

## İdiyopatik trombositopenik purpuralı bir hastada perkütan koroner girişim sonrası antiplatelet tedavi kullanımı

Antiplatelet treatment after percutaneous coronary intervention in a patient with idiopathic thrombocytopenic purpura

Dr. Mehmet Mustafa Can, Dr. İbrahim Halil Tanboğa, Dr. Bilal Boztosun, Dr. Cihangir Kaymaz

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

İdiyopatik trombositopenik purpura (İTP), bağışıklık sisteminde trombositlere karşı gelişen antikorların yol açtığı trombosit yıkımı hastalığıdır. Perkütan koroner girişim sonucu antiplatelet tedavi alma zorunluluğu olan hastalarda yol açacağı kanama ve antiplatelet tedavi alamamanın getireceği tromboz riski İTP'li hastalarda klinik olarak önem taşımaktadır. Yirmi üç yıl önce koroner arter baypas ameliyatı geçiren ve dokuz yıl önce İTP tanısı konan 76 yaşında erkek hasta, eforla ortaya çıkan tipik göğüs ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Yapılan tetkiklerde tam kan sayımında trombosit sayısı düşük (16000/l) bulundu. Hematoloji kliniğiyle birlikte değerlendirilen hastaya tedavi olarak üç hafta süreyle danazol verildi. Trombosit sayısının 100000/l'nin üzerine çıktığının gözlenmesinden sonra hastaya koroner anjiyografi yapıldı. Sol ön inen arter (LAD) internal mamaryan arter baypas greftinin tamamen tıkalı olduğu görüldü. Önce 600 mgr yükleme, sonrasında 75 mgr/gün idame klopidogrel dozunun ardından ikinci gün tekrar değerlendirilen trombosit sayısı 100000 l'nin üzerinde bulundu ve hastaya perkütan koroner girişimle 3.0x18 mm ilaç salınımsız stent takıldı. Hastanın takiplerinde herhangi bir kanama sorunu veya trombotik olay izlenmedi.

*Anahtar sözcükler:* Anjiyoplasti, translüminal, perkütan koroner; koroner darlık/televatı; trombosit sayısı; purpura, trombositopenik, idiyopatik/komplikasyon; stent.

Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) is characterized by immune platelet destruction due to the presence of antiplatelet antibodies. Following percutaneous coronary interventions, patients with ITP have risk for bleeding or thrombotic complications when antiplatelet treatment is given or spared, respectively. A 76-year-old man presented with typical anginal pain on exertion, 23 years after coronary artery bypass surgery, and nine years after the diagnosis of ITP had been made. Laboratory results showed low platelet count (16,000/l). In consultation with the hematology department, danazol treatment was administered for three weeks, after which the platelet count increased above 100,000/l. The patient underwent coronary angiography, which showed total occlusion of the left internal mammary artery bypass graft to the left anterior descending artery (LAD). After pretreatment with a loading dose (600 mg) and then a maintenance dose (75 mg daily) of clopidogrel for two days, the platelet count still remained above 100,000/l. Percutaneous transluminal coronary angioplasty was performed for the proximal LAD lesion and a 3.0x18-mm bare metal stent was implanted. No bleeding or thrombotic complications were seen during the follow-up of the patient.

*Key words:* Angioplasty, transluminal, percutaneous coronary; coronary stenosis/therapy; platelet count; purpura, thrombocytopenic, idiopathic/complications; stents.

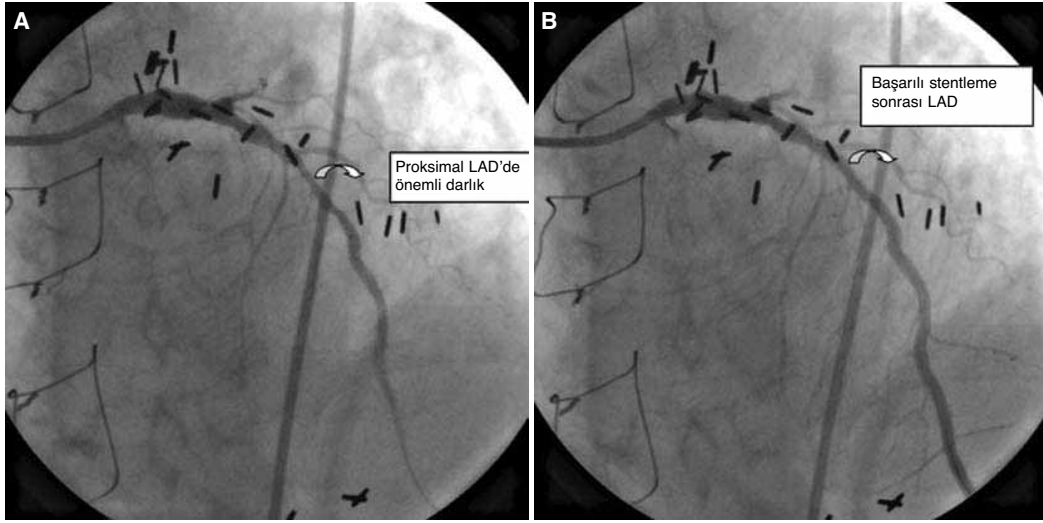
İdiyopatik trombositopenik purpura (İTP), bağışıklık sisteminde trombositlere karşı gelişen antikorların yol açtığı trombosit yıkımı hastalığıdır. Bu durumda, perkütan koroner girişim (PKG) sonucu antiplatelet tedavi alma zorunluluğu olan hastalarda yol açacağı kanama ve antiplatelet tedavi alamamanın getireceği tromboz riski klinik olarak önem taşımaktadır.

