

---

# Transit Pıhtılaşma: Tanı ve Tedavi

**John Moriarty**

University of California, Los Angeles

[jmoriarty@mednet.ucla.edu](mailto:jmoriarty@mednet.ucla.edu)

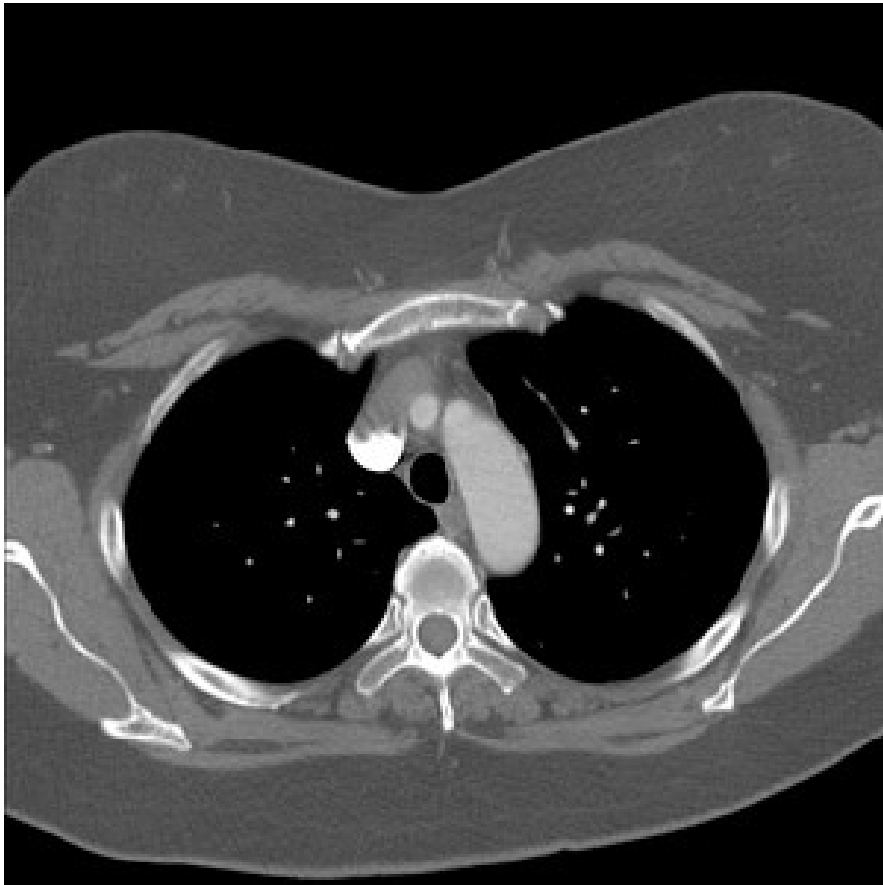
