

Uzman Yanıtları

Dabigatran kullanırken gastrointestinal kanama geçiren yüksek inme riskine sahip atriyum fibrilasyonlu hastada antikoagülan tedavi rejimi nasıl düzenlenmeli?

Yanıt 1. Olguda “yüksek inme riski” olduğu için antikoagülan tedavi mutlaka verilmelidir. Ana prensip bu olmalıdır.

2. Ana prensipten hareketle, mutlaka bir gastroenteroloji konsültasyonu yapılarak, kanamaya yol açan lezyonun saptanması ve tedavi edilmesi konusunda gayret sarf edilmelidir. Bu başarılabilirse, takip eden dönemlerdeki antikoagülan tedavinin gastrointestinal kanama (Gİ) riski azaltılabilecektir.

3. Olgunun kreatinin klirensi kontrol edilmelidir. Klirens 50 ml/dak üzerinde ise sorun yoktur. Eğer 30-50 ml/dak arasındaysa dabigatran 150 mg’dan kaçınmakta fayda vardır, ancak dabigatran 110 mg kullanılabilir. Klirens 30 ml/dak altında ise tek seçenek varfarindir. Bu olguda kreatinin klirensinin 50 ml/dak üzerinde olduğu varsayımı ile bir yaklaşımda bulunulacaktır.

4. Gastrointestinal kanama olduğunda hastanın almakta olduğu dabigatran dozu önemlidir. Çünkü 150 mg dozunda varfarinden daha fazla Gİ kanamaya yol açan dabigatranın 110 mg dozunda böyle bir durum söz konusu değildir. Yaklaşım iki farklı doz için ayrı ayrı geliştirilmelidir.

5. Bugün itibariyle kapakla ilgili olmayan atriyum fibrilasyonunda etkili oral antikoagülan seçenekleri arasında varfarin, dabigatran (iki farklı dozda), rivaroksaban ve apiksaban

bulunmaktadır. Yeni oral antikoagülanların varfarinle kıyaslanmış olduğu çalışmalar olmakla birlikte, birbirleri ile karşılaştırıldıkları bir çalışma bulunmamaktadır. Varfarine kıyaslandığında dabigatran 150 mg ve rivaroksabanın daha fazla Gİ kanamaya yol açtığı bilinmektedir. Diğer taraftan dabigatran 110 mg ve apiksaban ile ilgili böyle bir kısıtlılık yoktur. Bu bilgilerden hareketle;

a. Olgu eğer dabigatran 150 mg kullanırken kanama geçirdi ise, takipte varfarin, dabigatran 110 mg veya apiksabana geçmek düşünülebilir. Eğer gastroenteroloji konsültasyonu sonucu kanamaya yol açan spesifik bir lezyon saptanıp tedavi edilebilirse dabigatran 150 mg’a devam etmenin de makul bir yaklaşım olabileceği görüşündeyim.

b. Olgu eğer dabigatran 110 mg kullanırken kanama geçirdi ise, kanama riski açısından daha emniyetli bir ilaç seçeneği bulunmadığından, gastroenterolojik değerlendirme ve lezyona has tedaviye ağırlık verilmesi gerektiği kanaatindeyim. Ancak yine de takipte varfarin veya apiksaban ile devam edilmesi de düşünülebilir görüşündeyim.

c. Dabigatranın herhangi bir dozunu kullanırken Gİ kanama geçiren her olguda birlikte proton pompa inhibitörü kullanımı akla getirilmeli, ancak bu konuda da gastroenterolojinin görüşü alınmalıdır. Çünkü dabigatran ilintili Gİ kanamaların önemli bir kısmı alt Gİ sistem kökenli olduğundan böyle bir tedavinin getirisini öngörmek güç olabilir.

Dr. Murat Özdemir

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara