



Kış Sempozyumu

25-26 Şubat 2022 - Euro Park Hotel - Bursa



www.uludaganestezi.org

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI



Kış Sempozyumu

DÜZENLEME KURULU



Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

DÜZENLEME KURULU



Sempozyum Başkanı
Prof. Dr. Alp Gurbet



Sempozyum Sekreteri
Prof. Dr. Nermin Kelebek Girgin



Üye
Prof. Dr. Suna Gören



Üye
Prof. Dr. Hülya Bilgin



Üye
Prof. Dr. Ferda Kahveci



Üye
Prof. Dr. Belgin Yavaşcağlu



Üye
Prof. Dr. Gürkan Türker



Üye
Prof. Dr. Elif Başağan Moğol



Üye
Prof. Dr. F. Nur Kaya



Üye
Prof. Dr. Remzi İşçimen



Üye
Doç. Dr. Selcan Akesen



Kış Sempozyumu

BİLİMSEL PROGRAM

25 ŞUBAT 2022, CUMA – 1. GÜN

11.30–11.40 AÇILIŞ TÖRENİ

11.40–12.00 Prof. Dr. Gürayten Özyurt anısına

12.00–12.30 SÖYLEŞİ

Paranın Tarihi

Murat Yılmaz

12.30–13.30 ÖĞLE YEMEĞİ

13.30–14.00 KONFERANS 1

Oturum Başkanı: Meral Kanbak

İntraoperatif Ağrı Monitorizasyonu

Berrin Işık

14.00–14.30 KAHVE ARASI

14.30–15.30 PANEL 1: GELİN AZALTALIM

Oturum Başkanları: Tülün Öztürk, Zerrin Sungur

Perioperatif Hipotermi

Arzu Yıldırım Ar

Perioperatif Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu

Ayça Sultan Şahin

Perioperatif Hipotansiyon

Canan Yılmaz

15.30–16.00 KAHVE ARASI

16.10–16.40 PANEL 2: 2021 NELER GETİRDİ?

Oturum Başkanları: İsmet Topçu, Mert Şentürk

Yeni Kılavuzlar

Tülay Şahin

Yeni Bloklar

Fatma Sarıcaoğlu

16:40-17.50	SÖZLÜ SUNU OTURUMU 1	
	Oturum Başkanı: Özlem Sağır	
	Üreteroneosistostomi Yapılan 3 Çocuk Olguda Transversus Abdominis Plan Blok Uygulaması	Emel Soyaslan
	8 Yaş Öncesi Çocuklarda Anestezi Uygulamalarımız	Emel Soyaslan
	Sol Ventrikül Asist Device İmplantasyonu Sırasında Anestezi Yönetimi Ve Transtorasik Ekokardiyografinin Önemi	Sibel Yılmaz Ferhatoğlu
	Septik Şokta Gelişen Ekstremitte Ödeminde Kompresyon Bandaj Tedavisi	Emin Pashazade
	Ameliyat Olmak Bir Suisid Yöntemi Olabilir mi?	Emine Aslanlar
	Hit Tanılı Hastada Bivalirudin İnfüzyonu Altında Açık Kalp Cerrahisi	Esin Erdem
	İntrakraniyal Kitle Eksizyonu Sırasında Perioperatif Miyokardiyal Enfarktüs	Esra Saka Ersin
	Künt Boyun Travmasına Bağlı Tam Trakeal Transeksiyon	Esra Turunç
	Girişimsel Radyoloji Ünitesinde Kist Hidatik Hastalarında Perkütan Girişim Sırasında Gelişen Anafilaktik Reaksiyonların Analizi	Ferda Yaman
	Yüksek Doz Kokainin Gastrointestinal Emilimi Sonucu Gelişen Komplikasyonların Yönetimi	Ferhat Yıldız
	İntratekal Bupivakainin Dansite ve Barisitesinin Sezaryan Olgularında Hemodinami ve Motor Blok Üzerine Etkileri	Fulya Yılmaz
	Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanacak Genç Bayanlarda, Menstrüel Siklus Fazlarının Laparoskopinin Hemodinamik Yanıt Üzerine Etkisinin Rate Pressure Product İle Değerlendirilmesi	Fulya Yılmaz
	Laparoskopik Kolesistektomi Olgusunda Zor Havayolu Komplikasyonu: Piriform Sinüs Perforasyonu	Sinem Çetinkaya Özpar
	Glukoz-6-Fosfat Dehidrogenaz Enzim Eksikliği Olan Pediatrik Hastada Genel Anestezi Yönetimi	Tuğçe Alagaş
	Periferik Damar Cerrahisinde USG Eşliğinde Blok Uygulamamız	Gürcan Güler
	Roberts Sendromu Ön Tanılı Çocuk Hastada Anestezi Yönetimi	Çağrı Özdemir
	Rett Sendromlu Uzamış Entübasyonlu Hastada Trakeostomi Açılması	Eda Uysdal Aydın

17:50 – 19.00 SÖZLÜ SUNU OTURUMU 2		
	Oturum Başkanı: Mehmet Gamlı	
	Kadınların Doğum Eylemleri Sırasında Ana Dillerinin Konuşulmadığı Bir Ortamda Bulunmalarının Sezaryen Doğum Sonrası İyileşme Durumuna Etkileri	Ali Bestemi Kepekçi
	Quadratus Lumborum Bloğuna Yeni Bir Yaklaşım: Shamrock Görüntüleme İle Out Of Plane Teknik	Ali Eman
	Kardiyopulmoner Resüsitasyon Eğitiminin Değerlendirilmesi	Arzu Yıldırım Ar
	Tur-M Yapılan Hastalarda Ultrason Eşliğinde Uygulanan Obturator Sinir Bloğu	Ayça Sultan Şahin
	Covid-19 Trakeostomi Gereklidir?	Aylin Parmaksız
	'Postpartum İPAH Tanılı Hastanın Akciğer Nakli Anestezi Yönetimi'	Aytaç Polat
	Bir Olgu Sunumu; Morbid Obez Covid-19 Hastasında Ani Kardiyak Ölüm	Elif Aybike Ayyıldız
	Toraks Cerrahisi Uygulanan Çocuk Hastada Postoperatif Analjezi Amaçlı Mtp Blok:	İlker İtal
	Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz Enzim Eksikliğinde Rejyonel Anestezi Uygulaması	Kahir Güneş
	Rodentisit (Fare Zehiri) İle Suicid Girişimi Olan İki Olgu	Kamuran Uluç
	Far Lateral Lomber Disk Hernilerine Cerrahi Ve Anestezik Yaklaşım ve Postoperatif Sonuçların Değerlendirilmesi	Hande Gürbüz
	Laparoskopik Bariatrik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Farklı PEEP Düzeylerinin Optik Sinir Kılıf Çapı Ve Kognisyon Üzerine Etkisi: Ön Sonuçlar	Melike Çağatay
	Metil Malonik Asidemi Tanılı Olguda Anestezi Yönetimi	Melike Çağatay
	COVID-19 Yoğun Bakım Ünitelerinde Kan Ve Kan Ürünü Transfüzyonlarının Mortalite Ve Yoğun Bakımda Kalış Süreleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	Melis Sumak Hazır
	'Artık İki Bebeğimiz Var'; Ayırma Cerrahisinde Başarılı Anestezi Yönetiminin Sırları	Merve Şeker
	Dirençli Fantom Ağrısı Ve DRG	Mesut Bakır
	Sma Tip 3 Olgusunda Rejyonel Anestezi	Mine Özen Akay

26 ŞUBAT 2022, CUMARTESİ – 2. GÜN

09.00 – 10.00 PANEL 3: PALYATİF BAKIM ÜNİTESİ

Oturum Başkanları: Meltem Uyar, Osman Ekinci

Sorumlusu Kim Olmalı ?

**Züleyha Kazak
Bengisun**

Nasıl Dizayn Edilmeli ?

Hülya Sungurtekin

Yaşam Sonu Kararlarına Bakış

Mehmet Uyar

10.00 – 10.15 ARA

10.15 – 10.40 KONFERANS 2

Oturum Başkanı: Ali Fuat Erdem

Zaman Tünelinde ERAS ve Anestezi

Neslihan Alkış

10.40 – 11.00 KAHVE ARASI

11.00 – 12.00 PANEL 4: POSTOPERATİF KRONİK AĞRI

Oturum Başkanları: Sacit Güleç, Hayri Özbek

Mekanizmalar - Nedenler

Nurten İnan

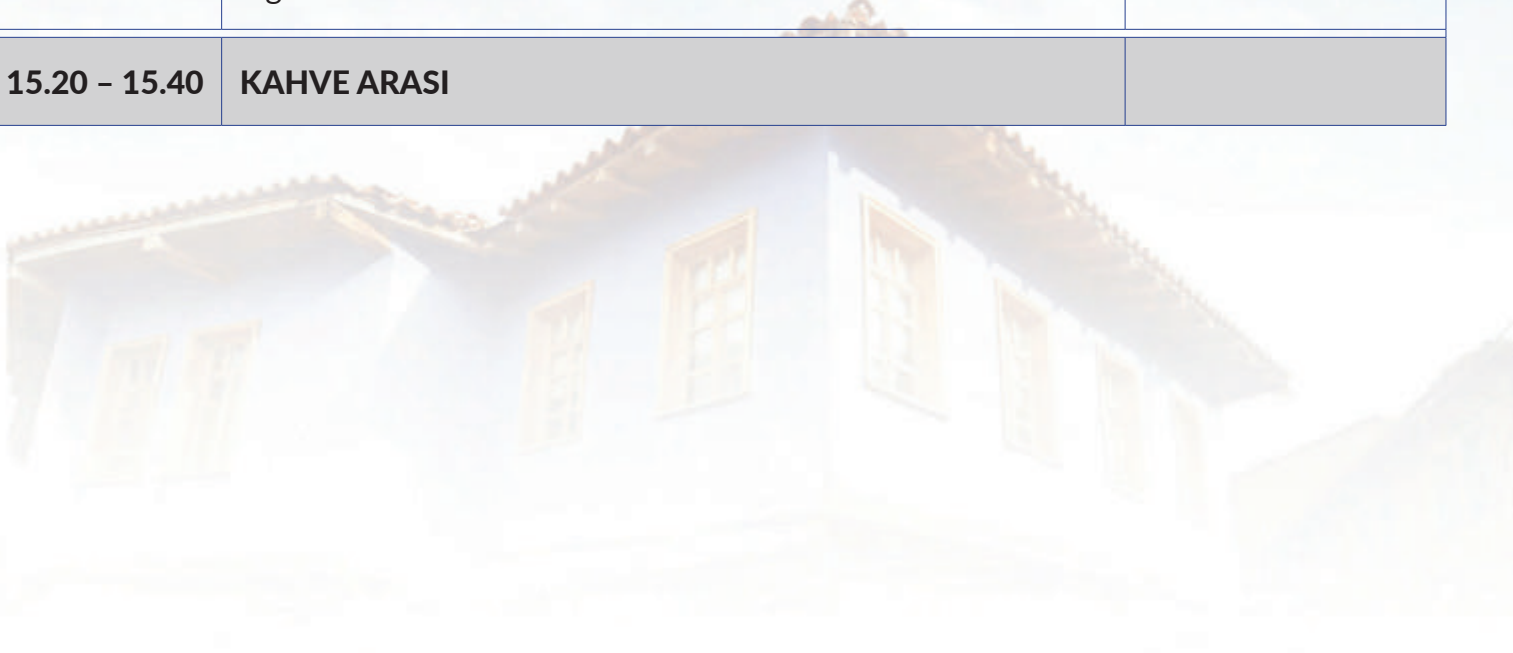
Farmakolojik Tedavi

Pakize Kırdemir

Girişimsel Yöntemler

Şebnem Rumeli

12.00 – 12.30	UYDU SEMPOZYUMU	mindray healthcare within reach
	Oturum Başkanı: Alp Gurbet	
	Anestezi Cihazlarında Yeni Gelişmeler	Mert Şentürk
12.30 – 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ	
13.30 – 14.30	PANEL 5: YOĞUN BAKIM'DA ÜÇÜNCÜ GÖZ: ULTRASONOGRAFİ	
	Oturum Başkanları: Oktay Demirkıran, Birgül Yelken	
	İnvazif Girişimlerde	Pınar Zeyneloğlu
	Sıvı Yönetiminde	Beliz Bilgili
	Solunum Sisteminde	Funda Gök
14.30 – 14.40	ARA	
14.40 – 15.20	PANEL 6: GELİN ARTIRALIM	
	Oturum Başkanları: Hatice Türe, Dilek Özcengiz	
	Hasta Güvenliği	Hilal Ayoğlu
	Sağlık Hukuku Bilinci	Neval Yılmaz
15.20 – 15.40	KAHVE ARASI	



15.40 – 16.40 SÖZLÜ SUNU OTURUMU 3

Oturum Başkanı: Hale Aksu Erdost

COVID-19 Nedeniyle Yoğun Bakımda Takip Edilen Gebede Acil Sezaryen Olgusu: High Flow Oksijen Desteğinde Spinal Anestezi	Seval Kılbasanlı
Ankilozan Spondilit Vakasında Anestezi Yönetimi	Ahsen Gür
İntratekal Kemoterapi Spinal Sineşi Yaratır mı?	Mehmet Rıdvan Yalın
İnterskalen Brakial Pleksus Bloğu Komplikasyonu: Rekürren Sinir Paralizisi Olgusu	Burcu Bozdoğan Tüysüz
Alt Ekstremitelerde Periferik Dolaşım Bozukluğu Olan Olguda Bilateral Lomber Sempatik Blok Uygulaması	Durdu Kahraman Yıldız
Status Epileptikus Nedenli Yoğun Bakımda Takip Edilen Hastada Boş Sella Sendromu	Tuğçe Bayer
Aort Kapak Replasmanı Geçiren Myasthenia Gravisli Hastada Anestezi Yönetimi	Tülay Örki
Konjenital Kalp Cerrahisinde Endotrakeal Entübasyon Sırasında Farklı Yollarla Lidokain Uygulamasının Hemodinamik Yanıt Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması	Yasemin Yavuz
Rop Vakalarında Anestezik Yaklaşım	Yeliz Kılıç
Geriatrik Zor Hastada Rejyonal Anestezi Ve Delirium	Yeliz Kılıç
Damak Kanseri Nedeniyle Operasyon Öyküsü Olan Hastada Anestezi Yönetimi	Yonca Özvardar Pekcan
Waardenburg Sendromlu Hastada Anestezi Yönetimi	Yonca Özvardar Pekcan
Laparoskopik Özofajektomi Vakasında Ani Gelişen Kapnotraks	Yusuf Yılmaz
Eisenmenger Sendromu Olan Sezaryen Olgusunda Anestezi Yönetimi	Zeynep Koç
Perkütan Nefrolitotomilerde Erektör Spina Plan Bloğunun Postoperatif Ağrı Ve Analjezik Tüketimine Etkileri: Randomize Klinik Çalışma	Momunat Dadashova

16.40 – 17.40 SÖZLÜ SUNU OTURUMU 4		
	Oturum Başkanı: Derya Karasu	
	Tonsillektomi Ve/Veya Adenoidektomi Cerrahisi Yapılan Çocuklarda Vitamin D Düzeyi İle Postoperatif Deliryum Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	Nagehan Ümit Karacan
	Becker Musküler Distrofli Bir Olguda Kombine Spinal-Epidural Anestezi Altında Laparoskopik Kolesistektomi	Nazlı Bahar Özbey
	Mitokondriyal Miyopatili Bir Olguda Kombine Spinal-Epidural Anestezi Altında Laparoskopik Kolesistektomi	Nazlı Bahar Özbey
	Covid-19 Enfeksiyonu Zemininde Gelişen Sinüs Ven Trombozu	Nuri Burkay Soylu
	Postpartum Hemoraji Klinik Yönetiminde Fibrinojen Koansantresi Kullanımı	Oktay İnan
	Yoğun Bakımda Deliryumun Erken Tanılanmasında Pre-Deliric Modelin Değerlendirilmesi	Öznur Erbay Dallı
	Septorinoplasti Sonrası Görülen Tapia Sendromu	Pınar Küçükdemirci Kaya
	Monitörize Anestezi Bakımı Ve Bölgesel Alan Bloğu İle Uyanık Kraniyotomi	Reyhan Arslantaş
	500 Gramdan Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğanda Neonatal Resüsitasyon Adımları	Sadık Rustamzade
	Ventrikuloatrial Şant	Seda Cansabuncu
	Uzun Süreli Entübasyon Sonrası Ciddi Subglottik Stenozlu, Balon Dilatasyon Planlanan Pediyatrik Hastada Ventrain İle Hava Yolu Yönetimi	Seda Eğilmez
	Kalıcı Hemodiyaliz Kateterine Bağlı Nadir Gelişen İntraatrial Trombüs	Sedef Elmas Arslan
	Kifoplasti Cerrahisinde Anestezi Yöntemi Olarak Ultrason Kılavuzluğunda Erektör Spina Düzlem Bloğu	Selim Can Yırtımcı
	Erişkin Yoğun Bakım Ünitesinde Ortaya Çıkan Varisella Zoster Enfeksiyonu	Semih Çelik
	COVID-19 Pnömonisi Ve Diyabetik Ketoasidoz İle Prezente Olan Rinoorbital Mucormikozis Vakasında Anestezi Yönetimi	Sena Sarıcaoğlu Öktem

17.45 – 18.45 SÖZLÜ SUNU OTURUMU 5		
	Oturum Başkanı: Nermin Kelebek Girgin	
	COVID-19 İle İlişkili Periferik Arteriyel Tromboembolizm	Aycan Kurtarangil Doğan
	Torakotomi Yapılan Hastada Torasik Paravertebral Katater Kullanımı	Aycan Kurtarangil Doğan
	Toplum Kökenli Asinetobakter Menenjitinin Yoğun Bakımda Takibi	Ayşenur Akgün
	İntrakraniyal Kitle Rezeksiyonlarında Hipertansiyon Yönetiminde Lokal Anesteziklerin Kullanımı	Bengü Araz
	Baş Boyun Tümörü Ve Solunum Sıkıntısı Olan Hastada Hava Yolu Yönetimi	Cenk Gacemer
	Friedrich Ataksili Hastada Kifoskolyoz Cerrahisinde Genel Anestezi Yönetimi	Çağatay Bayram
	Skolyoz Cerrahisi Yapılan Pediyatrik Hastada Tek Akciğer Ventilasyonlu Anestezi Yönetimi	Elif Yilmaztürk
	Hepatik Rezeksiyon Ve Venovenöz Aktif Şant İle Sağ Atrial Trombektomi Yapılan Hastada Anestezi Yönetimi	Elifgöl Ulutaş
	Küçük Alan, Büyük Sorun (Freiberg Hastalığı); Ortopedik Cerrahi Sonrası Gelişen Kronik Nöropatik Ağrı	Gülçin Gazioğlu Türkyılmaz
	Geriatrik Ortopedi Cerrahisinde Yaş Dağılımına Göre Anestezi Yöntemlerinin Ve Sonuçlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi	İlken Uğuz
	İleri Yaş Çoklu Komorbiditesi Olan Covid Sonrası Ards Tablosunda Olan Hastada Veno-Arterial Ecmo Desteği Sağlanması	Kübra Cebeci
	COVID-19 Tanılı Hastada Ciddi Trombositopeni	Mehtap Zengi
	X'e Bağlı Miyotübüler Miyopatili Bir Bebekte Anestezi Yönetimi	Tutku Sağlam
	İntraoperatif Karaciğer Hidatik Kist Rüptürüne Bağlı Gelişen Anafilaktik Şok Ve Bronş Spazmı	Mustafa Necat Abduşoğlu
	Damariçi Bölgesel Anestezi Uygulamasında İki Risk Birarada; Yüksek Doz Lidokain Ve Güvensiz Turnike	Mustafa Necat Abduşoğlu
18.45 – 19.15 AKILCI İLAÇ OTURUMU		
	Oturum Başkanı: Nermin Kelebek Girgin	
	Yoğun Bakımda Sedatif-Analjezik İlaç Kullanımı	Halil Erkan Sayan



25

Kış Sempozyumu

BİLDİRİ ÖZETLERİ

Yayın No: S-001

METİL MALONİK ASİDEMİ TANILI OLGUDA ANESTEZİ YÖNETİMİ

Ezgi Kargı Gemici¹, Melike Çağatay², Koray Özhan², Hasan Cem Güneyli²

¹İstanbul Bayrampaşa Devlet Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Metil malonik asidemi(MMA) otozomal resesif kalıtılan metilmalonil koenzim A mutaz veya B12 metaboliti adenoazin-kobalamin eksikliğiyle gelişen ve metilmalonik asid birikimiyle seyreden metabolik bir hastalıktır. MMA metabolik asidoz, hiperamonyemi, hipoglisemi atakları ile karakterize olup mental retardasyon, nöbet ve böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlara neden olabilir.

Amaç: Bu sunumda, lateral epikondil fraktürü nedeniyle ortopedi tarafından opere edilen MMA tanılı 5 yaşındaki erkek çocuğun anestezi yönetiminden bahsedilecektir.

Olgu: Çocuk metabolizma hastalıkları tarafından takipli olan 5 yaşında MMA tanılı, 26 kilogram erkek çocuğa humerus lateral epikondil fraktürü nedeniyle operasyon planlandı. Mental retardasyonu olan hastada için nöbet öyküsü saptanmadı. Hastanın karnitin ve D vitamini kullanım öyküsü mevcuttu. Hastanın kalp tepe atımı(KTA): 99 atım/dk, spo2: 98 mmHg, kan basıncı: 100/60 mmHg; giriş kan gazı analizinde ph:7.39, glukoz:115g/dl, laktat:4.8, K:3.8, Na:145, hco3:22.6 olarak saptandı. Hastaya 125 mg tiyopental, 25 mcg fentanil ve sevofluran ile induksiyon yapıldı, havayolu açıklığı sağlanarak i-gel ile mekanik ventilatöre bağlandı. Operasyon sırasında hazırlanan %20 dekstroz 500 ml + %5 dekstroz 500 ml + serum sale 25 ml + KCL 20 ml'lik sıvıdan 85 ml/saat olarak verildi. İdamede sevofluran%2 2 litre/dk ve remifentanil 8 mcg/dk'dan kullanıldı. İndüksiyondan 15 dakika sonra alınan ilk kan gazı analizinde ph:7.39, K:4.4, Na:142, glukoz:115g/dl, lac:4.8, HCO3:22.6 olarak saptandı. Hasta cerrahi bitiminde sorunsuz olarak uyandırıldı. Uyanma odasında alınan son kan gazı analizinin de normal sınırlarda olması üzerine, hasta servise gönderildi.

Tartışma ve Sonuç: MMA hastalarında akut metabolik yetmezliği önlemek için anestezi yönetimi önemlidir; solunum yetmezliği, metabolik asidoz, ketozis, hipoglisemi, hiperamonyemi, böbrek yetmezliği görülebilir. Bu hastalarda anestezi uygulamasında preoperatif uzun süreli açlıktan, glukoz yüklenmesinden, metabolik asidozdan kaçınılması; intraoperatif normoglisemi ve uygun sıvı resusitasyonu hedeflenmelidir. Strese bağlı katabolik yanıtı baskılamak için yeterli anestezi derinliği ve analjezi sağlanmalıdır. Perioperatif kan glukozu ölçümü ve kan gazı analizi yapılmasının; uygun hidrasyonun ve hipokalemiden kaçınılmasının bu hastalarda önemli olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: metil malonik asidemi, akut metabolik yetmezlik

Yayın No: S-002

SOL VENTRİKÜL ASİST DEVICE İMPLANTASYONU SIRASINDA ANESTEZİ YÖNETİMİ VE TRANSTORASİK EKOKARDİYOĞRAFİNİN ÖNEMİ: OLGU SUNUMU

Sibel Yılmaz Ferhatoglu¹

¹S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Uygun donör sayısının azlığı ve son dönem kalp yetmezliği olan hasta sayısındaki artış, kalp nakli için sınırlayıcı faktörlerdir. Akut veya kronik konjestif kalp yetmezliği ile ilgili hemodinamik bozuklukları olan hastalarda ventriküler destek cihazları tıbbi tedaviye alternatif olarak kullanılır.

Amaç: Bu olguda sol ventrikül destek cihazının (LVAD) implantasyonu sırasında anestezi yönetimini sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli dört yaşında, erkek iskemik kardiyomyopati hastaya transplanasyon konseyince LVAD takılması kararı alındı. Hasta ameliyathanede elektrokardiyografi, pulse oksimetre, invaziv arteriyel monitorizasyon ve serebral perfüzyonun değerlendirilmesi amacıyla Near Infrared Spectroscopy ile monitorize edildi. TA: 140/80mmHg, nabız 80/dk, SpO2 %97, NIRS: 78/72 idi. İndüksiyonda 0,1 mg/kg midazolam, 4 µg/kg fentanil, 0,5 mg/kg rokuronyum intravenöz yoldan uygulandı, idame propofol, fentanil, rokuronyum ile sağlandı. Swan ganz kateteri, santral venöz kateter takıldı. CVP: 15 mmHg ve PAP: 28/19 (20) ölçüldü. Transözofajial ekokardiyografi probu yerleştirilen hastada sol ve sağ ventrikül fonksiyonu ve yapısı, aort kapak fonksiyonu, torasik aort, atriyal septum incelendi. Kalbin cihazın implantasyonuna hazır hale getirilmesinin akabinde hasta heparinize (3 mg/kg) edildi. Heparin, protamin titrasyonu bir hemostaz yönetim sistemi ile izlendi. ACT (458) iken kardiopulmoner by pass başlatıldı ve 100 dakika sürdü. İmplantasyon tamamlandıktan sonra intrakardiyak hava çıkarılma aşamasında kalp tekrar TEE ile değerlendirildi. By pass dan çıkışta adrenalin 0,2 mg/kg/dk, steradin 0,1 mg/kg/dk, dopamin 20 mg/kg/dk infüzyon uygulandı ve LVAD aktive edilerek 4.8-5.0 lt kapasiteye ulaşılması ve yeterli TA sağlandıktan sonra kardiopulmoner by pass sonlandırıldı. Heparin etkileri protamin (350 mg) ile antagoneze edildi.

