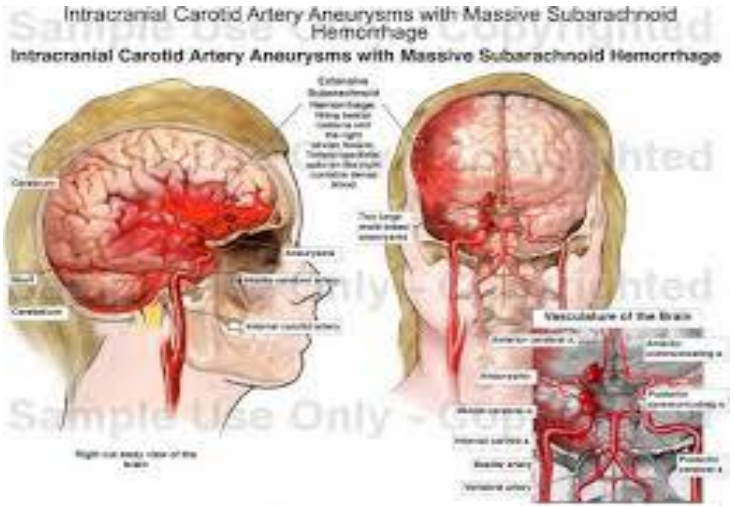
11. ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ
Rixos Sungate Hotel / Antalya
16-19 Nisan 2015

ATUDER 1999 Acil Tıp Uzmanları Derneği

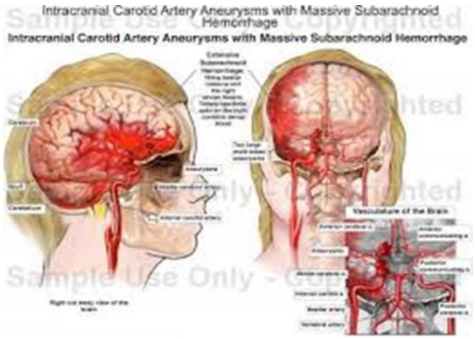
2nd Intercontinental Emergency Medicine Congress / 2nd International Critical Care and Emergency Medicine Congress

SAH VS. ICH: 2015 GUIDELINES

Dr. Zhandulla Nakipov
Astana / Kazakhstan



Sample Use Only - Copyrighted



GIRİŞ

- **Bugün beyin kanaması deyince, doğrudan merkezi sinir sisteminin (beyin, beyinsapı, beyincik) dokusu içine (intraserebral) ya da onu çevreleyen zarlar arasına (subaraknoidal, subdural, epidural) kanamayı anlıyoruz.**
- **Subdural ve epidural kanama (hematom) gibi başlıca travmaya bağlı tablolar, daha çok nöroşirürji disiplini içinde kaldığı için, biz sadece intraserebral kanama (İSK) ve subaraknoidal kanamayı (SAK) kısaca gözden geçireceğiz.**

Subaraknoidal kanama (SAK)

- Subaraknoid kanama kanın subaraknoid mesafeye dağıldığı patolojik bir durumdur ve orta-ileri yaş grubunda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.
- Görülme sıklığı her 100.000' lik nüfusta yılda 10 ila 16 arasında
- Anevrızmal SAK'ın görülme 55-60 yaş grubu, olguların %20' si 15 - 45 yaşlar arasındadır.

İntraserebral kanama (İSK)

- İntraserebral kanama ise birincil olarak beyin dokusu (serebrum, serebellum, beyin sapı) içine kanamaları içeren beyin damar hastalığı tipidir.
- Yaklaşık olarak 100.000 kişi için yılda 12-15 olgu. Yaş ilerledikçe, her 10 yılda ikiye katlanır

ETYOLOJI

Subaraknoidal kanama (SAK)

- Travma (SAH'ın en sık gorulen nedendir)
- Spontan (travmatık olmayan)
  - -Rüptüre intrakranıal anevrızmalar (%75-80)
  - -AVM (% 4-5)
  - -Santral sinir sistemi tutan vaskülitler
  - -Tümöre baglı (nadiren)
  - -Korotid arter diseksiyonu
  - -etyolojisi bilinmeyen (%13-21)

İntraserebral kanama (İSK)

- Hipertansyon
- Vasküler anomaliler
- Arteriyopatiler
- Beyin tümörü
- Koagülasyon veya pıhtılaşma bozukları
- Enfeksyon
- Venöz veya dural sinüs trombozu
- İlaç kullanımı
- Post-travmatik
- Eklampsi

Anevrizmal SAK la ilgili...

