

Olgu Sunumu

Akut Stent Trombozunu Taklit Eden Akut Üriner Retansiyon

Doç.Dr. Kevser Gülcihan BALCI*, Doç.Dr. Mustafa Mücahit BALCI*, Uzm.Dr. Elif Hande ÇETİN*,
Uzm.Dr. Samet YILMAZ**, Prof.Dr. Orhan MADEN*

Öz

Altmış yedi yaşında erkek hastada femoral arter yoluyla yapılan elektif obtus marjin stentlemesinden 2 saat sonra bradikardi, hipotansiyon ve göğüs ağrısı gelişti. İlk önce, hasta olası akut stent trombozu olarak kabul edildi ve acil koroner anjiyografiye alındı. Tekrar koroner anjiyografide sol ön inen koroner arter ve stent takılan arterde trombüs olmadığı gözlemlendi ve TIMI 3 akım izlendi. Fakat anjiyografi esnasında, distandü, opakla dolu mesane izlendi. Hastanın benign prostat hiperplazisi vardı ve femoral kılıf nedeniyle yatar pozisyonda olduğundan idrarını yapamamıştı. Acil sonda takılarak yavaş drenajla 2000 mL idrar boşaltıldı. Bu vakada, akut üriner retansiyonun akut stent trombozu kliniğini nasıl taklit ettiği anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Stent trombozu, Benign prostat hiperplazisi, Üriner retansiyon

Acute Urinary Retention Mimicking Acute Stent Thrombosis

Abstract


A 67-year-old male experienced bradycardia, hypotension, and chest pain two hours after the elective obtuse margin stent implantation via femoral artery. At first, he was accepted as possible acute circumflex coronary artery stent thrombosis, and therefore, he was taken to the catheter laboratory immediately. The repeated coronary angiogram revealed thrombolysis in myocardial infarction grade 3 flow in the left anterior descending artery and the stented coronary artery without any thrombus formation. However, during the angiogram a distended bladder filled with contrast was seen. The patient had benign prostatic hyperplasia and because of being in the supine position due to the femoral sheath he was not able to urinate. After immediate urethral catheterization, slow drainage of 2000 mL of urine was provided. Here, how acute urinary retention mimicked acute stent thrombosis was described.

Keywords: Stent thrombosis, Benign prostate hyperplasia, Urinary retention

* Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara. ** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli
Yazışma Adresi: Kevser Gülcihan Balcı, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 06830 Altındağ, Ankara
e-posta: kevs84@gmail.com

Geliş Tarihi: 26.11.2018 Kabul Tarihi: 26.12.2018

ORCID: K.G.B.: 0000-0002-2311-1825, M.M.B.: 0000-0002-8427-6631, E.H.Ç.: 0000-0001-5969-2345, S.Y.: 0000-0002-8445-1911,
O.M.: 0000-0000-0000-0000

Quick Response Kod:	Bu makaleye online erişim
	Website: http://www.medicalnetwork.com.tr • http://www.mnkardiyoloji.com.tr • e-posta: kardiyoloji@medicalnetwork.com.tr
	Bu çalışmanın kaynak olarak gösterimi: Balcı KG, Balcı MM, Çetin EH, Yılmaz S, Maden O. Akut Stent Trombozunu Taklit Eden Akut Üriner Retansiyon. MN Kardiyoloji 2019;26(2):120-121

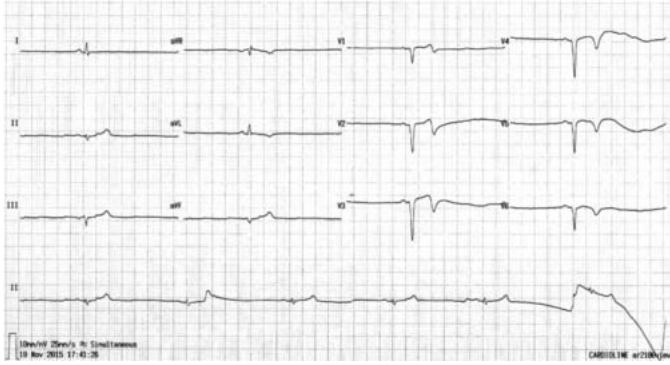
Giriş

Perkütan koroner girişim (PKG) sonrası gelişen stent trombozu (ST) katastrofik bir durumdur ve ölümlle ilişkilidir.¹ Bu yüzden acil müdahale gerektirir. ST insidansı stent takıldıktan sonraki ilk 1 yılda %1-3 iken, mortalite oranları %10-40 arasındadır.¹ Klinik olarak ST, ilk stent takılmasını takiben gelişen yeni başlangıçlı iskemik semptomlar ve elektrokardiyografide (EKG) eşlik eden iskemik değişiklikler olarak tanımlanmıştır. Anjiyografik olarak ise stent takılan damarın içinde ya da proksi-