Tartışma ve Sonuç: LVAD implantasyon anestezi yönetimi diğer anestezi uygulamalarından farklıdır çünkü düşük ortalama arter basıncı, düşük sistemik vasküler direnç varlığında pulsatil olmayan sürekli akış fizyolojisi söz konusudur. LVAD' in doğru yerleştirildiğini ve kalbin sadece kısmen desteklendiğini göstermek için operasyonda eş zamanlı TEE kullanımı cerrahi ekibe oldukça önemli bilgi sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Konjestif kalp yetmezliği, LVAD, LVAD implantasyonu

Yayın No: S-003

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ OLGUSUNDA ZOR HAVAYOLU KOMPLİKASYONU: PİRİFORM SİNÜS PERFORASYONU

Sinem Çetinkaya Özpar¹, Elif Başağan Moğol²

¹Bursa Şehir Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

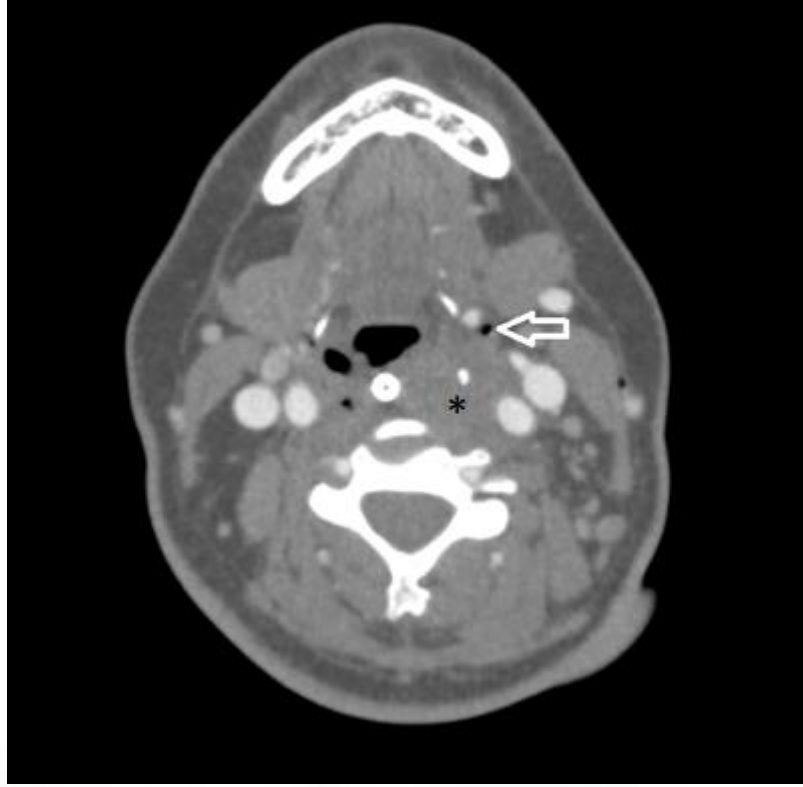
Giriş: Zor havayolu, anesteziğin maske ventilasyonu, entübasyon veya her ikisinde de zorluk yaşadığı klinik durum olarak tanımlanmaktadır. Zor entübasyonun; entübasyonun 3'ten fazla deneme gerektirmesi, 10 dakikadan uzun sürmesi, entübasyonda direkt laringoskopi yapılamaması, yardımcı alet kullanmak zorunda kalınması, dışarıdan bası yapılmasına karşılık glottisin tam görülmemesi şeklinde tanımları mevcuttur. Entübasyon başarısızlığı %0.5 – 2.5 oranında görülmektedir. Zor entübasyonda tekrarlayan girişimlere bağlı olarak komplikasyon gelişimine yatkınlık oluşmaktadır.

Amaç: Bu yazıda; laparoskopik kolesistektomi planlanan ve çok sayıda başarısız entübasyon öyküsü bulunan zor havayolu olgusunda erken post-operatif dönemde saptanan piriform sinüs perforasyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Herhangi bir ek sistemik bir hastalığı bulunmayan, çok sayıda başarısız entübasyon öyküsü olan ve bu nedenle merkezimize sevk edilmiş 40 yaşındaki kadın hasta; laparoskopik kolesistektomi amacıyla operasyona alındı. Hastadan operasyon öncesi aydınlatılmış onam alındı. Hastanın fizik muayenesi Mallampati 3, ağız açıklığı ≥ 3 cm, tiromental mesafe ≥ 6 cm'di. Küçük çene ve kısa boyun mevcuttu. Maske ventilasyonu kolay olduğu için genel anestezi altında entübasyon yapılmasına karar verildi. Birinci denemede optik stile ve McCoy kullanıldı, başarılı olunamadı. ILMA Fastrach ile Jaw – Thrust manevrası uygulanarak 5. denemede endotrakeal entübasyon gerçekleştirildi. Entübasyon sonrası peroperatif hemodinamik monitorizasyonu stabil seyretti. Post-operatif 2. günde boğaz ağrısı ve boyunda hassasiyet şikayeti gelişen olgunun post-operatif 4. günde yapılan boyun bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde sol piriform sinüs komşuluğunda 3x2.5 cm çapında sıvı koleksiyonu ve derin boyun yumuşak planlarında yaygın amfizem saptandı. Öncelikle piriform sinüs perforasyonu ile uyumlu bulundu.



Resim 1: BT'de sol piriform sinüs perforasyonu.



Sol piriform sinüste obliterasyon oluşturan sıvı kolleksiyonu (*) ve ekstralaringeal derin boyun planında serbest hava (içi boş beyaz ok).

Tartışma ve Sonuç: Piriform sinüs perforasyonu, endotrakeal entübasyonun nadir bir komplikasyonu olarak bildirilmiştir. Endotrakeal entübasyon esnasında oluşan solunum yolu yaralanmalarının %39'unda zor entübasyon öyküsü olduğu belirtilmiştir. Zor havayolu olgularında görülen başlıca komplikasyonlar arasında laringeal ve faringeal ödem, travma, perforasyon ve kanama bulunmaktadır. Olgumuzda görülen perforasyon tekrarlayan manipülasyonların yol açtığı travmaya bağlı gelişmiş olabilir. Zor entübasyon öyküsü bulunan olgularda erken post-operatif dönemde gelişen boğaz ağrısı - boyun hassasiyeti öyküsü varlığı, piriform sinüs perforasyonu yönünde şüphe uyandırmalıdır.

Anahtar Kelimeler: zor havayolu, piriform sinüs perforasyonu, komplikasyon



Yayın No: S-004

KADINLARIN DOĞUM EYLEMLERİ SIRASINDA ANA DİLLERİNİN KONUŞULMADIĞI BİR ORTAMDA BULUNMALARININ SEZARYEN DOĞUM SONRASI İYİLEŞME DURUMUNA ETKİLERİ

Ali Bestemi Kepekçi¹, Perihan Eren Bana²

¹İstanbul Yeni Yüzyıl Ünv. Sağlık Hizmetleri MYO, Anestezi Programı

²İstanbul Yeni Yüzyıl Ünv. Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Programı

Giriş: Türkiye son yıllarda yoğun olarak Suriye'deki iç savaş nedeniyle yoğun göç dalgasına maruz kalmıştır. Göç edilen ülkenin dilini bilmemek ve yalnızlık anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sağlık hizmeti sunucularla hastalar arasında sağlık bakım sunumunun kalitesini etkileyebilecek bir dil engeli olduğunda anksiyete düzeylerinin arttığı gösterilmiştir.

Amaç: Bu çalışmada ana dili Türkçe olmayan kadınların sezaryen sonrası iyileşme kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sezaryen olacak kadınlara kaygı düzeylerini değerlendirmek için operasyon öncesi, STAI (Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği) ve iyileşme kalitelerini tespit etmek için operasyondan 24 saat sonra ObsQoR-10 anketi (kadınların sezaryen sonrası iyileşme kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiş ölçek) doldurmaları istendi. Anketler göçmen kadınların ana dili olan arapça diline çevrilmiştir. Kadınlar, ana dillerine göre Türkçe olan ve Türkçe olmayan şeklinde 2 gruba ayrıldı. İyileşme kaliteleri gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Veri toplamanın gerçekleştiği 6 ay boyunca (Mayıs - Ekim 2021) 171 anket analiz edildi. 108 kadın ana dili türkçe olan grupta iken; 63 kadın ana dili Türkçe olmayan (arapça) grupta idi. Ana dili Türkçe olan grubunun ortalama toplam ObsQoR-10 puanı $63,20 \pm 16,37$ ve ana dili Türkçe olmayan grubunda $58,98 \pm 18,8$ 2 idi. Gruplar arasında toplam iyileşme skorları arasında fark yok idi ($p > 0.05$). Cerrahi ve anestezi problemlerin değerlendiren alanlarda benzer puanlar elde edilirken, ana dili türkçe olmayanlar tarafından işlev ve bebeğe bakma yeteneği ile ilgili sorular daha düşük puan aldı. Çalışmaya dahil edilen tüm kadınların durumluluk – sürekli kaygı düzeyleri ile iyileşme skorları arasında istatistiksel olarak ters yönlü bir korelasyon var idi.

Tartışma ve Sonuç: Kadınların doğum eylemleri sırasında ana dillerinin konuşmadığı bir ortamda bulunmaları doğum deneyimleri üzerinde bir etkiye sahip olabilir. Bu kadın grubunun sezaryen doğumlarını takiben özellikle bebeğe bakma yetenekleri, kişisel bakımları ile ilgili kaygılar yaşadıkları ve kendilerini güvende hissetmedikleri görülmüştür. Kadınların durumluluk-sürekli kaygı düzeyleri arttıkça iyileşme kalitelerinin daha da azaldığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ana dil, Göçmen sağlığı, İyileşme kalitesi, Obstetrik anestezi, Sezaryen

Yayın No: S-006

YÜKSEK DOZ KOKAİNİN GASTROİNTESTİNAL EMİLİMİ SONUCU GELİŞEN KOMPLİKASYONLARIN YÖNETİMİ

Ferhat Yıldız¹, Funda Gümüş Özcan¹, Mine Çelik¹, Neslihan Kurnaz¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş: Kokain dopamin, noradrenalin ve serotonin geri alımını inhibe ederek merkezi sinir sistemi üzerine uyarıcı etki yaratan sentetik bir alkaloiddir. Bu özellikleri nedeniyle kötüye kullanımı yaygındır.

Amaç: Bu sunumda, gastrointestinal sistemde taşınması amacıyla yutulan yüksek dozda kokainin meydana getirdiği komplikasyonların intraoperatif yönetimi sunulmuştur.

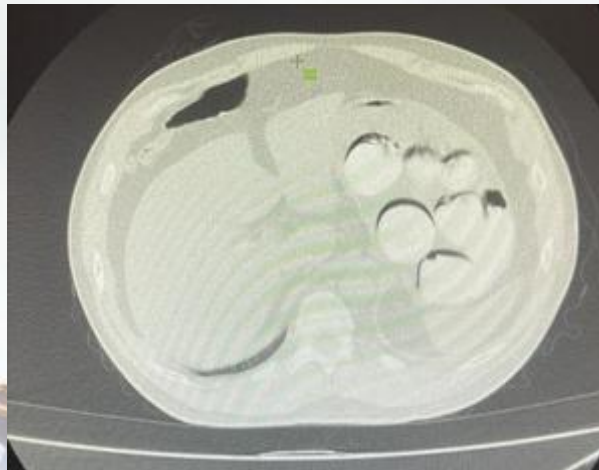
Olgu: 44 yaşında ek hastalığı olmayan erkek olgu, 12 kokain paketi yuttuktan 4 gün sonra laksatif uygulaması sonrası ileus tablosu gelişmesi üzerine acil şartlarda operasyona alındı. GKS:12, laboratuvarında pH:7.18 Kreatinin:7.07 AST:108 ALT: 69 olan hastaya anestezi indüksiyonunda 150 mg propofol ve 60 mg rokuronyum uygulanarak hızlı sıralı entübe edildi. Anestezi idamesi sevofluran(MAC % 0.8) ve remifentanil infüzyonu ile sağlandı. Sağ juguler venöz kataterizasyon, sol radyal arter kanülasyonu ve monitörizasyonu uygulandı. Metabolik asidoz tablosu için bikarbonat replasmanı yapılarak 3500 ml kristalloid infüzyonu uygulandı, diürez 200 ml idi. Operasyon 110 dakika sürdü. Laparotomi yapıldı. Perioperatif hemodinamik olarak stabil seyreden hasta operasyon sonrası ekstübe edilerek postoperatif yoğun bakım ünitesinde 6 gün takip edildi. Sonrasında genel cerrahi servisine eksterne edilen hasta servis yatışının 8. gününde taburcu edildi.



Bağırsak Anısı Boyunca Kokain Paketleri



Kokain Paketleri Tomografik Görünümü



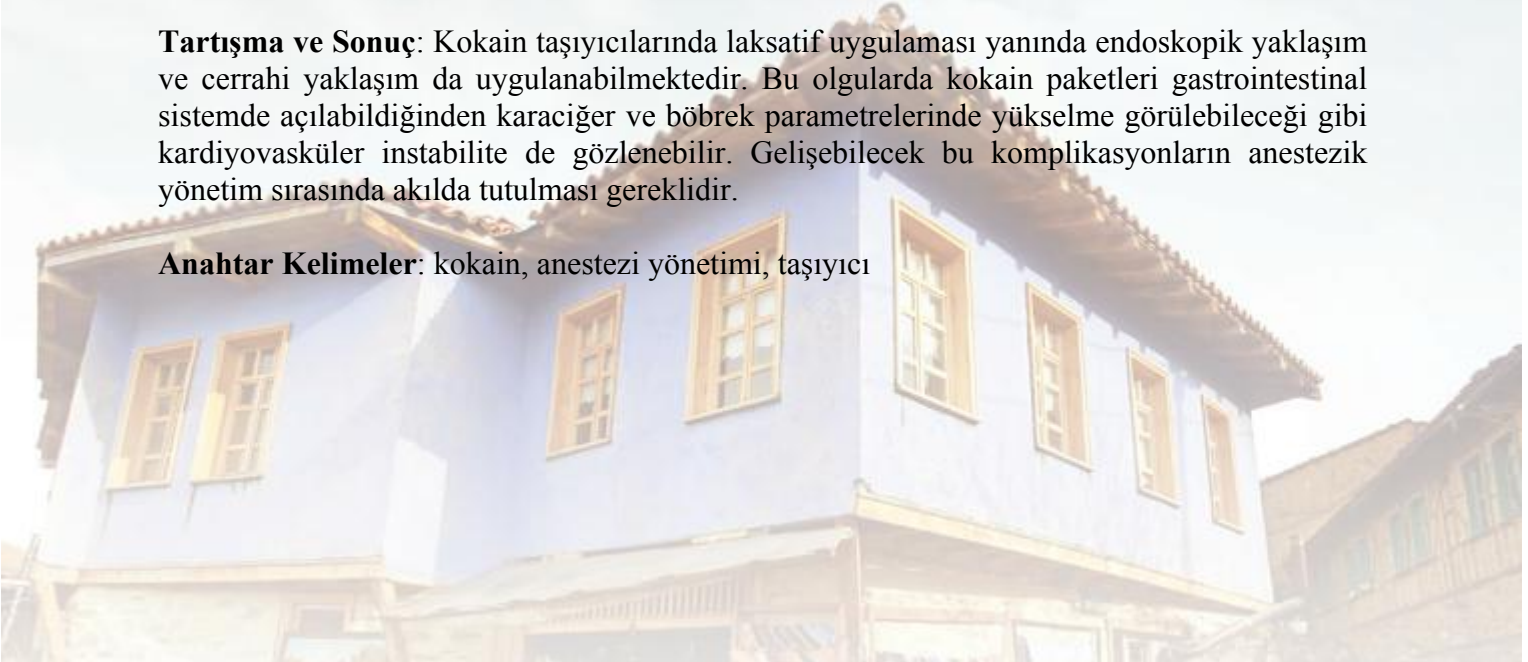
Entübasyon İşlemi



Kısa ve kalın boyunlu, tiromental mesafesi kısa olan hasta videolaringoskop ile entübe edildi

Tartışma ve Sonuç: Kokain taşıyıcılarında laksatif uygulaması yanında endoskopik yaklaşım ve cerrahi yaklaşım da uygulanabilmektedir. Bu olgularda kokain paketleri gastrointestinal sistemde açılabilirdiğinden karaciğer ve böbrek parametrelerinde yükselme görülebileceği gibi kardiyovasküler instabilite de gözlemlenebilir. Gelişebilecek bu komplikasyonların anestezi yönetimi sırasında akılda tutulması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: kokain, anestezi yönetimi, taşıyıcı



Yayın No: S-007

SKOLYOZ CERRAHİSİ YAPILAN PEDİYATRİK HASTADA TEK AKCİĞER VENTİLASYONLU ANESTEZİ YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU

Elif Yılmaztürk¹, Özlem Gök¹, Didem Aydoğdu¹, Selcan Akesen¹¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş: Tek akciğer ventilasyonu (TAV) erişkin olgularda genellikle çift lümenli endobronşiyal tüple (ÇLET) gerçekleştirilir.

Amaç: Çocuklarda ise yaşlarına uygun ÇLET bulunması zorluğu nedeniyle TAV için alternatif teknikler kullanılmaktadır.

Olgu: Artrogryphosis multiplex, hipokondroplazi ve sekundum ASD tanılı 8 yaş, 30 kg, erkek hasta ipli skolyoz cerrahisi (füzyonsuz / anterior tethering) planı ile ameliyathaneye alındı. Hastaya ameliyat masasında supin pozisyonda, standart monitörizasyon sonrası (KB, SpO₂, EKG, ısı) ideal vücut ağırlığına göre midazolam 0,03mg/kg iv, fentanyl 2 mcg/kg iv, propofol 3 mg/kg iv, rokuronyum 0,6mg/kg iv ile anestezi indüksiyonu yapıldı. 5.5 nolu endotrakeal tüp (ETT) ile endotrakeal entübe edildi, sonrasında fiberoptik bronkoskop ile sol ana bronşa girilerek endotrakeal tüp fiberoptik bronkoskop üzerinden ilerletildi ve endobronşiyal entübasyon sağlandı. Anestezi idamesinde propofol ve remifentanyl infüzyonu kullanıldı. Hastaya sağ internal juguler venden santral kataterizasyon sağlandı, sağ radial arter line yerleştirildi, sol lateral dekübit pozisyonu verildi, fiberoptik bronkoskop ile ETT yeri kontrol edildi. Göğüs Cerrahisi tarafından torakoskopik girişim yapıldı, sonrasında nöromonitorizasyon eşliğinde vakaya başlandı. Hastanın vaka başlangıç arter kan gazı (AKG) pH:7.29 pCO₂:62.1 mmHg pO₂:210mmHg HCO₃:26.5 BE:3.6 mmol/Lt olarak görüldü. Havayolu basınçları normal sınırlar içinde seyretti. Kontrol AKG’de Ph:7.39 pCo₂:43.2mmHg pO₂:72.6mmHg HCO₃:25.3 BE:1.3mmol/Lt. Beş saat süren vakada iv hasta kontrollü analjeziye başlandı. Vaka sonunda hasta 0,04 mg/kg neostigmin iv, 0,01mg/kg atropin iv uygulandıktan sonra sorunsuz ekstübe edildi. Postop derlenme ünitesinde takiplerinde hiperkarbisi ve oksijen ihtiyacı olması sebebi ile (pH:7.28 pCO₂:56 mmHg pO₂:155mmHg) postoperatif anestezi ünitesine (PACU) yakın gözlem amacı ile interne edildi. PACU’da GKS: 15 nazal kanülle 3 lt/dk O₂ desteğinde gözlendi. Postop AC grafisinde bilateral atelektazi saptandı, triflo çalıştırıldı. pH:7.36 pCO₂:45.6 mmHg pO₂:78.6 mmHg olarak görüldü. PACU’da 24 saat takip edildikten sonra Ortopedi Kliniği’ne devredildi. Hasta postop 5.gününde taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Sonuç olarak, pediatrik hastalarda, standart ETT içerisinden fiberoptik bronkoskop eşliğinde bronşa yönlendirilmesi temeline dayanan TAV tekniğinin başarılı ve ülkemiz koşullarında maliyet avantajı olan etkin bir yöntem olduğu kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tek akciğer ventilasyonu, pediatrik hasta, ipli sistem skolyoz cerrahisi

Yayın No: S-008

GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ ÜNİTESİNDE KİST HİDATİK HASTALARINDA PERKÜTAN GİRİŞİM SIRASINDA GELİŞEN ANAFİLAKTİK REAKSİYONLARIN ANALİZİ

Ferda Yaman¹, Berat Acu²¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji A.D.

Giriş: Kist hidatik, Echinococcus Granulosus'un meydana getirdiği paraziter bir hastalıktır. Değişik organlarda lokalize olabilmesine rağmen en sık yerleşim yeri karaciğer parankimidir. Tedavisi cerrahi farklı yöntemler ile yapılabilmekteyken girişimsel radyoloji ünitesinde kist boşaltılması perkütan girişimle sağlanmaktadır. PAIR tekniği (Ponksiyon, Aspirasyon, İnjesiyon, Reaspirasyon) kavitenin büyük olduğu olgularda ise içine bir kateter yerleştirilerek kavite drenaja alınmaktadır. Tedavi sırasında anafilaktik reaksiyon görülebilir, işlem sırasında acil müdahalenin yapılabileceği şartların oluşturulması önemlidir.

Amaç: Girişimsel radyoloji ünitesinde sedoanaljezi eşliğinde PAIR tekniği ve kateterizasyon ile tedavi sırasında karşılaştığımız anafilaksi oluşan hasta sayısını ve prognozunu belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Lokal etik kurul onayı alındıktan sonra retrospektif olarak Girişimsel Radyoloji Ünitesinde müdahale edilen Kist Hidatik vakalarının dosyalarının incelenerek yaş, cinsiyet, kist tipleri ve lokasyonları, anafilaksi, anafilaksi gelişen vakaların prognozu kayıt edildi. Çalışmanın verileri SPSS 21 paket programı kullanıldı. Oluşturulan çapraz tabloların analizinde ki-kare testlerinden yararlanıldı. Kadın ve erkeklerin yaş ortalaması karşılaştırmasında student-t testi kullanıldı, veriler ortalama $\pm$ standart hata, kategorik veriler ise sayı yüzde olarak ifade edildi. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: 31 kadın, 19 erkek hastadan oluştuğu belirlendi. Kadınların yaş ort 51.03 $\pm$ 3.12, erkeklerin yaş ortalaması 43.11 $\pm$ 4.18 idi, yaş ortalamaları arasında ($p=0.15$), erkek ve kadın yaş ortalamaları arasında ($p=0.15$) fark yoktu. Cinsiyet ile kist tipi ve kist sayısı çapraz tablo oluşturulduğunda anlamlı farklılık göstermedi (sırasıyla; $\chi^2=4.47; p=0.13$, ki kare= $p=1$). Kist segmenti ile cinsiyeti arasında ilişki bulunamadı ($\chi^2=2.16; p=0.39$). Anafilaksi ile cinsiyet arasında ilişki bulunamadı ($\chi^2=p=1$). Anafilaksi görülme yüzdesi 4,08 olarak belirlendi.

Tartışma ve Sonuç: Kist hidatik rüptürüne bağlı gelişen anafilaksi nadir görülen ancak hayatı tehdit eden bir durumdur. Literatürde çalışma düzeyinde araştırma sayısı çok az olmakla beraber daha çok olgu bildirimleri mevcuttur. Ameliyathane dışı anestezi uygulamaları sırasında radyoloji ünitesinde % 0.06 oran bildirilen bir çalışma mevcuttur. H1/H2 bloke edici ajanlar ve steroid tedavisi riskli vakalarda uygulanmalıdır. Sedoanaljezi altında erken farkedilmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: ameliyathane dışı anestezi, anafilaksi, kist hidatik

Yayın No: S-009

FAR LATERAL LOMBER DİSK HERNİLERİNE CERRAHİ VE ANESTEZİK YAKLAŞIM VE POSTOPERATİF SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hande Gürbüz¹, Mehmet Seçer²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Alaaddin Keykubat Üniversitesi

Giriş: Far lateral lomber disk hernisi (FLDH) nadir görülmekle birlikte tüm disk hernilerinin 0.7-1.7%'sini oluşturmaktadır.(1) FLDH'de disk forameninden çıkan sinir köküne ve ilgili dorsal kök gangliyonuna (DRG) bası yapar. Bu nedenle santral herniyasyonlara kıyasla oldukça şiddetli, tek taraflı radiküler ağrı ile ilişkilidir.

Amaç: Bu çalışmada konservatif tedaviye yanıt alınamaması nedeniyle opere edilen FLDH tanılı hastaların anestezi yöntemi ve postoperatif sonuçlar açısından değerlendirilmesi planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul onayı alındıktan sonra, FLDH nedeniyle opere edilen 30 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik verileri, nümerik derecelendirme ağrı skorları (NRS) ve komplikasyonlar kaydedildi. Postoperatif 6. ayda MacNab sınıflaması ile cerrahi sonuçları değerlendirildi. Pre-postoperatif karşılaştırmalarda Wilcoxon Signed-Rank testi kullanıldı. Sonuçlar medyan (IQR 25-75) ve sayı (%) olarak sunuldu. P<0.05 değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların demografik özellikleri ve postoperatif bulguları Tablo-1'de sunulmuştur. Cerrahi yöntem olarak paramedian insizyonla mikrodiskektomi ve lateral parsiyel fasetektomi uygulanmıştır. Erken postoperatif dönemde NRS skorları anlamlı olarak azalmıştı (p<0.001). Altı hastada cerrahiye spinal anestezi altında başlanmasına rağmen, spinal anestezi seviyesi yeterli olmasına rağmen ameliyat sırasında DRG'nin manipülasyonu sırasında duyulan rahatsızlık nedeniyle genel anesteziye dönmek durumunda kalındı.



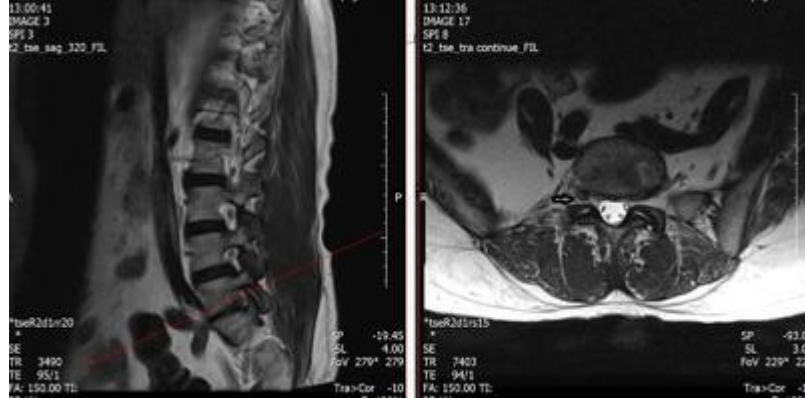
Hastaların demografik özellikleri ve postoperatif bulguları.