- %30' u yukuda ortaya cıkar
- Hastaların %50'sında genelikle 6-20 gün önce uyarıcı belirtiler vardır
- Başagrısı %30'unda anevrızma tarafında olmak üzere tek taraflıdır
- Olguların %20-40'ında ISK, %15-35'inde ıntraventrıküller kanama
- % 2-5'inde subdural kanamaya yol açar
- 30 günlük mortalite oranı %46'dır

İSK la ilgili...

- Uykuda nadıren görülür
- Başlangıç aktivite sırasındadır
- Kan basıncı yükselmesi ve ya serebral kan akımı artması ile ilişkili olabilir
  1. Migren atağını takiben
  2. Karotid endarterektomiyi sonrası
  3. Çocuklarda konjenital kalp defektlerinin tamirinden sonra
  4. Daha önce geçirilmiş beyin enfarklarında tıkanmanın açılması veya rekanalizasyonu

Klinik

SAK

- En sık görülen ikazcı semptom - ani ve şiddetli baş ağrısıdır
- Başağrısı genellikle rüptür oluncaya kadar devam etmektedir.
- Diğer bulgular ise bulantı, kusma, baş dönmesi, boyun ağrısı, ekstraoküler hareket bozuklukları, görme kaybı, görme alanı defektleri ve III.kranial sinir paralizileridir.

İSK

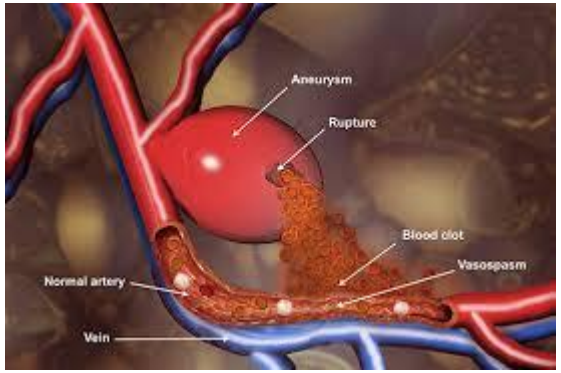
- Klinik özellikleri kanamanın yeri, büyüklüğü, genişlemesi, intraventriküler yayılımın varlığı ve eşlik eden problemlere bağlıdır.
- Fokal nörolojik defisitler, afazi veya ihmal sendromu gibi kognitif sorunlar, sıklıkla tek yanlı pareziler, görme alanı defektleri, kranyal sinir felçleri, diğer motor, duyusal, yürüme ve koordinasyon problemleri şeklinde ortaya çıkar.

2010 ve 2013 kılavuzu

- İntraserebral hemorajinin tanısı inmenin doğasının saptanmasında klinik belirteçlere dayalı ayırımın yetersiz olması nedeniyle Kılavuz, İSK'nin ve SAK'ın acil tanısı için beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile hızlı nörogörüntüleme yapılmasını önermektedir.
- 2013 kılavuzu, bir öncekinden farklı olarak, hematom ekspansiyonu riski taşıyan hastaların belirlenmesi için BT anjiografi ve kontrastlı BT'nin ve klinik veya radyolojik kuşku halinde vasküler malformasyon veya tümör gibi altta yatan yapısal lezyonların değerlendirilmesinde BT anjiografi, BT venografi, kontrastlı MRG, MRG anjiografi ve MRG venografi gibi görüntülemelerin yararlı olabileceği önerisinde bulunmaktadır.