# Açıklamalar: John Moriarty

## 2015-2016

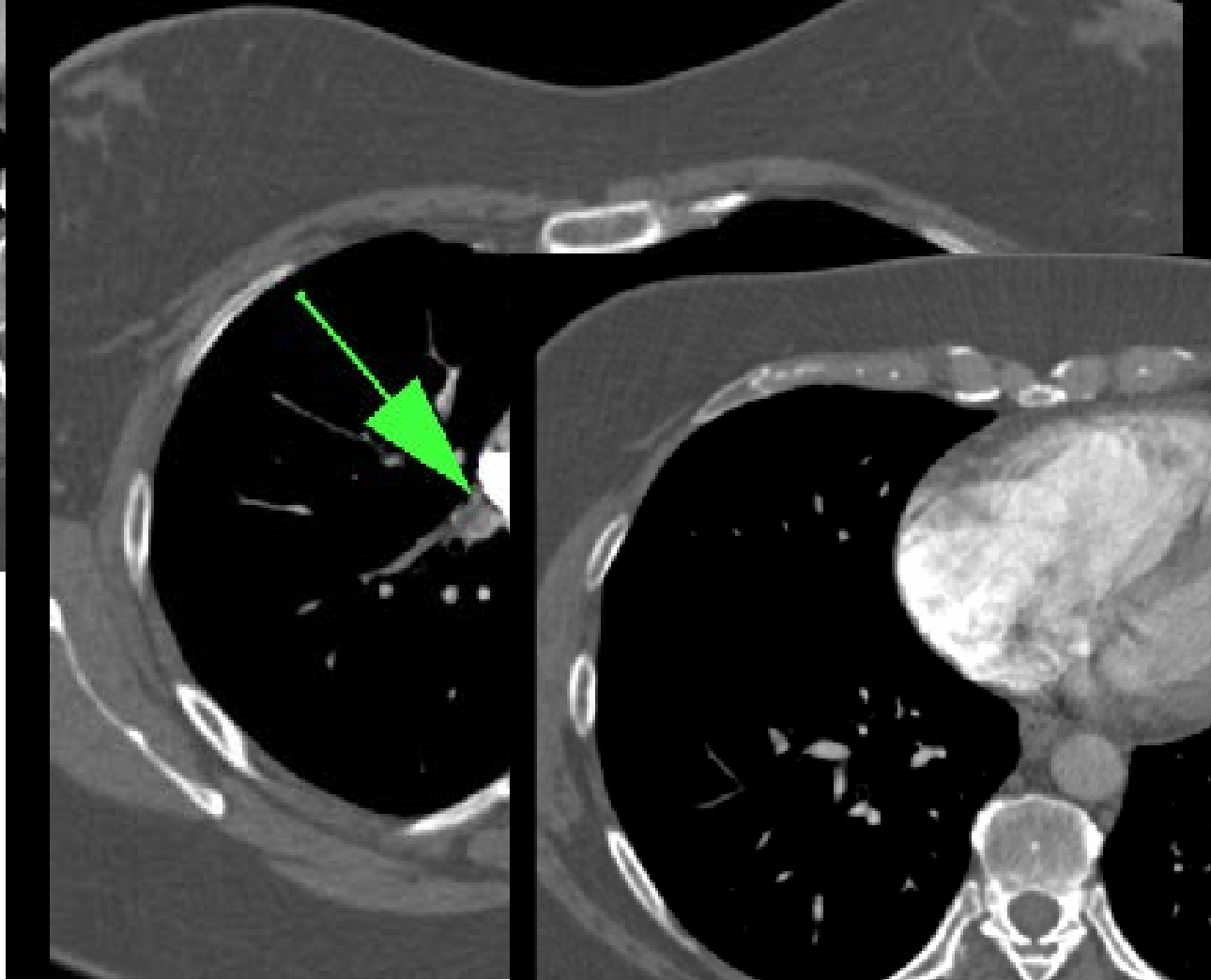
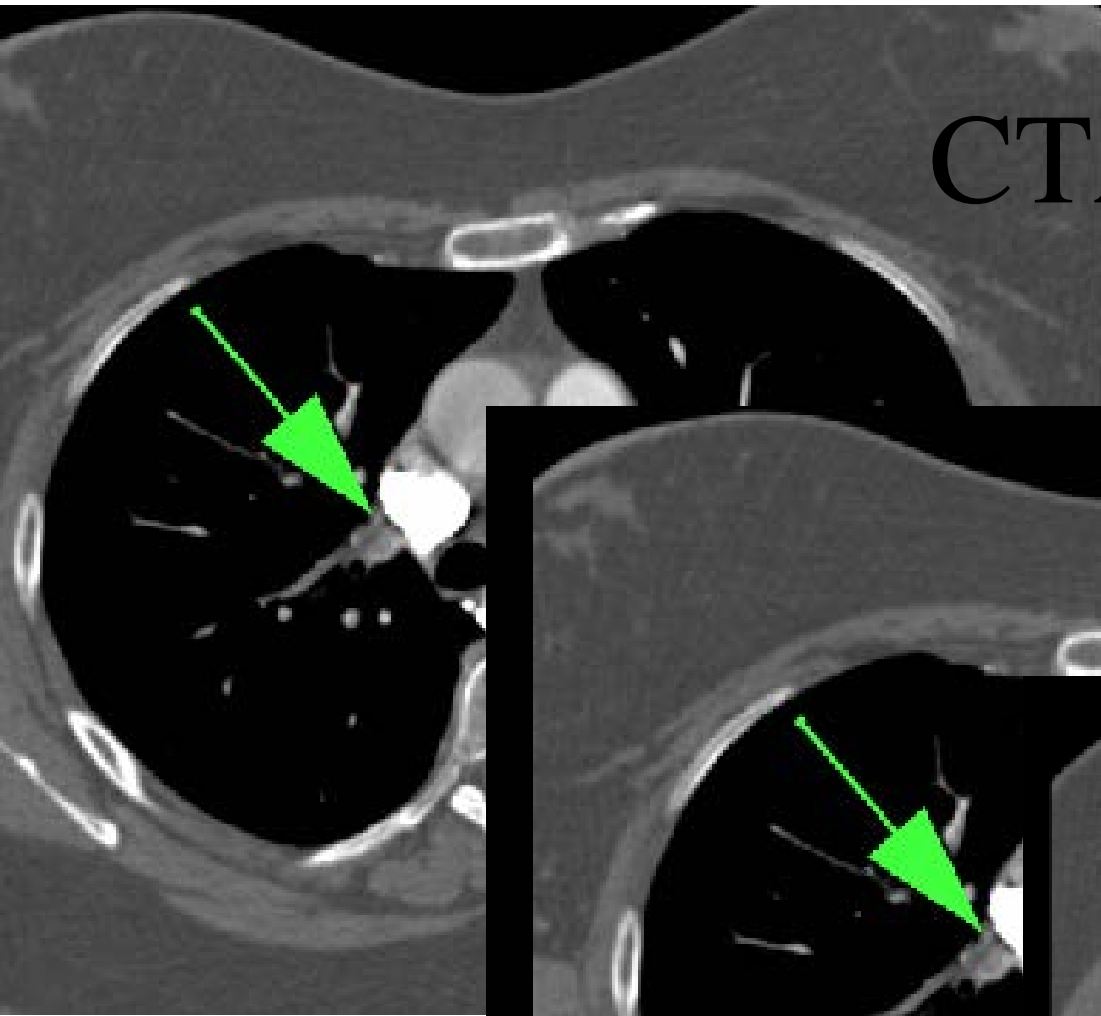
- Angiodynamics inc
- Argon Medical inc
- Inari Medical inc
- Penumbra inc
- Sequent Medical inc