Genel Özellikler			
Yaş (yıl); med (IQR25-75)		49.5 (44.8 – 58.3)	
VKI (kg/m²); med (IQR25-75)		25.4 (23.5 – 27.6)	
Cinsiyet; n (%)	Kadın	12 (40)	
	Erkek	18 (60)	
ASA; n (%)	I	11 (36.7)	
	II	13 (43.3)	
	III	2 (6.7)	
	IV	4 (13.3)	
Anestezi; n (%)	Genel	24 (80)	
	Spinal	6 (20)	
Seviye; n (%)	L1-2	1 (3.3)	
	L2-3	1 (3.3)	
	L3-4	10 (33.3)	
	L4-5	15 (50)	
	L5-S1	3 (10)	
MacNab; n (%)	Çok iyi	16 (53.3)	
	İyi	12 (40)	
	Orta	2 (6.7)	
	Kötü	0 (0)	
Pre-postoperatif NRS skorlarının karşılaştırılması			p
NRS; med (IQR25-75)	Preoperatif	9 (8 – 9)	<0.001
	Postoperatif	1 (1 – 1.75)	

ASA: Amerikan Anestezistler Topluluğu; IQR: çeyrekler aralığı; NRS: nümerik derecelendirme ağrı skoru; VKI: vücut kitle indeksi

Tartışma ve Sonuç: Santral disk herniyasyonlarında sinir kökü intervertebral foramene girmeden önce sıkışır, FLDH’de ise foramende veya foramenden çıktıktan hemen sonra sıkışır (Şekil-1). DRG’ye direkt olan bu bası nedeniyle daha küçük FLDH’ler bile daha ağır semptomlara yol açabilir. Konservatif tedavi bu hastaların çok az bir kısmında fayda sağlarken, epidural veya DRG blokları yetersiz kalabilir.(1) Tedavide altın standart yöntem cerrahi mikrodisektomidir.(2) Santral disk hernilerinin anestezi yönteminde spinal anestezinin avantajları bilinmektedir. Ancak hasta grubumuzda spinal anestezi ile yeterli intraoperatif konfor sağlanamamış, genel anesteziye dönmek durumunda kalmıştır. Bunun ana sebebi cerrahın DRG’yi manipüle ettiği anda, spinal anestezi seviyesinin yeterli olmasına rağmen hastanın şiddetli rahatsızlık duymasıydı. Sonuç olarak, paramedian insizyonla mikrodisektomi ve lateral parsiyel fasetektomi uygulanan FLDH hastalarında klinik başarı oranları oldukça yüksektir. Anestezi yöntemi olarak genel anestezi önerilir.

Sağ L5-S1 far lateral disk hernisi MR görüntüsü (sağdaki resim, ok ile işaretli)



Anahtar Kelimeler: Diskektomi, Disk herniasyonu, Genel Anestezi, İntervertebral disk, Spinal anestezi



Yayın No: S-010

SEPTİK ŞOKTA GELİŞEN EKSTREMİTE ÖDEMİNDE KOMPRESYON BANDAJ TEDAVİSİ

Emin Pashazade¹

¹Özel Kadıköy Florence Nightingale hastanesi

Giriş: Yoğun bakım ünitesinde sepsis ve/veya septik şok tanısı ile izlenen hastalarda yaygın ödem ile sık karşılaşılır. Azalmış kas aktivitesi, mekanik ventilasyon tedavisinin lenfatik akım üzerindeki etkisi, endotokseminin neden olduğu dolaşım bozukluğu, hipotansiyona sekonder renal sodyum tutulumu ve akut böbrek hasarı sonucu primer sodyum retansiyonu ödeme yol açabilmektedir. İnterstisyum boşluğunda yaklaşık 2,5 - 3 L sıvı biriktiğinde ödem belirgin hale gelir. Septik şokta uygulanan sıvı resusitasyonu ödemi artırır ve hastaların sıvı dengesini değerlendirmek zorlaşır. Ödemin kendisi de lenfatik drenajı bozacak ve kliniği kısır döngüye sokacaktır.

Amaç: Bu olgu sunumunda amacımız ödem tedavisi için kullandığımız kompresyon bandajı yönteminin etkinliğini paylaşmaktır.

Olgu: Solunum sıkıntısı nedeniyle başvuran 51 yaşında erkek hasta, yoğun bakım ünitesine pnömosepsis/septik şok tanısı ile kabul edildi. Non-invaziv mekanik ventilasyon desteği, sıvı resusitasyonu ve vazopressör destek uygulandı. Hipoalbuminemi ve vücudunda yaygın ödemi olan albümin replasmanına ek olarak ekstremitelerdeki ödemin tedavisi amacıyla 100 mm'lik elastik bandaj ile 4 ekstremite sirküler olarak sarıldı (Resim 1). Altı saat uygulama ve bir saat dinlenme periyotları ile 4 gün takip edildi. İlk günden itibaren ödemde belirgin azalma izlendi. 90 yaşında kadın hasta, trakeostomize, pnömosepsis/septik şok tanıları ile yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Mekanik ventilasyon, sıvı resusitasyonu ve vazopressör destek uygulandı. Üst ekstremite ödemi mevcut olan hastanın tedavisinde ilk olguda uygulanan şekilde elastik bandaj uygulandı. İlk günden itibaren ödemde gerileme gözlemlendi. Her iki hastada da kompresyon tedavisi sonrasında vazopressör ihtiyacı azaldı.



komresyon tedavisi



Tartışma ve Sonuç: Ekstremitelerde gelişen ödem tedavisinde elastik bandaj kullanımı etkin, düşük maliyetli, komplikasyonu az ve kolay uygulanabilir bir yöntemdir. Septik şokta kompresyon tedavisinin ödemi azaltmanın yanı sıra sıvı ve vazopressör tedavi üzerine olası etkilerini gösteren klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: sepsis, septik şok, ödem, komresyon tedavisi



Yayın No: S-011

BECKER MUSKÜLER DİSTROFİLİ BİR OLGUDA KOMBİNE SPİNAL-EPİDURAL ANESTEZİ ALTINDA LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİCeren Gökdoğan¹, Nazlı Bahar Özbey¹, Taner Abdullah¹, Funda Gümüş Özcan¹¹T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş: Becker Musküler Distrofisi, distrofin genindeki mutasyon nedeniyle ortaya çıkan, malign hipertermi açısından risk taşıyan, genetik bir kas hastalığıdır. Malign hipertermiyi tetikleyecek ajanlardan uzak durulması gerekmektedir. Günlük pratikte laparoskopik cerrahi prosedürler bu hasta grubunda ancak TIVA ile uygulanacak genel anestezi ile mümkündür. Diğer alternatif ise santral bloklardır.

Amaç: Bu bildiride, laparoskopik kolesistektomi operasyonu uygulanan Becker Musküler Distrofili bir olguda kombine spinal-epidural anestezi ile vaka yönetimimizi paylaşmak istedik.

Olgu: Laparoskopik kolesistektomi geçirecek 58 yaşında, 166 cm, 80 kg erkek olgu preoperatif değerlendirme için danışıldı. Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve Becker Musküler Distrofisi tanıları mevcuttu. Hastanın alt ekstremitte kas gücü 0/5 ve üst ekstremitde proksimal eklemler için 0/5 iken el bileğinde 3/5 idi. Hasta yatağa bağımlı olduğu için efor kapasitesi değerlendirilemiyordu. Kardiyopulmoner kardinal semptomu yoktu. İntraoperatif; standart monitörizasyon sonrası 18G periferik intravenöz yol açılarak %0.9NaCL başlandı, 2mg midazolam ile premedikasyonu yapıldı. Genel anestezi koşulları TIVA uygulanabilecek şekilde hazırda bulunduruldu. Oturur pozisyonda T7-T8 aralığından epidural alana epidural kateter yerleştirildi. L3-L4 aralığından intratekal 20mg heavy-bupivakain ile spinal anestezi uygulanarak, supin pozisyon ve takiben trendelenburg pozisyonuyla anestezi seviyesi buz kaseti ile değerlendirilerek T4 seviyesine ulaştığında cerrahi başlatıldı. Remifentanil infüzyonuyla sedasyon uygulandı. Vaka süresince intraabdominal basınç 8-9 mmHg düzeylerinde tutularak laparoskopik kolesistektomi prosedürü 35 dakika içerisinde tamamlandı. Operasyon sırasında omuz ağrısı tarifleyen hastanın bu şikayeti pnömoperitoneumun sonlandırılmasıyla geriledi. Operasyon sonunda 10 cc %0,125'lik bupivakain analjezi amacıyla epidural kateterden uygulandıktan sonra kateter çekildi. İntraoperatif stabil hemodinamik parametreler ile takip edilen olgu, postoperatif 1 gece yoğun bakım takibi sonrası komplikasyonsuz şekilde postoperatif 1. gününde taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Becker Musküler Distrofisi, malign hipertermi için yüksek riskli grupta bulunan bir hastalıktır. Laparoskopik cerrahi prosedürlerin ise hasta konforu açısından genel anestezi altından yapılması klinik uygulamada alışılmalıdır. Ancak bilinen kas hastalığı, ilaç alerjisi gibi genel anesteziden kaçınılması gereken seçilmiş vakalarda cerrahi ekiple iyi bir iletişim kurularak santral bloklar altında da uygun intraabdominal basınçların sağlanmasıyla uygulanması mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Musküler Distrofi, Malign Hipertermi, Kombine Spinal-Epidural Anestezi, Laparoskopik Kolesistektomi

Yayın No: S-012

RODENTİSİT (FARE ZEHİRİ) İLE SUICID GİRİŞİMİ OLAN İKİ OLGU

Kamuran Uluç¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Şırnak Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, ŞIRNAK

Giriş: Kumarol sınıfından türetilmiş olan,uzun etkili antikoagülan özelliği bulunan fare zehiri olarak Süpervarfarin ismi verilen bu sınıfın en potent olanı ve en sık kullanılanı brodifokumdur.

Amaç: İki olgumuzda da suicid amaçlı brodifokum alan hastaların tanı,tedavi ve takip sürecini anlatacağım.

Olgu: Olgu 1: 19 yaşında kadın hasta suicid amaçlı almış olduğu fare zehiri sonrası acil servise getiriliyor.Yaklaşık 2 saat önce fare zehiri aldığını söyleyen hastanın aktif kömür ile mide lavajı yapılan hastanın genel durumu iyi GKS(Glaskow Koma Skalası): 15, Kan basıncı: 105/60 mmHg, Nabız: 78 atım/dk, Soluk sayısı: 14/dk, SpO₂: 99 olan hasta yakın takip amacıyla yoğun bakım ünitesine alındı(Tablo 1).Hastaya parenteral 2*20 mg K vitamini yapıldı.Takip ve tedavisi yoğun bakım ünitesinde tamamlanan genel durumu stabil olan hasta servise transferi edildi.Olgu 2: 27 yaşında erkek hasta acil servise yakınları tarafından odasında baygın halde bulunarak getirildi,yakınları olayın yaklaşık 18 saat önce olmuş olacağını ve odasında boş fare zehiri kutusu bulmuşlar.Hastanın GKS: 8,Kan basıncı: 80/39 mmHg,Nabız: 94 atım/dk, Soluk sayısı: 20/dk, SpO₂: 96 olan hastanın ağız içi kanaması, hematürik idrarı,hemorajik skleraları, epistaksisi vardı.Hasta entübe edilip yoğun bakım ünitesine alındı(Tablo 2).Hemodinamisi unstabil olan hastaya kranial görüntüleme yapılamadı.Parenteral 4*20 mg K Vitamini, 6 Ünite TDP(Taze donmuş plazma) ve 2 Ünite Eritrosit süspansiyonu verildi.Yatışının 12. saatinde arrest olan hastaya CPR yapıldı,yanıt alınamayan hasta exitus kabul edildi.

Tablo 1

Laboratuvar Değerleri (referans aralığı)	Acil servis	Yoğun bakım ünitesi
pH	7,42	7,44
PaO ₂	90 mmHg	100 mmHg
PaCO ₂	38 mmHg	40 mmHg
HCO ₃	23 mEq/L	24 mEq/L
BE(Baz açığı)	2 mEq/L	3 mEq/L
Laktat	0,2 mmol/L	0,1mmol/L
Hb	14 gr/dL	13,5 gr/dL
Htc	%42	%40
Platelet sayısı (150-370), x10 ⁹ /L	380	370
INR (0.9-1.2)	1,6	1,3

Olgu 1 Laboratuvar değerleri

Tablo 2.

Laboratuvar Değerleri (referans aralığı)	Acil servis	Yoğun bakım ünitesi
pH	7,10	7,14
PaO ₂	80 mmHg	90 mmHg
PaCO ₂	44 mmHg	48 mmHg
HCO ₃	14 mEq/L	11 mEq/L
BE(Baz açığı)	-2 mEq/L	-7 mEq/L
Laktat	2 mmol/L	8 mmol/L
Hb	9 gr/dL	7 gr/dL
Htc	%27	%21
Platelet sayısı (150-370),x 10 ⁹ /L	310	290
INR (0.9-1.2)	7	10

Olgu 2 Laboratuvar değerleri

Tartışma ve Sonuç: Rodentisit intoksikasyonlarında parenteral K vitamini ve TDP verilmesi mortalite üzerinde önemli etkiye sahiptir.İntoksikasyonları erken tanımak ve tedaviye başlamak hayati önem taşımaktadır.Süpervarfarinler varfarinden yaklaşık 100 kat daha etkin olup,yarılama ömrü yaklaşık 24 gündür.Brodifokum maddesinin yarılanma ömrü ise 140 güne kadar uzayabilir.Bu nedenle varfarin intoksikasyonundan farklı olarak K vitamini hem daha uzun süreli hem de daha yüksek dozda verilmelidir.Eğer hastalar ilacı aldıktan ilk 12-24 saat içinde başvurmuşsa aktif kömür tedavisi verilmeli ve kusturulmamalıdır.Suicid girişiminden sonra geçen süre hastadaki metabolik değişiklikleri etkilemekte ve hastanın mortalitesi üzerine etkisi fazladır.Birinci olgunun erken müdahale ile kurtarılması bunun bir göstergesidir.

Anahtar Kelimeler: Rodentisit (Fare Zehiri), Brodifokum, K vitamini, Suicid, Yoğun bakım ünitesi



Yayın No: S-013

KALICI HEMODİYALİZ KATETERİNE BAĞLI NADİR GELİŞEN İNTRAATRİAL TROMBÜS: OLGU SUNUMU

Ümran Karaca¹, Sedef Elmas Arslan¹, Ayşe Neslihan Balkaya¹, Arda Aybars Pala², Canan Yılmaz¹

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Transözefageal ekokardiyografi (TÖE), kalp ameliyatlarının planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesine yardımcı olmak amacıyla tercih edilir. 12.566 prosedürün retrospektif analizinde, kardiyopulmoner baypas öncesi intraoperatif TÖE, vakaların %7'sinde planlı cerrahide değişikliğe yol açmıştır (1). İntraoperatif TÖE'den en çok kompleks sağ ventrikül çıkış yolu anomalileri, atriyoventriküler septal defekti, çift çıkışlı sağ ventrikül, sol ventrikül çıkış yolu darlığı, kapak patolojileri ve ventriküler septal defektleri fayda görmektedir (2).

Amaç: Kalıcı hemodiyaliz kateterine bağlı gelişen intraatrial trombus çıkarılması olgusundaki perioperatif TÖE deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: Kronik Renal Yetmezlikli (3/7 gün hemodiyaliz programında) 53 yaş erkek hasta, sağ subklavian kalıcı hemodiyaliz kateter yeri enfeksiyonu şikayetiyle acil servise başvurdu. Transtorasik ekokardiyografide sağ atriumda vejetasyon görülmesi üzerine infektif endokardit ön tanısıyla kardiyoloji servisine yatırıldı. TÖE'de sağ atriumda diyaliz kateterine bağlı 3x2,5 cm büyüklüğünde vejetasyon izlenmesi üzerine hasta kalp damar cerrahi kliniğine devredildi. Ameliyathanede rutin monitörizasyon (EKG, oksijen saturasyonu) sonrası hasta (ASA III) 0,05 mg/kg İV. midazolam ile sedatize edildi. İnvasiv kan basıncı monitörize edildikten sonra 5 mg/kg tiyopental sodyum, 2 mcg/kg fentanil ve 1mg/kg rokuronyum bromür ile genel anestezi uygulandı. Sol internal juguler venden santral venöz kateter (8F) takıldı. TÖE ile mid-özefageal seviyede preoperatif 2,4x2,8 cm büyüklüğünde vejetasyon saptandı. Sağ atriotomi yapılarak kalıcı hemodiyaliz kateteri çıkarılıp vejetasyon temizlendikten sonra kontrol TÖE yapıldı. Mid-özefageal seviyede sağ ventrikülde rezidüel kitle izlenmedi. Transgastrik seviyede ana pulmoner arter ve sağ-sol pulmoner arterlerin 3 cm distaline kadar emboli lehine patoloji saptanmadı. Postoperatif kalp damar cerrahi YBÜ'de 8. saatte ekstübe edildi. Postoperatif Pulmoner BT anjiyografisinde emboli lehine dolum defekti saptanmadı. Hasta postoperatif 29. gününde sorunsuz taburcu edildi.



Preoperatif TÖE Görüntüsü



Preoperatif TÖE Görüntüsü



Postoperatif TÖE Görüntüsü



Tartışma ve Sonuç: Perioperatif TÖE ile kardiyak fonksiyonlar ve cerrahi prosedürlerin başarısı anesteziistler tarafından değerlendirilebilir ve intraoperatif seyir değiştirilebilir. Eğer kontrendikasyon yoksa açık kalp ve torasik aort cerrahilerinde anesteziistler tarafından TÖE ile takip mutlaka düşünülmelidir (3). Özellikle kardiyak vegetasyon cerrahilerinde rezidüel lezyonun ve pulmoner embolinin ekartasyonu amacıyla intraoperatif TÖE rutin kullanımını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler Cerrahi Girişim, Transözofageal Ekokardiyografi

Yayın No: S-014

KİFOPLASTİ CERRAHİSİNDE ANESTEZİ YÖNTEMİ OLARAK ULTRASON KILAVUZLUĞUNDA EREKTÖR SPINA DÜZLEM BLOĞU: OLGU SUNUMU

Tuğba Onur¹, Asiye Demirel¹, Selimcan Yırtımcı¹

¹SBÜ Bursa Yüksek İhtisas EAH

Giriş: Erektör spina düzlem bloğu (ESPB); spinal sinirlerin dorsal kökünde duyuşal blokaj oluşturmak için lokal anestezi ajanının erektör spina kası ve transvers proçes arasına yapılması şeklinde sıklıkla postoperatif analjezi amaçlı uygulanmaktadır (1).

Amaç: Çalışmamızda ESPB'yi yaşlı ve komorbid hastalıkları açısından genel anestezinin riskli olduğu kifoplasti hastalarında anestezi yöntemi olarak tercih ettiğimiz 3 olguyu sunmayı amaçladık.

Olgular: Yaşları 78, 82 ve 85 olan kifoplasti planlanan üç hastaya yazılı onamları alındıktan sonra monitorize halde operasyondan 30 dk önce ameliyathane odasında USG eşliğinde bilateral ESPB uygulandı. İşlem öncesi Ramsey sedasyon skalası 1 olacak şekilde 1 mg midazolam iv yapıldı. Kifoplasti hastalarının demografik özellikleri, ASA değerleri, analjezik kullanım durumu, mobilizasyon düzeyi, cerrahi öncesi ağrı değerleri (statik/dinamik VAS) kaydedildi. Cerrahi boyunca belirlenen sürelerde (0, 15, 30, 45. dakikalarda) hemodinamik parametreleri; uygulanan sedasyon dozları, ek analjezik veya lokal anestezi ihtiyacı, hasta ve cerrah memnuniyeti, anestezi ve cerrahi süre kayıt altına alındı. Postoperatif hasta kayıtlarından 2, 4, 6, 12, 18, 24. saatlerde VAS değerleri, ilk analjezik uygulama zamanı, 24 saat içinde yapılan analjezik miktarı, ilk mobilizasyon ve taburculuk zamanı, hasta ve cerrah memnuniyeti ile komplikasyonlar kaydedildi. Hastaların giriş statik VAS değerleri sırasıyla 8/10, 7/10 ve 8/10' du. ESPB sonrası VAS 10. dakikada sırasıyla 3/10, 4/10 ve 4/10' du. Hastaların ameliyat boyunca lokal anestezi veya sedasyon ihtiyacı olmadı. İlk mobilizasyon zamanı sırasıyla 5, 6 ve 8. saat olarak değerlendirildi. Statik VAS sırasıyla 2/10, 3/10 ve 2/10 iken; dinamik VAS 3/10, 3/10 ve 3/10' du. Postoperatif ek analjezik uygulanmadı. Hastalar yaklaşık 24 saat sonra taburcu edildi.



Şekil 1



Erektör spina düzlem bloğu ultrason görüntüsü

Tartışma ve Sonuç: Omurga cerrahilerinde uygulanan bilateral ESPB’ nin perioperatif opioid kullanımını ve postoperatif ağrıyı azalttığı yönünde literatürde pekçok çalışma vardır (2,3). Bizim olgularımızda esas olarak bloğun anestezisi etkinliği ön plana çıkmaktadır. ESPB’ nin genel anestezinin riskli olduğu komorbiditeleri yaygın olan geriatrik kifoplasti hastalarında genel veya rejyonel anestezie alternatif uygulaması kolay ve güvenilir bir yöntem olarak planlanabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Vertebroplasti, Kifoplasti, Omurga cerrahisi, Erektör spina düzlem bloğu, Bilateral erektör spina düzlem bloğu.



Yayın No: S-015

LAPAROSKOPİK ÖZOFAJEKTOMİ VAKASINDA ANİ GELİŞEN KAPNOTRAKS: OLGU SUNUMU

Yusuf Yılmaz¹, Erdal Özcan¹, Ayça Tuba Dumanlı Özcan¹, Handan Güleç²¹Ankara Şehir Hastanesi²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Giriş: Özofagus rezeksiyonunun minimal invaziv yaklaşımına artan ilgi vardır. Laparoskopik cerrahide anestezi uzmanı olası komplikasyonlara karşı uyanık olmalıdır(1).

Amaç: Biz de laparoskopik özefajektomi operasyonu sırasında aniden gelişen kapnotoraks yönetimimizi tartışmayı amaçladık.

Olgu: Özofagus kanseri nedeniyle laparoskopik transhiatal özefajektomi planlanan 65 yaşında erkek hastanın preoperatif değerlendirmesinde hipertansiyon, benign prostat hiperplazisi ve özofagus kanseri dışında ek bir hastalığı bulunmamaktaydı. Hasta ameliyathaneye alındıktan sonra rutin monitörizasyon yapıldı. Preoksijenasyon ve indüksiyondan sonra, 35 numara sol taraflı çift lümenli tüp ile entübasyon yapıldı. İlk kan gazındaki pCO₂ değeri 39.3 idi. Vakanın 225. dakikasında vaka laparoskopik olarak devam ederken anestezi cihazının entidal karbondioksit göstergesinde CO₂ değerleri ani olarak yükselmeye başladı. Anestezi cihazında ölçek aşıldı uyarıları görülmeye başlandı. 5 dk arayla 2 kez arter kan gazı alındı. İlk kan gazındaki pCO₂ değeri 52,2 cmH₂O pH 7,29, 5 dakika sonra alınan ikinci kan gazındaki pCO₂ değeri 79,4 cmH₂O, pH değeri 7,13 idi. Hava yolu basınçları basınç kontrol-volüm garanti(PC-VG) modunda 22cmH₂O olarak ölçüldü. Volüm kontrol moduna (VCV) geçildi. Volüm kontrol modunda hava yolu basıncı 25 cmH₂O'ya yükseldi ve soluk sonu CO₂ değerleri normale döndü. Karın içi basınçlar düşürüldükten sonra endidal karbondioksit değerleri 40,2 cmH₂O'ya düştü. Hasta ameliyat bitiminde 300 mg sugammadex yapılarak ekstübe edildi. Yoğun bakıma nasal oksijen eşliğinde spontan solunumda teslim edildi.

Tartışma ve Sonuç: TARTIŞMAMakay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada laparoskopik özefajektomi yapılan grupta intraoperatif kan kaybını anlamlı olarak daha az tespit etmişlerdir. Ayrıca mediastinal diseksiyona bağlı plevra girişi açık cerrahide %84 ve laparoskopik yardımcı prosedürde ise %93 olarak belirtilmiştir.(2) Çoğu pnömotoraks, peritoneal ve plevral embriyonik keseler arasındaki iletişim kanalları yoluyla CO₂ difüzyonuna, aort ve özofagus hiatusındaki kusurlara veya alveolar rüptürlere, cerrahi sırasında diyafram travmasına bağlıdır (3). Bu olguda karın içine CO₂ insüflasyonundan sonra kitlesel olarak artan end-tidal karbondioksitin visseral plevra yaralanmasına bağlı olduğu düşünüldü.SONUÇAnestezi ve cerrah, kardiyopulmoner sorunları yönetmek ve komplikasyonları en aza indirmek için potansiyel plevral yaralanma riskinin farkında olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Genel Anestezi, Kapnotoraks, Laparoskopik cerrahi

Yayın No: S-017

AMELİYAT OLMAK BİR SUİSİD YÖNTEMİ OLABİLİR Mİ?

Emine Aslanlar¹, İskender Kara¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Konya, Türkiye

Giriş: Preoperatif anestezi değerlendirmesinde hastaların psikolojik durumu gözardı edilebilmektedir. Preoperatif depresyon perioperatif dönemi olumsuz etkilemektedir.

Amaç: Bu yazıda depresyon tanısı olan ve operasyonu suisid amacıyla kabul ettiğinin farkına varılamayan hastadan bahsedilmiştir.