İntraserebral hemorajinin medikal tedavisi

- 2013 AMERİKAN KALP BİRLİĞİ / AMERİKAN İNME BİRLİĞİ İNTRASEREBRAL KANAMA TANI VE TEDAVİSİ KILAVUZU (AKB/AİB), sonuçlanmış araştırmaların verilerine dayanarak medikal tedavisi konusunda yeni önerilerde bulunmuş ve 2010 yılında yayınlanan önerilerde modifikasyona gitmiştir. Kılavuz, özellikle devam eden kanamanın sınırlandırılmasına odaklanmıştır.
- Yoğun bakım koşullarında izlenen İSK ve SAK hastalarında mortalite oranlarının daha düşük olması nedeniyle, her iki kılavuzda da, İSH hastalarının izlem ve tedavisinin uzman sağlık ekibinin görev yaptığı yoğun bakım ünitesi koşullarında yapılması gerekliliğine ilişkin öneri dile getirilmektedir.



Hemostazın sağlanması

- Yeni kılavuzda oral antikoagülan tedavisine yönelik önerilerde modifikasyona gidilmiştir. Kılavuzda oral antikoagülan kullanımı nedeniyle INR düzeyi yüksek olan İSK hastalarında warfarin tedavisinin sonlandırılması, vitamin K'ya bağımlı faktörlerin replase edilmesi, INR'nin düzeltilmesi ve intravenöz vitamin K uygulanması önerilmektedir. Oral antikoagülan tedaviyle ilişkili İSK ve SAK hastalarında intravenöz vitamin K uygulanması ve pıhtılaşma faktörlerinin replase edilmesi önerisi 2013 kılavuzuyla farklılık göstermemektedir.

Hemostazın sağlanması

- 2007 kılavuzunda faz II çalışmada koagülopatisi olmayan İSK hastalarında inme başlangıcından sonraki ilk 3-4 saat içerisinde uygulandığında hematom ekspansiyonunu sınırlandırdığı gösterilmiş olan rekombinant Faktor VII-a kullanımının önerilebilmesi için etkinlik ve güvenilirliğini gösteren faz III çalışmalara gereksinim duyulduğu belirtilmiştir.
- Yeni kılavuzda ise faz III çalışmasında tromboembolik komplikasyonlarda artışa neden olduğu ve belirgin klinik yarar sağlamadığı gösterilmiş olan rekombinant F VII a' nın koagülopatisi olmayan İSK hastalarında uygulanması önerilmemektedir.

Kan basıncı kontrolü

- Her iki tip kanamalarında akut döneminde hipertansiyonun tedavisine ilişkin öneriler konusunda 2010 ve 2013 kılavuzlarında belirgin farklılık bulunmamaktadır.
- Ortak öneri, sistolik kan basıncının 200 mmHg ve ya ortalama arteriyel basıncın 150 mmHg'nın üzerinde olduğu hallerde devamlı intravenöz infüzyon ile kan basıncının agresif olarak düşürülmesi ve 5 dakikalık aralıklarla kan basıncı monitorizasyonu yapılmasıdır

Kan basıncı kontrolü

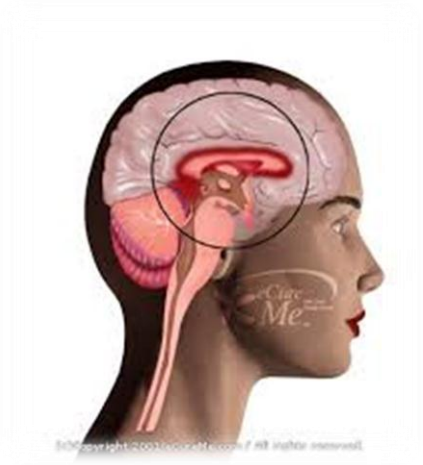
- İntrakraniyal basınç artışı bulgusu olmayan hastalarda ise, sistolik kan basıncının 180 mmHg veya ortalama arteriyel
- basıncın 130 mmHg'nın üzerinde olması halinde devamlı veya aralıklı intravenöz medikasyonlarla kan basıncında ılımlı bir düşüş sağlanması (ortalama arteriyel basınç 110 mmHg veya hedef kan basıncı 160/90 mmHg) ve 15 dakikalık aralıklarla klinik muayene yapılması önerilmektedir.

