

ENDOSKOPIK İŞLEM UYGULANAN GERİATRİK HASTALARDA ANTİKOAGÜLAN YÖNETİMİ

İsa SEVİNDİR¹
Remzi EKİCİ²

GİRİŞ

Endoskopik girişimlerde antikoagülasyon tedavi yönetimi zordur. Çünkü antikoagülasyona ara vermek tromboemboli riskini geçici olarak artırır. Aynı zamanda, hastalarda tromboembolizmi önlemek için verilen antikoagülan tedavi, endoskopik girişimlerde artan kanama riskiyle ilişkilidir. Buna ek olarak, antikoagülan alan hastaların yönetimine rehberlik edecek veriler sınırlıdır.

Bu bölüm, antikoagülan alan hastaların peri-prosedürel yönetimini gözden geçirecektir.

Spesifik antikoagülanların kullanımına ilişkin ek ayrıntılar ayrıca sunulmuştur:

- » K vitamini antagonistleri (varfarin ve diğer vitamin K antagonistleri (VKA'lar)).
- » Heparinler
- » Direkt oral antikoagülanlar (direkt trombin inhibitörleri ve direkt faktör Xa inhibitörleri)
- » Protez kalp kapakçığı olan hastalar için öneriler ayrıca tartışılacaktır.

Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Derneği (ASGE), mevcut kanıtlara ve fikir birliğine dayalı olarak antikoagülan kullanan hastaların yönetimine ilişkin kılavuzlar yayınlamıştır (1). Bu konudaki öneriler ASGE kılavuzları ile uyum-

ludur. Bu konu ayrıca uluslararası bir konsensüs bildirisinde ve Amerikan Gastroenteroloji Koleji, Amerikan Göğüs Hekimleri Koleji, Amerikan Kardiyoloji Koleji ve İngiliz Gastroenteroloji Derneği/Avrupa Gastrointestinal Endoskopi Derneği'nin benzer (ancak aynı olmayan) önerilerde bulunan kılavuzlarında da ele alınmaktadır (2-6).

GENEL İLKELER

Karar Vermeye Rehberlik Eden Faktörler

Endoskopik girişim yapılacak antikoagülan kullanan hastaların yönetiminde; hastanın tromboz riski, prosedürle ilişkili kanama riski ve hastanın kullandığı antikoagülanın spesifik özellikleri dikkate alınır (7,8).

Yaklaşımımızın çoğu uzman görüşüne dayanmaktadır; tromboz ve kanama riskleri bireysel koşullara bağlı olarak değişebilir. Randomize çalışmalardan veya iyi tasarlanmış gözlemsel çalışmalardan elde edilen veriler tüm hastalarda uygulamaya rehberlik etmek için yeterli değildir. Ayrıca, antikoagülan etkinin tamamen ortadan kalkması için en iyi yol, direkt oral antikoagülanlar için her zaman bilinmemektedir. Bu nedenle, bu yaklaşım klinik rehber olarak kullanılmalı an-

¹ Uzm. Dr., İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, sevindir@yahoo.com, ORCID iD: 0000-0003-1618-7394

² Uzm. Dr., Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, dr.remziekcici@yahoo.com, ORCID iD: 0000-0002-3346-4851

lirlenir) ve stabil varfarin antikoagülasyonundan sonra düşük molekül ağırlıklı heparine bırakılması önerilmektedir.

Tromboembolik Komplikasyon Riski;

Yüksek risk:

- » Mekanik aort kapağı artı ek bir tromboembolik risk faktörü (örneğin, önceki tromboembolizm [önceki üç ay içinde veya perioperatif]).
- » Eski nesil mekanik aort kapağı.
- » Herhangi bir mekanik mitral, triküspit veya pulmonik kapak.

Orta risk: İnme için bir veya daha fazla majör risk faktörü (atriyal fibrilasyon, geçirilmiş inme veya geçici iskemik atak, hipertansiyon, diyabet, kalp yetmezliği veya yaş >75) ile birlikte bilaflet mekanik aort kapağı varlığı orta risk olarak sınıflandırılır.

Düşük risk: Başka tromboembolik risk faktörü olmayan aort mekanik kapak varlığı düşük risk olarak sınıflandırılır.

DOAK Kullanan ve Böbrek Yetmezliği Olan Hastalar

DOAK alan böbrek yetmezliği olan hastalarda, yüksek riskli endoskopik prosedürlerden önce daha uzun bir kesilme süresi gerekir.

Dabigatranın ağırlıklı olarak renal atılımı (>%80) nedeniyle, kesilme süresi hastanın CrCl'ne bağlı olarak değişir:

- » CrCl 30 ila 49 mL/dk: İşlemden önce en az üç gün dabigatranı kesilmesi
- » CrCl <30 mL/dak (yani, ilacın yarı ömrü >24 saat): İşlemden önce en az beş ila yedi gün dabigatranı kesilmesi önerilir.

Diğer DOAK'ların (yani, edoksaban, rivaroksaban ve apiksaban) renal atılımı ≤ %50 olduğundan, yalnızca ciddi böbrek yetmezliği (CrCl <30 mL/dak) olan hastalar için özel doz ayarlaması gerekir. Bu DOAK'lar, bu tür hastalarda yüksek riskli prosedürlerden önce iki ila üç gün önce kesilmesi önerilmektedir (1).

KAYNAKLAR

1. ASGE Standards of Practice Committee, Acosta RD, Abraham NS, et al. The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2016; 83:3.
2. Becker RC, Scheiman J, Daurman HL, et al. Management of platelet-directed pharmacotherapy in patients with atherosclerotic coronary artery disease undergoing elective endoscopic gastrointestinal procedures. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54:2261.
3. Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, et al. Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141:e326S.
4. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med* 2019; 171:805.
5. Veitch AM, Radaelli F, Alikhan R, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update. *Endoscopy* 2021; 53:947.
6. Abraham NS, Barkun AN, Sauer BG, et al. American College of Gastroenterology-Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Management of Anticoagulants and Antiplatelets During Acute Gastrointestinal Bleeding and the Periendoscopic Period. *Am J Gastroenterol* 2022; 117:542.
7. Baron TH, Kamath PS, McBane RD. Management of antithrombotic therapy in patients undergoing invasive procedures. *N Engl J Med* 2013; 368:2113.
8. Baron TH, Kamath PS, McBane RD. New anticoagulant and antiplatelet agents: a primer for the gastroenterologist. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014; 12:187.
9. Gallego P, Apostolakis S, Lip GY. Bridging evidence-based practice and practice-based evidence in periprocedural anticoagulation. *Circulation* 2012; 126:1573.
10. Desai J, Granger CB, Weitz JI, Aisenberg J. Novel oral anticoagulants in gastroenterology practice. *Gastrointest Endosc* 2013; 78:227.
11. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Engl J Med* 1996; 335:909.
12. Choudari CP, Rajgopal C, Palmer KR. Acute gastrointestinal haemorrhage in anticoagulated patients: diagnoses and response to endoscopic treatment. *Gut* 1994; 35:464.
13. Rubin TA, Murdoch M, Nelson DB. Acute GI bleeding in the setting of supratherapeutic international normalized ratio in patients taking warfarin: endoscopic diagnosis, clinical management, and outcomes. *Gastrointest Endosc* 2003; 58:369.