Olgu: 37 yaşında bayan hasta glokom operasyonu için başvurdu. 17 yıldır Behçet Hastalığı nedeniyle görme kaybı mevcuttu. Romatolojinin önerileriyle operasyondan 7 gün önce Azotipirin ve Siklosporinin, 3 gün önce Kolşisinin kesilmesi hastaya söylendi. 10 yıldır depresyon tanısıyla Fluoksetin kullanmaktaydı. Operasyonun genel anestezi altında yapılması planlandı. Propofol(2-3mg/kg), Fentanil(1mcg/kg) verilerek larengeal maske uygulandı. Operasyonun ardından hasta sorunsuz uyandırılıp, derlenme ünitesine akabinde Göz Hastalıkları Servisi'ne gönderildi. Serviste 20 dakika iyi koopere olan hastanın ajitasyonu başlamış, kendisini pencereden atma girişiminde bulunmuş. Bunun üzerine hasta postoperatif deliryum(POD) ön tanısıyla tekrar derlenme ünitesine alındı. Bilinç-hafıza bozukluğu olmadığı, yer-zaman oryantasyonunun olduğu, halusinasyon olmadığı görüldü. Hasta “Behçet yüzünden gözlerim görmüyor, bu ameliyatlarda görmeyecek. Ameliyat öncesi bırakmam gereken ilaçları bilerek son güne kadar kullandım. Ameliyatı anesteziiden uyanmam, ölürüm diye kabul ettim, beni neden uyandırdınız, atlayıp ölmek istiyorum” şeklinde ifadelerde bulundu. Postoperatif psikiyatri konsültasyonunda ağlama nöbetleri geçirdiği, intihar girişiminde bulunduğu, major depresyon nedeniyle takipli olduğu öğrenildi. POD olmadığı anlaşılan hasta depresif ajitasyon tanısıyla psikiyatriye devredildi.

Tartışma ve Sonuç: Perioperatif dönemde suisid düşüncesi literatürde sıklıkla bariatrik cerrahi, abortus ve meme implant operasyonlarından sonra bildirilmiştir. Olgumuzda suisid girişimi göz operasyonu sonrası olmuştur. Bilinen en sık suisid çeşitleri, ilaçlar, organofosfatlar, ası ve yüksekten atlama şeklindedir. Olgumuzdaysa ameliyat, suisid yöntemi olarak kullanılmaya çalışılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla literatürde böyle bir yöntem yoktur. Hastanın ameliyat olma isteğinin altındaki neden iyileşmek değil, anesteziiden uyanamayarak ölmek istemesi olmuştur. Preoperatif değerlendirmemiz hastanın psikolojik durumunu değerlendirmede yetersiz kalmıştır. Oysa majör organ tutulumu olan Behçet hastalarında suisidal düşüncelerin arttığı gösterilmiştir. Bu durum preoperatif psikiyatri konsültasyonu ile farkedilebilirdi. Depresyonun eşlik ettiği kronik hastalıkları olan hastaların preoperatif dönemde suisid düşüncesi açısından detaylı sorgulanması gerekebilir. Bu hastaların preoperatif önerilere uymayarak perioperatif problemlere neden olabilecekleri hatta intihar girişiminde bulunabilecekleri akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: depresyon, preoperatif değerlendirme, suisid düşüncesi

Yayın No: S-018

İNTRATEKAL KEMOTERAPİ SPİNAL SİNEŞİ YARATIR MI?

Şebnem Rumeli¹, Mehmet Rıdvan Yalın¹¹Mersin Üniversitesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon ABD, Algoloji BD

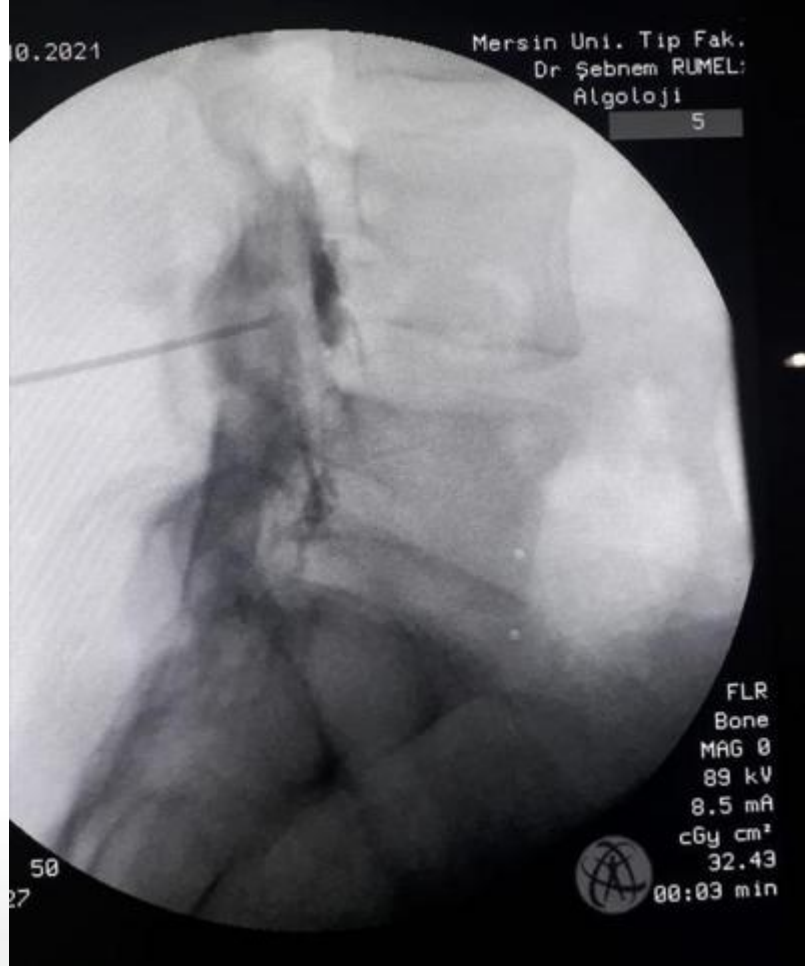
Giriş: İntratekal kemoterapi (İT) santral sinir sistemini koruma ve tedavi edici olarak uygulansa da girişim veya uygulanan ilaçtan kaynaklanan ciddi komplikasyon risklerine sahiptir.

Amaç: Bu yazı ile daha çok alt ekstremiteye yayılım gösteren yaygın vücut ağrısının, tekrarlayan intratekal tedavi sonrası spinal kanalda gelişmiş sineşilere bağlı olabileceğini düşündüğümüz olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Akut lenfoblastik lösemi (ALL) ve COVID-19 tanılı 15 yaşında 55 kg ağırlığında kız olgu ciddi ağrıları nedeniyle çocuk enfeksiyon kliniği tarafından Algoloji kliniğimize iki farklı zamanda konsülte edildi. İlkinde COVID-19 tanısı ile hastaneye yatışının yapıldığı, şiddetli sağ kol ve sağ tarafta daha fazla olmak üzere bilateral bacak ağrısının mevcut olduğu belirlendi. Olgu VAS değerini 8-9 olarak tanımladı. Hasta kontrollü analjezi (HKA) yöntemi ile iv morfin ve nöropatik yakınmaları için pregabalin 2x150 mg başlandı. Tekrar uygulanan İK' yi takiben ağrıları giderek azaldı. Morfin sonlandırıldı, ancak nöropatik yakınmaları devam ettiği için pregabalin dozu 2x75 mg ile hasta taburcu edildi. Hastanın on beş gün sonra şiddetli yaygın kemik ağrıları, baş ağrısı, yüzde uyuşma ve idrar kaçırma şikâyetleri olması üzerine hastane yatışı tekrarlandı. Morfin HKA (infüzyon:1mg/s; bolus:1mg; kilitli kalma:15 dk), pregabalin 2x150mg, parasetamol 4x1 gr iv başlandı. Analjezi için istek dozunu sık kullanan (morfin 46 mg/gün) hastaya lomber epidural kateter planlandı. Epiduralden % 0.25' lik bupivakain 5 cc ile ilk uygulamadan sonra hastanın yedi olan VAS değeri bire geriledi (Resim 1). Epidural tedavi (2x1) sonrası morfin azaltılarak kesildi. Beş gün sonra hastanın tüm şikâyetlerinin gerilemesi üzerine epidural ilaç uygulaması sonlandırıldı. Pregabalin 2x75 mg oral tedavisine devam edilerek taburcu edildi.



Resim 1



Lomber epidural alana uygulanan kontrast maddenin yayılımı.

Tartışma ve Sonuç: Hastada epidural uygulamadan hemen sonra opioid ihtiyacı hiç kalmayacak kadar analjezi sağlanmış olması bize İK uygulaması sırasında epidural şineşi gelişmiş olabileceğini düşündürdü. Tekrarlayan volüm uygulamalarının olgumuzun ağrılarında azaltma yaratması nedeniyle, İK alan özellikle nöropatik yakınmaları bulunan hastalarda sineşi olasılığının düşünülebileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: intratekal kemoterapi, sineji, epidural kateter, nöropatik ağrı



Yayın No: S-019

İNTERSKALEN BRAKİYAL PLEKSUS BLOĞU KOMPLİKASYONU: REKÜRREN SİNİR PARALİZİSİ OLGUSU

Mesure Gül Nihan Özden¹, Burcu Bozdoğan Tüysüz¹

¹İ Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş: Omuz cerrahisinde interskalen brakial pleksus bloğu postoperatif ağrı yönetiminde multimodel yaklaşımlardan biridir. Rekürren sinir paralizisi nadir ancak konforu etkileyen bir komplikasyondur.

Amaç: Bu yazıda omuz cerrahisinin postoperatif ağrısı için uygulanan interskalen blok sonrası gelişen rekürren sinir paralizisi olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: ArtrArtroplasti ve bankart tamiri için ameliyatı planlanan 19 yaş, ASA I erkek hastaya uygun monitörizasyon yapıldıktan sonra midazolam 1mg ve fentanil 50µg i.v. uygulandı. Sağ brakial pleksus C6 seviyesinde ultrason (Samsung Medison UGEO H60, Seoul, South Korea) ile görüntülendi ve sinir stimülatörü (Plexygon, Vygon, France) kullanılarak 50 mm iğne (Echoplex®, Vygon, Ecouen, France) ile in plane bupivakain (Marcaine® %0.5, Astra Zenaca, Türkiye)10 ml ve prilokain (Citanest® % 2, Astra Zenaca, Türkiye) 5 ml sinir çevresine uygulandı. İlaç uygulamasının 5 dakikasında ses kısıklığı gelişti ve genel anesteziye kadar (30. Dk) hemodinamik (Kalp hızı:80/dk, arter tansiyonu:110/70), solunumsal (solunum frekansı:14/dk, SpO2:%97) parametrelere değışmedi. Ameliyat bitiminde (120. dk) oda havasında, solunum frekansı:16/dk ve SpO2:%97 ölçüldü. Derlenme ünitesinde (1 saat) hemodinamik ve solunumsal parametrelerinde bir değışiklik olmazken ses kısıklığı devam etti. Postoperatif 8. Saatte ses kısıklığının tamamen düzeldiğı gözlemlendi ve direk laringoskopisinde vokal kordları bilateral hareketli görülürken akciğer grafisinde ek patoloji saptanmadı. Aynı zamanda postoperatif 8. Saatte hastanın ameliyat bölgesinde ağrısı başladı ve tramadol HCl (Contramal, Abdi İbrahim, İstanbul, Turkey) 50 mg i.v. uygulandı. Hasta ertesi gün sorunsuz olarak taburcu edildi.



vokal kord



akciğer grafisi



Tartışma ve Sonuç: İnterskalen brakial pleksus bloğunda yakın anatomik komşuluklar nedeniyle farklı komplikasyonlar görülebilmektedir. Rekürren sinir birçok farklı anatomik varyasyonu olması nedeniyle paralizisinin gelişme sıklığı bu blok için %3 olarak bildirilmiştir. Dispneye neden olan bilateral vokal kord paralizisinin aksine, tek taraflı rekürren sinir paralizisinde belirti ses kısıklığıdır. İnterskalen brakial pleksus bloğunda ultrasonun ve sinir stimülatörünün kullanılmasına rağmen anatomik varyasyonlar ve yakın komşuluk nedeniyle lokal anestezinin yayılımına bağlı olarak rekürren sinir paralizisi gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnterskalen brakial pleksus bloğu, recurren sinir paralizisi, omuz cerrahisi.

Yayın No: S-020

FRIEDRICH ATAKSİLİ HASTADA KİFOSKOLYOZ CERRAHİSİNDE GENEL ANESTEZİ YÖNETİMİ

Gizem Nur Aydemir¹, Ender Ulutaş¹, Çağatay Bayram¹, Khayala Mansimova¹, Selcan Akesen¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş: FA OR geçiş gösteren nörodejeneratif bir hastalıktır. Ataksilerin en sık görülen formu olup 25 yaşından önce başlayan ataksilerin %75'ini oluşturur. Kardiyak, endokrin ve pulmoner bulgular görülmekle beraber nörolojik bulgular ön plandadır. FA'da nöropatoloji; dorsal kök ganglionlarındaki nöropatiye eşlik eden periferik duyuşal sinir liflerinde kayıp ve arka kordon dejenerasyonudur. Ayrıca patogeneizde mitokondrilerde demir birikimine bağlı oksidatif strese artmış duyarlılık ve serbest radikal aracılı hücre ölümü de rol oynar. Klinik olarak progresif ekstremiteler ve yürüme ataksisi 30 yaşından önce gerçekleşir. Dizatri, alt ekstremiteler motor zayıflığı, skolyoz, DM, kardiyomyopati de görülen diğer klinik bulgulardır. Motor nöron hastalığı olması nedeniyle bu hastalarda nöromusküler ajan kullanımı dikkat gerektirmektedir.

Amaç: Bu olgu sunumunda FA tanısı olan hastamızdaki anestezi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: 14 yaşında, 47 kg, FA tanılı kadın hasta VATS yardımcı kifoskolyoz operasyonu planıyla tarafımıza başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde hafif ataksik yürüyüş, alt ekstremitelerde DTR hipoaktif, alt ve üst ekstremitelerde hafif azalmış kas gücü tespit edildi. EKG'de hafif LVH bulguları izlendi. Preoperatif EKO'da LVH, PFO tanıları olup operasyonuna engel durum gözlenmemiştir. PAAC'de kardiyotorasik oran artmış olarak değerlendirildi. Ameliyathaneye alınan hasta preoperatif EKG, SpO₂, NIBP ve BIS monitörizasyonu sonrası 1 mg midazolam ile sedatize edildi. 3 mikrogram/kg fentanil, 3 mg/kg propofol ve 1 mg/kg rokuronyum indüksiyonu gerçekleştirilerek double lümen tüp ile entübe edildi. Hastaya sağ radial arterden invaziv arter monitörizasyonu yapıldı. Sağ juguler vena santral venöz katater takıldı. Sağ lateral dekübit pozisyonda TAV gerçekleştirildi. Anestezi idamesinde BIS 40-60 arasında seyredecek şekilde TIVA uygulandı. Nöromonitörizasyon uygulanan hastaya ek olarak nöromusküler ajan ve inhaler anestezi kullanılmadı. Vaka boyunca stabil seyreden hastaya 4 mg/kg sugammadex uygulandı ve sorunsuz ekstübe edildi. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gözlenmeyen kliniğe gönderildi. 5. gününde ise taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: FA hastanın preoperatif dönemde nörolojik, kardiyak, pulmoner ve endokrin sisteminin değerlendirilmesi özellikle nöromusküler monitörizasyonu da içeren optimal monitörizasyon sağlanması, indüksiyonda hemodinamik yanıt uyandırılmamasına özen gösterilmesi ve peroperatif dönemde hemodinaminin sıkı takibi temel noktalar. Sonuç olarak anestezi literatür bilgileri ve hastamızdan elde ettiğimiz veriler ışığında peroperatif dönemde kas gevşetici uygulamadan, TIVA ile hemodinamik açıdan stabil bir anestezi uygulaması gerçekleştirildi.

Anahtar Kelimeler: Friedrich ataksi, TAV, TIVA, skolyoz, VBT

Yayın No: S-021

İNTRAOPERATİF KARACİĞER HİDATİK KİST RÜPTÜRÜNE BAĞLI GELİŞEN ANAFİLAKTİK ŞOK VE BRONŞ SPAZMI: VAKA SUNUMU

Mustafa Necat Abduşoğlu¹, Hasan Elkan²¹Bursa Şehir Hastanesi²Balıklığöl Devlet Hastanesi, Şanlıurfa

Giriş: Ekinokokkozis, dünyanın bazı bölgelerinde sık görülen parazitik bir enfeksiyondur. Kistin rüptürü yaşamı tehdit eden anafilaktik reaksiyonlara neden olabilir. Anafilaksi yaşamı tehdit edici bir reaksiyondur (1,2).

Amaç: Kist hidatik nedeniyle ameliyat edilecek hastalarda anafilaksi gelişebileceğinin akılda tutularak gerekli önlemlerin alınması ile mortalite ve morbiditenin ciddi oranda azaltılacağı kanısındayız.

Olgu: 21 yaşında. ASA II , karın ve yan ağrıları, nefes darlığı ve öksürük ile hastaneye başvuran, karaciğer kist hidatiğinin cerrahi eksizyonu amacıyla operasyona alınan Laparotomi için cerrahi müdahale planlandı. Premedikasyon yapıldı. Anestezi indüklendi. Entübe edildi. % 50 Hava +% 50 O₂ karışımında % 2 sevofluran ile idame sağlandı. Başlangıcında hemodinami stabildi. Ameliyat ekibi kisti aspire etmeye ve kesmeye karar verdi. Skolisidal uygulandı. Kan basıncı aniden 50/30 mmHg'ye düştü, nabız 79 bpm'den 132 bpm'ye yükseldi. SO₂ % 56'ya düştü ve hava yolu basıncı 15'den 49 mmHg kPa'ya yükseldi. Oskültasyonda şiddetli bronkospazm tespit edildi. Cerrahi prosedur durduruldu Teofilin infüzyonu başlatıldı. 10 mg efedrin HCl tekrarlayan intravenöz dozları toplamı 30 mg Kan basıncı 43/22 mm Hg'ye düştü ve kalp atım hızı 157 bpm'yeyükseldi. Anestezik gazlar durduruldu ve hasta % 100 O₂ ile havalandırıldı. Hızlı IV hacim genişletici 1000 mL kolloid ve dengeli elektrolit çözeltisi uygulandı. Dopamin infüzyonu başlatıldı. Prednizolon 250 mg, klorfeniramin ve ranitidin ile adrenalin uygulandı. Kan basıncı ve kalp atım hızı 20 dakika sonra normale döndü Hemodinamik stabilizasyonu takiben teofilin infüzyon hızı düşürüldü. O₂ saturasyonu daha sonra % 76'ya kadar kademeli olarak arttı. Bronkospazm çözüldü, sibilan ronkusler vardı. Operasyon sonu arter basıncı ve kalp atım hızı normal bulundu. O₂ saturasyonu, % 95 idi. Ameliyat tamamlandı ve sorunsuz bir şekilde ekstübe edildi ve dopamin infüzyonu kesildi.



Peroperativ Arter Kan Gazı

pH	7.31
PO2	41
PCO2	45
SO2	76
HCO3	20.6

Postoperativ ilk AKG

pH	7.42
pO2	41
pCO2	58
sO2	90
HCO3	20.3

Postoperativ 48. saat AKG

pH	7.46
pO2	75
pCO2	35
sO2	96
HCO3	26

Tartışma ve Sonuç: Anestezi uygulamasında anaflaktik reaksiyonların yönetimi için tanı, hızlı müdahale, cerrahi prosedüre ara verilmesi, bronkospazmın hızlı çözülemeyeceği, inotrop destek, sıvı tedavisi steroid, adrenalin, teofilin in zamanında kullanımı , krizin iyi yönetilememesinin kardiyak arreste kadar varan ciddi durumlarla karşı karşıya bırakabileceği bilinmelidir

Anahtar Kelimeler: Ekinokokus granulosus, kist hidatik, anafilaktik şok



Yayın No: S-022

TUR-M YAPILAN HASTALARDA ULTRASON EŞLİĞİNDE UYGULANAN OBTURATOR SİNİR BLOĞU

Ayça Sultan Şahin¹, Ezgi Aydın¹, Süreyya Özkan¹

¹SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

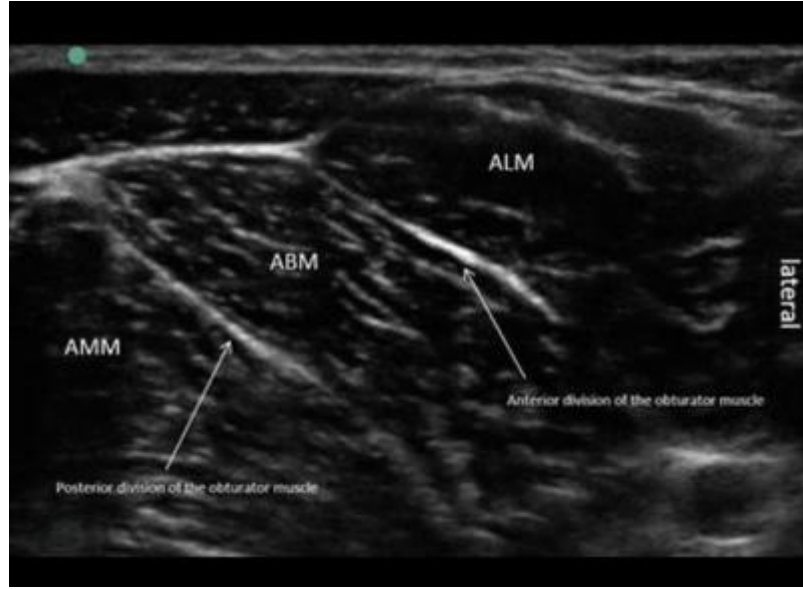
Giriş: Obturator sinir lomber pleksustan köken alır ve uyluk kaslarının motor ve uyluk medialinde küçük bir bölümün sensoryal inervasyonunu sağlar. Mesaneyi inerve etmese de pelvik bölgedeki seyri sırasında mesanenin lateral duvarı ile komşuluğu mevcuttur. Mesanenin lateral ve inferolateral duvarına yerleşen tümörlerin transüretal rezeksiyonu (TUR-MT) sırasında sinirin uyarılmasına bağlı adduktor kas spazmı gelişebilir. İstenmeyen adduktor spazmının, mesane perforasyonu, obturator hematom, tümör hücrelerinin ekstremitelere yayılımı gibi mortalite ve morbiditeyi artıran sonuçlara neden olduğu bilinmektedir

Amaç: Obturator sinir bloğu(OSB), transüretal rezeksiyon sırasında obturator refleksin gelişmesini önlemek için tanımlanmıştır. Tanımlanmasından bu zamana kadar birçok farklı yaklaşım geliştirilmiştir. Bu çalışmada, interadduktor yaklaşımının sonuçlarının görülmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: OCAK 2019-MART 2019 tarihleri arasında OSB uygulanan hastaların verileri toplandı. Hastaların demografik verileri, hastalara uygulanan anestezi yöntemleri, OSB uygulama yöntemi, hastalarda adduktor kas spazmı ve buna bağlı cerrahi komplikasyon varlığı değerlendirildi



OBTURATOR SİNİRİN USG GÖRÜNTÜSÜ



Şekil 1 OBTURATOR SİNİRİN ULSTRASON GÖRÜNTÜSÜ ALM :adductor longus kası ,ABM: adductor brevis kası ,AMM: adductor magnus kası , oklar obturator sinirin ön ve arka dalını göstermekte)

Bulgular: Transüretral rezeksiyon geçiren hastalar üzerinde çalışıldı . Cerrahi anestezi amacıyla spinal anestezi ve obturator sinir bloğu kombinasyonu uygulanan hasta sayısı 15 'du (4'ü kadın, 11'i erkek). Bütün obturator sinir blokları interadduktor yaklaşımla, ultrason eşliğinde yapıldı.Operasyonlar herhangi bir komplikasyona rastlanmadan tamamlandı.

ELDE EDİLEN VERİLER

ORT BLOK YAPILMA SÜRESİ	10 DK
ORT DUYUSAL BLOK SÜRESİ	177 DK
ORT MOTOR BLOK SÜRESİ	170 DK (İKİ HASTADA GÖZLENMEDİ)
ORT POSTOP MOBİLİZASYON SÜRESİ	690 DK
ORT OPERASYON SÜRESİ	35 DK
CERRAHİ MEMNUNİYET	İYİ/ÇOK İYİ
ORT SİSTOLİK /DİASTOLİK TA PREOP	148 / 86
ORT SİSTOLİK /DİASTOLİK TA PEROP	135 / 79
ORT SİSTOLİK /DİASTOLİK TA 5. DK	142 / 80
ORT SİSTOLİK/ DİASTOLİK TA 10.DK	141 / 74
ORT SİSTOLİK /DİASTOLİK TA 15.DK	140 / 78
ORT SİSTOLİK/DİASTOLİK TA 30. DK	132 /82
ORT SİSTOLİK/DİASTOLİK TA 60. DK	124 / 73
ORT OP ÇIKIŞ SİSTOLİK/DİASTOLİK TA	142 /79

ORT KTA / SPO2 PREOP	74 / 99
ORT KTA/ SPO2 PEROP	70 / 98
ORT KTA /SPO2 5. DK	72 / 98
ORT KTA /SPO2 10. DK	67 / 98
ORT KTA/ SPO2 15. DK	66 / 99
ORT KTA / SPO2 30. DK	73 /99
ORT KTA /SPO2 60. DK	68 /99
ORT KTA/SPO2 ÇIKIŞ	70 /99
PREOP BULANTI	3 HASTA
PEROP BULANTI	1 HASTA
POSTOP BULANTI	YOK
PREOP GLOB	2 HASTA
PEROP GLOB	YOK
POSTOP GLOB	YOK
PREOP KAŞINTI	3 HASTA
PEROP KAŞINTI	YOK
POSTOP KAŞINTI	YOK
PREOP AĞRI	4 HASTA
PEROP AĞRI	YOK
POSTOP AĞRI	1 HASTA
PREOP MESANE PERFORASYONU	YOK
PEROP MESANE PERFORASYONU	YOK
POSTOP MESANE PERFORASYONU	YOK

Tartışma ve Sonuç: Obturator sinir bloğu obturator refleksin önlenmesi için etkili bir bloktur. Obturator sinir bloğunun spinal anestezi ile kombine edilmesi transüretal cerrahilerin anesteziinde güvenli bir yöntem olarak görülmektedir. Obturator sinir bloğunda ultrason rehberliği blok başarı oranının artmasına yardım etmekte ve hasta güvenliği açısından ek avantajlar sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: TUR-M, ULTRASON, OBTURATOR SINİR BLOĞU



Yayın No: S-023

COVID-19 TRAKEOSTOMİ GEREKLİ MİDİR?

