

DERLEME

REVIEW

CBU-SBED, 2020, 7(1): 81-83

Gebelikte Tromboemboli ve Antikoagülan Kullanımında Ebelik Yaklaşımı

The Midwifery Perspective on Thromboembolism and Using Anticoagulation During Pregnancy

Ünzüle Serin^{1*}, Nuran Aydın Ateş¹, Asiye Ayar Kocatürk¹

¹İstanbul Medipol Üniversitesi, Beykoz, İstanbul, Türkiye

e-mail: userin@st.medipol.edu.tr, naydin@medipol.edu.tr, akocaturk@medipol.edu.tr

Orcid: 0000-0002-1832-9918

Orcid: 0000-0003-0582-1484

Orcid: 0000-0003-1423-648X

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Ünzüle Serin¹

Gönderim Tarihi / Received: 02.12.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 17.01.2020

DOI: 10.34087/cbusbed.575944

Öz

Gebelikte koagülasyon faktörlerinin artmasıyla birlikte doğal antikoagülanlar ve fibrinolitik aktivite de azalma olmaktadır. Ayrıca büyüyen uterus nedeniyle venöz dönüşün artması, artmış östrojen ve progesteron nedeniyle oluşan venöz atoni ve mobilizasyonun azalması tromboz eğilimi arttırmaktadır. Gebe bir kadında derin ven trombozu tanısı için doppler ultrasonografi, kompresyon ultrasonografi veya kontrast venografi kullanılmaktadır. Tedavide antikoagülasyonlar önemli bir yere sahiptir. Ancak gebelik ilaç kullanımına dikkat edilmesi gereken bir dönemdir. Bu nedenle gebelikte heparin ve türevleri kullanılmaktadır. Umbilikal kord yoluyla çoğu ilaç fetüse geçmekte ve anomalilere neden olabilmektedir. Bununla birlikte kanama, hematoma, trombositopeni gibi hayati önem taşıyan yan etkileri vardır. Postpartum dönem kanamaları engellenemez ise anne ölümlerine neden olabilmektedir. Bu nedenle gebenin iyi değerlendirilmesi ve kontrollerinin düzenli yapılması gerekmektedir. Olası komplikasyonlara karşı gerekli önlemler alınmalıdır. Bu kontrollerin yapılması, izlemi ve gebenin eğitilmesinde ebeğin doğru ilaç, doğru hasta, doğru yol, doğru zaman ve doğru doz gibi güvenli ilaç uygulama ilkeleri açısından değerlendirmeli; aynı zamanda ilaçların etki ve yan etkisini izlemelidir.

Anahtar Kelimeler: Antikoagülan, ebelik, gebelik, tromboemboli

Abstract

Coagulation factors during pregnancy increase natural anticoagulants and fibrinolytic activity also decreased. Besides, due to the growing uterus increased venous return, increased estrogen and progesterone decrease venous atony and mobilization caused by the tendency to thrombosis. A pregnant woman Doppler ultrasound for the diagnosis of deep vein thrombosis, compression ultrasonography or contrast venography. The treatment of anticoagulation is important. However, the use of drugs in pregnancy is a period to be considered. Heparin and its derivatives are used in pregnancy for this reason. Most of the drugs going through to the fetus through the Umbilical cord and can lead to anomalies. However, bleeding, hematoma, thrombocytopenia is vital, such as side effects. It is not possible to prevent postpartum period bleeding is a cause of maternal mortality. Therefore the evaluation and control of the pregnancy must be made regularly. The necessary precautions should be taken against possible complications. This training in the construction, monitoring, and control in the midwife's conception of the right medicine, right patient, the right way, the right time and the right dose of safe medication practice in terms of evaluative principles; the effects and side effects of medications at the same time must be watched.

Keywords: Anticoagulant, midwifery, pregnancy, thromboembolism

1. Giriş

Tromboemboli; derin ya da yüzeysel venlerde tromböz oluşumuna bağlı olarak inflamasyon gelişmesidir.

