

İSKEMİK İNME
KLİNİK KARAR VERME REHBERİ
Dr. Özcan Özdemir, Dr. Özlem Coşkun,
Dr. Nevzat Uzun

A. Ani gelişen güçsüzlük, konuşma bozukluğu, çift görme ile birlikte dengesizlik ve baş dönmesi olan hastalarda iskemik inmeden şüphe edilmelidir. 112 Hekimleri için FAST skalası hastanın inme tanısı şüphesi için kullanılabilir. Hastada ani gelişen yüzün bir tarafında güçsüzlük, bir taraf kolda güçsüzlük ve konuşmada bozulma bulgularından ikisinin olması inme tanısı olasılığını arttırır. Olayın ortaya çıkış zamanı trombolitik tedavi açısından önemlidir. Eğer hasta inme sonrası hemen hastaneye başvurmuşsa ivedilikle trombolitik tedavi kontrendikasyonları gözden geçirilmeli ve hasta için uygunsa bulunduğu merkezde veya bu tedavinin yapıldığı merkeze sevki ile tedavisi hemen başlanmalıdır.

B. Acil servise başvuruda akut inmeden şüpheleniliyorsa bilgisayarlı beyin tomografisi(BT) veya beyin magnetik rezonans görüntülemesi (MRG) gereklidir. Elektrokardiyogram, tam kan sayımı, kardiyak enzimler, kan glukozu, üre, kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri,

protrombin zamanı ve international normalized ratio (INR), parsiyel tromboplastin zamanı, oksijen saturasyonu inme hastasında acil serviste yapılması gereken tetkiklerdir.

İntoksikasyondan şüpheleniliyorsa intoksikasyona yönelik tetkikleri, intraserebral enfeksiyonlardan şüpheleniliyor veya subaraknoid kanamadan şüpheleniliyorsa bilgisayarlı beyin tomografisi normal olsa bile lomber ponksiyon, epileptik nöbetten şüpheleniliyorsa elektroensefalografi tetkikleri gereklidir. Beyin BT'den sonra inme hastasında iskemik veya hemorajik inme ayrımı yapılabilmektedir. Her ne kadar subaraknoid kanamalarda ilk 24 saat içinde beyin BT ile %90-100 oranında duyarlılıktan bahsedilse de ilerleyen günlerle birlikte bu duyarlılık azalmaktadır. Bu yüzden bazı hastalarda lomber ponksiyona ihtiyaç duyulabilir

C. Semptom sonrası ilk 4,5 saatte acil servise başvuran hastalar intravenöz trombolitik tedavi olasılığı yönünden İnme Uzmanı veya Genel Nörolog tarafından değerlendirilmelidir.

Uygun hastalarda intravenöz trombolitik tedavi hastalardaki üç ay sonraki dizabilite oranını anlamlı derecede azaltır. İlk 4,5-6 saat içindeki hastalar gelişmiş "İnme Merkezlerinde" endovasküler tedavi uygulayan hekimler tarafından değerlendirilmelidir.

D. Acil Servise başvuran ve inme şüphesi olan hastaları İnme Uzmanı ya da Genel Nöroloji Uzmanı değerlendirmelidir.

E. Trombolitik tedavi vermeden trombolitik tedavi komplikasyonları hızlıca gözden geçirilmelidir.

F. Büyük damar oklüzyonu olan uygun hastalarda endovasküler yolla pıhtı eritimeye ya da alınmaya çalışılır. Semptom sonrası ilk 6 saat sonrası gelen hastalarda veya Nörogörüntüleme infarktı belirgin oranda oturmuş hastalarda trombolitik ya da endovasküler tedavi uygulanmadan inme komplikasyonlarına yönelik tedavi verilmelidir.

G. İnme hastaları durumlarına göre İnme Ünitelerine, Nörolojik Yoğun Bakımlara ya da Nöroloji servislerine yatırılmalıdırlar.

H. İskemik inmede hipertansiyon aslında çok istenmeyen bir durum değildir. Serebral otoregülasyonun bir parçası olarak kan basıncının yükselmesi serebral perfüzyon basıncını artırarak iskeminin artışı engelleyebilir. Çoğu rehberde önerilen iskemik inmelerde kan basıncı 220/120mmHg üstüne çıkmadıkça müdahale edilmemesi yönündedir. Ancak hasta trombolitik tedavi alacaksa bu durumda tansiyonunun 185/110mmHg altında olması önerilmektedir. Akut hemorajik inmede kan basıncı kontrolü hakkında farklı görüşler vardır. Kan basıncı 180mmHg üzerine çıkmadıkça düşürülmesi tavsiye edilmemektedir. Hipertansiyon tedavisi ülkemizde bulunduğu için esmolol (500mcg/kg/dk iv, 50mcg/kg/dk idame iv infüzyon), nitroprussid (0.5mcg/kg/dk) veya nitrogliserin kullanılabilir. Tüm bu uygulamalardan sonra iskemik inmede eğer hasta trombolitik tedavi için uygun bir aday değilse etiyolojiye yönelik antiagregan veya antikoagülan tedaviler başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Adams HPJr, del Zoppo G, Alberts MJ, et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. Stroke 2007;38: 1655
- Caplan RL. Overview of the evaluation of stroke. UpToDate.2011; Mar: 1-43.
- Gorelick PB, Ruland S. Diagnosis and management of acute ischemic stroke. Dis Mon 2010; 56: 72-100.
- Oliveria-Filho J, Koroshetz WJ. Initial assessment and management of acute stroke. UpToDate. 2012; Jun: 1-29.

İSKEMİK İNME KLİNİK KARAR VERME REHBERİ

