

Bölüm 26

DERİN VEN TROMBOZUNDA GÜNCEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI VE HASTA SEÇİMİ

Duygu DURMAZ¹



GİRİŞ

Venöz dolaşımında oluşan tüm patolojik trombozlar venöz tromboembolizm (VTE) olarak tanımlanmaktadır. En sık alt ekstremitelerde derin venlerinde görülmektedir. Derin venöz sistemdeki trombüsler derin ven trombozu (DVT) olarak isimlendirilir (1).

DVT ölüm riski olan fakat erken tanı ve tedavi ile önlenebilir bir hastalıktır. Hastanede yatışı olan hastaların en sık önlenebilir mortalite ve uzun dönem morbidite nedeni olmasından dolayı, toplumsal olarak önemli bir sağlık sorunu ve finansal açıdan ciddi bir yüküdür.

Derin ven trombozunun genellikle sebep olduğu ve hayati risk oluşturan iki komplikasyonu, erken süreçte izlenen ve en önemli komplikasyonu olan pulmoner emboli ve uzun süreçte görülebilen posttromboflebitik sendromdur.

Derin ven trombozunda başarılı bir profilaksi ve tedavi sağlanabilmesi için epidemiyoloji, patofizyoloji, doğal seyir, sebep olan riskler detaylı incelenmelidir. Bu ayrıntılı değerlendirmeler sonucunda hangi hastalara hangi tedavinin seçilmesi ve ne kadar süre ile tedavinin sürdürülmesi belirlenmelidir.

EPİDEMİYOLOJİ

DVT toplumlarda sık görülen major bir problem olup, insidansı araştırılan nüfusa, coğrafi ve etnik farklılıklara, uygulanan profilaksiye, yapılan tarama ve tanı yöntemlerine göre ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir.

Yıllık olarak genel nüfusta, her 1000 kişiden 1-2'sinde, genellikle derin venlerde tromboz olarak izlenmektedir. İnsidans 40 yaşın altında 10000'de 1 iken, 60 yaşın üzerinde 100'de 1'e kadar artış göstermektedir (2). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yılda yaklaşık 2 milyon DVT olgusu ve 600000 pulmoner emboli (PE) olgusu olduğu öngörülmektedir. ABD'de ortalama DVT insidansı, beyazlar arasında yıllık 100000 kişi başına 108 olarak görülmekteyken, siyahlar arasında aynı veya daha yüksek sayıda görülebilmektedir.

Cerrahi girişim sonrası DVT görülme sıklığı Avrupa'da Kuzey Amerika'ya kıyasla yaklaşık iki kat daha fazladır. Faktör V Leiden aleli Avrupa toplumunda %4.4 izlenebilmekte iken, Güney Asya ve Afrika toplumlarında görülmemektedir.

Derin ven trombozunda gerçek insidans değerleri bilinmemektedir. Bunun nedeni hastane yatışı olan hastaların değerlendirilebilir olması ve

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Onyediy Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi KDC AD. Bandırma Eğitim Araştırma Hastanesi doctorduygu@hotmail.com

rendike olduğu kanama potansiyeli yüksek hasta grubunda tedavi, hiç kan sulandırıcı vermeden FMT ile mümkündür. Kateter aracılı trombolitik tedavi ile karşılaştırıldığında tek seansta ve kısa sürede DVT tedavisi imkanı, azalmış kanama oranları, kısa süreli YBÜ ve hastane kalışına imkan sağlamaktadır.

SONUÇ

Derin ven trombozunda genel tedavi yaklaşımında standart antikoagülasyon 3-6 aylık süre ile gerçekleştirilir. Akut distal DVT hastalarında, kanama riski oluşturabilecek bir kontrendikasyon yok ise proksimal DVT gibi tedavi uygulanmalıdır. Semptomların gelişme süresi ilk 14 gün içinde olması, şikayetlerde giderek artış ve doppler usg'de iliofemoral akut trombus tespit edilmesi durumunda; yaşam beklentisi göz önünde bulundurularak; klinik tecrübe ve gelişmiş imkanlara sahip kliniklerde endovasküler girişimler düşünülmelidir.