Venöz tromboembolizm profilaksisi

- Venöz tromboembolizmden korunmada elastik çoraplarla birlikte intermitan pnömatik kompresyon kullanılması yönündeki öneri her iki kılavuzda da ifade edilmektedir.
- Bir önceki kılavuzda inme başlangıcından 3-4 gün sonra düşük doz subkutanöz düşük molekül ağırlıklı heparin veya fraksiyone olmayan heparin kullanımı önerilirken, son kılavuzunda ise immobil İSK hastalarında tedaviye başlama süresinin inme başlangıcından 1-4 gün sonra olması önerilmiştir.

Antiepileptik ilaç kullanımı

- Klinik nöbet varlığında İSK ve SAK hastalarında antiepileptik tedavi kullanımı önerisi her iki kılavuzda da mevcuttur. Yeni kılavuz, ayrıca, beyin hasarı düzeyi ile açıklanamayacak düzeyde azalmış mental durum varlığında devamlı EEG monitorizasyonu ve mental durumda değişiklikle birlikte elektrografik nöbet olması halinde antiepileptik tedavi uygulanmasını önermektedir.
- Yalnız bir önceki kılavuzda lobar hemoraji varlığında erken nöbet riskini azaltmak için profilaktik antiepileptik tedavisi uygulanması önerilirken, nöbet geçirmeyen hastalarında özellikle fenitoin, antiepileptiklerin olumsuz prognozla
- ilişkili olduğunu bildiren çalışmaların sonuçlarına dayanılarak, yeni kılavuzunda profilaktik antiepileptik tedavi uygulanması önerilmemektedir.

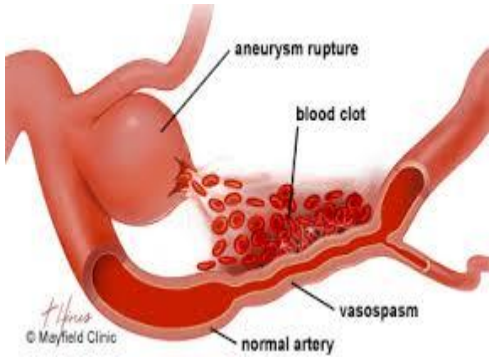


Ateş

- 2010 kılavuzunda febril İSH hastalarında ateş
- kaynaklarının tedavi edilmesi ve ateşin düşürülmesi gerekliliği ifade edilmektedir. Yeni kılavuzda ise ateşe spesifik bir vurgu yapılmamış ve ateşin düşürülmesinin prognoz üzerine etkisine ilişkin kanıt olmaması nedeniyle herhangi bir öneride bulunulmamıştır.

İntrakranial basınç monitorizasyonu ve tedavi

- Yeni kılavuz, Glasgow koma skalası skoru 8'in altında olan, klinik olarak transtentoriyel herniasyon kanıtı olan, belirgin intraventriküler hemoraji veya hidrosefalisi olan hastalarda intraserebral basınç monitorizasyonu ve artmış intraserebral basıncın tedavisini önermektedir. Travmatik beyin hasarı olan hastalarda serebral perfüzyon basıncının serebral otoregülasyon düzeyine göre 50-70 mmHg aralığında tutulması önerilmektedir.
- Yeni kılavuz, SAK ve İSK hastalarında morbidite ve mortaliteye önemli katkı sağlaması nedeniyle, bilinç bozukluğu olan hastalarda hidrosefalinin tedavisi için ventriküler drenaj uygulanması önerisinde bulunmaktadır.



