



Aile Hekimliğinde Ayırışmamış Hasta: Akut Derin Ven Trombozu-Olgusu Sunumu Undifferentiated Patient in Family Medicine: Acute Deep Vein Thrombosis- A Case Report

ID Naciye Dereli Etlik¹, **ID** Kenan Taştan¹

¹ Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

ÖZET

Venöz tromboembolizm (VTE) önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Akut derin ven trombozunun (DVT) poliklinikte değerlendirilmesi ve tanısı güçtür. Kliniği asemptomatik olabileceği gibi, akut dönemde ekstremitelerde ağrı, şişlik, kızarıklık gibi semptomlara yol açabilir. Bazen de trombüsün ilerlemesiyle sekonder embolilere yol açarak tanı alabilir. Klinik muayene ile şüphe durumunda kan tetkiki ve görüntüleme yapılmalı, kesin tanı için doppler ultrasonografide ven üzerinde kompresibilite kaybının tespit edilerek semptomlara yönelik ayırıcı tanının yapılması gerekmektedir. Tanının konmasıyla vakit kaybetmeden antikoagülan tedavi başlanmalıdır. Erken tanı ve doğru tedavi ölümcül bir komplikasyon olan pulmoner emboli (PE) ile diğer ciddi komplikasyonlara yol açan nökslerin oluşumunu çok yüksek oranda engeller. Daha önce doktor tarafından değerlendirilmemiş, kategorize edilmemiş ve tanı almamış semptom topluluklarına ve hastalıklara ayırışmamış hasta/hastalık ismi verilmektedir. Bu makalede bacak ağrısı ile polikliniğimize başvuran, akut derin ven trombozu teşhisi konularak kapsamlı yaklaşım sayesinde erken dönemde tedavi başlanan ayırışmamış hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, antikoagülasyon, ayırışmamış hasta, derin ven trombozu

ABSTRACT

Venous thromboembolism is an important cause of mortality and morbidity. Acute deep vein thrombosis is difficult to evaluate and diagnose in the outpatient clinic. The condition may be asymptomatic or may cause symptoms such as pain, swelling and redness in the extremities in the acute phase. Sometimes deep vein thrombosis can be diagnosed by progression of the thrombus causing secondary embolism. Blood tests and imaging should be performed in case of suspicion with clinical examination, and for definitive diagnosis. Doppler ultrasonography should confirm loss of vein compressibility and a differential diagnosis should be made for symptoms. Anticoagulant treatment should be initiated immediately upon diagnosis. Early diagnosis and correct treatment prevents the occurrence of pulmonary embolism, which is a fatal complication, and recurrences, which are other serious complications, at a very high rate. Symptom clusters and diseases that have not been previously assessed, categorized and diagnosed by a doctor are called undifferentiated patients/diseases. In this article, we present an undifferentiated patient who presented to our outpatient clinic with leg pain and was diagnosed with acute deep vein thrombosis and treatment was initiated in the early period thanks to a comprehensive approach.

Keywords: Anticoagulation, deep vein thrombosis, family practice, undifferentiated patient

GİRİŞ

Derin ven trombozu (DVT); staz, endotel harabiyeti ve hiperkoagülabiliteden oluşan Virchow triadının bir veya birkaç bileşeni ile oluşur (1,2). Trombüs gelişiminde en önemli risk faktörü, venöz sistemde kan akımının yavaşlamasıyla oluşan venöz stazdır (3). DVT'nin görülme sıklığı her 10.000 kişide 5-20 hasta arasında değişmektedir (1,2). İnsidansı 60 yaş üzerinde %1'e kadar yükselmektedir (1). Obezite, yaş, postoperatif dönem, immobilyasyon, uzamış yatak istirahati, venöz yetersizlik, gebelik, intravenöz kateterler, majör travma (pelvis ya

da alt ekstremitte), malignite, genetik trombofili gibi faktörler DVT sıklığını arttırmaktadır (1-5). Venöz tromboembolizmin %85'i bacak ve pelvik venlerden, %5-6'sı üst ekstremitelerden kaynaklanır (3,6).

Pulmoner embolilerin (PE) %70'inde DVT olması, DVT'li olguların %50'sinden fazlasında pulmoner tromboemboli gelişmesi nedeniyle venöz tromboemboli (VTE) olarak tek bir klinikopatolojik antite kabul edilebilir (6). Hekim başvurusu esnasında en sık rastlanan semptom ağrı olup,

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Naciye Dereli Etlik, Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya, Türkiye. **Email:** naciyyedereli@gmail.com

Cite this article as: Etlik Dereli N, Taştan K. Undifferentiated Patient in Family Medicine: Acute Deep Vein Thrombosis-A Case Report. JAMER 2025;10(3):93-95.

