

OLGU 2

Perioperatif Dönem Antikoagülan Tedavi Yönetimi

Süleyman KALAYCI¹

Olgu Sunumu

78 yaşında erkek hasta elektif kolelitiazis operasyonu öncesi kardiyoloji konsültasyon polikliniğinde değerlendirildi. Hastanın öyküsünde aort kapak replasmanı (mekanik protez) ve hipertansiyon (HT) mevcuttu. Çekilen 12 derivasyonlu elektrokardiyogram (EKG) normal sinüs ritminde idi. Fizik muayenede median sternotomi skarı ve fizyolojik mekanik kapak sesleri dışında başkaca özellik yoktu. Hastanın kullanmakta olduğu ilaçlar varfarin, metoprolol, perindopril-amlodipin idi. Telekardiyogramda aort topuzu belirgin ve kalsifik yapıda, sternotomi telleri, aortik pozisyonda mekanik kalp kapağına ait yüzük/halka şeklinde görünüm mevcut olup plevral effüzyon saptanmadı. Yapılan transtorasik ekokardiyografi (TTE) tetkikinde sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %60, sol ventrikül hipertrofisi, aortik pozisyonda fonksiyonel mekanik protez izlendi. Hastanın güncel INR değeri 2,6 olarak saptandı. Antikoagülan tedavi açısından öneri olarak operasyon tarihinden 5 gün önce varfarin tedavisinin kesilmesi, son varfarin dozundan 24 saat sonra başlanmak üzere yaş, kilo ve renal fonksiyonlara göre ayarlanmış çift doz DMAH ile köprüleme yapılması, DMAH son dozunun operasyondan önceki gün akşam yapılması, operasyon sabahı DMAH uygulanmaması, operasyon sabahı bakılacak INR değerinin <1.5 olması önerildi. Operasyondan sonra herhangi bir hemorajik komplikasyon gelişmemişse operasyondan 12 saat sonra DMAH tekrar başlanması, tekrar girişim planı yoksa ve cerrahi hemostaz sağlandıysa postop 1. gün tedaviye varfarin de eklenmesi önerildi. Hedef INR 2.0-3.0 olduğundan INR>2.0 olunca DMAH kesilerek tedaviye yalnızca varfarin ile devam edilmesi önerildi.

¹ Uzm. Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, dr_suleyman_kalayci@yahoo.com

linik durumda çoğu YOAK için son dozun operasyondan 24-48 saat önce alınmış olması pratik bir tavsiyedir. Dabigatran altında yüksek kanama riskli cerrahi planlanan hastalarda son dozun operasyondan ≥ 48 saat (72-96 saat) önce alınması önerilebilir. Bununla birlikte renal yetmezliği olan ve ileri yaştaki hastalarda bu sürelerin 12-24 saat daha erkene çekilmesi düşünülebilir. YOAK'ların düşük riskli girişimlerden 24 saat sonra, yüksek riskli girişimlerden ise 48-72 saat sonra tekrar başlanabileceği söylenebilir (6). Planlanmamış cerrahi girişimler için karar verme noktasında en önemli faktör operasyonun aciliyeti olup özellikle acil kanamalı cerrahi girişimler için YOAK tedavisinin geri çevrilmesi gerekebilmektedir. Bu amaçla geliştirilmiş spesifik antidotlar arasında Idarucizumab ve Andexanet alfa sayılabilir (6).

Kaynaklar

1. Douketis JD, Spyropoulos AC, Kaatz S, et al. Perioperative Bridging Anticoagulation in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2015;373:823-33.
2. Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). *Eur Heart J*. 2014;35:2383-431.
3. Sousa-Uva M, Head SJ, Milojevic M, et al. 2017 EACTS Guidelines on perioperative medication in adult cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2018;53:5-33.
4. Gellatly RM, Leet A, Brown KE. Fondaparinux: an effective bridging strategy in heparin-induced thrombocytopenia and mechanical circulatory support. *J Heart Lung Transplant*. 2014;33:118.
5. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J*. 2021.
6. Steffel J, Collins R, Antz M, et al. 2021 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation. *Europace*. 2021;23:1612-76.