Gebelikte progesteronun ven duvarlarına yaptığı gevşetici etkiyle genellikle alt ekstremitelerde görülen venöz staz, kandaki pıhtılaşma faktörlerinin artışına neden olmaktadır. Bu durum lohusalıkta da bir süre

devam eder. Gebe bir kadında tromboemboli görülme olasılığı diğer kadınlara kıyasla 4-5 kat daha fazladır. Gebelikteki tromboembolik rahatsızlıkların %80'i venözdür ve prevalansı 1000 gebelikte 0,5-2.0 şeklindedir. Tromboembolik olayların yarısı gebelikte, diğer yarısı ise postpartum dönemde meydana gelmektedir [1, 2]. Venöz tromboemboli insidansı sezaryen doğumlarda vajinal doğumlara oranla 2-4 kat fazladır. Bu nedenle antenatal bakım çok önemli bir yere sahiptir. Özellikle riskli grupların sıkı takip edilmesi gerekmektedir. Postpartum dönemde özellikle de postpartum birinci haftada tromboemboli riski gebelikte olduğundan daha yüksektir. Genelde doğumdan 10 gün sonra ısı artışı, titreme, ağrı, kızarıklık ve venöz dolaşımın staza uğradığı bölümlerde şişkinlik ile kendini gösterir. İki ana olası komplikasyon söz konusudur; akciğer embolisi (akciğere ulaşan bir kan pıhtısı) ve post-trombotik sendrom (DVT (Derin Ven Trombozu) sonrası gelişen geri dönüşümsüz varis hastalığı). Tedavi hedefleri; akciğer embolisinin önlenmesi, trombozun ilerlemesinin durdurulması, tromboze olan damarların reperfüzyonu ve rekanalizasyonu, posttromboflebitik sendromun ve trombus nükslerinin önlenmesi, pulmoner hipertansiyonun engellenmesidir. Tedavide antikoagülan ilaçlar kullanılmaktadır. Antikoagülan ilaçlar, pıhtılaşma faktörlerinin etkinliğini ya da sentezini bozarak pıhtılaşma sürecini inhibe eden ve kanın koagülasyon yeteneğini azaltan ilaçlardır [3, 4]. Tromboembolinin önlenmesi, erken dönemde tanılanması, tanılama sürecinde fetal ve maternal sağlığın korunması, tedavi ve bakım giderlerinin azaltılmasında, ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesinde ve tedavinin takibinde ebellek bakımı ve eğitimi önemli yere sahiptir [5, 6].

Gebelikte Tromboemboli Nedir? Ne Kadar Görülür?

Venöz tromboemboli, venöz dolaşımda oluşan tüm patolojik trombozların genel adıdır. Venöz tromboemboli etiyolojisinde 19. yüzyıl başlarında tarif edilmiş Virchow teorisi halen geçerlidir. Bu teoriye göre staz, damar duvarı harabiyeti ve kandaki hiperkoagülabilité VTE oluşmasındaki üç ana kriterdir. Bu kriterlerden en az biri VTE riskini arttırmaya yeterlidir. En sık olarak alt ekstremité derin venlerinde görülür ve derin ven trombozuna (DVT), üst ekstremité, pelvis ve diğer venlerde görüldüğünde ise pulmoner emboliye (PE) neden olabilir [5, 7]. Gebelikte ilişkili venöz tromboemboli olgularının %75'inde derin ven trombozu (DVT), %20-25'inde pulmoner emboli görülmektedir. Tromboembolik olayların yarısı gebelikte, diğer yarısı ise postpartum dönemde meydana gelmektedir. Venöz tromboemboli 100,000 doğumda 1,1 oranında ölüme yol açmaktadır [2, 8].