Geliş Tarihi: 20.12.2024
Kabul Tarihi: 22.08.2025
Online Yayın: 31.12.2025

bunu takiben ekstremitelerde şişlik ve kızarıklık eşlik eder (2,3). Ayırıcı tanıda ekstremitenin çap farkına neden olabilecek tüm hastalıklar akla gelmelidir (3). Baker kisti ve rüptürü, diz içi patolojiler, kas dokusu rüptürleri, lenfanjit, lenfödem, selülit ve posttravmatik sendromlar en sık görülen ve ilk akla gelmesi gerekenlerdir (2). DVT’de tanı klinik şüphayla başlar ve tanıda yardımcı görüntüleme yöntemleri kullanılır (2,4).

Tanısında D-dimer, C-reaktif protein, fibrinojen değerlendirilebilir (3,4). DVT’ye spesifik olmamakla birlikte üç değerinde de artış görülebilir (4). Trombin etkisi ile çapraz bağları oluşmuş fibrinin plasmin ile parçalanma ürünü olan D-dimer’in pozitif olması tanı koydurmazken, negatif olması DVT’nin ekarte edilmesine yardımcı olur (2-4). Görüntüleme yöntemlerinde ise invaziv bir yöntem olan venografi, B-mod venöz kompresyon ultrasonografisi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılabilir (3,4). Girişimsel olmaması, tekrarlanabilirliği ve hasta tarafından kolay tolere edilmesi nedeniyle en sık kullanılan görüntüleme yöntemi renkli doppler ultrasonografidir (4). Doppler USG ile ven üzerinde kompresibilite kaybının tespit edilmesi gerekmektedir (2).

Trombüsün eritilmesi, post-tromboflebitik sendromların, komplikasyonların ve nüksün önlenmesi amacıyla tedavide antikoagülan tedavi (klasik heparin, düşük molekül ağırlıklı heparin veya oral antikoagülan), antitrombolitik tedavi (streptokinaz, plasminojen aktivatörleri, prourokinaz), vena cava filtreleri kullanılabilir (3,6).

Bu makalede bacak ağrısı ile polikliniğimize başvuran, akut derin ven trombozu teşhisi konularak kapsamlı yaklaşım sayesinde erken dönemde tedavi başlanan ayırmamış hasta sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

82 yaşında erkek hasta Ekim 2024’te bacak ağrısı şikâyeti ile aile hekimliği polikliniğimize başvurdu. Sağ krural bölgede ağrısının yaklaşık 2 gündür kaslarda kasılma şeklinde olduğu öğrenildi. Ağrının şiddeti giderek artan vasıftaydı. Son zamanlarda günlük hayatta çok mobil olmadığı, Radius fraktürü olan eşi ile ilgilendiği için evden çıkmadığı, daha sedanter bir yaşam sürdürdüğü öğrenildi. Travma, yanık öyküsü yoktu, yakın zamanda operasyon geçirmemişti. Son 1 yıl içinde hastane yatış öyküsü yoktu. Sigarayı 20 yıl önce bırakmış, alkol kullanımı yoktu. 1965’te inguinal herni ve 2021’de subdural hematom nedeniyle opere olmuş. Bilinen hipertansiyon, venöz yetersizlik, B12 eksikliği ve gastrit tanıları olup, düzenli olarak kandesartan/hidroklorotiyazid kombinasyonu, kalsiyum dobesilat, vitamin b kompleksi ve lansoprazol kullanıyordu. Muayenesinde, genel durumu iyi, bilinci açık, vitalleri stabil değerlendirildi. Ateş:36,4°C, Tansiyon:130/75 mmHg, Nabız:85 atım/dakika, SpO2:

%96 ölçüldü. Hastanın dispne veya göğüs ağrısı şikâyetinin olmadığı öğrenildi. Akciğer oskültasyonunda solunum sesleri bilateral alındı, patolojik ses duyulmadı. Kalp sesleri ritmikti. Nöromusküler muayenede patolojik bulguya rastlanılmadı, dört ekstremitte kas gücü muayenesi 5/5 idi. Periferik nabızlar alınıyordu. Her iki alt ekstremitte kıyaslandığında renk farkı, çap farkı yoktu. Ödem saptanmadı. Sağ kruriste sola kıyasla hafif ısı artışı vardı. Sağ ayak dorsifleksiyona getirildiğinde ağrı tanımlıyordu. Homans testi ve Pratt testi pozitif. İmmobilitate ek olarak DVT semptom ve bulguları varlığı ile WELLS Skoru: 4,5 puan olarak hesaplandı.