mal/distal stent segmentinin 5 mm içinde akımı bozan/bozmayan trombüs varlığı olarak tanımlanmıştır. Stentin takıldığı damara göre EKG'de yeni gelişen ST segment elevasyonu olabileceği gibi bazen EKG'de sadece nonspesifik ST-T değişiklikleri de olabilir. Bu yüzden ST'dan şüphelenilen olgularda acil kontrol anjiyo hayat kurtarıcı olabilir. Bu vakada ST kliniği sergileyen hastanın anjiyo sonrası koronerleri açık izlenmesi üzerine skopide opak ile dolu mesanenin görülerek, üriner retansiyon tanısı konulması ve tedavisi anlatıldı.

Olgu Sunumu

Altmış yedi yaşında erkek hastaya, elektif şartlarda femoral yolla sirkümfleks arter obtus marjin dalına başarılı çıplak metal stent uygulandı. İşlemden iki saat sonra hastada hipotansiyon, bradikardi (Şekil 1) ve göğüs ağrısı gelişmesi üzerine ST düşünülerek acil olarak koroner anjiyo yapıldı. Koroner anjiyoda bütün koroner arterler açık izlendi. Fakat skopide opakla dolu distandü mesane izlendi (Şekil 2). Hastada bu kliniğe yol açan durumun glob vezikale olduğu anlaşıldı. Hasta sorgulandığında öyküsünde benign prostat hiperplazisi (BPH) olduğu, stent sonrası femoral kılıf nedenli yatar pozisyonunda kaldığından idrar yapmadığı öğrenildi. Üroloji konsültasyonu istendi. Hastaya hemen üriner sonda takıldı ve üroloji önerisiyle yavaş idrar drenajı sağlandı.



Şekil 1: Hastada anjiyo sonrası bradikardi ve hipotansiyon gelişmesi üzerine çekilen elektrokardiyogram (kalp hızı 36/dakika)



Şekil 2: Koroner anjiyo sonrası, skopide glob vezikale

Toplamda 2.000 mL idrar çıkaran hastanın başka şikayeti olmaması üzerine sonda çekilerek bir sonraki gün taburcu edildi.

Tartışma

Üriner retansiyon sıklığı %5-70 arasında rapor edilmiştir² ve mesanenin aşırı gerilmesi kusma, bradikardi, hipotansiyon, hipertansiyon, kardiyak aritmi hatta asistoli gibi otonomik olaylara neden olabilir.³ Üriner retansiyon genellikle anestezi ve cerrahi sonrası izlenirken, başlıca yatınlığa yol açan nedenler; yaş >60, aşırı sıvı verilmesi, cerrahi sürenin 2 saati geçmesi, nörolojik disfonksiyon ve daha önceki üriner retansiyon varlığı olarak sıralanabilir.⁴ Vakamızda hastanın BPH öyküsü olması, PKG nedenli aşırı intravenöz sıvı verilmesi ve femoral kılıf nedenli yatağa kısıtlanmak üriner retansiyonu tetiklemiş olabilir. Radyal yolla koroner girişim femoral girişime göre birçok üstünlüğe sahiptir.⁵ Özellikle ileri yaşlı erkek hastalarda, radyal girişim tercih edilirse hızlı mobilizasyon sağlanarak bu açıdan da fayda sağlanabilir.

Sonuç

Üriner retansiyon sıkıtır ve otonomik disfonksiyona yol açarak kardiyak aritmi ve iskemi ile karışabilir. Bu yüzden ileri yaşlı predispozan faktörlere sahip hastalarda anjiyo sonrası hipotansiyon ve bradikardi gelişmesi durumunda, mesane distansiyonu ve buna bağlı gelişen kardiyovasküler refleks de ayırıcı tanı olarak akla gelmelidir.

Kaynaklar

1. Kern MJ. Thinking about stent thrombosis: how does angiographic flow relate to outcome? Catheter Cardiovasc Interv 2015;85:23-4.
2. Baldini G, Bagry H, Aprikian A, Carli F. Postoperative urinary retention: Anesthetic and perioperative considerations. Anesthesiol 2009;110:1139-57.
3. Ishikawa T, Sato J, Nishino T. Acute changes in bladder volume produce minimal cardio-respiratory responses in lightly anesthetised humans. Can J Anaesth 2000;47:786-91.
4. Lamonerie L, Marret E, Deleuze A, Lembert N, Dupont M, Bonnet F. Prevalence of postoperative bladder distension and urinary retention detected by ultrasound measurement. Br J Anaesth 2004;92:544-6.
5. Balcı KG, Balcı MM, Akboğa MK, et al. Transradial or Transfemoral Access for Patients With De Novo Acute Coronary Syndrome? Choosing the Best Approach. Angiology 2017; 68:374.