# PETler için Gerçek Yaşam Problemi

- 49 yaşında Kadın
  - BMI 35 yaşında, Yasmin OCP
  - 24 saat Dispnea
    - CP, sincope, öksürük, hemoptisis, bacak şişkinliği yok.
  - ER: BP 158/99, HR 109, O2S= 91% ra
  - TnT: 0.09, BNP 240, DDimer >10,000
  - Creat 0.8, PTT 27, WCC 9.2



CTA



IPS

TIS0.4 M

PHILIPS

TI

X5-1/Adult

X5-1/Adult

Hz

Distance = 2.28 cm  
 Distance = 2.14 cm  
 87%  
 G 50  
 P Low  
 HGen

R  
L2

1.5 3.2

JPE3

# Karar Süresi

- Daha ileri çalışma vs aciliyet?
- Antikoagülasyon?
- IVC Filtresi?
- Sistemik lizis?
- Mekanik Terapi?
- CDT?

# Yönetim ve Süreç

- IV TpA (50:50)
  - Fibrinojen <25
- IVC Filtresi
- UFH (60-80 hedef)
- Rivaroksaban
- Trombofili:
  - DRVVT orta derecede pozitif



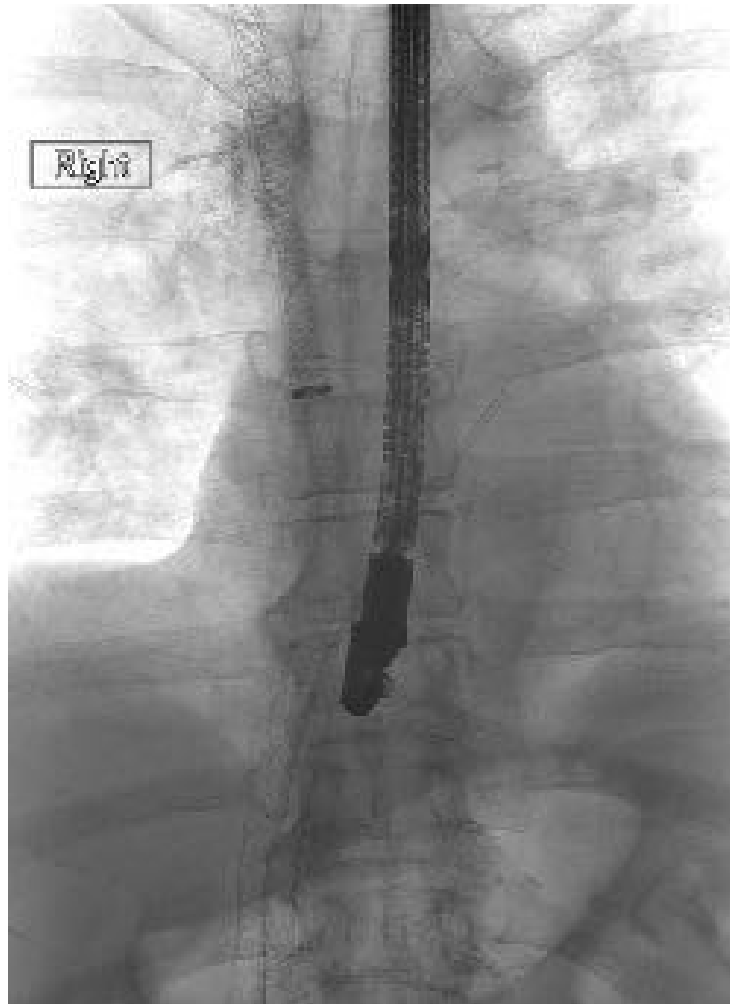
# 6 ay F/U

- Semptomatik olarak normal
- Egzersiz toleransı iyi
- Kilo kaybı programı
- IVC Filter removal
- 6/12 DOACs
- Rpt ekosu normal

