında takibi ve kliniğinin durumuna göre cerrahisiz tedavi alternatifi de gündemdedir.

Akut koroner sendrom, trombus oluşumu sonrasında kopan bir aterosklerotik plaktan kaynaklanan klinik bir durumdur⁶⁻⁹. Akut koroner sendrom nedeniyle primer veya elektif perkütan koroner girişim (PKG) uygulanan hastalarda tıbbi tedavinin esasını DAPT oluşturmaktadır. Akut koroner sendromda DAPT, asetilsalisilik asit 150 - 300 mg per oral veya 250 - 500 mg bolus intravenöz, bunu takiben 75 - 100 mg/gün ve eldeki ilaçlara bağlı olarak prasugrel 60 mg yükleme dozu, bunu takiben 10 mg/gün veya ticagrelor 180 mg yükleme dozu, bunu takiben 2 x 90 mg/günden oluşur. Prasugrel veya ticagrelor kontrendike ise veya yoksa, primer olarak klopidogrel 600 mg yükleme dozu ve bunu takiben 75 mg/gün kullanılmalıdır.

Majör veya minör kanamalar, DAPT alan ve kalp dışı cerrahi girişimde bulunan hastalarda peri/postoperatif dönemde görülen en önemli komplikasyonlardandır¹⁰. Diğer taraftan stent takıldıktan sonra birkaç hafta içerisinde DAPT'ye ara verilmesi cerrahi sırasında %20'lere varan mortalite ile sonuçlanan akut stent trombozuyla ilişkili bulunmuştur^{11,12}. Cerrahi işlemler için başvuran ve DAPT alan hastaların tedavisi, aciliyet düzeyine ve ilgili hastanın trombotik ve kanama riskine göre belirlenir. Birçok cerrahi müdahale DAPT altında kabul edilebilir kanama oranlarıyla yapılabilir¹³. Olgumuzda olduğu gibi acil cerrahi endikasyonu olan bir durumda, konservatif tedaviye yanıt alamadığı için, kanama riskine rağmen DAPT altında acil cerrahi planlanabilir. Literatürde de DAPT altında, güvenli cerrahi yapılabileceğine ait birçok yayın mevcuttur¹³. Bu tip hastalarda, kanama riski ile stent tromboz riski iyi mukayese edilmelidir. Stent tromboz riski yüksek olan (özellikle stent yeni implante edilmiş olan hastalar) ve kanama riski düşük olan hastalar DAPT kesilmeden cerrahiye alınabilir. Kanama riski

yüksek olan hastaların, DAPT'ye ara verilebilir¹⁴. Masif veya hayatı tehdit edici kanama riski olan hastalarda acil cerrahi öncesinde prohemostatik ajanlar ve trombosit transfüzyonu önerilir¹⁵. DAPT alan hastalarda elektif cerrahinin zamanlamasını belirleyen en önemli faktör hastaya takılan stentin tipidir. Örneğin elektif cerrahinin çıplak stent takıldıktan 6 hafta (optimum 3 ay) sonra yapılması ve bu süre boyunca DAPT 'ye devam edilmesi önerilmektedir. 3. aydan sonra hastalar asetilsalisilik asit tedavisi altında kalp dışı cerrahiye alınabilir. Eğer hastaya ilaç salınlı stent (İSS) takılmışsa elektif cerrahi, stent takıldıktan en az 12 ay sonraya ertelenmelidir. 12. aydan sonra hastalara asetilsalisilik asit tedavisi altında kalp dışı cerrahi yapılabilir. Yarı-elektif cerrahi planlanan hastalar anlamlı kanama veya stent trombozu riskine göre değerlendirilmeli ve olgu bazında karar verilmelidir. Yüksek tromboz (yakın zamanda stent takılan) ve düşük kanama riski olan hastalar DAPT altında ameliyata alınmalıdır. Kanama riskini yüksek, tromboz riskinin ise düşük olduğu olduğu durumlarda ise DAPT ameliyat öncesi kesilmelidir. Elektif veya yarı-elektif cerrahi planlanan hastalarda tikagrelor, ameliyattan 48-72 saat önce kesilmelidir. Klopidoğrel ve prasugrel için bu süre sırasıyla 5 ve 7 gündür¹⁶. Cerrahi sonrasında da DAPT olabilecek en erken zamanda, klopidoğrel yükleme dozu ile başlanmalıdır. Önerilen DAPT'ye başlama süresi imkan varsa cerrahinin 24. saatidir.

Sonuç

DAPT alan ve cerrahi girişimi planlanan bir hasta için, kardiyoloji, anestezi, hematoloji ve cerrahi uzmanlarının birlikte karar verecekleri multidisipliner yaklaşım ile hastanın riski düşünülerek en uygun strateji belirlenmelidir. Bu olgu sunumu için onamı alınan hastamızda da multidisipliner yaklaşım ile DAPT altında başarı ile cerrahi girişim sonuçlandırılmıştır. Düşük veya orta derece kanama riski olan cerrahi prosedürlerde, DAPT altında güvenli cerrahi yapılabilirilmektedir.

Kaynaklar

1. Berry J, Malt RA. Appendicitis near its centenary. *Ann Surg.* 1984;200:567-75.
2. Burkitt DP. The aetiology of appendicitis. *Br J Surg.* 1971;58:695-9.
3. Owings MF, Kozak LJ. Ambulatory and inpatient procedures in the United States, 1996. *Vital Health Stat.* 1998;139:1-119.
4. Svensson JF, et al. A review of conservative treatment of acute appendicitis. *Eur J Pediatr Surg.* 2012;22(3):185-94.
5. Cariati A, Piromalli E. Conservative or operative management (open or laparoscopic) of acute appendicitis. *Can J Surg.* 2012;55(3):E6; author reply E6-7.
6. Halvorsen B, et al. Atherosclerotic plaque stability-What determines the fate of a plaque? *Prog Cardiovasc Dis.* 2008; 51:183-94.
7. Bodi V, et al. Uncontrolled immunoresponse in acute myocardial infarction: unraveling the thread. *Am Heart J.* 2008;156:1065-73.
8. Tokgozoglu L. Atherosclerosis and the role of inflammation. *Arch Turk Soc Cardiol.* 2009;4:1-6.
9. Van De Werf F, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-Segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation. *Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology.* *Eur Heart J.* 2008;29:2909-45.
10. Bassand JP, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST segment elevation acute coronary syndromes. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation. *Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology.* *Eur Heart J.* 2007;28:1598-60.
11. Kaluza GL, et al. Catastrophic outcomes of noncardiac surgery soon after coronary stenting. *J Am Coll Cardiol.* 2000;35:1288-94.
12. Howard-Alpe GM, et al. Coronary artery stents and non-cardiac surgery. *Br J Anaesth.* 2007;98:560-74.
13. Finkel JB, Marhefka GD, Weitz HH. Dual antiplatelet therapy with aspirin and clopidogrel: what is the risk in noncardiac surgery? A narrative review. *Hosp Pract (Minneapolis).* 2013;41(1):79-88.

14. William W, et al. Myocardial Revascularization: the Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2010;31(20):2501-55.
15. Douketis JD, et al. The perioperative management of antithrombotic therapy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8thEdition). Chest. 2008;133:299-39.
16. Rabbitts JA, et al. Cardiac risk of noncardiac surgery after percutaneous coronary interventionwith drug-eluting stents. Anesthesiology. 2008;109:596-604.

Sunum Bilgisi

2012 Ulusal Cerrahi Kongresi, İzmir (poster sunum)