Aylin Parmaksız¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Giriş: Trakeada açıklık oluşturulması ve bu açıklığa yapay bir hava yolu yerleştirilmesi işlemi ‘trakeostomi’ olarak adlandırılır.(1)Perkütan dilatasyon yolu ile veya cerrahi olarak gerçekleştirilebilir. Ameliyathane koşullarında veya yoğun bakımlarda yapılabilir.Yoğun bakımda 10-14 güne kadar uzamış entübasyon olan veya uzaması öngörülen hastalara açılır.

Amaç: Çalışmamız da COVID-19 hastalarında trakeostomi endikasyonları, trakeostomi açılma süresi ve komplikasyonlar hakkındaki deneyimlerimizi literatürle paylaşmak ve karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 18 yataklı yoğun bakım ünitesinde yapılmıştır. Çalışmaya eylül-kasım 2020 tarihleri arasında yatan % 41,2’si (n=47) kadın, %57,9’u (n=66) erkek olmak üzere toplam 113 hasta dahil edilmiş, hastaların verileri retrospektif olarak elde edilmiştir.

Bulgular: Olguların yaşları 17 ile 83 arasında değişmekte olup, ortalama $58,94 \pm 14,50$ yaştır. Olguların trakeostomi girişimleri incelendiğinde, %16,7’sinde (n=19) girişimde bulunulmuşken, %82,5’inde (n=94) girişimde bulunulmadığı saptanmıştır. Trakeostomi açılan hastalara ortalama $8,37 \pm 3,30$ günde açılmıştır. Olguların yoğun bakımdan çıkış şekilleri incelendiğinde; %71,9’u (n=82) ex olurken, %23,7’si (n=27) servise taburcu edilmiş, %2,6’sı (n=3) sevk edilmiştir.



Tanımlayıcı Özelliklerin Trakeostomi Girişimine Göre Karşılaştırılması

		Trakeostomize olan hasta grubu	Trakeostomize olmayan hasta grubu	p
Yoğun bakım yatış gün sayısı	Ort±Ss	19,95±5,86	11,7±5,54	0,00
	Medyan(Min-Maks)	19 (13-33)	11 (4-27)	
Ventilatöre bağlı kaldığı gün	Ort±Ss	18,05±5,81	9,23±6,27	0,00
	Medyan(Min-Maks)	17 (12-33)	8 (0-23)	

Olguların Yoğun Bakıma Çıkış Şeklinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

		trakeostomize hasta grubu	trakeostomize olmayan hasta grubu	p
Çıkış Şekli	Ex	12 (63,3)	71 (75,5)	0,340
	Servis	6 (31,5)	21 (22,5)	0,340
	Sevk	1 (5,2)	2 (2,0)	0,340

Tartışma ve Sonuç: Erken trakeostomi süresi literatürde farklılık göstermektedir. Bu süreyi en erken 48 saat kabul edenler bulunduğu gibi en geç 16 güne kadar kabul edenler bulunmaktadır (2-3). Erken trakeostominin mortalite, pnömoni riski, erken ventilatörden ayrılma ve daha kısa sürede YB’de kalma gibi yararlar tespit edilen çalışmalar (2,4,5) bulunmasına rağmen mortalite ve toplam hastanede kalış süresi açısından fark bulmayan çalışmalar da bulunmaktadır (3,6). Trakeostomi zamanını 8,37±3,30 (1-15) gün olarak belirlenen bizim çalışmamızda 19 hastayada erken trakeostomi açılmıştır. Trakeostomi açılması mortaliteyi azaltmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Trakeostomi açılan hastalarda ventilatör gün sayısı ve yoğun bakımda yatış gün sayısı artmış gözlenmiştir. Hiçbir hastada komplikasyon gözlenmemiştir. Trakeostomi işlemi covid-19 bulaş riski açısından yüksek riskli olup erken dönemde sağlık çalışanları için risk oluşturmaktadır. Çalışmamız da covid-19 hastalarında erken trakeostomi açmanın mortaliteyi değiştirmediğini aksine ventilatör gün sayısı ve yoğun bakımda yatış gün sayısı arttırdığını gözlemledik. Erken açılmasının hasta sağ kalımına faydası gözlenmemiştir. Bu sebeple covid-19 erken trakeostomiyi önermemekteyiz.

Anahtar Kelimeler: covid-19, trakeostomi, mortalite



Yayın No: S-024

RETT SENDROMLU UZAMIŞ ENTÜBASYONLU HASTADA TRAKEOSTOMİ AÇILMASI

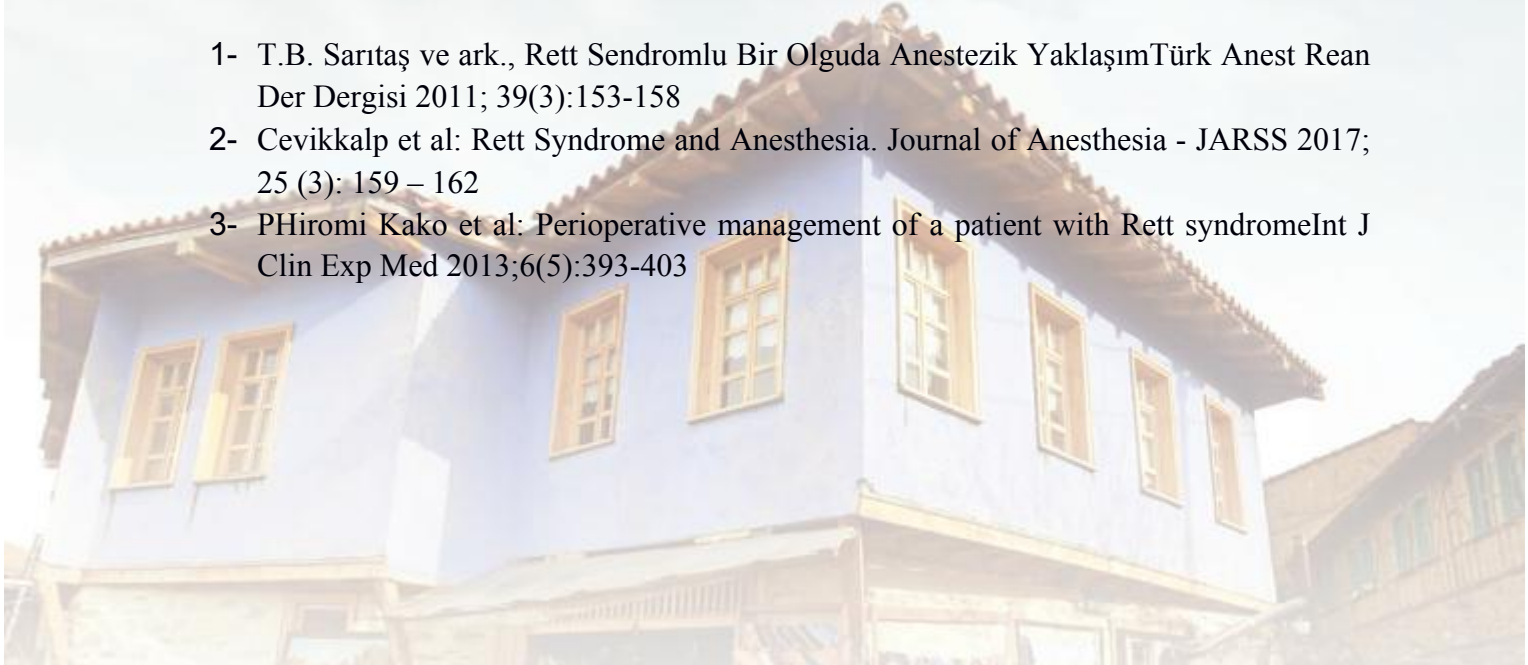
Eda Uysal Aydın¹, Ezgi Erkilic¹¹Ankara Şehir Hastanesi

Rett sendromu (RS), X'e bağlı MECP2'deki gen mutasyonu sonucu kızlarda sıklıkla görülen mental retardasyon açısından Down sendromunu takip eden bir hastalıktır. Dil ve motor alanlarda edinsel işlevlerin kaybı, otistik bulgular ve orta hatta stereotipik el hareketleri ile karakterize, ağır bir nöro gelişimsel durumdur. Uzamış QT aralığıyla birlikte olan kardiyak aritmiler RS'lu hastalarda sıklıkla görülür. Literatürde genellikle primer cerrahileri nedeni ile rastladığımız sendromu yeniden gözden geçirme sebebimiz, ilk cerrahisini takiben (1,5 ay sonra) yeniden trakeostomi nedeni ile sık aralıklarla anestezi almasıdır.

Vaka: 12 yaşında 25 kg kız çocuğu 1,5 ay önce dış merkezde skolyoz cerrahisi geçirmiş ve cerrahi sonrası ekstübe edilemeyerek yoğun bakımda takip edilmeye başlanmış. Daha önce 6 aylıkken kalça çıkığı operasyonu geçirmiş. Laboratuvar bulgusu olarak beyaz kürenin yüksek olması dışında özellik yoktu. Hasta entübe olarak operasyon odasına alındı. Uygun modda ayarlama yapılarak ventilatöre bağlandı. Sol internal juguler katateri olan hastaya 20 mikrogram fentanil, 5 mg rokuronyum bromür ve propofol infüzyonu ile devam edildi. İşlem 20 dk devam etti. İntraoperatif ritim bozukluğu yada başka bir problemle karşılaşılmadı. Uygun boyutta kanül takıldıktan sonra sorunsuz olarak pediatrik yoğun bakıma gönderildi.

Ağız açıklı azlığı, mikrognatı, boyun hareketlerinde kısıtlılık, hipertrofik tonsiller RS hastalarda zor entübasyonla ilişkili durumlar olmasına karşı bizim hastamız entübe olduğu için zorluk yaşamadığımız bir aşama idi. Ancak olası bir olumsuzluğa karşı tüm hazırlıklarımızı tamamladık. Hastamızı yeniden yoğun bakıma göndereceğimiz için kısa etkili remifentanil yerine fentanil kullanmayı tercih ettik. Potent antikonvulzan özellikleri olan inhalasyon ve intravenöz ajanlar genellikle güvenle kullanılabilir. Malign hipertermi, kardiyak aritmileri ve QT anomalilerini tetikleyebilecek olan ilaçların kullanımından kaçındık. Çok sık rastlamadığımız sendromlarla karşılaştığımız zaman vakalarımızı sunmanın bilgilerimizi tazelemedeki önemini belirtmek isteriz.

- 1- T.B. Sarıtaş ve ark., Rett Sendromlu Bir Olguda Anestezik Yaklaşım Türk Anest Rean Der Dergisi 2011; 39(3):153-158
- 2- Cevikkalp et al: Rett Syndrome and Anesthesia. Journal of Anesthesia - JARSS 2017; 25 (3): 159 – 162
- 3- PHiromi Kako et al: Perioperative management of a patient with Rett syndrome Int J Clin Exp Med 2013;6(5):393-403



Yayın No: S-025

SEPTORİNOPLASTİ SONRASI GÖRÜLEN TAPİA SENDROMU: OLGU SUNUMU

Pınar Küçükdemirci Kaya¹

¹Bursa Şehir Hastanesi/ Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü

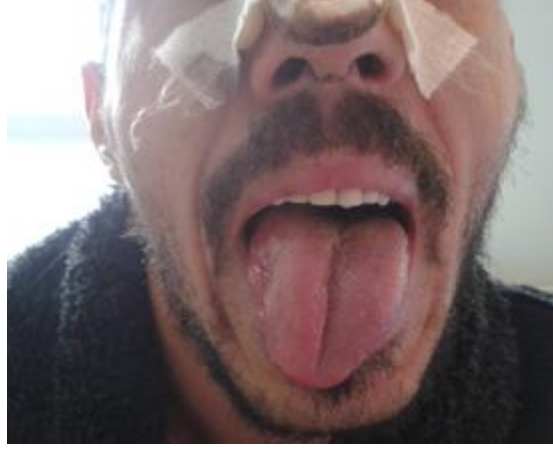
Giriş: Kranial sinir hasarları genel anestezi sırasında orotrakeal-entübasyona(OTE) bağlı görülen ender komplikasyonlar arasında sayılmaktadır.

Amaç: Bu olguda OTE sonrası hipoglossal ve rekürren laringeal sinir(RLS) hasarı ile ortaya çıkan “Tapia sendromu”nu sunmayı amaçladık.

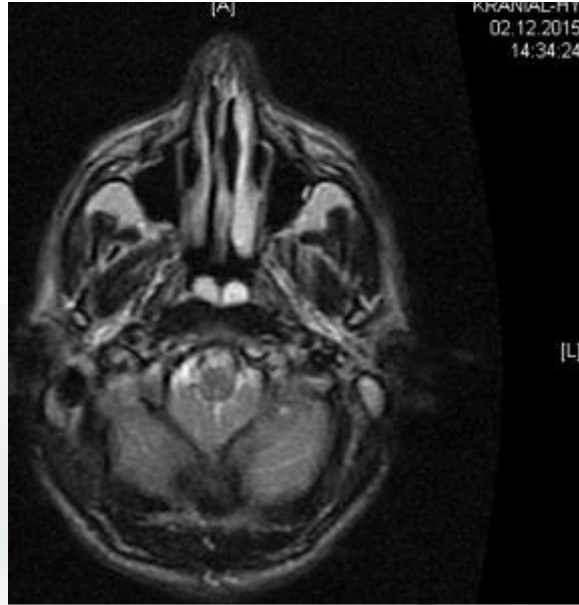
Olgu: Septorinoplasti planlanan 28 yaşındaki erkek hasta, anestezi polikliniğinde değerlendirildiğinde psedotümör serebriden şüphelenilme öyküsü olması nedeniyle nöroloji kliniğine yönlendirildi. Nörolojik muayene ve kranial MR görüntüleme normal olarak değerlendirildi. Ameliyathanede rutin monitorizasyonu ve anestezi indüksiyonunu(100mcg fentanil, 200mg propofol ve 50mg rokuronyum) takiben sorunsuz olarak OTE (iç çapı:8.0mm) uygulandı. Entübasyon tüpü alt dudak orta hatta sabitlendi. Hasta yarı oturur pozisyona, baş dorsifleksiyona alınarak operasyona başlandı. Hastanın idamesinde toplam 100mcg Fentanil ve 30 mg rokuronyum yapıldı. Yaklaşık 180 dakika sonra 200mg sugammadeks ile nöromusküler blok antagonize edilerek hasta sorunsuz ekstübe edildi. Uyanma odasında hastada salivasyon artışı, yutma güçlüğü görüldü ve takip amacı ile yoğun bakıma alındı. Kulak Burun ve Boğaz (KBB) hekimi ile birlikte değerlendirilen hastada dilin, yumuşak damağın ve vokal kordların sağ tarafında paralizi olduğu saptandı. Bu bulgular ile sağ RLS ve hipoglossal sinirlerde hasar olduğu düşünüldü. Steroid tedavisi 3 gün intravenöz(1mg/kg) verilmesini takiben oral(5mg/gün) başlandı. Postoperatif 2.gün KBB servisine alınan hastanın 10.gün steroid tedavisi kesildi ve 1 ay kullanımı önerilerek B vitamini (B1/B6/B12:250/250/1mg) tedavisi ile taburcu edildi. Kontrollerinde 1. ayda dil ve yumuşak damak bulguları, 10. ayda ise vokal kord paralizisinin düzeldiği görüldü. Hastadan olgu sunumu için onam alındı.



Görsel 1

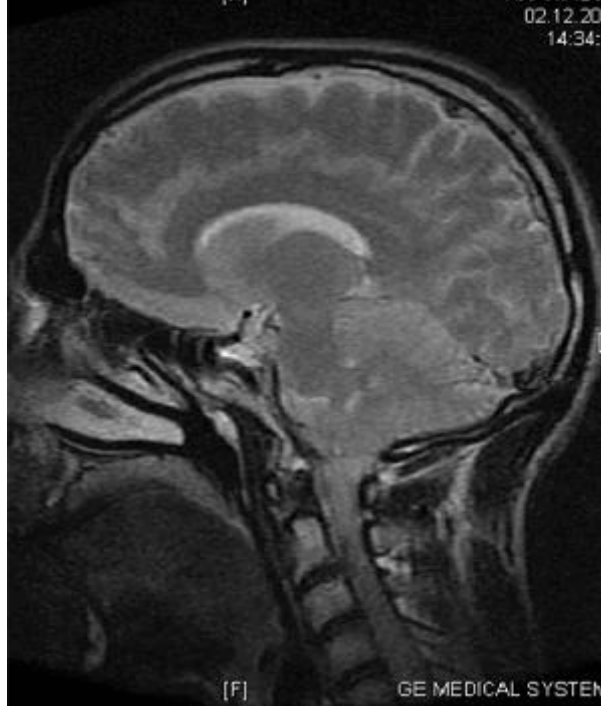


Görsel 2



Görsel 3





Tartışma ve Sonuç: Tapia sendromu; OTE sırasında veya direk travma ile kraniyal sinirlerin gerilmesi ve mekanik basısı sonucu ortaya çıkan nadir bir sendromdur(2). Bu sendrom, başın aşırı dorsi-fleksiyon pozisyonunda kalması, uzun süreli cerrahi travma ve zor entübasyona bağlı ortaya çıkabilen sinir hasarı ile ilişkili bulunmuştur(1-3). Anestezi uygulamalarında verilen cerrahi pozisyon ve entübasyona bağlı olarak ortaya çıkabilen sinir hasarları her ne kadar uzun dönemde geri dönüşümlü olsa da ekstübasyon sonrasında ortaya çıkan aspirasyon riski, yutma ve solunum zorlukları nedeniyle dikkatli olunması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Tapia sendromu, kranial sinir hasarı, orotrekeal entübasyon, cerrahi pozisyon



Yayın No: S-026

TORAKOTOMİ YAPILAN HASTADA TORASİK PARAVERTEBRAL KATATER KULLANIMI: OLGU SUNUMU

Korgün Ökmen¹, Aycan Kurtarangil Doğan¹, Gökberk Kürşat Ülker¹, Ahsen Gür¹¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Torakotomi ağrısı, kırık kaburgalar ve hasarlı periferik sinirler dahil olmak üzere ciddi göğüs duvarı travması ve merkezi sinir sistemi aşırı duyarlılığının bir sonucu olarak ortaya çıkar.(1) Torasik paravertebral blok (TPVB), torasik vertebra komşuluğunda spinal sinirlerin intervertebral foramenlerden çıktığı yere yakın lokal anestezi enjekte etme tekniğidir. Bu, enjeksiyon bölgesinin üstünde ve altında çok sayıda bitişik torasik dermatomlarda ipsilateral somatik ve sempatik sinir blokajı ile sonuçlanır.(2,3)

Amaç: Olgumuzda ultrasonografi (USG) eşliğinde yerleştirilen torasik paravertebral kateter (TPVK) deneyimimizi paylaştık.

Olgu: 58 yaşında bilinen sigara kullanımı ve spontan pnömotoraks öyküsü olan erkek hasta, göğüs cerrahisi tarafından sağ torakotomi bül eksizyonu yapılmak üzere operasyona alındı. Hasta ASAII olarak genel anestezi altında sol çift lümenli endobronşiyal tüp ile entübe edildi. Operasyon sonrası postoperatif analjezi amacıyla hastaya USG eşliğinde 20cc %0.25 bupivakain ile TPVB ve interkostal sinir bloğu yapıldı. Ekstübe edilip postoperatif yoğun bakım ünitesine (PACU) çıkarıldı. Postoperatif 1. gün şiddetli ağrısı olması ve inspiriyumu kısıtlaması nedeniyle hastaya PACU da USG eşliğinde TPVK takıldı, kateterin yeri 2 cc %0.9 NaCl ile doğrulandı. 20 cc % 0.25 bupivakain yapıldı, komplikasyon olmadı. Hastaya toraks tüpü ağrısı için USG eşliğinde interkostal sinir bloğu yapıldı. Hastaya takiplerinde multimodal analjezi yaklaşımı ile diklofenak sodyum 100 mg 1x1, deksketoprofen 50 mg 2x1 ve şiddetli ağrısı olması durumunda 100 mg tramadol hidroklorür verilmesi planlandı. 12 saat aralıklarla hastaya TPVK'inden 10cc %0.25 bupivakain yapıldı. Hastanın takiplerinde tramadol hidroklorür ihtiyacı olmadı. 1 hafta hastanın TPVK'i etkin şekilde kullanıldı. Hastanın inspiriyumla ağrısı olmaması ve akciğerinin tam ekspansiyon olması üzerine TPVK'i çekildi.

Tartışma ve Sonuç: Dengeli bir analjezik rejiminin bir parçası olarak sürekli TPVB, torakotomiden sonra çok az yan etki ile etkili ağrı kesici sağlar bu, torasik epidural analjezi ile karşılaştırılabilir ve güvenli bir alternatif olarak düşünülmelidir.(4) TPVB, torakotomi sonrası ağrının giderilmesi için en iyi ikinci yöntemdir.(5) Torasik vertebra ağrı kateteri yerleştirilmesi ile birlikte uzun süreli etkin ve güvenilir analjezi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: paravertebral kateter, paravertebral blok, torakotomi, postoperatif analjezi

Yayın No: S-027

KÜÇÜK ALAN, BÜYÜK SORUN (FREIBERG HASTALIĞI); ORTOPEDİK CERRAHİ SONRASİ GELİŞEN KRONİK NÖROPATİK AĞRI; OLGU SUNUMU

Gülçin Gazioğlu Türkyılmaz¹, Mesut Bakır³, Şebnem Rumeli²

¹Bursa Şehir Hastanesi, Algoloji Kliniği

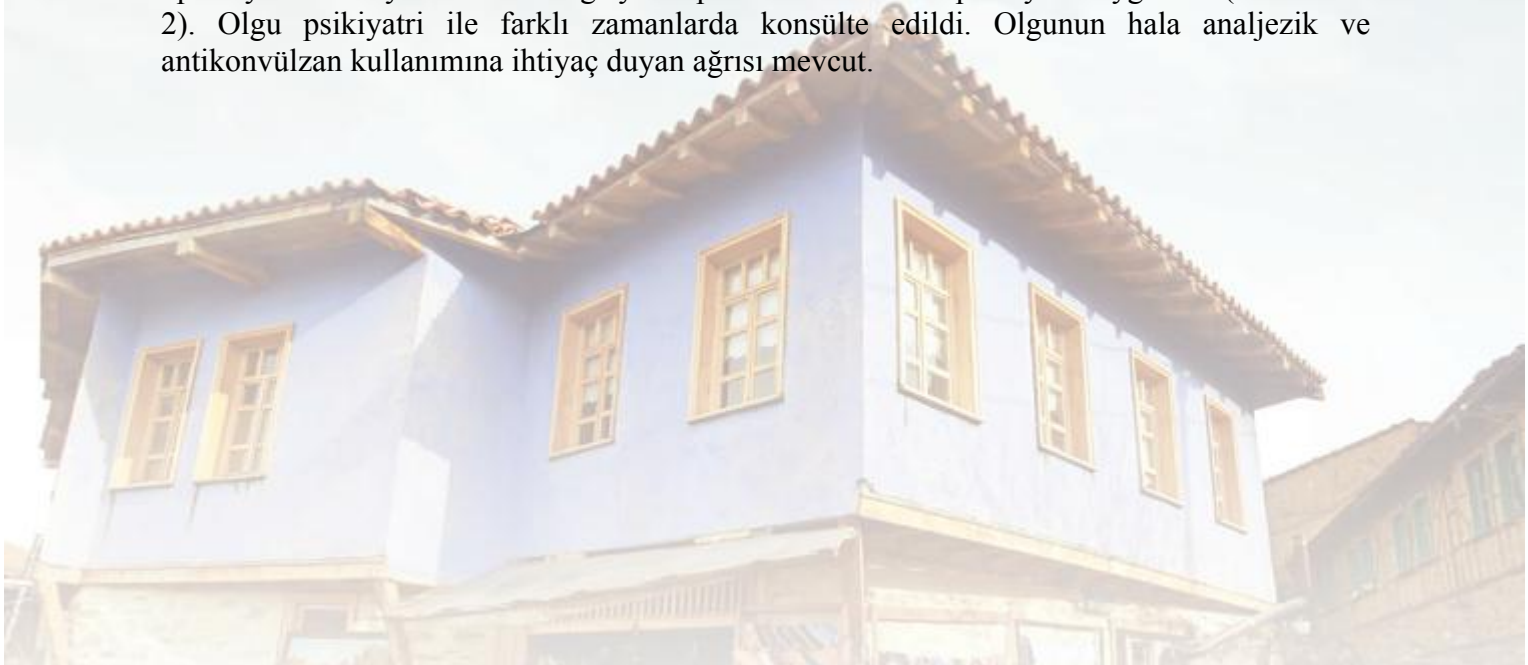
²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D, Algoloji B.D.

³Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Algoloji Kliniği

Giriş: Freiberg Hastalığı metatarsal kemiğin avasküler lezyonudur. Kronik cerrahi sonrası ağrı (CPSP), nöropatik komponentleri de olan kombine bir ağrıdır. Ortopedik cerrahi sonrası bir yıllık takiplerde CPSP riskinin diğer cerrahilere göre üç kat artmış olduğu gösterilmiştir (1).

Amaç: Amacımız Freiberg Hastalığı nedeniyle tekrarlayan operasyonları sonrası tedaviye dirençli kronik nöropatik ağrısı olan hastanın değerlendirilmesidir.