Gebelikte Tromboemboli Belirtileri ve Komplikasyonları

DVT olgularının yaklaşık %90'ı asemptomatik seyretmekle birlikte, belirtiler venöz tıkanma olduğunda ortaya çıkmaktadır. Venöz tıkanmanın ilk belirtisi olan solukluk, yüzeysel tromboflebit gelişikten sonra periferik eritem oluşur. Daha sonra ven tıkanıklığı ve

dilatasyonu nedeniyle etkilenen ekstremitéde sıcaklık hissi, renk değişimi, düşük dereceli ateş, şişlik, ödem, lokal kızarıklık, hassasiyet ve ağrı gelişir. Ağrı genellikle baldır, popliteal fossa, ön uyluk ya da kasık bölgesinde hissedilmektedir. DVT'ler kopmaya ve kan yoluyla hareket etmeye daha yatkındır bu da PE riskini arttırmaktadır. DVT'nin en önemli komplikasyonu PE'dir. PE gelişen durumlarda en sık rastlanan semptomlar dispne, kollaps, taşikardi, hemoptizi, solukluk veya siyanoz solunum sıkıntısı, derin solunum ve öksürme ile göğüs rahatsızlık hissidir [5, 6].

Gebelikte Tromboemboli İçin Risk Faktörleri]

- Gebelikte üçüncü üç ayda risk artmaktadır.
- Geçirilmiş tromboemboli öyküsü olması
- Kalıtsal veya edinsel trombofili
- Obezite
- Hemoglobino-pati
- Hipertansiyon
- Sigara kullanımı

Gebelik Tromboemboli Tanı ve Tedavisi

Gebede DVT tanısı koymak doppler ultrasonografi, kompresyon ultrasonografi veya kontrast venografi kullanılabilir. PE şüphesi var ise tanı testleri olarak ventilasyon-perfüzyon doppleri, akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografi (BT), pulmoner anjiyografi, göğüs radyografisi kullanılır. Gebeliğin 6.-12. haftaları arasında fetüsün radyasyona duyarlılığı fazla olduğundan PE tanısı için Manyetik Rezonans (MR) uygundur [5]. Gebelik ilaç kullanımı yönünden özen gösterilmesi gereken bir dönemdir. Fetüste anomalilere neden olabilmektedir. Gebelikte fraksiyone olmayan heparin (UFH) ve düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) yaygın olarak kullanılmaktadır. Varfarin plasental bariyeri geçebildiğinden embriyopati ve fetal intrakranial kanamaya neden olabilir. UFH ve DMAH plasentayı geçemediğinden fetal kanama ve teratojenetiye neden olmazlar. Doğum sırasında istenmeyen antikoagülan etkiyi önlemek için (kanama gibi) DMAH veya UFH, elektif doğum indüksiyonu veya sezaryenden 24-36 saat önce kesilmesi gerekmektedir [9, 10]. Tedavisinde nonfarmakolojik yöntem olarak antiembolik çoraplar, dereceli kompresyon çorapları ve aralıklı pnömatik kompresyon gibi araçlar kullanılabilir. Bu araçlar kasların damarlar üzerindeki basıncına benzer olarak ayak bileğinden yukarı doğru alt ekstremité boyunca venler üzerinde basınç oluşturarak venöz dolaşımı kolaylaştırır [11, 12].

Gebelikte Tromboemboli Yönetimi ve Ebenin Sorumlulukları

Ebe; antikoagülan ilaç kullanan gebeleri doğru ilaç, doğru hasta, doğru yol, doğru zaman ve doğru doz gibi güvenli ilaç uygulama ilkeleri açısından değerlendirmeli, ilaçların etki ve yan etkisini iyi bilmeli ve izlemelidir. Ebe gebenin antikoagülan ilaçları kullanmaya başladığı andan itibaren ilacın kandaki değerinin izlemeli, bu değerleri kayıt etmeli, doktor kontrolleri, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri, egzersiz ve seyahat hakkında gebe ve

