

2.6 PREOPERATİF KOAGÜLOPATİ YÖNETİMİ VE BESLENME DURUMU DEĞERLENDİRMESİ

Emin PASHAZADE¹

1. AMAÇ

Kılavuzun bu bölümü, karaciğer nakli (LT) öncesi dönemde koagülasyon bozukluğu bulunan hastalarda, preoperatif süreçte pıhtılaşma yönetimini optimize ederek kanama ve tromboz risklerini azaltmayı ve cerrahi sonuçları iyileştirmeyi hedeflemektedir. Karaciğer hastalığına bağlı koagülopati, son evre karaciğer hastalığı (ESLD) ve akut karaciğer yetmezliği (ALF) gibi durumlarda sık görülür ve nakil öncesi titiz bir yönetim gerektirir.

2. KOAGÜLOPATİNİN TANIMI VE ÖNEMİ

- Karaciğer, pıhtılaşma faktörlerinin (Faktör II, V, VII, IX, X, protein C ve S) sentezinde anahtar rol oynar. Karaciğer yetmezliğinde sentez disfonksiyon, koagülopatiden (kanama riski) hiperkoagülabiliteye (tromboz riski) kadar değişen bir “rebalanse hemostaz” durumu yaratır
- Koagülopati, preoperatif dönemde kanama riskini artırır ve karaciğer nakli sırasında cerrahi komplikasyonlara neden olabilir; ancak INR ve APTT gibi geleneksel testler kanama veya tromboz riskini öngörmede yetersizdir (1-4).

¹ Uzm. Dr., Memorial Göztepe Hastanesi, eminpasazade@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-7304-0714
DOI: 10.37609/akya.3890.c2064



8. UYGULAMA ÖNERİLERİ

- Başlangıç: Tüm LT adaylarında koagülopati taraması (INR, trombosit, fibrinojen, TEG/ROTEM) yapılmalı; anormal sonuçlar için ek hemostaz testleri düşünülmelidir.
- Yönetim: TDP, trombosit transfüzyonu, TPO-R agonistleri, antifibrinolitikler ve faktör konsantreleri, kanama riskine göre bireyselleştirilmiş şekilde kullanılmalıdır; profilaktik kullanım önerilmez (1,6).
- İzlem: Cerrahi öncesi son 24 saatte koagülopati parametreleri tekrar değerlendirilmeli; nakil sırasında hemostaz monitörizasyonu sağlanmalıdır.

SONUÇ

Karaciğer nakli öncesi koagülopati yönetimi, bireyselleştirilmiş, dinamik bir yaklaşım gerektirir ve viskoelastik testlerin, profilaktik kan ürünleri kullanımının sınırlandırılmasının ve TPO-R agonistlerinin potansiyelinin önemini vurgular. Güncel kanıtlar, nakil öncesi hasta güvenliğini artırmayı ve cerrahi başarıyı optimize etmeyi hedefler, ancak uygulama bireysel duruma göre değişebilir (1).

KAYNAKLAR

1. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on prevention and management of bleeding and thrombosis in patients with cirrhosis. *J Hepatol.* 2022;76(5):1151-1184. doi:10.1016/j.jhep.2021.09.003
2. Northup PG, Garcia-Pagan JC, Garcia-Tsao G, et al. Vascular Liver Disorders, Portal Vein Thrombosis, and Procedural Bleeding in Patients With Liver Disease: 2020 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2021;73(1):366-413. doi:10.1002/hep.31646
3. Hakeem AR, Mathew JS, Aunés CV, et al. Preventing Small-for-size Syndrome in Living Donor Liver Transplantation: Guidelines From the ILTS-iLDLT-LTSI Consensus Conference. *Transplantation.* 2023;107(10):2203-2215. doi:10.1097/TP.0000000000004769
4. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on liver transplantation. *J Hepatol.* 2024;81(6):1040-1086. doi:10.1016/j.jhep.2024.07.032
5. Wagener G. Liver transplantation: Preanesthetic consultation and preparations. In: O'Connor MF, Nussmeier NA, eds. *UpToDate.* Updated August 31, 2023. Accessed December 2024.
6. Zanetto A, Rinder HM, Senzolo M, Simioni P, Garcia-Tsao G. Reduced Clot Stability by Thromboelastography as a Potential Indicator of Procedure-Related Bleeding in Decompensated Cirrhosis. *Hepatol Commun.* 2020;5(2):272-282. Published 2020 Dec 12. doi:10.1002/hep4.1641
7. Lindquist I, Olson SR, Li A, et al. The efficacy and safety of thrombopoietin receptor agonists in patients with chronic liver disease undergoing elective procedures: a systematic review and meta-analysis. *Platelets.* 2022;33(1):66-72. doi:10.1080/09537104.2020.1859102
8. Tandon P, Montano-Loza AJ, Lai JC, Dasarthy S, Merli M. Sarcopenia and frailty in decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2021;75 Suppl 1(Suppl 1):S147-S162. doi:10.1016/j.jhep.2021.01.025