Olgu: Sağ ayak 2. parmak metatarsal kemik avasküler lezyonu (Freiberg Hastalığı) nedeniyle 6 yıl önce 3 kez opere olmuş bayan olgu (33 y) algoloji polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde, ameliyattan sonra başlayan karıncalanma, uyuşma ve elektriklenme şeklindeki ağrıları için lokal enjeksiyonlar uygulandığını ve gabapentin, pregabalin kullanımı olduğunu, ancak ağrılarında kısmen azalma olduğunu ifade etti. Fizik muayenesi allodini dışında normal, LANSS:18, VAS: 3 idi. Olguya takip edilen 5 yıl içerisinde farklı tedavi yöntemleri uygulandı. Medikal tedavi olarak pregabalin (2x300mg) parasetamol 2x500mg, naproksen + kodein kombinasyonu 2x(550+30)mg 3x1, tramadol 50mg kapsül (3x1) ve duloksetin hidroklorür 1x 60mg farklı zamanlarda reçete edildi. Girişimsel olarak sırasıyla; popliteal kateter ile takip, tibialis posterior sinir bloğu ve takiben pulse RF ve son olarak 1 yıl önce sağ L5, S1 DRG uygulandı. Takip süresi içerisinde aynı bölgede gelişen osteomyelit nedeniyle küretaj ve bu operasyondan 4 ay sonrasında sağ ayak 2.parmak metatars ampütasyonu uygulandı(Resim 1 ve 2). Olgu psikiyatri ile farklı zamanlarda konsülte edildi. Olgunun hala analjezik ve antikonvülzan kullanımına ihtiyaç duyan ağrısı mevcut.



Resim 1



Resim 2



Tartışma ve Sonuç: Herhangi bir CPSP olgusu için uygun değerlendirme sonrası, farmakoterapi, uygun ağrı girişimleri, cerrahi ve/veya psikolojik yönetimleri içeren multidisipliner yaklaşım kişinin fiziksel ve sosyal işlevselliğini iyileştirebilir(2). Bu hastaların tedavisinde multimodal analjezik yaklaşımlarının ve multidisipliner takiplerinin önemli olduğu kanısındayız. KAYNAKLAR: 1) Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, et al. Chronic postsurgical pain in Europe: an observational study. Eur J Anaesthesiol 2015; 32: 725-34. 2) Thapa P, Euasobhon P. Chronic postsurgical pain: current evidence for prevention and management. Korean J Pain. 2018; 31(3): 155-73.

Anahtar Kelimeler: Kronik cerrahi sonrası ağrı, nöropatik ağrı, popliteal kateter

Yayın No: S-028

8 YAŞ ÖNCESİ ÇOCUKLARDA ANESTEZİ UYGULAMALARIMIZ

Nermin Kılıçarslan¹, Buket Özyaprak¹, Selimcan Yırtımcı¹, Emel Soyaslan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Giriş: Çocuk cerrahisi ve pediatrik anestezi yönetimi günümüze kadar aşamalardan geçerek olgunlaşmıştır. Pediatrik anestezi risk yaşla ters orantılı artmaktadır. Gündemde olan konulardan biri de anestezinin yaşa bağlı olarak nörolojik gelişime olan etkisidir.

Amaç: Kliniğimizdeki 8 yaş öncesi dönemde yapılan çocuk cerrahisi vakalarının yaş gruplarına göre dağılımını ve anestezi uygulamalarımızı inceleyerek paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, etik kurul onayı (Bursa Yüksek İhtisas EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK- 25219/11-04) alındıktan sonra retrospektif olarak yapıldı. Çalışmaya kliniğimize üç aylık süre içinde elektif çocuk cerrahisi operasyonları nedeniyle başvuran ve anestezi uygulanan 8 yaş öncesi dönemdeki 101 hasta dahil edildi. Yenidoğan dönemindeki hastalar acil vaka olarak alındığı için dahil edilmedi. Hastaların demografik verileri, yapılan operasyonlar ve anestezi uygulamaları değerlendirildi.

Bulgular: Hastalarımızın yaş ortalaması 2.69 ± 2.11 olarak saptandı. Cinsiyete göre dağılım 82 hasta (%81.19) erkek, 19 hasta (%18.81) kız şeklindedir. Hastalara yapılan cerrahi işlemler içinde 47 hasta (%46.54) ile en fazla sünnet yapıldığı tespit edildi. Yapılan cerrahi işlemler tablo 1’de gösterilmiştir. Hastalarımızda en fazla uygulanan anestezi tipinin genel anestezi olduğu saptandı. Hastaların anestezi yöntemleri ise sırasıyla; 49 hasta (%48.52) laringeal maske ile genel anestezi, 32 hasta (%31.68) endotrakeal entübasyon ile genel anestezi, 20 hasta da (%19.8) sedoanaljezi olarak saptandı.



Yaş gruplarına göre cerrahi işlemlerin dağılımı

	1 ay- 12 ay		1-3 yaş		3-6 yaş		>6		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sünnet	7	6.93	22	21.78	13	12.88	5	4.95	47	46.54
İnguinal Herni Operasyonu	3	2.97	6	5.94	5	4.95	-	-	14	13.86
Hipospadias Operasyonu	2	1.98	5	4.95	3	2.97	2	1.98	12	11.88
Sistoskopi	2	1.98	5	4.95	-	-	-	-	7	6.93
İnmemiş testis operasyonu	2	1.98	2	1.98	2	1.98	-	-	6	5.94
Hidrosel Operasyonu	-	-	3	2.97	-	-	1	0.99	4	3.96
Bronkoskopi	-	-	3	2.97	1	0.99	-	-	4	3.96
Dil bağı onarımı	1	0.99	2	1.98	-	-	-	-	3	2.97
Anal atrezi onarımı	2	1.98	-	-	-	-	-	-	2	1.98
Anal fissür onarımı	1	0.99	1	0.99	-	-	-	-	2	1.98
Toplam	20	19.80	49	48.51	24	23.77	7.92	7.92	101	100

Tartışma ve Sonuç: Pediatrik yaş grubunda özellikle doğumdan sonraki ilk yıllarda nörolojik gelişimin devam etmesi anestezi uygulamalarının etkilerini sorgulatmaktadır. Bu konuda yenidoğan ratlarla yapılan çalışmalarda elde edilen kanıtlar; anestezi uygulamalarının sonraki dönemlerde öğrenme ve hafıza yetersizliği ile ilişkili olabileceği şeklindedir (1). Bizim olgularımızda ise uygulanan cerrahi işlemlerin çoğunun 3 yaş ve altında yapıldığını saptadık (Tablo 1). Özellikle elektif vakalarda anestezi uygulanacak işlemin nörolojik gelişimin olduğu ilk yıllar yerine mümkünse ileriki dönemlerde planlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Anestezi, çocuk yaş, çocuk cerrahisi



Yayın No: S-029

QUADRATUS LUMBORUM BLOĞUNA YENİ BİR YAKLAŞIM: SHAMROCK GÖRÜNTÜLEME İLE OUT OF PLANE TEKNİK

Ali Eman¹, Onur Balaban²

¹Sağlık Bakanlığı Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

Giriş: Kuadratus lumborum bloğu (QLB), torakal 7. ve lomber 1. dermatom seviyeleri arasında analjezi sağlamak için kullanılır. Ultrason rehberliğinde uygulanan QLB için birçok iğne yaklaşımı tanımlanmıştır, bunların hepsi “in plane” teknik olarak uygulanmaktadır. Biz burada QLB bloklarına “Out-of plane” yaklaşımın uygulanabilirliğini değerlendirip ön sonuçlarımızı rapor etmek istiyoruz.

Amaç: Bu teknik 3 hastada (1hasta bilateral, 2 hastada unilateral) uygulandı. Supin pozisyonda ultrason ile “Shamrock” görüntüsünü elde etmek için konveks prob, hastanın iliak kanat ve kosta açısı arasındaki bölgeye transvers olarak yerleştirildi (Resim 1). Görüntü elde edildikten sonra blok iğnesi lateral yaklaşımla USG probunun orta noktasından girilerek kuadratus lumborum kasının medial duvarındaki fasya hedeflenerek ilerletildi (Resim 2). İğne ucu hedef noktaya ulaştığında 20 ml % 0.25 bupivakain uygulandı (Resim 3). Asetaminofen ve fentanil içeren intravenöz hasta kontrollü analjezi yöntemiyle multimodal analjezi uygulandı.

Olgu: Hastalara genel anestezi uygulandı. Renal transplantasyon ve açık nefrektomi yapılan iki hastaya postoperatif tek taraflı blok uygulandı. Laparoskopik nefrektomi yapılan bir hastaya da preoperatif bilateral olarak blok uygulandı. Blok işlemleri ilk denemede komplikasyonsuz olarak gerçekleştirildi. Uygulanan bloklar, tüm hastalarda yeterli postoperatif analjezi sağlandı. Preoperatif blok uygulanan nefrektomi hastasında peroperatif opioid ihtiyacı olmadı.

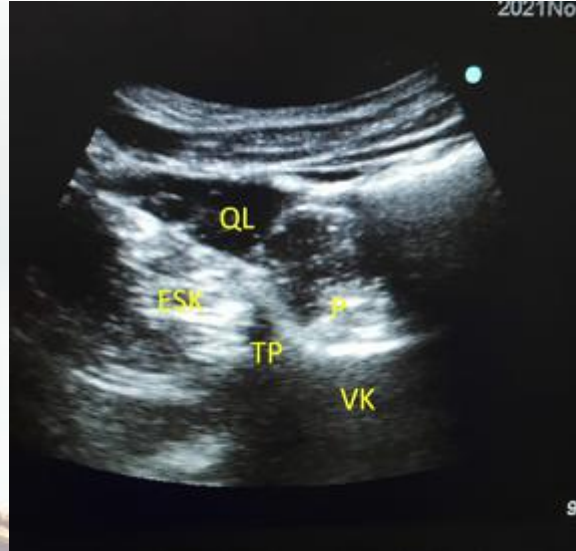


Resim 1.



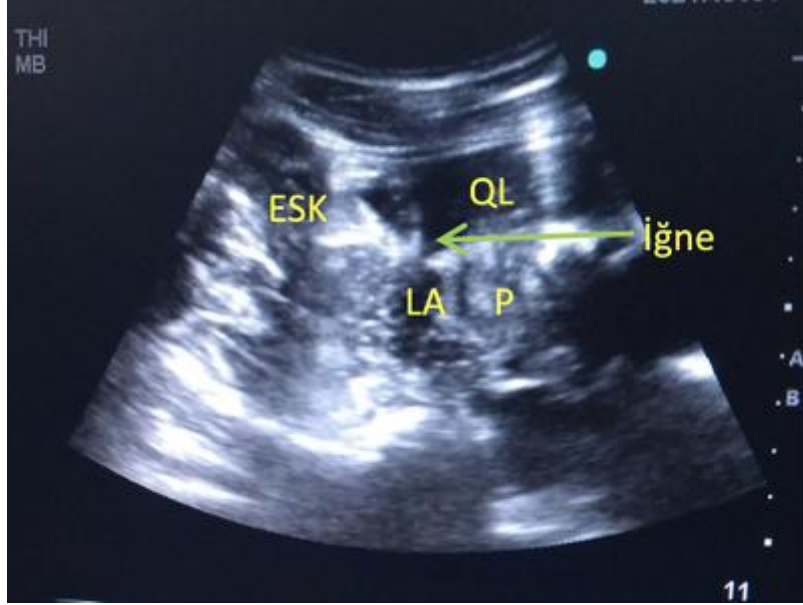
Blok esnasında ultrason probu ve blok iğnesinin görünümü

Resim 2.



Hastamızda blok sırasında elde ettiğimiz shamrock sonoanatomik görüntü. QL: Quadratus lumborum kası, ESK: Erektor spina kası, P: Psoas kası TP: Transvers süreç, VK: Vertebra korpusu.

Resim 3.



Blok iğnesi ve lokal anestezi madde dağılımının ultrason görünümü QL: Quadratus lumborum kası, ESK: Erektor spina kası, P: Psoas kası, LA: Lokal anestezi madde.

Tartışma ve Sonuç: Kuadratus lumborum bloklarında “Out-of plane” yaklaşımı iyi bir alternatif seçenek olabilir. Bu tekniğin temel avantajı; hastaya supin pozisyonda bilateral olarak uygulanabilmesi ve blok uygulaması için tekrar pozisyon verme ihtiyacının olmamasıdır. Ayrıca herhangi bir nedenle posterior yaklaşım uygulanamayan hastalarda iğne girişi için ikinci bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: quadratus lumborum, ultrason, out of plane



Yayın No: S-030

ÜRETERONEOSİSTOSTOMİ YAPILAN 3 ÇOCUK OLGUDA TRANSVERSUS ABDOMİNİS PLAN BLOK UYGULAMASI

Derya Karasu¹, Sedef Elmas¹, Selim Can Yırtımcı¹, Nermin Kılıçarslan¹, Şeyda Efsun Özgünay¹, Esra Özçakır², Emel Soyaslan¹

¹SBÜ, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Bursa

²SBÜ, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Bursa

Giriş: Transversus abdominis plan (TAP) bloğu, alt abdominal cerrahi sonrası, akut postoperatif ağrı tedavisinde kullanılan abdominal saha bloklarından birisidir.

Amaç: Bu olgu sunumunda 3 çocuk olguda postoperatif ağrı yönetiminde uyguladığımız TAP blok deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: Üreteroneosistostomi geçiren 3 çocuk hastaya onamları alındıktan sonra postoperatif analjezi amaçlı TAP bloğu uyguladık. Olguların hepsine preoperatif 0.01-0.02 mg/kg iv midazolam uygulandı. Genel anestezi induksiyonu için 2 mg/kg propofol, 1 mcg/kg fentanyl, 0.6 mg/kg rokuronyum bromür uygulandı ve entübe edildi. Anestezi idamesi %50 O₂+hava+sevofluran ile sağlandı. Hastalara ultrasonografi eşliğinde internal oblik ve transversus abdominis kasları arasına 0.5 ml/kg %0.25 bupivakain solüsyonu uygulandı. Olgu 1'e ekstübe olmadan önce diğer olgulara entübe olduktan sonra uygulandı. Çocukların ağrı skorları FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) ölçeği ile 0, 6, 12, 18 ve 24. saatlerde değerlendirildi. FLACC ölçeğinde yüz, bacaklar, aktivite, ağlama, teselli hali parametrelerine göre ağrı skorlaması yapıldı. Olguların demografik verileri ve postoperatif ağrı skorları Tablo 1 ve 2' de görülmektedir.



Tablo 1: Olguların demografik verileri

	Olgu-1	Olgu-2	Olgu-3
Yaş, yıl	2	3	5
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Kadın
Ağırlık, kg	10.5	15	25
ASA	1	1	2
Yapılan Operasyon	Bilateral Üreteroneosistostomi	Unilateral Üreteroneosistostomi	Bilateral Üreteroneosistostomi
Anestezi süresi, dk	110	80	105
Yapılan blok	Bilateral TAP	Unilateral TAP	Bilateral TAP
Ek yapılan iv parasetamol sayısı	4 kez	2 kez	1 kez

Tablo 2: Hastaların FLACC ölçeğine göre postoperatif ağrı skorları

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3
6. saat	3	2	2
12. saat	4	1	1
18. saat	4	3	0
24. saat	3	0	0

Tartışma ve Sonuç: Üreteroneosistostomi yapılan 3 çocuk olguda ultrasonografi eşliğinde yapılan TAP bloğun etkin analjezi sağladığını ve preoperatif uygulamanın daha etkin analjezi sağladığını deneyimlemiş olsak da bunu genellemek için bu konuda yapılacak prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, TAP blok, Üreteroneosistostomi, Ağrı



Yayın No: S-031

KÜNT BOYUN TRAVMASINA BAĞLI TAM TRAKEAL TRANSEKSİYON: OLGU SUNUMU

Esra Turunç¹, Sezgin Bilgin¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: Laringotrakeal travma, nadir görülen ancak potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir yaralanmadır ve hasarın büyüklüğü endolaringeal hematomdan tam trakeal transeksiyona kadar değişebilir. Bu hastalarda birincil amaç her zaman stabil bir hava yolu elde etmek ve sürdürmektir.

Amaç: Bu yazıda, künt boyun travması sonrası gelişen komplet trakeal transeksiyon olgu yönetimi sunulmuştur.

Olgu: 80 yaşında erkek hasta, banyoda boynu kesik olarak bulunuyor ve hikayesi tam bilinmiyor. Hastanın öyküsünde AVtamblok nedeniyle kalp pili ve epilepsi tanısı mevcut, ancak ilaç kullanımı yok. Hastanın acil servise başvurusunda; bilinci açık, oryante koopere, dinlemekle solunum sesleri doğal, ciltaltı krepitasyon yok ve SpO₂:%99, TA:160/100mm/Hg olarak kaydediliyor. KBB muayenesinde; tiroid kartilaj üst ucundan başlayıp yaklaşık 7x7cmlik cilt defekti oluşturan, süperiorda mandibula 4 cm altına kadar uzanan, posteriorda farinks mukoza hasarı ile derinde epiglotun tam kat defektif olduğu, prevertebral fasyaya kadar uzanmış kesi görülüyor. Acil operasyon planıyla tarafımıza sunulan hastaya havayolu güvenliğini sağlamak için uyanık nazal entübasyon hazırlığı yapıldı. Kardiyoloji tarafından kalp pili ayarlanan hasta, ASA standartlarına göre monitörize edildi. Oturur pozisyonda, 5ml SF içinde 1mcg/kg dexmedetomidin, nebülden 20dk süreyle verildi. Ramsey sedasyon skoru 4ken nazal mukozaya ksilokain sprej uygulanarak işleme başlandı. Entübasyon sırasında hastaya ek sedatif ilaç yapılmadı, fiberoptik içine yerleştirilen epidural kataterden lidokain püskürtülerek havayolunda ilerlendi. Endotrakeal entübasyon sağlandıktan sonra hastaya genel anestezi uygulandı. Hasta işlemi öğürme, öksürme vb havayolu refleksleri olmadan iyi tolere etti. Cerrahi trakeotomi açılan hastaya farengeal ve larengeal rekonstriksiyon uygulandı ve yoğun bakım ünitesine devredildi.



trakeal rüptür



nebulize deksmedetomidin



Tartışma ve Sonuç: Laringotrakeal travmalarda, hastanın prognozu büyük ölçüde erken tanı ve disiplinler arası iyi bir yönetime bağlıdır. Bu vakalarda hızlı hava yolu yönetimi ve boyun eksplorasyonu sağkalım için önemlidir. Deksmetomidin, solunum depresyonu yapandan sedatif, anksiyolitik, analjezik ve antisialagog etkilere sahip selektif alfa2-adrenoseptör agonistidir. Nebulize deksetomidin uygulaması nazal, solunum ve bukkal mukozadan hızlı ilaç emilimi ile %82 biyoyararlanım sağlamaktadır. Bizim olgumuzda Deksmetomidin, havayolu refleksini azaltmak ve yan etkilerden kaçınmak için nebulize yoldan kullanılmıştır. Böylece hem uygulayıcı hem de hasta açısından konforlu bir şekilde havayolu güvenliği sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: trakeal tüptür, Nebulize dexmedetomidine, havayolu travması

Yayın No: S-032

GLUKOZ-6-FOSFAT DEHİDROGENAZ ENZİM EKSİKLİĞİ OLAN PEDIATRİK HASTADA GENEL ANESTEZİ YÖNETİMİ

Tuğçe Alagaş¹, Şahan Şahinkaya¹, Ozan Ülker¹, Simge Yıldız¹, Seda Cansabuncu¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş: Glukoz-6-fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği insanlarda en sık karşılaşılan ve hemolitik anemiye neden olan enzimatik bozukluktur. Perioperatif dönemde kullanılan birçok ilaç hemolitik krizi tetikleyebileceğinden bu hastaların anestezi yönetimleri dikkat gerektirir.

Amaç: Bu olguda G6PD enzim eksikliği olan pediatrik hastadaki anestezi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: 4 yaşında, 17 kg, erkek hasta; tonsillektomi, bilateral ventilasyon tüpü uygulaması ve adenoidektomi kontrol operasyonu planıyla tarafımıza başvurdu. Yaklaşık 1 yıldır G6PD eksikliği tanısı mevcuttu. G6PD düzeyi 2 U/g Hb (normal aralık 7,5-21,0) olarak ölçülmüştü. Çocuk kardiyoloji tarafından rabdomyom nedeniyle takipli; infektif endokardit profilaksisi ile opere olabilir notu mevcuttu. Preoperatif değerlendirmesinde Hgb: 11,2 g/dl, Htc: 36,4 ölçüldü. Hasta premedikasyon NIKB monitörizasyonu yapıldı. 2 µg/kg fentanil, 2 mg/kg propofol ve 0,6 mg/kg rokuronyum ile anestezi indüksiyonunu sonrasında 4.0 no spiralli endotrakeal tüp ile entübe edildi. Anestezi idamesi 0,8-1 MAC değerleri arasında sevofluran ile sağlandı. 1 mg/kg prednol uygulandı. Yaklaşık 2 saat süren operasyon boyunca hemolitik kriz belirtisi olabilecek hipotansiyon, hipertermi, hematüri yönünden takip edildi. Postoperatif analjezi amacıyla 10 mg/kg parasetamol İV yoldan uygulandı. 0,02 mg/kg atropin ve 0,04 mg/kg neostigmin kullanılarak sorunsuz uyandırılıp ekstübe edildi. Ameliyat sonrasında klinikte takip edilen hastanın muayeneleri ile hemogram ve biyokimya değerlerinde hemolizi gösterecek belirgin bir değişiklik saptanmadı. Postoperatif 2. günde hasta yakınlarına acil durumlar anlatılarak taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: G6PD eksikliği olan hastalarda oksidatif stresi azaltmak asıl hedef olmalıdır. Anestezi yönetiminde ilaçlar konusunda kanıta dayalı ortak bir görüş olmasa da mümkün olduğunca düşük doz kullanmak, hemoliz açısından riskli gözükten ilaçlardan kaçınmak, postoperatif analjezi sağlamak; en önemlisi de hemoliz oluştuysa erken tanımak ve tedavisini yapmaktır. Biz hastamızda fentanil, propofol, rokuronyum ve sevofluranı kullandık. Bu ilaçların kullanımının uygun dozlarda güvenli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Genel anestezi, Glukoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliği, Hemoliz, Pediatrik anestezi

Yayın No: S-033

İNTRATEKAL BUPİVAKAİNİN DANSİTE VE BARİSİTESİNİN SEZARYAN OLGULARINDA HEMODİNAMİ VE MOTOR BLOK ÜZERİNE ETKİLERİ

Fulya YILMAZ¹, Semih Küçükçüçlü², Necati Gökmen², Atalay Arkan³, Serkan Güçlü⁴¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği³Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği⁴Tınaztepe Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği

Giriş: Spinal anestezi teknik olarak kolay olması, etkisinin hızlı başlaması, bilateral simetrik ve etkin blok oluşturmaları nedeniyle sezaryan olgularında sıklıkla tercih edilir. Spinal anestezi uygulanması sırasında hastanın pozisyonu, intratekal uygulanan lokal anesteziğin barisitesi, dansitesi lokal anestetik ajanın BOS içinde yayılımını etkileyen en önemli faktörlerdir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, elektif sezaryan olgularında intratekal uygulanan üç farklı dansite ve barisitedeki % 0.5 bupivakainin hemodinami ve motor blok geri dönüşü üzerine olan etkilerinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Kombine spinal-epidural anestezi(KSEA) ile elektif sezaryan planlanan 90 gebe çalışmaya alındı. Hastalar randomize olarak 3 gruba ayrıldılar. Grup H: 12.5 mg % 0.5 hiperbarik bupivakain; Grup I: 12.5 mg % 0.5 izobarik bupivakain; Grup M: 9.4 cc % 0.5 izobarik bupivakain ile 0.6 cc % 0.5 hiperbarik bupivakain karışımından 12.5 mg intratekal olarak uygulandı. Olgular işlem tamamlanıp supin pozisyona alındıktan sonra ilk 10 dakika 2 dakika, daha sonra 60. dakikaya kadar 5 dakika aralıklarla duyu seviyesi, motor blok düzeyi, kan basıncı ve kalp atım hızı kaydedildi. İnsizyon öncesi duyu blok seviyesi T4'e ulaşmayan olgulara epidural kateterden T4 düzeyi sağlanıncaya kadar % 0.5 izobarik bupivakain uygulandı.

Bulgular: Tüm gruplarda T4 düzeyinde sensoryal blok sağlandı. T4 sensoryal blok seviyesine ulaşma süresi Grup H' da 7.06 ± 2.73 dk; Grup I'da 5.06 ± 2.33 dk ve Grup M'de 5.76 ± 2.73 dk'ydı. Diğer gruplarla karşılaştırıldığında, Grup I' da T4 sensoryal blok seviyesine ulaşma süresi istatistiksel açıdan anlamlı olarak kısaydı. Grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarda hemodinamik parametreler, Bromage skoru ve sensoryal blok seviyeleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Sezaryan olgularında uygulanan KSEA tekniğinde 12.5 mg % 0.5 bupivakainin hiperbarik, izobarik veya her iki ajanın karışımı sonucu elde edilen formuyla yeterli anestezi sağlandı. Ancak intratekal uygulanan lokal anesteziğin dansite ve barisitesinin sensoryal blok seviyesinin hızlı başlamasına etki ettiği; ancak perioperatif hemodinamik parametreler, Bromage skoru ve sensoryal blok seviyelerine etkisinin olmadığı kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Barisite, dansite, bupivakain, sezaryan, kombine spinal-epidural anestezi

Yayın No: S-034

COVID-19 NEDENİYLE YOĞUN BAKIMDA TAKİP EDİLEN GEBEDE ACİL SEZARYEN OLGUSU: HIGH FLOW OKSİJEN DESTEĞİNDE SPİNAL ANESTEZİ

Seval Kılbasanlı¹

¹Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Çin'in Wuhan kentinde 2019'un sonlarında ortaya çıkan ve SARSCoV-2'nin neden olduğu COVID-19 hastalığı 11 Mart 2019 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak kabul edilmiştir. COVID-19'dan etkilenen hastalarla daha çok ilgilenmek için ertelenebilecek diğer birçok sağlık hizmetinin aksine, obstetrik hastalar klinik bir öncelik olmaya devam etmektedir. Hastalar asemptomatik tablodan ağır solunum yetmezliği tablosuna kadar çeşitli şekillerde hastalığı geçirebilmektedir.

Amaç: Bu olgu sunumunda kliniğimizde yoğun bakımda takip edilirken acil sezaryene alınan COVID-19 pozitif gebenin anestezi yönetimi tartışıldı.