ailesini bilgilendirmeli, gebenin antikoagülan ilaçları güvenli bir şekilde kullanmasını sağlamalıdır. Kritik bir ilaç olan antikoagülan ilaçların kanama, ekimoz ve diğer komplikasyonlarının oluşmasının önlenmesinde ebeler ve diğer sağlık personellerinin dikkatli olması gerekmektedir. Heparin tedavisine bağlı gelişebilecek sorunları en aza indirmek için ebeler; gebenin aPTT değerlerini düzenli olarak değerlendirmeli, yaşamsal bulguları iç kanama belirtileri yönünden sık izlemelidir. [3, 4] Lokal soğuk uygulama; kan damarlarında vazokonstriksiyon yaparak ekimoz ve hematoma oluşumunda ağrı algılanmasını sağlayan reseptörlere etki ederek ağrı hissini azalttığı için uygulanmalıdır. Deri hazırlığında alkol kullanılması vazodilatasyona bağlı kanamaya neden olacağı için, enjeksiyon bölgesi kuruduktan sonra DMAH uygulanmalıdır. Heparin başka ilaçlarla karıştırıldığında inaktif olabileceğinden heparin tek olarak uygulanmalıdır. Ebeler gebelere özel egzersiz-aktivite-dinlenme programı oluşturmalıdır. Aktivite-egzersiz programında, alt ekstremitelerde kan dolaşımını hızlandırmaya ve staza bağlı emboli gelişimini önlemeye yardımcı olacak yürüme egzersizlerine yer alabilir. Ayrıca solunum sistemi için de derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılmalıdır [5, 6].

Sonuç

Ebeler gebelikte tromboemboli riskinin 4-5 kat arttığının bilincinde olmalıdır. Gebelerin risk tanınmasını iyi yapmalıdır. Bu nedenle ebeler hastalığın erken tanınması, yönetilmesi, iyi bir bakımın verilmesi, tedavinin takibi, komplikasyonların önlenmesi, gebenin eğitim ve tedaviye uyumunu sağlamakla sorumludurlar. Ebelerin tromboembolinin tanı, tedavi ve önlenmesinde yeterli bilgiye sahip olmaları sağlıklı fetal ve maternal sağlığın korunmasında önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda tedavinin gebelikte ve doğum sonu dönemde gidişatı hakkında gebeler bilgilendirilmelidir. Tedavinin fetal sağlığa etkileri ve yan etkileri hakkında gebenin endişeleri giderilmelidir. Gebenin tedaviye uyumunun sağlanması ve aktif katılması tedavi sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle bilgili ve bilinçli ebeler tedavi sürecinde anne ve bebek için önem taşımaktadır.

Referanslar

1. Chan WS, Rey E, MD, Kent NE. Venous Thromboembolism and Antithrombotic Therapy in Pregnancy. Sogc Clinical Practice Guideline, 2014, 308, 534-536.
2. Çorbacıoğlu Esmer, A, Gebelikte Tromboembolizm, Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği
3. Duru Aşiret, G, Özdemir, L, Antikoagülan İlaçların Güvenli Kullanımında Hemşirenin Sorumlulukları, Nurses Responsibilities of Safe Use of Anticoagulant Drugs (Derleme), Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2012, 58-68.
4. Heparin ve ilaç etkileşimi. URL: <http://www.ilacrehberi.com/cgi-bin/vademecum.asp?ilac=37550&tb=7>, (11.03.2013).
5. Hübek Akarsu, R, Oskay, Ü, Venous thromboembolism in pregnancy and nursing care. Medeniyet Medical Journal, 2015, 30(2), 89-95. <https://doi.org/10.5222/MMJ>, 2015, 089
6. Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S, Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2011, 4(4), 153-158.
7. Avşar G, Kaşıkçı M, Assessment of four different methods in subcutaneous heparin applications with regard to causing bruise and

pain. International Journal of Nursing Practice, 2013, 19, 402-408. <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12079>

8. Thromboembolism in pregnancy. Practice Bulletin No. 123. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetrics & Gynecology, 2011, 118, 718-29.
9. Akay, M, Gebelik ve antikoagülasyon, 22 XXXVII. Ulusal Hematoloji Kongresi (IV), 2011, 22-25.
10. Arya R, How I manage venous thromboembolism in pregnancy. British Journal of Haematology, 2011, 153, 698-708.
11. Karadağ B, İkitimur B, Öngören Z, Yeni oral antikoagülan ve antiagregan ilaçları kullanan hastalarda perioperatif yaklaşım, Türk Kardiyol Derneği Arşivi. 2012, 40(6), 548-551.
12. Kurtoglu, M, Yanar, H, et al, Venöz Tromboemboli Tanı, Tedavi ve Profilaksi, Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences, 2006, 2(25), 8-21.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-GayriTicari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