Son 2 yıldır hiç kan tetkiki yaptırmayan hastadan hemogram, biyokimyasal parametreler ve alt ekstremitte venöz doppler USG istendi. Sistem arızası nedeniyle D-dimer istenemedi. Sonuçlarla kontrole çağrıldı.

Hasta tarafımıza tekrar başvurduğunda Glu:166 mg/dL, Üre:54 mg/dL, Kre:1,41 mg/dL, hGFH:46, AST:34 U/L, ALT:29 U/L, Albümin:3,02 g/dL, Na+1:134 mmol/L, K+:4,56 mmol/L, Mg+2:1,93 mg/dL, CRP:35 mg/L, WBC:12300/mcL, Hgb:14,8 g/dL, MCV:94,6 fL, Plt:122000/uL, HbA1c: %6,4 idi. Doppler USG raporunda, “Sağ superficial femoral ven (SFV) distal kesim ve popliteal vende kompresyon yanıtı kaybolmuş olup, vaskülarite izlenmediği, bu düzeyde 4 cm’lik segmentte izo-hipoekoik yapıda trombüs ile uyumlu görünüm olduğu (akut DVT), sağ safena parvada kompresyon yanıtı kısmi kaybolmuş olup lümen içinde akıma kısmi izin veren izoekoik yapıda trombüs ile uyumlu görünüm olduğu, sağ inguinal bölgede büyüğü 22*10 mm birkaç adet reaktif görünümde lenf nodu izlendiği, sağ kruris cilt, cilt altının ödemi görünümünde olduğu” tespit edildi. Doppler USG’de akut DVT şüphesinin doğrulanmasıyla hasta Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) bölümüne yönlendirildi. Orada kendisine Bemiparin sodyum 5000 IU ile subkutan DMAH ve ağrısı için dextetoprofen tedavisi başlandı.

Kan tetkiki sonuçları dikkate alınarak hastaya GFR doz ayarlaması da göz önünde bulundurularak Metformin 2*500 mg ve Magnezyum oksit 1*365 mg reçete edildi.

KVC tarafından akut DVT nedeniyle başlanan tedavinin devamı önerildi. Kronik böbrek hasarı ve pre-diyabet takibi için İç Hastalıkları bölümüne ve akut DVT’nin tedavi ve izlemi açısından KVC bölümüne kontrolüne gitmesi gerektiği vurgulandı.

TARTIŞMA

Aile Hekimleri birinci basamakta sıklıkla daha önce bir hekim tarafından değerlendirilmemiş ya da sınıflandırılmamış, farklılaşmamış rahatsızlıklarla, ayırmamış hastalarla karşılaşılır (7). Bu vakada DVT tanısı alan ayırmamış hastanın tartışılması amaçlanmıştır. DVT, 60 yaş üzerinde ve hareketsiz yaşam sürdüren kişilerde sıklıkla görülebilen ve geç kalınırsa mortal

seyreden bir hastalıktır (2). DVT’de fizik muayene bulgusu olarak en sık bacakta ağrı, kızarıklık, şişlik, Homans belirtisi (ayağa dorsifleksiyon yaptırıldığında ağrı oluşması) ve Pratt testinde pozitiflik (kruris arkasında sıkma veya sıvazlama ile oluşan ağrı) görülür (3,4). Bu bulgular ancak tam venöz tıkanıklık ile saptandığı için fizik muayenede her zaman ön tanıda DVT düşünmek zor olabilmektedir (4). Nitekim olgumuzda da yalnızca bacak ağrısı şikayeti vardı ve şişlik, hiperemi, çap farkı olmadan Homans ve Pratt testinde pozitiflik saptanmıştır.

DVT tedavisinin amacı pulmoner emboli, pulmoner hipertansiyon, periferik venöz hastalık, VTE nüksü ve post-trombotik sendrom gibi kronik komplikasyonları önlemektir (4,6,8). Günümüzde DVT tedavisinde heparin, düşük moleküler heparin (DMAH), varfarin ve yeni direkt oral antikoagülan ilaçlar (Faktör II inhibitörleri ve Faktör Xa inhibitörleri) kullanılmaktadır. DVT tedavisinde kullanılan başlıca DMAH’ler enoksaparin, dalteparin, tinzaparin, bemiparin ve nadroparindir (8). Bunlardan bemiparin ise, özellikle yaşlı hastalarda olumlu farmakokinetik ve güvenlik profili nedeniyle potansiyel bir tedavi seçeneği olarak dikkat çekmiştir (9). DVT trombozunun başlangıç tedavisinde heparin veya DMAH ilk kullanılan antikoagülanken, trombolitik ajanlar yaygın DVT veya masif pulmoner emboli durumunda tercih edilmektedir. Vena kava filtreleri ise antikoagülan tedavinin kontrendike olduğu akut DVT olgularında uygulanmaktadır (2,4,6).