Olgu: 26 yaşında, 35 haftalık gebe, 3 gün önce başlayan öksürük ve nefes darlığı şikayetiyle acil servise başvurdu. Spo2:%70 olan hastaya rezervuarlı maske ile oksijen başlandı, kadın doğum konsültasyonu sonrası COVID-19 şüphesi ile yoğun bakıma alındı. Yoğun bakımda hastaya high flow oksijen (HFO) fio2:0,6 akış: 60 lt/dk' dan başlandı. Bilinç açık, koopere, oryante, hemodinamisi stabil olarak takip edilen hastanın PCR sonucu pozitif saptandı. Günlük kadın doğum konsültasyonu ile NST takibi yapıldı. Yoğun bakım takibinin 2.gününde fetal distres gelişmesi üzerine kadın doğum hekimi tarafından acil sezaryen endikasyonu konulan hasta, onam alınması sonrasında, izolasyon koşulları altında HFO eşliğinde ameliyathaneye alındı. HFO desteği altında rejonel anestezi planlandı ve L4-5 aralığından 12 mg heavy marcain ile tek seferde spinal anestezi uygulandı. Sezaryen ile 2650 gr ağırlığında 9-10 APGAR skoru ile erkek bebek doğurtuldu. 45 dakika süren cerrahi boyunca HFO desteğinde izlenen, SpO2:%92 ve hemodinamik olarak stabil seyreden hasta yoğun bakım ünitesine tekrar alındı.

Tartışma ve Sonuç: COVID-19 pozitif olan gebelerde peroperatif yönetim hem anne hem de bebek için hayati önem taşımaktadır ve güncel kılavuzlar doğrultusunda rejonel anestezi önerilmektedir. HFO tedavisi COVID-19' a bağlı solunum yetmezliğinde invaziv mekanik ventilasyona gidişi azaltan non-invaziv bir tedavi yöntemidir. Bu bilgiler ışığında yoğun bakımda COVID-19 pnömonisi nedeniyle HFO ile takip edilen seçilmiş olgularda sezaryen için spinal anestezinin uygun prosedürlerle, deneyimli bir anestezi uzmanı tarafından güvenli uygulanabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, gebe, sezaryen, anestezi

Yayın No: S-035

İLERİ YAŞ ÇOKLU KOMORBİDİTESİ OLAN COVID SONRASI ARDS TABLOSUNDA OLAN HASTADA VENO-ARTERIAL ECMO DESTEĞİ SAĞLANMASI: OLGU SUNUMU

Kübra Cebeci¹, Ceren Yurttaş¹, Burçe Yücel¹, Selcan Akesen¹, Ferda Kahveci¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş: COVID-19 ile ilişkili pnömoni; endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon gerektiren derin hipoksemi ile solunum yetmezliğine yol açabilir. Optimal mekanik ventilasyona yanıt vermeyen hastalar, uygun kaynaklara sahip kurumlarda Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu (ECMO) ile tedavi için aday olabilir [1]. Akciğer koruyucu ventilasyon, prone pozisyon verme, yüksek PEEP, recruitment manevraları, nöromüsküler bloke edici ajanlar ve pulmoner vazodilatörler gibi tedavilerin başarısızlığından sonra ECMO'nun son çare olarak kullanılması önerilir [1].

Amaç: Biz de ileri yaş, çoklu komorbiditesi olan, COVID sonrası ARDS tablosundaki hastada VA ECMO desteği sağlanması deneyimimizi sunmak istedik.

Olgu: Bilinen HT, KAH, vertigo, BPH, Gut tanılı 66 yaş erkek hasta, halsizlik ve ateş nedeniyle acil servise başvurusunda COVID PCR (+) saptandı. Toraks BT'sinde yaygın buzlu cam alanları görülmesi ve oksijen ihtiyacı olması nedeniyle pandemi kliniğine yatırıldı. Klinik yatışının 7. gününde hipoksemisinin derinleşmesi, HFNO ihtiyacının artması üzerine pandemi ybü'ne devralındı. Aralıklı prone pozisyon ve NIMV uygulamasına rağmen ybü yatışının 7.gününde entübe edildi, 14.gününde iki kez PCR negatifliği olan hasta Reanimasyon ybü'ne devralındı. Prone pozisyona rağmen AKG'da hipoksemisi ve hiperkarbisi derinleşen hastada KVC ile birlikte ECMO uygulaması planlandı. KVC tarafından sol femoral vene ECMO kanülü yerleştirildi. Sağ femoral vene kanül yerleştirilemesi denendi ancak başarısız olundu. Sağ V.Jugularis Interna'da bulunan trilümen katater çekilerek ECMO kanülü yerleştirilmesi denendi, kanüle edilemedi. İkinci venöz kanülasyonu başarısız olan ve bu sırada hemodinamisi bozulan, saturasyonu düşen hastada Veno-Arteriyel ECMO desteği uygun görüldü. USG eşliğinde sağ femoral artere ECMO kanülü yerleştirildi. Sağ alt ekstremitenin perfüzyonu için USG eşliğinde sağ femoral artere 12F çift lümenli hemodiyaliz katateri kaudale yönlendirilerek yerleştirildi ve ECMO kanülüne konnekte edildi. ECMO sonrası alınan AKG'da hipoksemi ve hiperkarbisinin düzeldiği görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Veno-Arteriyel ECMO kanülasyonu için femoro-femoral girişim önerilir [2]. Femoral arter kanülasyonun neden olduğu alt ekstremitedeki iskemiye önlemek için distal perfüzyon kateteri kullanımı önerilir [2]. Kanülasyonun USG kılavuzluğunda yapılması kanülasyona bağlı komplikasyonları azaltır [3].

Anahtar Kelimeler: COVID-19, ECMO, Veno-Arteriyel ECMO

Yayın No: S-036

İNTRAKRANİYAL KİTLE EKSİZYONU SIRASINDA PERİOPERATİF MİYOKARDİYAL ENFARKTÜS: OLGU SUNUMU

Esra Saka Ersin¹, Ömür Aksoy Gökkaya¹, Nur Canbolat¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Bu olgumuzda intrakraniyal cerrahi esnasında perioperatif miyokardiyal enfarktüs (PME) geçiren hastayı sunmaktayız.

Amaç: Bu sunum ile amacımız perioperatif miyokardiyal enfarktüs geçiren, yüksek kanama riski nedeniyle tedavi seçenekleri kısıtlanmış olan olgumuzdaki deneyimimizi paylaşmaktır.

Olgu: Preoperatif değerlendirmede regüle hipertansiyon ve 80 paket*yıl sigara haricinde özelliği olmayan 58 yaşında erkek hasta. Anestezi indüksiyonu ve operasyonun ilk 3 saati içerisinde herhangi bir komplikasyon yaşanmadı. Anestezinin 3. saatinde EKG’de ST segment elevasyonları görüldü. 5-10 saniyelik ST eleve periyod sonrası ST segmentleri izoelektrik hatta döndü. TA:115/65 KTA:65/dk. Hemodinami bozulmaksızın eleve ve normal ST segment geçişleri devam eden hastaya 12 derivasyonlu EKG çekildi. D2 D3 aVF ve V5-6 derivasyonlarında ST elevasyonları ve V1-2 aVR’de ST depresyonu görülerek kardiyoloji ile konsülte edildi. Yaklaşık 5 dakika içinde ST elevasyonları persistan hale geldi. İnferoposteroseptal ST-segment elevasyonlu miyokardiyal enfarktüs (STEMI) ön tanısıyla hızlıca koroner anjiyografi laboratuvarına transfer edildi. Anjiyografide sol ön inen arter (LAD), sirkumfleks arter (Cx) ve sağ ana koroner arterde (RCA) %60-98 darlık yapan multiple plaklar görüldü. 200 mcg nitrogliserin sonrası total darlık ve EKG’de ST elevasyonu görülmemesi üzerine, postoperatif yüksek intrakraniyal kanama riski gözetilerek ikili antiagregan tedavi başlanmak için perkütan koroner girişim (PCI) yapılmayıp nöroşirurji yoğun bakım ünitesine alındı. Gliseril trinitrat infüzyonu, EKG ve troponin takipleri yapıldı. Perioperatif ilk alınan hsTroponinT:43pg/ml, pik değer 12.saatteki 740 idi. 3 günlük yoğun bakım takibinde göğüs ağrısı olmayan hasta servise çıkarıldı. 6. günde asetil salisilik asit 100mg 1*1 ve klopidoğrel 75mg 1*1 başlandı. 10.günde taburcu edilerek 1 ay sonraya PCI ile koroner stent implantasyonu planı yapıldı.



intraoperatif ST elevasyonu



Tartışma ve Sonuç: Perioperatif dönemde STEMI nadirdir. Tercih edilen yaklaşım PCI olup, bizim olgumuzda kanama riski nedeniyle akut evrede yapılamamıştır. Cerrahi risk sınıfı orta olan ve klinik risk faktörü olmaksızın STEMI görülen olgumuz multidisipliner yaklaşım ve risk/yarar analizi ile başarıyla yönetilmiştir. Erken tanı ve uygun tedavinin mortalite ve morbiditeyi azaltmaktaki önemi unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: perioperatif miyokardiyal enfarktüs, intrakraniyal kitle eksizyonu



Yayın No: S-037

İNTRAKRANİYAL KİTLE REZEKSİYONLARINDA HİPERTANSİYON YÖNETİMİNDE LOKAL ANESTEZİKLERİN KULLANIMI: OLGU SUNUMU

Muhammet Esat Demirel¹, Bengü Araz¹, Ali Haydar Çolak¹, Selcan Akesen¹, Hülya Bilgin¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
Görükle/Bursa

Giriş: Menenjiomlar,merkezi sinir sisteminin en sık görülen birincil beyin tümörleridir.Çoğu iyi huylu olmasına rağmen,klinisyenler karmaşık morfoloji veya lokalizasyona sahip vakalarda zor tedavi kararlarıyla karşılaşabilirler(1).

Amaç: Peroperatif hipertansif seyreden, lokal anestezi ped kullanarak hemodinamik stabilite sağladığımız olgumuzda anestezi tecrübemizi aktarmayı amaçladık.

Olgu: Vertigo takipli,diabetik ve hipertansif 67 yaşında,74 kg kadın hasta;sol serebellopontin köşe tümör nedeniyle operasyona alındı.Ameliyathanede rutin monitorizasyona ek olarak, BIS ve NOL problemleri yerleştirildi.Anestezi indüksiyonu ve idamesi TCİe ile sağlandı.Hastanın ilk ölçülen TA:134/76 mmHg, SpO₂:%96, KTA:98 vuru/dk, BIS:94, NOL:50 idi.Entübasyon sonrası invaziv arter monitörizasyonu yapıldı.Propofol konsantrasyonunun BIS:40-60, remifentanil konsantrasyonunun NOL:10-25 arasında olacak şekilde ayarlanması hedeflendi.Kraniyotomi sonrası,kitle eksizyonuna geçildiğinde Propofol Ce: 3,3 mcg/ml, Remifentanil 4,3 ng/ml idi ve BIS:40-60; NOL:10-25 arasında idi.Cerrahi ekip tarafından kitlenin petroz yüzeylere ve tentoryuma yapışmış, dördüncü ve beşinci kranial sinir ile yedi-sekiz kompleksini sarmış, içinde besleyici arteri görülen, PICA ve AICA'ya yapışık olduğu bilgisi alındı.Kitle eksizyonu sırasında NOL indeksinde artış ve hipertansiyon saptandı.Remifentanil Ce değeri,NOL indeksi 10-25 arasında olacak şekilde artırılarak 7ng/ml'ye kadar yükseltildi.Buna rağmen sistolik kan basıncı (SKB) bazal değer %20'sinin üzerinde ve NOL indeksi 25'in üzerinde olması üzerine aralıklı olarak morfin uygulandı ve deksmedetomidinin infüzyonuna başlandı. Hemodinamik stabilizasyon sağlanamadı ve NOL değeri istenilen seviyeye düşürülemedi.Cerrahi ekibin kitleye müdahalesi sırasında SKB ve NOL indeksinin yükseldiği,müdahale etmedikleri dönemde normale döndüğü farkedilmesi üzerine cerrahi ekip ile iletişime geçildi.Prilokain emdirilmiş pedlerin cerrahi alan üzerine lokal olarak uygulanması önerildi.Bu uygulamadan sonra NOL indeksi ve SKB normal aralığa geriledi, hemodinamik stabilizasyon sağlandı ve hastanın operasyonu sorunsuz bir şekilde tamamlandı.

Tartışma ve Sonuç: İntrakranial cerrahi sırasında hemodinamik stabilite sağlanabilmesi için yeterli anestezi ve analjezinin sağlanması gerekir.Vasküler yapılarda bulunan ağrı reseptörleri nedeniyle, vasküler yapıları içinde barındıran veya yakın komşuluğu olan kitlelerde yüksek doz intravenöz opioid uygulanmasına rağmen,NOL değerleri ve KB yüksekliği görülebilir.Bu durumda cerrahi alana lokal anestezi uygulaması düşünülebilir.Cerrahi alana lokal anestezi infiltrasyonu, hastaların büyük çoğunluğu için basit, güvenilir ve güvenli bir tekniktir (2).

Anahtar Kelimeler: intrakraniyal kitle, TIVA-TCI, NOL monitörizasyonu, lokal anestezi

Yayın No: S-038

LAPAROSKOPIK BARIATRİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA FARKLI PEEP DÜZEYLERİNİN OPTİK SİNİR KILIF ÇAPI VE KOĞNİSYON ÜZERİNE ETKİSİ: ÖN SONUÇLAR

Ezgi Kargı Gemici¹, Melike Çağatay², Serdar Demirgan²

¹İstanbul Bayrampaşa Devlet Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Melike Çağatay / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Obezitenin koğnisyon üzerine olumsuz etkileri bildirilmiştir. Laparoskopik bariatrik cerrahide uygulanan pnömoperitoniumun, kafa içi basıncını(KİB) arttırdığı gösterilmiştir. Ultrasonografiyle(USG) optik sinir kılıf çapı(OSKÇ) ölçümü KİB değerlendirmede güvenilir, non-invaziv bir yöntemdir.

Amaç: Literatürde pozitif end-ekspiratuar basınç(PEEP) düzeyleri, post-operatif koğnitif fonksiyonlar(POKF) ve OSKÇ arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızın ön sonuçlarında farklı PEEP düzeylerinin, OSKÇ ve POKF üzerine etkilerini sunmaktayız.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul onayı alındıktan sonra laparoskopik bariatrik cerrahi uygulanan 20-60 yaş arası, ASA I-II, BMI $\geq$ 35 olan 20 hasta değerlendirildi. Koğnisyonu değerlendirmek amacıyla operasyondan 1 gün önce Montreal bilişsel değerlendirme ölçeği(MOCA) uygulandı. Dört PEEP uygulanan hastalar GrupP4, 10 PEEP uygulananlarsa GrupP10 olarak belirlendi(GrupP4 n:10, GrupP10 n:10).Hastalara rutin monitörizasyona ek near-infrared spectroscopy(NIRS) ile reyonel serebral oksijen saturasyon(rSO₂) monitörizasyonu uygulandı. Supin pozisyondayken USG'yle OSKÇ ölçüldü(T0). Anestezi indüksiyonu propofol, rokuronyum, fentanil ile intravenöz yoldan sağlandı. Tüm hastalarda paCO₂ ve paO₂ normal aralıkta tutuldu. Endotrakeal entübasyondan 5 dakika sonra supin pozisyonunda(T1), randomizasyona göre PEEP düzeyi ayarlandıktan 5 dakika sonra(T2), pnömoperitoniumdan 5 dakika sonra(T3), pozisyonundan 5 dakika sonra(T4), endotrakeal entübasyonun 1. Saati(T5), desüflasyon sonrası(T6) olarak belirlendi. Ortalama arter basıncı(OAB), kalp tepe atımı(KTA), rSO₂, tepe basıncı(PPEAK), dinamik komplians(Cdyn) değerleri yukarıda belirtilen zamanlarda(T0,T1,T2,T3,T4,T5,T6) kaydedildi. Post-operatif 7.günde MOCA uygulandı.

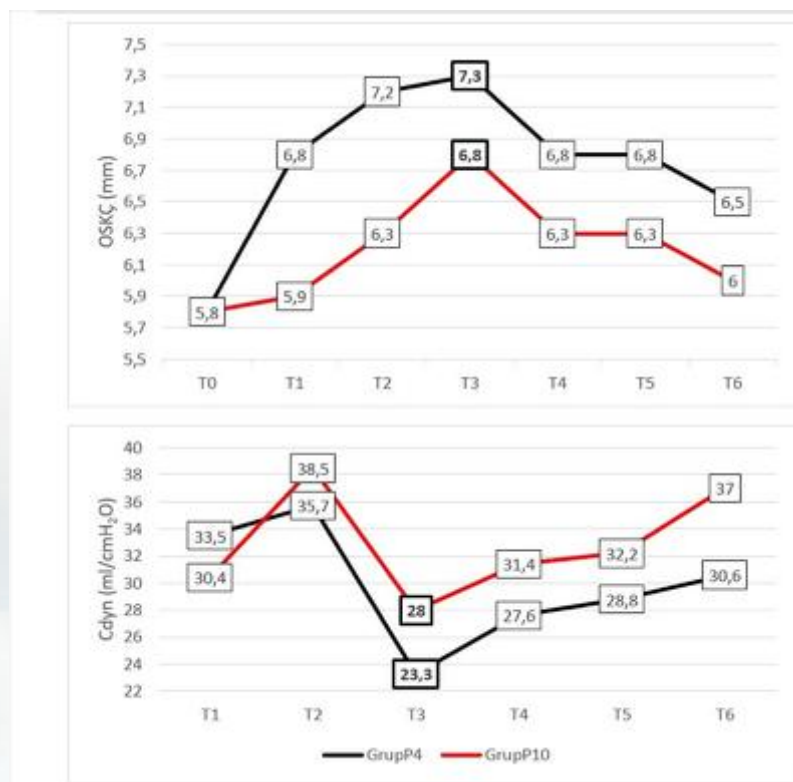
Bulgular: Gruplar demografik özellikler açısından benzerdi. İki grup da hemodinamik olarak stabildi(T0,T1,T2,T3,T4,T5,T6'da OAB>84mmHg, KTA>62atım/dk). Hiçbir hastada rSO₂ kritik değerin altına düşmedi(rSO₂ $\geq$ 61%). GrupP4'te, T3'te OSKÇ ortalaması 7.3mm(Figür1); GrupP10'da ise 6.8mm(Figür1) idi. PPEAK ortalamaları her iki grupta da T3'te aynıydı(28.8mmHg)(Figür2).Cdyn değerleri T3'te GrupP4'te GrupP10'a göre düşüktü(23.28 ml/cmH₂O, 27.98 ml/cmH₂O)(Figür2). Post-operatif MOCA skoru her iki grupta benzerdi(MOCA $\geq$ 21 hastaların %80).

Figür 1



T3'te optik sinirin ultrasonografik görüntüleri ve optik sinir kılıfı çapı ölçüm değerleri.

Figür 2



OSKÇ ve Cdyn'in zamana göre değişim grafikleri.

Tartışma ve Sonuç: Yaptığımız ön çalışmada KİB değişiklikleri ile kognisyon arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Peroperatif dönemde artmış intratorasik basıncı ifade eden düşük Cdyn değerlerinin OSKÇ üzerinde PPEAK ve farklı PEEP seviyelerine göre daha etkili bir parametre olduğunu tespit ettik. İstenmeyen KİB artışını engellemek için Cdyn'in normal sınırlar içerisinde tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: optik sinir kılıf çapı, post-operatif kognitif fonksiyon, obezite, dinamik kompliyans, Montreal bilişsel değerlendirme ölçeği

Yayın No: S-039

DİRENÇLİ FANTOM AĞRISI VE DRG: OLGU SUNUMU

Mesut Bakır¹, Gülçin Gazioğlu Türkyılmaz², Şebnem Rumeli³

¹Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Algoloji Bölümü

²Bursa Şehir Hastanesi, Algoloji Bölümü

³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Algoloji Bd.

Giriş: Fantom ağrısı amputasyondan hemen sonra derlenme odasında başlayabileceği gibi yıllar sonra da başlayabilen tedavisi güç ağrılardan birisidir. Merkezi ve periferik sinir sistemi, dorsal root gangliyonlarındaki (DRG) değişiklikler ağrının etyolojisinde rol oynamaktadır.

Amaç: Amacımız, Fantom ağrılı olguya uyguladığımız DRG pulse radyofrekansı ile sağlanan ağrı sağaltımını tartışmaktır.

Olgu: Beş yıl önce fantom ekstremitte ağrısı nedeniyle kliniğimize başvuran erkek olgu. Öyküsünden 2009’da sol diz üstü amputasyonu uygulandığı ve 5 yıl sonra fantom ağrılarının başladığı belirlendi. Başvuru VAS’ı 9’du. Sekiz ay önce dış merkezde lomber sempatik radyofrekans (RF) uygulanmış, fayda görmemiş idi. Kullandığı ilaçlar tramadol 3*100 mg ve pregabalin 3*300mg idi. Poliklinik takibimizde pregabalin’e ek olarak oral oksikodon 4-20 mg’a kadar doz arttırımı yapılarak kullanıldı. Merkezimizdeki takiplerinde farklı zamanlarda popliteal sinir kateterizasyonu, siyatik sinir bloğu, siyatik sinir radyofrekansı uygulandı. Takibinde; siyatik sinir pulse RF uygulandı, 1. parmaktaki ağrıda azalma oldu. Psikiyatri konsültasyonu ile serequel 1*200mg ve duloksetin 1*30mg eklendi. Ağrılarında azalma olmaması üzerine lomber epidural kateterizasyon ile 3-5cc/saat %0.125 bupivakain infüzyonu uygulandı. Üç hafta devam eden tedaviden fayda gören hastanın ağrıları kateter çekilince geri döndü. DRG planlandı ve olgu onamı alınarak sol L4, L5, S1 DRG pulse RF 42 derece 6 dk uygulandı. 1 ay sonraki kontrolünde, ağrılarında %50 azalma ifade etti. Şu anki durumunu, fantom ağrısının başladığı günden beri en iyi hissettiği zaman olarak tariflemekte. DRG pulse RF sonrası 4. ay kontrolünde VAS 1-2, pregabalin 2*300mg kullanımı devam etmekte.



S1 lateral görüntü



S1 AP görüntü



Tartışma ve Sonuç: Fantom ağrısı hipotezinde, periferik sinirlerde kesi ve harabiyetin dorsal kök gangliyonlarının nöronlarında değişimine neden olması yer almaktadır. Literatürde DRG pulse RF ile fantom ağrısı tedavisinin sunulduğu olgu serileri mevcuttur. DRG pulse RF tedavisinin, fantom ekstremit ağrısında, SCS ve DRG stimülasyonu gibi pahalı ve komplikasyon riski daha ciddi olan girişimlerden önce bir seçenek olarak düşünülebileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: "fantom ağrısı" "dorsal root gangliyonu" "pulse radyofrekans"

Yayın No: S-040

DAMAK KANSERİ NEDENİYLE OPERASYON ÖYKÜSÜ OLAN HASTADA ANESTEZİ YÖNETİMİ

Yonca Özvardar Pekcan¹, Bahattin Tuncalı¹¹Başkent Üniversitesi

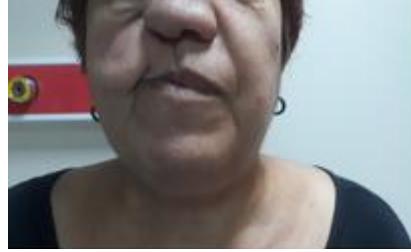
Giriş: Oral kavite kanserli hastalar, anestezi uygulaması sırasında hava yolu yönetimi açısından özelliğidir. Havayolu yönetimindeki güçlükler bu hastalarda hipoksi, hiperkarbi, bronkospazm, kanama, aritmi ve hatta ölüme bile neden olabilmektedir. Ayrıca trakeal entübasyon denemeleri, önceki rekonstrüktif girişimlere de zarar verebilmektedir.

Amaç: Bu olgu sunumu ile damak kanseri operasyonu hikayesi olan ve laparoskopik kolesistektomi operasyonu planlanan olguda anestezi yönetiminin ilişkili literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır. Hastanın yazılı onamı alınmıştır.

Olgu: Hipertansiyon ve damak kanseri nedeniyle operasyon öyküsü olan altmış yaşında kadın hasta laparoskopik kolesistektomi operasyonu için merkezimize başvurdu. Yirmidört yıl önce squamöz hücreli damak kanseri tanısı almış olan hastanın sekiz kez operasyon geçirdiği, uvulektomi, tonsillektomi, maksillektomi ve calvarial kemik grefti ile rekonstrüksiyon yapıldığı, radyoterapi ve kemoterapi almadığı öğrenildi. Geçirilmiş operasyonlara bağlı olarak yüzde asimetri dışında fizik muayene ve laboratuvar değerleri normal idi. Havayolu değerlendirilmesinde boyun ekstansiyonunda kısıtlılık saptanan olguda, önceden geçirilmiş operasyonlar nedeniyle standart bir orofaringeal değerlendirme yapılamadı (Resim 1, 2). Hastaya gerekli bilgilendirme yapıldıktan ve onam alındıktan sonra zor havayolu hazırlıkları sonrasında %100 O₂ ile preoksijenizasyon (5dk) sonrasında intravenöz 0,02 mg/kg midazolam, 1 µg/kg fentanyl ile sedasyon uygulanan hastanın maske ile rahat ventile olduğu görüldükten sonra 2 mg/kg propofol, 1 mg/kg rokuronyum uygulandı. Boyun ekstansiyonunda kısıtlılık ve geçirilmiş operasyonlar nedeniyle fibrozise bağlı ağız açıklığının kısıtlı olması, anatomik yapının bozulmuş olması nedeniyle vokal kordlar görülemedi. Zor entübasyon stilesi (buji) kullanılarak endotrakeal entübasyon gerçekleştirildi.



resim 1



Hastanın önden görünüşü

resim 2



Hastanın ağız açıklığı görünümü

Tartışma ve Sonuç: Opere damak kanserli hastaların anestezi sırasında geçirilmiş cerrahi veya radyoterapinin neden olduğu fibrozis nedeniyle zor ventilasyon ve zor entübasyon olabileceği, oral kavitenin frajil olması nedeniyle havayolu travması gelişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıntılı bir öykü, önceki anestezi kayıtlarının incelenmesi ve zor havayolu hazırlıklarının yapılması önemlidir. Endotrakeal entübasyon amacıyla elastik buji kullanımı işlemi kolaylaştırabilir, nazal ve oral kavitede laringoskopi nedeniyle olabilecek komplikasyonları elimine edebilir.

