

Uzman Yanıtları

Varfarin tedavisi almakta olan olgularda kalıcı pil yerleştirilmesi öncesi stratejiniz nedir?

Yanıt Günümüzde bradikardiyi gidermek, belli özellikleri bulunan kalp yetersizliğini tedavi etmek ve ventrikül taşiaritmisine bağlı ani ölümü önlemek amacıyla hastalara karmaşık özelliklere sahip kalp cihazları uygulanmaktadır. Cihazın hacmine, hastaların göğüs yapısına, derialtı dokusunun kalınlığına bağlı olarak cihazlar derialtı bölgesine, kasların fasyası arasına veya kas altına konmaktadır. Kalp pili ve ICD (implantable cardioverter defibrillator) cihazlarının elektrotlarını kalbe yerleştirmek için subklavyen ven ponksiyonu veya sefalik ven diseksiyon yöntemi kullanılmaktadır. Kalp cihazlarının yerleştirilmesi cerrahi bir işlem olduğundan, kanama, hematoma, pnömotoraks, hemotoraks, arter yaralanması gibi değişik komplikasyonların gelişme riski bulunmaktadır.

Mekanik kalp kapağı, derin ven veya sol ventrikül içi trombüsü bulunan ve atriyal fibrilasyon ritmine sahip, tromboemboli açısından riskli hastalarda, kalp pili veya ICD yerleştirilirken hem tromboemboli hem de kanama gelişmesinin önlenmesi gerekmektedir. Tromboemboli açısından riskli hastaların hemen hemen tümü işlem öncesinde oral antikoagülasyon kullanılmaktadır. AHA/ACC tedavi kılavuzu, oral antikoagülasyon kullanan hastalarda işleme alınmadan belli bir süre önce varfarin tedavisinin sonlandırılmasını ve heparin tedavisine başlanmasını, yerleştirmenin INR değeri düştükten sonra (<1.5) yapılmasını önermektedir. Oral antikoagülasyon yerine parenteral heparin veya düşük moleküler ağırlıklı subkutan heparin kullanılmaktadır. Tedavi kılavuzlarının önerileri dışında, kalp cihazı uygulanması gereken ve öncesinde varfarin kullanan hastalarda değişik yöntemlerin uygulandığı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, hastalara genellikle iki veya üç farklı tedavi sistemi uygulanarak işlemlerin sonuçları ve komplikasyonları kar-

şılaştırılmıştır. Yerleştirme işlemi, hastaların bir kısmı varfarin tedavisi altında iken (INR 2-3.5), bir kısmı ise varfarin kesilip geçici heparin uygulanırken yapılmıştır. Mekanik kalp kapağı bulunmayan, tromboemboli açısından düşük riskli hastaların bir kısmına ise antikoagülasyon uygulanmadan yerleştirme işlemi gerçekleştirilmiştir. Cihazın varfarin tedavisi kesilmeden yerleştirildiği hasta grubuna göre, varfarin kesilerek köprü heparin tedavisi uygulanan hasta grubunda hematoma ve iskemik atakların daha sık görüldüğü, hastaneye yatış süresinin uzadığı ve masrafların daha fazla olduğu görülmüştür. Tromboembolik atakların en sık varfarin veya heparin tedavisi uygulanmadan işleme alınan hasta grubunda geliştiği bildirilmiştir. Çalışmalarda, cihazların etkili INR düzeyi sağlayan varfarin tedavisi altında takılmasının emniyetli bir seçenek olabileceği vurgulanmaktadır.

Kalp cihazı takılacak hastalarda gerek işleme ait riskin, gerekse sistemik risklerin en aza indirilmesi gerekmektedir. Çalışmalarda, varfarin tedavisi altında iken cihaz yerleştirilmesinin emniyetli olduğu ve bir seçenek olarak uygulanabileceği önerilse de, varfarin tedavisi altında işleme alınan hastalarda gelişebilecek arteriyel travma, hemotoraks gibi komplikasyonların ciddi sonuçlara yol açabileceği düşüncesindeyim. İşleme alınmadan 3-5 gün önce varfarinin kesilmesi ve heparine başlanması, işlemin INR değeri 1.5 altına indikten sonra gerçekleştirilmesi uygun görülmektedir. Antikoagülasyon kullanan hastaların venöz girişlerinin emniyetli yapılmasına özen gösterilmelidir. Bu hasta grubunda, arteriyel ponksiyon, hemotoraks, pnömotoraks ve doku travması gibi komplikasyonlardan kaçınmak amacıyla, ven ponksiyonunun özellikle venografi eşliğinde skopi altında yapılması, gerekirse sefalik ven tekniğinin kullanılması daha emniyetli olmaktadır. Oral antikoagülasyon alan hastalarda, işlemden 3-5 gün önce var-