Uzatılmış DVT tedavisinde, ilaç seçimi hastaya özgü özellikler dikkate alınarak belirlenmelidir. Günümüzde uzatılmış antikoagülasyon için sıklıkla yeni nesil oral antikoagülan ilaçlar tercih edilmektedir. Malignite hastalarında DVT tedavisi, eğer majör kontrendikasyonlar yoksa ömür boyu veya kanser ortadan kalkana kadar sürdürülmesi önerilmektedir (36).

Standart tedavi protokolü uygulanan ve altta yatan bir tromboza yatkınlık oluşturan durum bulunmayan hastalarda tedavi 3-6 aylık süre sonunda yapılan kontrol venöz doppler ultrasonografi sonucunda kronik tromboz görülmesinin ardından kesilir. Altta yatan trombofili veya idiyopatik proksimal DVT'lerde, mükerrer DVT'de, aktif kanser varlığında yüksek tekrarlama olasılığı olduğu için eğer ciddi kanama riski yoksa uzatılmış tedavi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kearon C. Natural history of venous thromboembolism. *Circulation* 2003;107:22-30
2. Cohen AT, Agnelli G, Anderson FA, Arcelus JJ, Bergqvist D, Brecht JG, et al. Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. *Thromb Haemost* 2007;98(4): 756-64.
3. Heit JA. The epidemiology of venous thromboembolism in the community. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2008;28(3):370-2.
4. Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, Petterson TM, O'Fallon WM, Melton LJ. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year populationbased study. *Arch Intern Med* 1998;158(6): 585-93.
5. Esmon CT. Basic mechanisms and pathogenesis of venous thrombosis. *Blood Rev* 2009;23:225-9.
6. Diamond PT, Macciocchi SN. Predictive power of clinical symptoms in patients with presumptive deep venous thrombosis. *Am J Phys Med Rehabil* 1997;76:49-51.
7. Cogo A, Lensing AW, Koopman MM, Piovella F, Siragusa S, Wells PS, et al. Compression ultrasonography for diagnostic management of patients with clinically suspected deep vein thrombosis:prospective cohort study. *BMJ* 1998;316:17-20.
8. Mahan CE, Holdsworth MT, Welch SM, Borrego M, Spyropoulos AC. Deep-vein thrombosis: a United States cost model for a preventable and costly adverse event. *ThrombHaemost* 2011;106:405-15.
9. Kraaijenhagen RA, Piovella F, Bernardi E, Verlato F, Beckers EA, Koopman MM, et al. Simplification of the diagnostic management of suspected deep vein thrombosis. *Arch Intern Med* 2002;162:907-11.
10. Fraser DG, Moody AR, Davidson IR, Martel AL, Morgan PS. Deep venous thrombosis: diagnosis by using venous enhanced subtracted peak arterial MR venography versus conventional venography. *Radiology* 2003;226:812-20.
11. Fraser DG, Moody AR, Morgan PS, Martel AL, Davidson I. Diagnosis of lower-limb deep venous thrombosis a prospective blinded study of magnetic resonance direct thrombus imaging. *Ann Intern Med* 2002;136:89-98.
12. Bick RL. Cancer-associated thrombosis. *New Engl J Med* 2003;349:109-11.
13. Piccioli A, Prandoni P, Ewenstein BM, Goldhaber SZ. Cancer and venous thromboembolism. *Am Heart J* 1996;132:850-5.
14. Khorana AA, Francis CW, Culakova E, Kuderer NM, Lyman GH. Frequency, risk factors, and trends for venous thromboembolism among hospitalized cancer patients. *Cancer* 2007;110:2339-46
15. Nijziel MR, van Oerle R, Hillen HF, Hamulyak K. From Trousseau to angiogenesis: the link between the haemostatic system and cancer. *Neth J Med* 2006;64:403-10.
16. Varma MR, Varga AJ, Knipp BS, Sukheepod P, Upchurch GR, Kunkel SL, et al. Neutropenia impairs venous thrombosis resolution in the rat. *J Vasc Surg* 2003;38:1090-8.