SAK' ın tedavisi

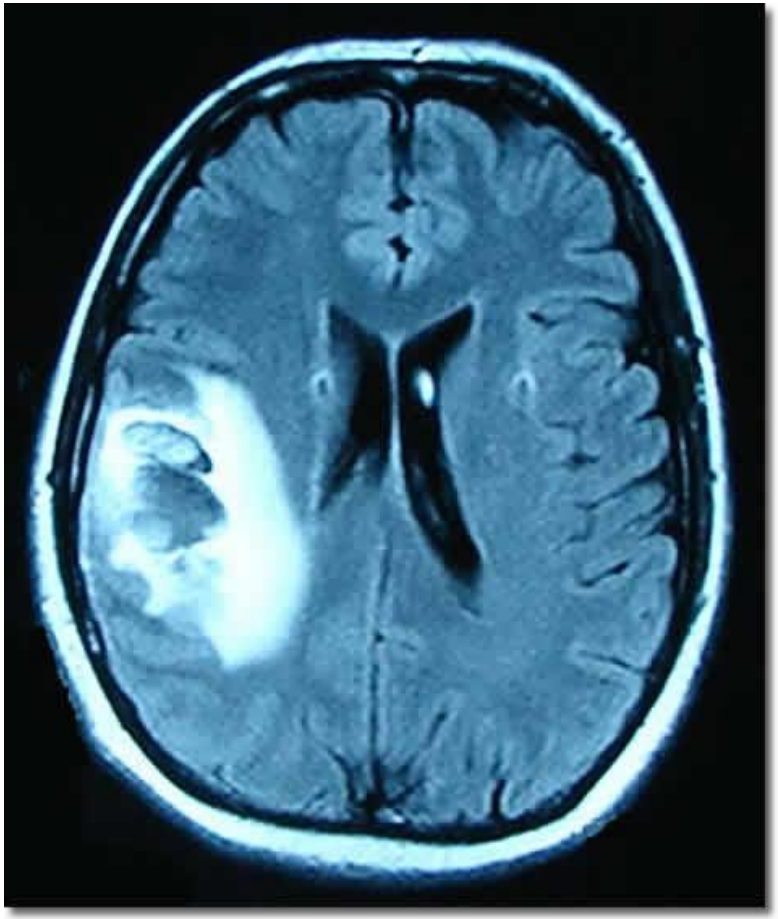
- İlk anevrizma kanamasından sonra tekrar kanama ihtimalinin en yüksek olduğu zaman - ilk 24 saattir ve oranı %4'tür, 1. günden sonra bu oran günde %1,5 oranına düşer ve ilk 2 haftadaki kümülatif tekrar kanama oranı %14'tür. Tekrar kanama ihtimali, yüksek klinik grade, büyük anevrizma boyutu, yüksek tansiyon, ileri yaş ve bayan cinsiyette artış göstermektedir.

Subaraknoid kanama

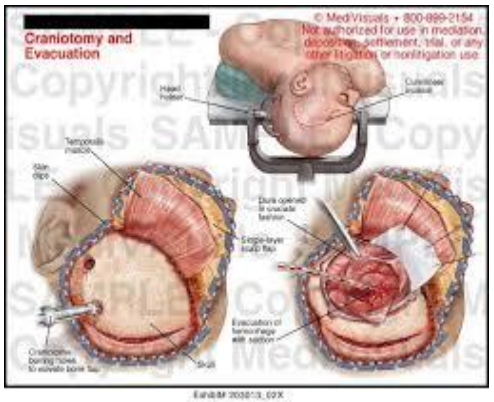


- Erken donemde anevrızmaların kliplenmesi 48-96. saatler icinde, tekrar kanama oranını, vazospazm gelişimini azaltacaktır. Ancak iki kılavuzda da erken cerrahinin morbidite ve ve mortalitesi kendi başına yuksek olabilicegi gösterilmiştır. Hastaların daha hızlı mobilize edilebilmesi, yatak yaraların komplikasyonlarının gelişimi ve hastanede kalış süresi kısaltılması önerileri her iki kılavuzda da ifade edilmektedir.

İntraserebral kanamanin tedavisi



- Nörolojik olarak kötüleşen, beyin sapı kompresyonu olan ve/veya ventriküler obstrüksiyon nedeniyle hidrosefali gelişen, özellikle sisternaların komprese olduğu hastalarda, tek başına ventriküler drenaj uygulanmasının yetersiz terapötik etkinliğe sahip olması nedeniyle mümkün olduğunca erken cerrahi boşaltma önerisi her iki kılavuzda da ifade edilmektedir.



Cerrahi endikasyon

- 2010 kılavuzunda supratentorial inme sonrası ilk 96 saat içerisinde standart kraniotomi ile rutin boşaltılması önerilmemektedir.
- 2013 kılavuzunda cerrahi tedavinin yararının belirsiz olduğu vurgulanmaktadır. Her iki kılavuzda da kortikal yüzeye 1 cm mesafedeki lobar kanamaların cerrahi tedaviden yarar görebileceği belirtilmektedir.
- Subkortikal veya putaminal 30 mL'den büyük kanamaların cerrahi tedavisinin sağkalım düzeyin azalttığının gösterilmesi nedeniyle, 2013 ve 2015 kılavuzlarında 30 mL'den büyük lobar hemorajilerin standart kraniotomi ile boşaltılmasının uygun olabileceği öneriliyor.