farin kesilerek heparin tedavisine başlanır. Parenteral heparin uygulamasında, işlemden 4-6 saat önce heparin kesilir ve işlemden 12 saat sonra tekrar başlanır. Subkütan düşük moleküler ağırlıklı heparin uygulamasında ise, son doz işlemden 12-18 saat önce yapılır ve işlemden 24 saat sonra tekrar başlanır. İşlem sonrası heparin ile birlikte varfarin tedavisine devam edilir ve INR etkili düzeye ulaştıktan sonra heparin kesilir.

Klinik uygulamamızda, mekanik kapaklı ve eski beyin kanaması öyküsü olan bir hastada subkütan heparin kullanımına bağlı olarak beyin kanaması gelişti. Yine mekanik kapaklı bir hastada subkütan heparin kullanımına bağlı olarak ciddi hematoma gelişirken, buna bağlı olarak kalp pili cebinde açılma görüldü. Plastik cerrahi tarafından kalp pili cebinin onarılmasıyla hasta tedavi edildi.

Sonuç olarak, varfarin kullanan hastalarda, köprü heparin tedavisi kullanılması, ponksiyonun emniyetli ve işlemde kanama kontrolünün iyi yapılması, işlem sonrası hasta mobilizasyonunun eğitimine dikkat edilmesi gerekmektedir.

Dr. Ahmet Vural

*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli*

Yanıt Kalıcı kalp pili takılması sırasında, cerrahi işleme bağlı kanamaların yanı sıra subklavyen venin kanülize edilmesi sırasında da kanamalar olabilir. Ayrıca, subklavyen arter zedelenmesi ve hemotoraks gibi işlemin olası komplikasyonları sırasında da ciddi kanamalar görülebilir. Kanama eğilimini artırdığı için,

varfarin kullanan hastalarda kalıcı kalp pili ya da defibrilatör yerleştirilmesi sırasında varfarinin kesilmesi, hastanın INR değeri terapötik düzeyin altına düşünce heparine başlanması, işlem günü heparin verilmeden işlemin yapılması daha sonra hastanın INR değerleri terapötik düzeye erişinceye kadar antikoagülasyonun yine heparinle desteklenmesi önerilirdi. Ancak, son zamanlarda bu uygulamalarda da önemli komplikasyonların görülebileceği ve yerleştirme işleminin varfarin kesilmeden de yapılabileceği bildirilmektedir.

Kalıcı kalp pili takılacak hastalarda antikoagülasyon stratejisini belirleyecek olan temel unsur antikoagülasyon uygulamasının nedenidir. Mekanik protez kapağı olan ya da tromboemboli açısından yüksek riskli olan hastalarda antikoagülasyona ara vermek çok riskli bir durumdur. Bu hastalarda varfarin tedavisi kesilmeden ve INR terapötik bir düzeydeyken işlemin dikkatli bir teknik ile yapılması mümkündür. Tromboemboli açısından düşük riskli olan hastalarda (CHADS2 ya da CHA2DS2-VASc skoru 1 olan) antikoagülasyona kısa bir süre ara verilmesi, işlemin hastanın INR değerleri terapötik düzeyin altına düşünce yapılarak varfarin tedavisine hemen tekrar başlanması uygun bir yaklaşım olacaktır. Ancak, bu sırada hastanın INR değerlerinin terapötik düzeyin altında kaldığı sürenin iki günü aşmamasına özen gösterilmelidir. Bu öneriler genel yaklaşımlar olup, antikoagülasyon stratejisinin her hasta için ayrı değerlendirilmesi gerekir.

Dr. Bülent Özün

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*