17. Turpie AG, Chin BS, Lip GY. Venous thromboembolism: pathophysiology, clinical features, and prevention *BMJ* 2002;325:887-90.
18. Tran NT, Meissner MH. The epidemiology, pathophysiology, and natural history of chronic venous disease. *Semin Vasc Surg* 2002;15:5-12.
19. Ashrani AA, Heit JA. Incidence and cost burden of post-thrombotic syndrome. *J Thromb Thrombolysis* 2009;28:465-76.
20. Ginsberg JS, Turkstra F, Buller HR, MacKinnon B, Mager D, Hirsh J. Postthrombotic syndrome after hip or knee arthroplasty: a cross-sectional study. *Arch Intern Med* 2000;160:669-72.
21. Kahn SR, Kearon C, Julian JA, Mackinnon B, Kovacs MJ, Wells P, et al. Predictors of the post-thrombotic syndrome during long-term treatment of proximal deep vein thrombosis. *J Thromb Haemost* 2005;3:718-23.
22. Meissner MH, Wakefield TW, Ascher E, Caprini JA, Comerota AJ, Eklof B, et al. Acute venous disease: venous thrombosis and venous trauma. *J Vasc Surg* 2007;46:25-53.
23. Snow V, Qaseem A, Barry P, Hornbake ER, Rodnick JE, Tobolic T, et al. Management of venous thromboembolism: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Fam Med* 2007;5:74-80.
24. Ageno W, Piantanida E, Dentali F, Steidl L, Mera V, Squizzato A, et al. Body mass index is associated with the development of the post-thrombotic syndrome. *Thromb Haemost* 2003;89:305-9.
25. Fink AM, Mayer W, Steiner A. Extent of thrombus evaluated in patients with recurrent and first deep vein thrombosis. *J Vasc Surg* 2002;36:357-60.
26. Ho WK. Deep vein thrombosis—risks and diagnosis. *Aust Fam Physician* 2010;39:468-74.
27. Oake N, Fergusson DA, Forster AJ, van Walraven C. Frequency of adverse events in patients with poor anticoagulation: a meta-analysis. *CMAJ* 2007;176:1589-94.
28. de Wolf MA, Wittens CH, Kahn SR. Incidence and risk factors of the post-thrombotic syndrome. *Phlebology* 2012;27:85-94.
29. Dumantepe M, Tarhan A, Yurdakul I, Özler A. US-accelerated catheter-directed thrombolysis for the treatment of deep venous thrombosis. *Diagn Interv Radiol* 2013;19:251-8.
30. Dumantepe M, Uyar I. The effect of Angiojet rheolytic thrombectomy in the endovascular treatment of lower extremity deep venous thrombosis. *Phlebology* 2018;33:388-96.
31. Raschke RA, Reilly BM, Guidry JR, Fontana JR, Srinivas S. The weight-based heparin dosing nomogram compared with a "standard care" nomogram. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1993;119:874-81.
32. Harter K, Levine M, Henderson S. Anticoagulation drug therapy: a review. *West J Emerg Med* 2015;16:11-7.
33. Douketis JD. Pharmacologic properties of the new oral anticoagulants: a clinician-oriented review with a focus on perioperative management. *Curr Pharm Des* 2010;16:3436-41.
34. Weitz JI. Blood coagulation and anticoagulant, fibrinolytic, and antiplatelet drugs. In: Brunton LL, Chabner BA, Knollman B, editors. *Goodman & Gilman's The pharmacological basis of therapeutics*. 12th ed. New York: McGraw Hill Medical; 2011. p. 848-76.
35. Gresham C, Levine M, Ruha AM. Case files of the Medical Toxicology Fellowship at Banner Good Samaritan Medical Center in Phoenix, AZ: a non-warfarin anticoagulant overdose. *J Med Toxicol* 2009;5:242-9.
36. Delis KT, Bountouroglou D, Mansfield AO. Venous Claudication in iliofemoral thrombosis: long-term effects on venous hemodynamics, clinical status, and quality of life. *Ann Surg* 2004;239:118-26.