

Editöre Mektup

¹Kavalcı C., ¹Güldiken S., ²Durukan P.

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Edirne

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Kayseri

Sayın Editör:

44 yaşında erkek hasta Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Anamnezde 2 gündür göğüs ağrısı, nefes darlığı, öksürük, sarı-yeşil renkli kanlı balgam, halsizlik, son 20 gündür ara ara hemoptizi ve burun kanaması şikayetleri olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde yaklaşık 1 ay kadar önce miyokard enfarktüsü geçirdiği, 30 yıldır günde 1-2 paket sigara içtiği ve Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olduğu öğrenildi. Hasta Cilazapril (İnhibace®) 5 mg tb 1x1, Varfarin (Coumadin®) 5 mg tb 1x1, Metoprolol suksinat (Beloc zok®) 50 mg tb 1x1, Famotidine (Famodin®) 40 mg tb 1x1, Furosemide (Lasix®) 40 mg tb 1x1, Asetilsalisilik asit (Coraspin®) 100 mg tb 1x1, digoxin (Digoksin®) 0.25 mg tb 1x1, Salmeterol ksinafoate 50 mcg+Fluticasone propionate (Seretide diskus®) 500 mcg 2x1 kullanıyormuş. Fizik muayenede genel durumu orta, TA: 120/70 mmHg, N:115 atım/dk, sağ akciğer üst zonda solunum sesleri azalmış, sağ akciğer alt zonlarda kaba raller mevcuttu.

Yapılan laboratuvar incelemelerinde WBC=17.800/mm³, Hemoglobün=7.1g/dl, Hemotokrit=21.2%, Trombosit=413,000mm³, Üre=143mg/dl, Kreatinin=2.2mg/dl, ALT=39U/l, AST=52U/l, LDH=1235U/l, CK=672U/l, CK-MB=39U/l, CRP=6.36mg/dl, PTZ>200sn, INR ölçülemeyecek kadar yüksekti, sedimantasyon=28 mm/saat idi. EKG'de ritm sinüs, hız 115 atım/dakika, V1-3'de R kaybı ve sol dal bloğu; PA Akciğer grafisinde sağ Akciğer alt zonlarda alveolar infiltrasyon vardı (Resim). Pnömoni düşünülerek göğüs hastalıkları konsültasyonu istendi ve Amoxicillin trihidrat-Potassium clavulanate (Augmentin BID®) 1 g tablet 2x1, Asetilsisteine (Asist süspansiyon®) 3x1 başlandı. Dahiliye konsültasyonu sonucu hastaya 2 ünite taze donmuş plazma, 2 ünite eritrosit süspansiyonu verilmesi planlandı. Takipte hastanın karın ağrısı şikayeti gelişti. FM'de her iki akciğer alt zonlarda krepitan raller ve epigastriumda hassasiyeti vardı. PA akciğer grafisi tekrarlandı ve batın USG yapılması planlandı. Yapılan USG'sinde batın içi kanama lehine bulgu saptanmadı. Nörolojik taraf veren bulgu olmadığı için intraserebral kanama düşünülmüdü. Batın USG temiz olduğu için batın içi kanama düşünülmüdü. Takip sırasında hastaya Taze donmuş plazma verilirken solunumu yüzeyelleşti. Hasta entübe edildi. Kardiyak arrest gelişmesi üzerine kardiyopulmoner resüsitasyona (CPR) başlandı. 45 dakika CPR'a yanıt vermeyen hasta eksitus olarak kabul edildi.

Varfarin tromboembolizm riskinin bulunduğu veya tromboembolik olayların meydana geldiği klinik durumlarda tedavi ve profilaksi amacıyla kullanılan antikoagülan bir ajandır. Varfarin kullanan hastalarda INR değerinin 2'den küçük olmasının tromboemboli riskini artırdığı, 5'den büyük olmasının ise kanama riskini artırdığı bildirilmiştir. Antikoagülan tedavi sırasında kanama komplikasyonu sık değildir. Ancak hayatı tehdit edebilir^(1,2). Türkiye'de yapılan bir çalışmada Nergis ve arkadaşları akciğer içine kanama oranını %2.6 olarak bildirmiştir⁽²⁾.

Varfarinin en sık kullanım endikasyonları atriyal fibrilasyon, venöz tromboembolik hastalık ve kalp kapak hastalıklarıdır⁽¹⁾. Yapılan klinik çalışmalarda varfarine bağlı kanamaların farklı şekilde prezente olduğu görülmüştür. Bazı çalışmalarda GIS kanaması⁽³⁾, bazılarında intraserebral kanama^(2,4) en sık olarak bildirilmiştir. Akciğer içine kanama ise nadir görülmektedir. Yıldırım ve arkadaşları pulmoner emboli şüphesiyle varfarin başlanan bir hastada gelişen hemotoraks vakası bildirmiştir⁽⁵⁾. Bizim hastamız başlangıçta pnömoni olarak değerlendirilmiştir. Tüm bulgular pnömoni lehine idi. Tedavi de ona göre planlandı. Ancak ardından daha ayrıntılı bir inceleme sonrasında varfarin kullanımına bağlı alveol içine kanama olduğu tespit edildi. KOAH zemininde gelişen bu kanama takipler sırasında hastanın solunum arrestine girmesine neden oldu.

Varfarin kullanımı sırasında gelişen kanamalarda doz aşımı tedavisi yapılmalıdır. İlaç alımı durdurulmalı, TDP verilmeli ve K

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar:

Yrd. Doç. Dr. Cemil Kavalcı

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, EDİRNE

Tel: 0505 5762819

Fax: 0284 2352730

E mail: cemkavalci@yahoo.com

Başvuru Tarihi: 08.09.2008

Kabul Tarihi: 17.09.2008

vitamini yapılmalıdır. Ancak kalp kapak hastalığı olanlarda tromboemboli açısından dikkatli olunmalıdır. Birçok farklı çalışmada varfarin tedavisinde kanama komplikasyonu açısından riskin özellikle tedavinin başlangıcından sonra ilk 90 gün içinde fazla olduğu bildirilmiştir⁽⁴⁾. Bizim hastamızda da kanama ilk 30 gün içinde görülmüştür.

Sonuç olarak, INR ve PTZ düzeyi yüksek hastalar takip edilirken GIS ve intraserebral kanama yanında akciğer içine kanama olabileceği ihtimali de göz önünde tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Kearon C, Gingsberg JS, Kovacs MJ, Anderson DR, Wels P, Julian JA et al. Comparison of low-intensity warfarin therapy with convantional-intensity warfarin therapy for long term prevention of recurrent venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2003; 349: 631-639
- 2- Nergis C, Baydın A, Karataş AD, Güven H, Doğanay Z, Yardan T. Acil Servise kanama nedeniyle başvuran Varfarin kullanan hastaların geriye dönük incelenmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2006; 6: 56-59
- 3- Ansell J, Hirsh J, Dalen J, Bussey H, Anderson D, Poller L et al. Managing oral anticoagulant therapy. *Chest* 2001; 119 : 22-38
- 4- Fanikos J, Grasso-Correnti N, Shah R, Kucher N, Goldhaber SZ. Major bleeding complications in a specialized anticoagulation service. *Am J Cardiol* 2005; 96: 595-598
- 5- Yıldırım C, Tunçözgür B, Sivriköz C, Elbeyli B. Politravmatize hastada warfarin kullanımına bağlı hemotoraks ve retroperitoneal kanama. *Ulusal Travma Derg* 2001;7:267-69.