### OLGU SUNUMU

Yirmi üç yıl önce koroner arter baypas ameliyatı geçiren 76 yaşında erkek hasta, kliniğimize eforla ortaya çıkan tipik göğüs ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Hastanın fizik muayene bulgularında kan basıncı 150/90 mmHg, solunum hızı 16/dk, kalp hızı düzenli ve istirahat elektrokardiyografisi normaldi. Rutin

*Geliş tarihi:* 19.12.2008 *Kabul tarihi:* 27.04.2009

*Yazışma adresi:* Dr. Mehmet Mustafa Can, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, 34800 Cevizli, İstanbul. Tel: 0216 - 459 40 41 e-posta: mehmetmustafacan@yahoo.com



**Şekil 1.** Sol ön inen (LAD) arterin stentlemeden (A) önce ve (B) sonra, sağ anterior oblik pozisyonun sol koroner anjiyogramları.

tahlilleri trombosit düşüklüğü dışında normal bulundu. Özgeçmişinde kontrolsüz hipertansiyon, dislipidemi ve kronik, tedaviye dirençli İTP öyküsü vardı. Hasta dokuz yıl önce aspirin tedavisi altındayken kliniğimize burun kanaması ve önkolda peteşi ve purpurayla başvurmuş, yapılan incelemeler sonrası İTP tanısı konmuş ve antiplatelet tedavisi kesilmişti. Steroid ve intravenöz immünglobulin tedavisine yanıt alınamamış, tedavisine danazol eklenerek trombosit sayısı genellikle 50000/l'nin üzerinde tutulmuştu. Sonraki rutin takiplerine gelmeyen hasta, kliniğimize göğüs ağrısı ile başvurduğunda trombosit sayısı 16000/l idi. Hastaya stabil anjina pectoris tanısı konarak koroner anjiyografi planlandı.

Trombosit sayısının düşük olması ve yapılacak işlemlerin olası kanama ve tromboz riskinden dolayı, hematoloji kliniğiyle birlikte değerlendirilen hastaya tedavi olarak üç hafta süreyle danazol verildi. Trombosit sayısı 100000/l'nin üzerine çıktığında hastaya koroner anjiyografi yapıldı. Sol ön inen arter (LAD) internal mamaryan arter baypas greftinin tıkalı, sağ koroner arter safen ven baypas greftinin açık olduğu görüldü (Şekil 1a). Hematoloji hekimine danışılarak, LAD lezyonuna PKG yapılmasına karar verildi. Önce 600 mgr yüklem, sonrasında 75 mgr/gün idame klopidogrel dozunun ardından ikinci gün tekrar değerlendirilen trombosit sayısının 100000 l'nin üzerinde saptanması üzerine, hastaya 3.0x18 mm ilaç salınımsız stent takıldı (Şekil 1b). Hemostaz kontrolü sağlanarak femoral arterdeki arteryel kılıf işleminden altı saat sonra çekildi. Hastanın rutin takiplerinde herhangi bir kanama sorunu veya trombotik olay izlenmedi.

## TARTIŞMA

Hematolojik sorunu olan hastalarda kanama ve tromboz gibi olayların sık rastlanması, antiplatelet ilaçların kullanımı ve doz ayarlamasında yaşanan zorluklar, ayrıca bu ilaçların kullanımıyla ortaya çıkabilecek kanama gibi istenmeyen olaylar bu hastalara yapılacak PKG işlemlerini daha karmaşık hale getirmektedir.

Bağıışıklık sisteminde trombositlere karşı gelişen antikorların yol açtığı trombosit yıkımı ve kanamayla seyreden hematolojik bir hastalık olan İTP'de tedavinin amacı, kanamayı engellemek için trombosit sayısının yükseltilmesidir.<sup>[1-3]</sup> Antiplatelet tedavi önerilmemesine rağmen, bu hastalara koroner arter hastalığının eşlik ettiği durumlarda çok iyi dengelenmiş bir tedavi rejimi uygulanmalıdır.

Perkütan koroner girişim yapılan İTP'li hastalar üzerine çok sayıda olgu sunumu bulunmaktadır.<sup>[4-7]</sup> Akut miyokart enfarktüsü tanısıyla PKG yapılan İTP'li bir olguda, PKG'nin acil olarak yapılması ve trombosit sayısının düşük olması nedeniyle işlem sonrasında arter kılıfında hematoma oluşmuş, kanama sonucu hastada hipotansiyon gelişmiştir.<sup>[8]</sup> Olgumuzun elektif olması ve trombosit sayısının tedaviyle yükseltilmesi bu tür bir komplikasyonun meydana gelmesini engellemiştir. Mendez ve ark.<sup>[9]</sup> İTP tanılı bir hastada intravenöz glikoprotein IIb/IIIa antagonisti kullanım sonrasında platelet transfüzyonuna dirençli ciddi trombositopeni geliştiğini bildirmişlerdir. Olgumuzda klopidogrelde başka antiplatelet ajan kullanmadık. Bazı olgularda aspirin ve klopidogrel birlikte kullanılmasına rağmen, hastada aspirine bağlı kanama

öyküsü olması nedeniyle sadece klopidogrel verilmiştir. Tedavinin ana amacı kanamayı engelleyecek etkin trombosit sayısına ulaşmak olduğu için, hastaların çoğunda İTP'nin ciddiyetine bağlı olarak tedavide steroid veya intravenöz immünglobulin kullanılmaktadır. Kronik, tedaviye dirençli İTP olması nedeniyle olgumuzda danazol kullanılmıştır. Danazol tedavisinin karaciğer fonksiyonları üzerinde yan etkisinin olması ve klopidogrel ile birlikte kullanıldığında istenmeyen olaylara yol açma olasılığı nedeniyle, hastamız karaciğer fonksiyon testleriyle sık olarak takip edilmiş ve herhangi bir anormallik saptanmamıştır.

Bildirilen olguların çoğunda PKG ve antiplatelet kullanımının güvenli olacağı belirtilmişse de, her hastanın tedavisi kendi içinde değerlendirilmelidir. Yapılan işlemin ve kullanılacak olan antiplatelet tedavinin getireceği kanama ve tromboz gibi istenmeyen olaylardan korunmak için hastalar hematoloji bölümü ile birlikte değerlendirilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. George JN. Management of patients with refractory immune thrombocytopenic purpura. *J Thromb Haemost* 2006;4:1664-72.
2. Stevens W, Koene H, Zwaginga JJ, Vreugdenhil G. Chronic idiopathic thrombocytopenic purpura: present strategy, guidelines and new insights. *Neth J Med* 2006;64:356-63.
3. George JN, Kojouri K, Perdue JJ, Vesely SK. Management of patients with chronic, refractory idiopathic thrombocytopenic purpura. *Semin Hematol* 2000;37:290-8.
4. Marques LG, Furukawa MK, Leitão TP, Quiñones JL, Queiroz FC, Tioosi RF, et al. Percutaneous transluminal coronary angioplasty in a patient with idiopathic thrombocytopenic purpura. [Article in Portuguese] *Arq Bras Cardiol* 2005; 84:337-9.
5. Stouffer GA, Hirmerova J, Moll S, Rubery B, Napoli M, Ohman EM, et al. Percutaneous coronary intervention in a patient with immune thrombocytopenia purpura. *Catheter Cardiovasc Interv* 2004;61:364-7.
6. Caputo RP, Abraham S, Churchill D. Transradial coronary stent placement in a patient with severe idiopathic autoimmune thrombocytopenic purpura. *J Invasive Cardiol* 2000;12:365-8.
7. Gracia MC, Cebollero IC, Lezcana JS, Osuna GG, Miguel JA, Peralta LP. Invasive treatment performed for acute myocardial infarction in a patient with immune thrombocytopenic purpura. *Int J Cardiol* 2008;127:e183-5.
8. Fuchi T, Kondo T, Sase K, Takahashi M. Primary percutaneous transluminal coronary angioplasty performed for acute myocardial infarction in a patient with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Jpn Circ J* 1999;63:133-6.
9. Méndez TC, Díaz O, Enríquez L, Baz JA, Fernández F, Goicolea J. Severe thrombocytopenia refractory to platelet transfusions, secondary to abciximab readministration, in a patient previously diagnosed with idiopathic thrombocytopenic purpura. [Article in Spanish] A possible etiopathogenic link. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57:789-91.