Dünya Aile Hekimleri Birliği olan WONCA’da aile hekimliği disiplininin ve mesleki görevlerinin yanında, aile hekimlerinin sahip olması gereken çekirdek yeterlilikler tanımlanmıştır (10). Aile hekimlerinin, hastalıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır. Daha önce doktor tarafından değerlendirilmemiş, kategorize edilmemiş ve tanı almamış semptom toplulukları olan ayrışmamış hasta/hastalıklara ivedi şekilde yaklaşır, akut ve kronik sorunları aynı anda yönetme becerisine sahiptir (10). Aile hekimliği herkese açık, ilk başvuru merkezidir ve sağlık hizmetinin giriş kapısı niteliğindedir. Birçok hastalığın erken dönemine ait belirti ve semptomlarıyla ayırıcı veya kesin tanıya ulaşma yolunda ayrışmamış hastayı değerlendirebilme becerisi aile hekimliği disiplininin olmazsa olmazlarından. Vakamız, WONCA ağacında bahsedilen kapsamlı yaklaşım doğrultusunda akut ve kronik sorunlar ayrı ayrı değerlendirilmiş, özgül problem çözme becerisi ile henüz ayrışmamış hastada tanıya ulaşabilmiş ve kişi merkezli bakım doğrultusunda erken dönemde tedavi alabilmiştir.

Sonuç

Akut DVT mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır, birinci basamak başvuru merkezlerinde ve diğer branş polikliniklerinde asemptomatik seyredebildiğinden tanısı

güçtür. Aile hekimliği polikliniklerinin herkese açık, ilk başvuru merkezi olması ve ayrışmamış hastaların değerlendirilmesindeki önemi yadsınmaz. Bu nedenle birinci basamakta bacak ağrısı ile başvuran ayrışmamış hastada venöz tromboembolizm de düşünülmeli, fizik muayene bulguları ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve klinik şüphe varlığında görüntüleme tetkikleri kullanılmalıdır. Tanı konulduğunda erken dönemde antikoagülan tedavi başlamak mortaliteyi düşürmek, nükslerin ve komplikasyonların gelişimini önlemek için son derece önemlidir.

Yazılı Onam: Çalışmanın yayımlanması için olgunun ebeveyninden yazılı onam alındı.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği, Venöz tromboembolizm ve ekonomi klas sendromu. Erişim Tarihi:28/11/2024 https://www.tkdcd.org/public/uploads/files/Venoz_Tromboembolizm_ve_Ekonomi_Klas_Sendromu.pdf
2. Kurtoğlu MH, Sivrikoz E. Derin ven trombozu: Tanı, tedavi, profilaksi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;5(1):34-42.
3. Kaplan M. Derin Ven Trombozu. Çetinkaya E, editör. Kalp ve damar cerrahisi sağlık bilimleri üniversitesi hamidiye tıp fakültesi ders notları. İstanbul: Galenos Yayınevi; 2021. s.40-44.
4. Özcan S, Kaya Biçer E, Taşkıran E. Derin ven trombozu ve pulmoner emboli. TOTBİD Dergisi. 2019;18(2):114-127.
5. Fowkes FJ, Price JF, Fowkes FGR. Incidence of diagnosed deep vein thrombosis in the general population: systematic review. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2003 Jan;25(1):1-5.
6. Sarıgül A, Tanyeli Ö. Derin ven trombozunda güncel tedavi yaklaşımları. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg. 2007;15(4):316-321.
7. Bektaş F, Uzun K, Ardic C. Evde bakım hizmeti alan ayrışmamış hasta: Hipofiz adenomuna bağlı hipofiz yetmezliği. Jour Turk Fam Phy 2022;13 (1):29-33.
8. Ekim M, Ekim H. Management of patients with deep vein thrombosis during the pandemic: Deep venous thrombosis. Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences. 2023;8(4):1029-1035.
9. Ena J, Stanimirova S, Iborra Devesa M, Raya Santos C, Serra Manclus A, Seco Hanselaa I. Efficacy and safety of bemiparin as treatment of venousthromboembolic disease in the elderly. Journal of Evaluation in Clinical Practise. 2024;30(6):1084-1090.
10. Mola E, Eiksson T, Bueno MJO, Gay B, Kersnick J, Miftode R, et al. The european definition of general practice/family medicine. Wonca Europe Short Version. 2011:9-10.