

Bölüm 2

ERİŞKİNDE KOAGÜLASYON VE KANAMA BOZUKLUKLARI: GENEL YAKLAŞIMLAR, AYIRICI TANILAR VE GÜNCEL PRATİKLER

Alparslan MERDİN¹

GİRİŞ

Koagülasyon bozuklukları ile ilgili şikâyetler hematoloji poliklinik pratiğinde sık karşılaşılan başvuru sebeplerindedir. Koagülasyon bozukluğu olan hastalar genellikle hafif kanamalar, ciltte morarmalar, ciddi kanamalar, emboli/pıhtı oluşumu gibi bulgu veya şikâyetler ile hekime başvururlar. Klinik servislerde yatan hastalar için de, hematoloji bölümüne koagülasyon bozuklukları ile ilgili sık konsültasyon istenilmektedir. Konsültasyon sebepleri arasında da kanama, DIC (Disseminated intravascular coagulation), trombositopeni, operasyon öncesi koagülasyon paneli bozuklukları gibi tablolar önde gelen sebeplerdendir. Koagülasyon bozuklukları herediter veya kazanılmış da olabilir. Kanamalı herediter bozukluklar arasında hemofili A, hemofili B ve hemofili C gibi hastalıklar varken, pıhtılaşma eğilimine neden olan herediter bozukluklar da vardır. Bazı koagülasyon bozuklukları ise herediter olabileceği gibi de novo mutasyonla, ailesel kalıtım olmadan sonradan da gelişmiş olabilir. Bunun yanında, hematoloji polikliniğine yukarıda belirtilen şikâyetlerden herhangi birisi ile gelen her hastadan mutlaka iyi bir ilaç anamnezi de alınmalıdır. Hastalar kan civıltıcı ilaçlar (Vitamin K antagonistleri, yeni nesil oral antikoagülanlar gibi), trombosit fonksiyonunu bozabilen ilaçlar (asetil salisilik asit, ibrutinib ve non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar gibi) veya kanamaya eğilim oluşturan diğer ilaç veya destek maddesi kullanıyor olabilirler, bu açılardan da her hasta dikkatli ve detaylı bir şekilde ileri bir araştırmaya başlanmadan önce iyice sorgulanmalıdır.

Erişkinde Kanamaya Eğilim Oluşturan Başlıca Koagülasyon Bozuklukları

Hemofili A, faktör 8 eksikliği sonucu ortaya çıkar. Faktör 8 düzeyi %6-%39 arasında olan hastalar hafif hemofili A, faktör 8 düzeyi %1-%5 arası orta derecede

¹ Uzm. Dr., Ankara İl Sağlık Müdürlüğü SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği, alparslanmerdin@yahoo.com

nı % 3,4 hasta/yıl olarak bildirilmişken, bu oran 70 yaşından yaşlı olanlar için de % 5,1 hasta/yıl olarak bildirilmiştir (7). Bunlara ek olarak, TTP(Trombotik trombositopenik purpura), HÜS(Hemolitik üremik sendrom), hemorajik ateşle giden viral enfeksiyonlar, kalıtsal veya kazanılmış trombosit fonksiyon bozuklukları ve diğer nadir faktör hastalıkları da koagülasyon bozuklukları nedeni ile ilgili bulgu ve şikâyetler ile tetkik edilen hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken diğer bazı nedenlerdendirler.

SONUÇ

Kanama ve trombofili bozuklukları hematolojinin önde gelen ilgi alanlarından. Polikliniklere bu şikâyetler ile başvuran hastalardan iyi bir hikâye alınmalıdır ve ayırıcı tanılar açısından dikkatli olunmalıdır. Hastaların kullandığı ilaçlar da özellikle iyi sorgulanmalıdır. Bir ilacın yan etkisi olarak ortaya çıktığı basit bir şekilde tespit edilebilecek olan muhtemel bir kanama bozukluğuna rağmen, hastanın ilaç kullanım öyküsünde koagülasyon bozukluğuna neden olabilecek olası bir ilaç gözden kaçtığı takdirde hastalara gereksiz yere birçok tetkik yapılması sonucu ortaya çıkabilecektir. Kanama profilaksisi açısından veya tromboz profilaksisi açısından, klinik açıdan tedavi gereksinimi var ise de hastalara ilgili klavuzlar doğrultusunda ve ilgili klavuzlar esas alınarak uygun tedaviler verilmelidir.

DİPNOT

Burada yazan bilgiler ve metin bir kılavuz veya bilimsel araştırma değildir. Burada yazılı metnin tedavi yaklaşımında kullanılması önerilmez, ilgili rahatsızlıkların tedavisinde ilgili ulusal ve uluslararası rehberlerin kullanılması önerilir. Yazar, metnin tedavi yaklaşımında kullanılması halinde herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

KAYNAKLAR

1. Kasper CK, Lin JC. Prevalence of sporadic and familial haemophilia. *Haemophilia*. 2007 Jan;13(1):90-2.
2. Frontrouth JP, Hepner M, Sciuccati G, Feliú Torres A, Pieroni G, Bonduel M. Prospective study of low-dose ristocetin-induced platelet aggregation to identify type 2B von Willebrand disease (VWD) and platelet-type VWD in children. *Thromb Haemost*. 2010 Dec;104(6):1158-65. doi: 10.1160/TH10-04-0213.
3. Ekim M, Ekim H, Yılmaz YK. The prevalence of Factor V Leiden, prothrombin G20210A, MTHFR C677T and MTHFR A1298C mutations in healthy Turkish population. *Hippokratia*. 2015 Oct-Dec;19(4):309-13.
4. Heit JA, Silverstein MD, Mohr DN, Petterson TM, O'Fallon WM, Melton LJ 3rd. Risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based case-control study. *Arch Intern Med*. 2000 Mar 27;160(6):809-15.

Güncel Hematoloji Onkoloji Çalışmaları

5. Hall C, Richards S, Hillmen P. Primary prophylaxis with warfarin prevents thrombosis in paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (PNH). *Blood*. 2003 Nov 15;102(10):3587-91. Epub 2003 Jul 31.
6. Colombi M, Radaelli F, Zocchi L, Maiolo AT. Thrombotic and hemorrhagic complications in essential thrombocythemia. A retrospective study of 103 patients. *Cancer*. 1991 Jun 1;67(11):2926-30.
7. Gruppo Italiano Studio Policitemia*. Polycythemia vera: the natural history of 1213 patients followed for 20 years. Gruppo Italiano Studio Policitemia. *Ann Intern Med*. 1995 Nov 1;123(9):656-64.doi: 10.7326/0003-4819-123-9-199511010-00003.