- Cerrahinin zamanlamasının prognoz üzerine etkisinin net olmaması nedeniyle, her iki kılavuzda da İSK hastalarında ultra erken cerrahi tedavinin fonksiyonel prognoz veya mortalite üzerine olumlu etkisi olduğuna ilişkin kanıt olmadığı belirtilmektedir.
- İSK'nin cerrahi tedavisinde endoskopi veya trombolitikler eşliğinde stereotaktik aspirasyon ile minimal invaziv pıhtı boşaltılması yöntemlerinin ilgi çekici olmasına ve 12 veya 72 saat içerisinde uygulandığında mortalite oranlarını azalttığının gösterilmiş olmasına karşın, fonksiyonel prognoz üzerine etkilerinin belirsiz olması nedeniyle,her iki kılavuzda da kullanımlarına ilişkin öneride bulunulmamakta ve araştırma aşamasında oldukları ifade edilmektedir.

İntraserebral hemoraji rekürrensi

Yeni kılavuz, rekürren İSK riskinin diğer tedavi kararlarını etkileyebilmesi nedeniyle yeni öneri olarak rekürrens için şu risk faktörlerinin değerlendirilmesini önermektedir:

- kanamanın lobar lokalizasyonda olması, ileri yaş, antikoagülan tedaviye devam edilmesi
- apolipoprotein mevcudiyeti ve MRG'de çok sayıda mikrokanamaların olması
- Akut periyod sonrası, özellikle İSK lokalizasyonu tipik hipertansif vaskülopati lokalizasyonunda olan hastalarda kan basıncının iyi kontrol edilmesini ve kan basıncı düzeylerinin 140/90'ın altında (diyabet veya KBY var ise 130/80 altı) tutulmasını önermektedir

- 2007 kılavuzunda tromboembolizm riski yüksek olan ve warfarin tedavisine tekrar başlanması düşünülen hastalarda tedaviye İSK'dan 7-10 gün sonra başlanabileceği belirtilmektedir.
- 2013 ve 2015 kılavuzlarında ise kesin endikasyonlar olması halinde, lobar olmayan kanamadan sonra antikoagülasyon tedaviye başlanabileceği belirtilmektedir

Rehabilitasyon

- 2010 kılavuzunda klinik olarak stabil hastaların
- erken mobilizasyon ve rehabilitasyonunun önerilmesi haricinde rehabilitasyona vurgu yapılmazken, 2013 ve 2015 kılavuzunda tüm İSK ve SAK hastalarının multidisipliner rehabilitasyon alması, mümkün ise rehabilitasyona olabildiğince erken başlanması ve taburculuktan sonra da devam etmesi gerektiği ifade edilmektedir.

SONUÇ

- Taşıdığı yüksek morbidite ve mortalite oranı nedeniyle İSK ve SAK'ın, uzman sağlık ekibi ile yoğun bakım koşullarında agresif olarak tedavi edilmesi gereken tıbbi bir durumdur. Hematom ekspansiyonunun sınırlandırılması, Hidrosefali gelişmesinin önlemlerin alınması, kan basıncı kontrolü, venöz tromboembolizm profilaksisi, klinik ve elektrografik nöbetlerin tedavisi gibi medikal bakımın optimizasyonuna odaklanan kılavuz, serebellar hematomların bir kısmı ve kortikal yüzeye yakın geniş hematomlar dışında cerrahi tedavinin çoğu için prognozda iyileşme ile ilişkili olmadığını belirtmektedir.

11. ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

Rixos Sungate Hotel / Antalya

16-19 Nisan 2015

ATUDER 1999 Acil Tıp Uzmanları Derneği

2nd Intercontinental Emergency Medicine Congress / 2nd International Critical Care and Emergency Medicine Congress

TEŞEKKÜR EDERİM