# Transit PE



# Endovasküler Trombektomi



# Transit içinde pıhtı: Ne kadar yaygın?

- 4% oranında PE (ICOPER)
  - 12/335 masif PE
  - İtalyan PE Kayıt 4.5%
    - 16% Yüksek, 3.8% Orta, 0.3% Az risk
- 96% RA vs 3% RV
- 98% RH Thrombi co-ekzistant PE
  - Olay serisi 177 RHT

Torbicki-JACC-2003  
Pierre-Justin- IJC\_2005  
Altapan\_Vasc Med\_2015  
Rose\_Chest\_2012  
Casazza\_ThromHaem\_2014

# Morfoloji

- Morfoloji
  - Yılan biçimli: 2/3
  - Top biçimli: 1/3
  - Perimural: 5%
- Hareketlilik
  - Hareketli 85% vs Hareketsiz 15%
- Boyut
  - > 5cm 1/3 vs <5cm 2/3

# Ne kadar tehlikeli?

- Metaanaliz:
  - Rx ile % 100 ölüm oranı Rx ve % 27
  - Tek başına PE'ye karşı hemodinamik instabilite artışı

Rose\_Chest\_2012

# RiHTER Kayıt Defteri

- 138 pts, çok merkezli kayıt
- PE'nin 30d M assoc w hemodinamiği, RHT özellikleri değil
- Kontrollerden daha yüksek RHT mortalite mortalitesi (% 19'a karşı % 8,  $p = 0.003$ )
- Normotensif PT'ler w RVD (% 16'ya karşı % 7)
- İlk 24 saatte % 62 ölüm
- PE'de 0/24 az risk pts öldü

Koc\_ERJ\_2016

# Avrupa Yönergeleri

RigHT'nin PE'deki mortalite üzerindeki etkisi henüz belirsiz olmakla birlikte, RigHT'nin varlığı potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durum olarak düşünülmelidir.

Konstantinides\_EHJ\_2014



# Nasıl tedavi edilir

- Antikoagülasyon
- Sistemik tromboliz
  - Kateter trombolizi yönetti
- Cerrahi trombektomi
- Aspirasyon trombektomi

J Vasc Interv Radiol. 2016 Jun 6. pii: S1051-0443(16)30023-9. doi: 10.1016/j.jvir.2016.03.045. [Epub ahead of print]

**Removal of Caval and Right Atrial Thrombi and Masses Using the AngioVac Device: Initial Operative Experience.**

Moriarty JM<sup>1</sup>, Al-Hakim R<sup>1</sup>, Bansal A<sup>1</sup>, Park JK<sup>2</sup>.



# Tek başına antikoagülasyon

- 28.6 - 37% ölümlülük
  - vs 91% tedavi edilmezse
  - ? Eskalasyonda gecikme ....

Athapan\_Vasc Med\_2015  
Rose\_Chest\_2012

# Sistemik Tromboliz

- Metanaliz: 122pts:13.7% Ölümlülük (OR 4.83)
  - 12 pt w akut masif PE ve RHT3 died before Rx, 9/12 1yr survival
  - 7/9, 12 saatte trombus çözünürlüğüne sahipti, 2/9 Sx
  - 11.3% ölümlülük
    - Signif iyileştirme mortalitesi vs AC / Sx
- Dozlama: Standart
  - Half Yarım doz (50mg) başarı raporu
- Pıhtı dislodgement/distal embo... Kanıt yok

Pierre-Justin- IJC\_2005

Rose\_Chest\_2012

Patel -JICM-2016



# Cerrahi Embolektomi

- 13.9% - 23.6% ölümlülük
  - OR 2.61 yaşam (vs 4.83 w lysis)
  - Komplikasyonlar: 13.2% (vs 10% Liziz)
- % 23 RHT'de gerçekleştirildi

# Özet

- 4% PE, 98% ile PE, 96% RA
  - Yılan biçimli, hareketli, < 5cm
  - Büyük / HR PE w sunma olasılığı daha yüksektir
  - Özellikle RVD'de kontrol ve mortalite artışı
- Rx:
- Sınırlı kanıt
  - Sistemik Liziz > Ameliyat > tek başına AC
  - ? CDT, ? emme/perkütan
- En iyi makale: RiHTER (Koç, ERJ, 2016)

---

# Transit Pıhtılaşma: Tanı ve Tedavi

**John Moriarty**

University of California, Los Angeles

[jmoriarty@mednet.ucla.edu](mailto:jmoriarty@mednet.ucla.edu)