Anahtar Kelimeler: Damak kanseri, Zor entübasyon, Buji



Yayın No: S-041

DAMARIÇİ BÖLGESEL ANESTEZİ UYGULAMASINDA İKİ RİSK BİRARADA; YÜKSEK DOZ LİDOKAİN VE GÜVENSİZ TURNİKE: VAKA SUNUMU

Mustafa Necat Abduşoğlu¹, Mehmet Nuri Konya²

¹Bursa Şehir Hastanesi

²Birecik Devlet Hastanesi, Şanlıurfa

Giriş: Ekstremiteler damar dolaşımına turnike ile kan dolaşımının engellendiği lokal anestezi enjeksiyonla oluşturulan bölgesel bir blok olan IVRA (intravenöz rejyonel anestezi) Düşük maliyetlere ve kolay uygulamaya sahip olması nedeniyle kullanılan bir yöntemdir Lokal anestezi toksisitesi, turnike ağrısı ve ameliyat sonrası yetersiz analjezi gibi dezavantajları vardır.

Amaç: Anestezi uygulaması sırasında yanlış ilaç ve yanlış doz uygulaması sık karşılaşılan bir sorundur. IVRA uygulamalarında ise turnike basıncı ilaç entoksikasyonunu önleme açısından önemlidir. Lidokain, IVRA’da yaygın kullanımı ve geniş güvenlik aralığı nedeniyle sistemik entoksikasyon, santral sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem toksisitesi ile karşımıza çıkabilmektedir (1). Aşırı doz uygulamasında hastalarda konvülsiyon, kardiyak kollaps ve koma rapor edilmiştir. Bu komplikasyonlar kullanılan turnike sistemlerinde kaçak olması durumunda daha da önem arz etmektedir (2).

Olgu: 60 yaşında kadın, ASA II , el bileğinde kitle çıkarılması için IVRA uygulaması amacıyla toplam 200 mg %2’lik lidokain uygulanması gerekirken, Ampul formunun kazara değiştirilmesi nedeniyle 90 saniyede çalışılacak eldeki intravenöz kanülden toplam 40 ml hacimde (1000 mg)% 10 lidokain uygulandığı anlaşıldı. 30 saniye sonra hastada bulanık görme, bulantı ve tonik klonik konvülsiyonlar, progresif bradikardi gelişti. Toplamda 2 mg Atropin yapıldı. Konvülsiyonlar 6 mg / kg tiyopental ile kontrol altına alındı 100 mg listenon ile acilen entübe edilerek stabilize edildi. Nabız ve kan basıncı normal sınırlarda ölçüldü ve ameliyat başlandı. 45 dakika cerrahi sonunda turnike yavaş indirildi. Sorunsuz ekstübe edildi ve ayılma odasına alındı. Bilinç ve kooperasyon iyileşen hastada dilde hipokinezi, kulak çınlaması, bulanık görme ve bitemporal heteronim hemianopsi yoğun bakım ünitesi olmadığından cerrahi serviste izlendi. Vital bulgular normal sınırlarda ölçüldü. Kulak çınlaması, dilde uyuşma, bulanık görme gibi şikayetleri 24 saatlik takibinde tamamen kayboldu.

Tartışma ve Sonuç: Farklı renk ampullere farklı dozlar yerleştirmek Her aşamada kontroller yapmak gerekir. Turnike sisteminin düzenli olarak kontrol edilmesi çok önemlidir. Sonuç olarak hasta güvenliği en üst seviyeye olmalı. Herşeye rağmen komplikasyonlarından kaynaklanabilecek durumlar için tüm ekipmanlarımız (entubasyon tüpü , atropin, adrenalin, süksinilkolin IV anestezi) tam ve hazır olmalıdır

Anahtar Kelimeler: Lidokain, intoksikasyon, intravenöz rejyonel anestezi, turnike kaçağı, yan etki.

Yayın No: S-042

X'E BAĞLI MIYOTÜBÜLER MIYOPATİLİ BİR BEBEKTE ANESTEZİ YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU

Tutku Sağlam¹, Şeyda Demir Özoğlu¹, Mücahit Şengür¹, Seda Cansabuncu¹, Belgin Yavaşcağlu¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş: Miyotübüler miyopati nadir görülen bir konjenital miyopatidir. X'e bağlı formu en şiddetli olanıdır, genellikle yenidoğan hipotonisi ve solunum sıkıntısı ile kendini gösterir. Tipik miyopatik yüz, migrognati, yutma güçlüğü, kriptorşidizm, pektus ekskavatum, skolyoz, pilor stenozu görülebilen diğer bulgulardır (1).

Amaç: Eşlik eden patolojiler nedeni ile cerrahiye ihtiyaç duyulabilir. Biz de inmemiş testis nedeniyle operasyona alınan miyotübüler miyopati tanılı hastada anestezi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: Şiddetli hipotoni ve pektus ekskavatum ile ilişkili X'e bağlı miyotübüler miyopati tanısıyla takipli 2 yaş 5 aylık erkek çocuk; zor havayolu ve malign hipertermi hazırlığı yapılarak, postoperatif yoğun bakım şartıyla ameliyathaneye alındı. Hasta preoperatif dönemde oda havasında, spontan solunumda izlenmekteydi. Hastaya standart monitorizasyon (ısı, EKG, KB, EtCO₂, SpO₂) sonrası 1mg /kg lidokain, 3 mg/kg propofol, 1,5 mcg/kg fentanyl ile anestezi induksiyonu yapıldı, laringeal maske (no:2) yerleştirildi. İdame anestezisi remifentanyl ve propofol infüzyonu ile sağlandı. Analjezi amacıyla 10 mg /kg parasetamol infüzyonu uygulandı. Hastanın operasyon boyunca hemodinamisi stabil seyretti. Anestezik ajanlar sonlandırılmasına rağmen yeterli tidal volüm elde edilemeyen hastada; 3 mg /kg propofol ile kas gevşetici ajan uygulanmaksızın yapılan laringoskopide vokal kordlar açık görüldü ve entübasyon sorunsuz gerçekleşti (ETT:4). Çocuk yoğun bakım ünitesine transport edildi. Aynı gün yoğun bakım ünitesinde ekstübe edildi. 48 saat nazal oksijen desteğinde yoğun bakımda takip edildikten sonra çocuk cerrahi kliniğine devredildi. 36 saat klinik takipten sonra önerilerle eve taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Bu vakada anestezi yönetiminde hazırlıklı olunması gereken durumlar; zor hava yolu riski, malign hipertermi gelişme riski, postoperatif solunum sıkıntısı, non-depolarizan blokerlere duyarlılık artışı ve bu ajanların uzamış etkisidir (2,3). Bu nedenle vakamızda kas gevşeticilerden kaçınıldı ve malign hipertermiyi tetikleyebilecek ajanlar kullanılmadı. Postoperatif apne gelişen hastamızın hava yolu güvenliği sağlanıp, yoğun bakım takibi yapıldı. Miyotübüler miyopatili vakalarda oluşabilecek sorunları öngörüp gerekli hazırlıkların yapılması ve kullanılacak ajanların dikkatle seçilmesi; postoperatif komplikasyonların önlenmesi açısından yakın takip edilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: miyotübüler miyopati, malign hipertermi, hipotoni

Yayın No: S-043

HEPATİK REZEKSİYON VE VENOVENÖZ AKTİF ŞANT İLE SAĞ ATRİAL TROMBEKTOMİ YAPILAN HASTADA ANESTEZİ YÖNETİMİ

Elifgöl Ulutaş¹, Seda Eğilmez¹, Ceren Yurttaş¹, Seda Cansabuncu¹, Selcan Akesen¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş: Hepatoselülerkarsinom (HSK) karaciğerin en sık tümörüdür, inferior vena kava (İVK) veya sağ atriyumda (SA) tümör trombusu (TT) %2,0–3,8 oranında görülebilir, prognozu kötüdür. Tedavisi rezeksiyon trombektomidir (1,2).

Amaç: Venovenöz aktif şant uygulanan bu olguda, anestezi deneyimimizi aktarmayı amaçladık.

Olgu: 68 yaş, astım, hipertansiyon, DM tanılı, daha önce transarteriyel kemoembolizasyon öyküsü olan erkek hastaya sağ hepatik rezeksiyon ve ekokardiyografide SA'ya uzanan 18x27mm hareketli trombus eksizyonu amacıyla operasyon planlandı. Preoperatif KCFT, BFT ve kardiyak fonksiyonları normaldi. Operasyon süresince hasta rutin monitorizasyona ek olarak invaziv arteriyel kan basıncı, BIS monitorizasyonu ile izlendi. 2mcg/kg Fentanyl, 6mg/kg tiyopental, 0.6mg/kg rokuronyum ile indüksiyon yapıldı, idame sevofluranla sağlandı. USG eşliğinde sol juguler ven kateterizasyonu yapıldı. Laparotomi ve sternotominin ardından hepatektomi gerçekleştirildi. Atriyumda trombusun mobil olduğu saptanınca, KPB yerine aktif şant planlandı. Hasta, 350 iu/kg dozunda heparinize edildi. İVK ve SA kanülasyonu ile aktif şant başlatıldı. Subdiyafragmatik transvers insizyonla vasküler invazyonu olmayan trombus bütünüyle çıkarıldı. Şant süresi 8dk olarak izlendi. 1gr traneksamik asit, 6Ü ES, 4Ü TDP, 2Ü TS ve 5Ü kriyopresipitat uygulandı. Entübe adrenalın, dopamin, noradrenalin infüzyonuyla, yoğun bakım ünitesine devredilen hasta postoperatif 1.günde ekstübe edildi, 6.günde kliniğe, 15.günde eve taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Hepatektomi minimal kanamayla yeterli rezeksiyonun hedeflendiği kompleks bir cerrahidir (3). Anesteziyolog ve cerrahın yakın iletişimini gerektirmektedir (4). Rezeksiyonda restriktif sıvı rejimi ve SVB'nin düşük tutulması önerilmektedir. SVB> 5mmHg kanamayla kesin ilişkilidir (3,5,6). Traneksamik asit kullanımıyla fibrinoliz ve kanama azaltılabilir (7). Koagülopati; asidoz, hipotermi ve hipokalsemiyle tetiklenebilir (3,6). Aortakaval kompresyonla gözlenebilen hipotansiyon, sirotik hastalarda 6aylık mortaliteyi arttırmaktadır (7). Kardiyopulmoner bypass (KPB), venovenöz baypas ve İVK rekonstrüksiyonu yapılabilir. Olgumuzdaki gibi mobil, damara invaze olmayan trombektomilerde venovenöz aktif şant kullanılabilir. Vasküler girişim, kanülasyon ve klemp süresinin azalmasını sağlayabilir. Hepatektomiler modern tekniklere rağmen korkutucu girişimlerdir. İdeal cerrahi süreçte ekibin iletişimi, dayanışması kuşkusuz major etkenlerdendir.

Anahtar Kelimeler: hepatik rezeksiyon, veno-venöz şant

Yayın No: S-044

GERİATRİK ORTOPEDİ CERRAHİSİNDE YAŞ DAĞILIMINA GÖRE ANESTEZİ YÖNTEMLERİNİN VE SONUÇLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Serra Topal¹, İlken Uğuz¹, Ayça Sayan¹, Zeynep Gümüşkanat Tabur¹

¹SBÜ Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi ,Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Giriş: Günümüzde geriatrik hasta popülasyonu artmakla birlikte ,geriatrik ortopedi cerrahi gereksinimi de artmaktadır

Amaç: Çalışmamızda 65 yaş ve üstü ortopedik cerrahi uygulanan hastaların anestezi yöntemlerini ve bu yöntemlerin hastanede yatış günü ve mortaliteye etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde Temmuz 2019-Eylül 2021 tarihleri arasında ortopedi ameliyatına alınan 65 yaş ve üstü 1344 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi.Hastalar Grup I:65-75 yaş arası (erken yaşlılık evresi), Grup II:75-85 yaş arası (orta yaşlılık evresi) ve Grup III:85 yaş ve ötesi (ileri yaşlılık evresi) olarak üç gruba ayrıldı.Hastaların demografik bilgileri, ASA skorları,cerrahi operasyon türü, anestezi yöntemleri ,hastanede kalış süreleri,postoperatif yatış üniteleri ve sonuçları veri tabanından kaydedildi

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen tüm vakaların % 74(n=994)'u kadın, % 26 (n=350)'si erkek, yaş ortalaması $74,49 \pm 7,31$ idi. Grup I %58,2 (n=782) ile en yüksek orana sahip idi.Gruplara göre demografik veriler açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 1).Cerrahi operasyon türüne göre en yüksek oranda diz protezi %49 (n=659), femur kırığı %24,4 (n=328) ve kalça protezi %16,4(n=220) olarak saptandı.Tüm gruplarda anestezi yöntemi olarak nöroaksiyel anestezi anlamlı olarak yüksek %84,1(n=1130)bulundu (Tablo 2). Hastanede kalış süresi ortalaması $3,92 \pm 4,53$ idi.Postoperatif yoğun bakımda %2,9 (n=39) ,PACU da %10,3 (n=138) vaka takip edilmiş olup ,mortalite oranı %0,6 (n=8) olduğu saptandı. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 3).Anestezi yöntemine göre mortalite arasında anlamlı ilişki saptanmadı.Mortalite ile cerrahi operasyon türü ve ASA skoru arasında ilişki saptandı .



Tablo1.Demografik veriler

	Grup I	Grup II	Grup III	Tüm vakalar
Cinsiyet%,n				
Kadın	78,3 (612)	68,3 (276)	67,1 (106)	%74 (994)
Erkek	21,7 (170)	31,7 (128)	32,9 (52)	%26 (350)
Yaş ort ±	69,45 ± 3,16	78,71 ± 3,16	88,63 ±2,92	74,49 ±7,31
ASA, n				
II	63,3 (495)		0,6 (1)	36,9 (496)
III	35,7 (279)	96,5 (390)	88,6 (140)	60,2 (809)
IV	1,0 (8)	3,5(14)	10,8 (17)	2,9 (39)
Toplam	%58,2 (782)	%30,1(404)	%11,8 (158)	

Grup I:65-75 yaş arası (erken yaşlılık evresi) Grup II:75-85 yaş arası (orta yaşlılık evresi)
Grup III:85 yaş ve ötesi (ileri yaşlılık evresi)

Tablo 2.Gruplara göre anestezi yöntemi ve cerrahi operasyon türüne göre dağılım

	Grup I	Grup II	Grup III	Tüm vakalar
Anestezi yöntemi				
Genel Anestezi	11,8 (92)	10,6 (43)	8,9 (14)	11,1 (149)
Nöroaksiyel Anestezi	84,7 (662)	83,2 (336)	83,5 (132)	84,1 (1130)
Sedasyon	1,3 (10)	3,7 (15)	4,4 (7)	2,4 (32)
Laryngeal maske	1,4 (11)	2 (8)	3,2 (5)	1,8 (24)
Periferik Blok	0,9 (7)	0,5 (2)	-	0,7 (9)
Cerrahi operasyon türü				
Kalça kırığı	13,8 (108)	16,6 (67)	28,5 (45)	16,4 (220)
Femur kırığı	10,2 (80)	37,6 (152)	60,8 (96)	24,4 (328)
Diz artroplastisi	65,5 (512)	35,4 (143)	2,5 (4)	49,0 (659)
Alt ekstremitte cerrahi	4,1 (32)	5,7 (23)	6,3 (10)	4,8 (65)
Üst ekstremitte cerrahi	4,3 (42)	3,4 (14)	1,2 (2)	4,3 (58)
Çıkıklar	0,9 (7)	1,2 (5)	0,6 (1)	1 (13)
Omuz cerrahisi	0,1 (1)	-	-	0,1 (1)

Grup I:65-75 yaş arası (erken yaşlılık evresi) Grup II:75-85 yaş arası (orta yaşlılık evresi)
Grup III:85 yaş ve ötesi (ileri yaşlılık evresi)

Tablo 3. Gruplara göre hastanede kalış süresi, postoperatif takip edildiği klinik ve mortalite dağılımı

	Grup I	Grup II	Grup III	Tüm vakalar
Yatış süresi ,gün	4,11 ±5,01	3,69 ±3,58	3,53 ±4,20	3,92±4,42
Post op takip, %,n				
Klinik	92,3 (722)	79,2 (320)	79,2 (125)	86,8 (1167)
PACU	6,6 (52)	15,1 (61)	15,8 (259)	10,3 (138)
Yoğun Bakım	1 (8)	5,7 (23)	5,1(8)	2,9 (39)
Sonuç %,n				
Taburcu	99,6 (779)	99,5 (402)	98,1(155)	99,4 (1336)
Exitus	0,4 (3)	0,5 (2)	1,9(3)	0,6 (8)

Grup I:65-75 yaş arası (erken yaşlılık evresi) Grup II:75-85 yaş arası (orta yaşlılık evresi)
Grup III:85 yaş ve ötesi (ileri yaşlılık evresi)

Tartışma ve Sonuç: Geriatrik hastalara genellikle komorbid hastalıklar eşlik eder. Bu hastaların preoperatif ASA skorları yüksek olmakla birlikte postoperatif yakın takip gerektirebilirler. Çalışmamızda ortopedik major artroplastilerde (kalça ve diz) yüksek ASA skorlarına sahip hasta grubu mortalite ile ilişkili bulunmuştur. Nöroaksiyel anestezinin yüksek oranda tercih edilmesi nedeniyle beklenenden daha az yoğun bakım ve PACU takibi gerekmiş olduğunu düşünmekteyiz. Genel anestezinin solunumsal komplikasyonlarından kaçınmak ve rejyonel anestezinin avantajlarından yararlanma noktasında geriatrik ortopedik cerrahide uygun yöntem olduğunu ve periferik bloklar eklenerek hastanede yatış sürelerinin kısalabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: geriatri, ortopedik cerrahi, anestezi, nöroaksiyel anestezi, genel anestezi



Yayın No: S-045

ANKİLOZAN SPONDİLİT VAKASINDA ANESTEZİ YÖNETİMİ

Korgün Ökmen¹, Ahsen Gür¹, Sedef Elmas Arslan¹, Mehmet Gamlı¹

¹SBÜ Bursa Tıp Fakültesi Bursa Yüksek İhtisas Suam Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş: Spondiloartropatinin yaygın bir türü olan Ankilozan spondilit (AS), esas olarak omurga eklemlerini etkileyerek alevlenmeler ve durgun dönemleri görülen, kronik inflamatuvar bir otoimmün hastalıktır; ek olarak, daha ileri vakalarda omurga füzyonuna neden olabilir(1).AS hastalarında, servikal omurga mobilitesindeki azalır. Temporomandibular eklem tutulumu ciddi entübasyon güçlüğüne sebep olabilir. Bir AS vakasının yönetiminde hem hava yolu koruma güçlüğü hem de merkezi nöroaksiyel blokaj zorluğu görülebilir(2).

Amaç: AS hastalarının anestezi yönetiminde genel anestezi ve nöroaksiyel yöntemlerin güçlüğü ve anestezi yönetimi sırasında karşılaşılabilecek komplikasyonlar değerlendirildiğinde anestezi yönetimi önemli hale gelmiştir. Çalışmamız bu tip hastalarda anestezi yönetimine dikkat çekmeyi ve deneyim oluşturmaya amaçlamıştır.

Olgu: 49 yaş erkek hasta bilinen AS ve hipertansiyon tanıları mevcut olup, femur intertrokanterik fraktür tanısıyla acil operasyona alındı. Hasta ameliyat salonuna alındığında olası zor anestezi yöntemi nedeniyle dış merkezden operasyondan bir gün önce sevk edildiği cerrahi ekip tarafından belirtildi. Olgunun özgeçmişinde 15 yıldır AS tanısı olduğu ancak hastanın herhangi bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Mevcut omurga deformitesine dolayısıyla gelişebilecek anesteziye bağlı komplikasyonlar açısından hasta yakınları bilgilendirildi. Bu esnada alınan anamneze göre hastaya 2 yıl önce uygulanan kolesistektomi cerrahisinde torakal epidural teknik ile anestezi uygulandığı anlaşıldı. Başlangıçta rejyonel anestezi planlanan hasta için olası genel anestezi ihtimaline karşın zor havayolu gereçleri hazırlandı. İlk olarak kombine spinal epidural anestezi (KSE) düşünüldü. 3 uygulayıcı tarafından lateral pozisyonda denenen KSE'in başarısız olması üzerine USG ve sonrasında skopi eşliğinde KSE tekrar denendi teknikte başarı sağlanamaması üzerine spinal anestezi (SA) denendi. Başarılı SA uygulanamayan hastaya sinir stimulatörü eşliğinde lumbosakral plexus bloğu uygulandı. Blok sırasında 25cc %0,5 bupivakain, 25cc %2 prilokain uygulandı. Uygun motor ve duyuşsal blok sağlanan hasta cerrahi ekibe teslim edildi. Hemodinamik açıdan sorun yaşanmadan ve hasta ağrı duymaksızın 4 saat sonunda vaka tamamlandı.



RESİM 1



LATERAL VERTEBRA GRAFİSİ (BAMBU KAMIŞI)

PREOPERATİF HASTA GÖRÜNÜMÜ



Tartışma ve Sonuç: AS hastalarında uygulanabilir anestezi yönetimi hastalığın derecesi, operasyon tipi, operasyon süresi, hasta uyumu, klinik hekimin deneyimine bağlıdır. Tüm bu faktörler göz önüne alınarak vaka yönetimi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ANKİLOZAN SPONDİLİT, SPİNAL ANESTEZİ, KOMBİNE SPİNAL EPİDURAL ANESTEZİ, REJYONEL ANESTEZİ, HEMODİNAMİ

Yayın No: S-046

UZUN SÜRELİ ENTÜBASYON SONRASI CİDDİ SUBGLOTTİK STENOZLU, BALON DİLATASYON PLANLANAN PEDİYATRİK HASTADA VENTRAIN İLE HAVA YOLU YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU

Seda Eğilmez¹, Ahmet Kanat¹, Berfin Tanrıverdi¹, Selcan Akesen¹, Hülya Bilgin¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş: Entübasyon sonrası subglottik stenoz, YBÜ’de uzun süre entübe takip edilen hastalarda görülen iatrojenik bir komplikasyondur [1].

Amaç: Uzun süreli entübasyon sonrası stridor veya açıklanamayan dispne ile başvuran hastalar PITS veya SGS açısından araştırılmalıdır [2].

Olgu: Trafik kazası sonrası, 1 ay YBÜ’de entübe takip edilen, devamında subglottik stenoz gelişen, 6 yaş, 24kg erkek hasta balon dilatasyon amacıyla, postoperatif YBÜ şartı sağlanarak ameliyathaneye alındı. Preoperatif endoskopik muayenede vokal kordları hareketli ve subglottik %80 sirküler stenozu (Cotton-Myer grade 3) olan hastanın bifazik stridoru mevcuttu. Hastanın ilk ölçülen NIKB:96/54mmHg, NDS:114/dk, maskeyle 4L/dk oksijen desteğinde SpO₂:%100’dü. Rutin monitorizasyonu takiben, induksiyon öncesi 1mg/kg metilprednizolon uygulanan hastada; 1mg/kg lidokain, 2mcg/kg fentanyl, 3mg/kg propofol, 0.6mg/kg rokuronyum ile induksiyon sağlandı. Maske ventilasyonu sorunsuzdu. KBB ekibince endoskopik balon dilatasyon amacıyla 3 atm. basınçla 15mm çaplı balon şişirildiği sırada desatüre(SpO₂:%42) olan ve bradikardi(NDS:68/dk) gelişen hastada işleme ara verilerek iki kez 0,5mg atropin uygulandı, maske ventilasyonu sonrası, tedaviye yanıt alındı. Apneyi tolere edemediğinden, trakeal 1-2.halkalar arasından, jet ventilasyon amaçlı 14G kanül yerleştirildi. Hasta kanül aracılığı ile yaklaşık 30 dk süresince (%100 O₂-15L/dk) Ventrain® kullanılarak ventile edildi, oksijenizasyonu sağlandı. Anestezi idamesinde 2mg/kg/sa propofol infüzyonu kullanıldı. Operasyon sonunda 4mg/kg sugammadex kullanılarak uyandırılan hastada boyunda lokalize minimal subkutan amfizem geliştiği görüldü. Derlenme ünitesinde oksijen desteğinde gözlenen hastada komplikasyon izlenmedi. Postanestezik bakım ünitesine (PACU) O₂ desteğinde transport edildi. PACU’da spontan solunumda, oksijen ve soğuk buhar uygulaması ile takip edilen hasta 24 saat sonra subkutan amfizemin ve stridorun gerilemesi üzerine kliniğe transport edildi.

Tartışma ve Sonuç: İdiyopatik subglottik stenozu olan hastalarda, hava yolu yönetimi zordur [3]. Ventrain® yüksek basınçlı bir oksijen kaynağıyla çalışan, manuel, inspiratuar akışı ayarlanabilen bir ventilasyon cihazıdır [4]. Maske, supraglottik hava yolu veya endotrakeal tüp yoluyla geleneksel ventilasyonun başarısız olduğu durumlarda bir kateter aracılığıyla ventilasyon sağlamak üzere tasarlanmıştır [4]. Bu olguda hava yolu yönetimini trakeostomi gibi cerrahi girişimler yerine perkütan transtrakeal jet ventilasyon uygulaması gibi minimal invaziv bir teknikte güvenli şekilde gerçekleştirdik.

Anahtar Kelimeler: trakeal stenoz, jet ventilasyon, balon dilatasyon

Yayın No: S-047

ROBERTS SENDROMU ÖN TANILI ÇOCUK HASTADA ANESTEZİ YÖNETİMİ; OLGU SUNUMU

Miray Gözde Özdemir¹, Çağrı Özdemir², Berrin Işık¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

²Mamak Devlet Hastanesi

Giriş: Roberts sendromu; nadir görülen, prenatal ve postnatal büyüme geriliği, mikrosefali, kraniyofasiyal anomaliler, mental retardasyon ve şiddeti değişen derecelerde tetrafokomeli ile karakterize otozomal resesif geçiş gösteren bir hastalık olup çoğu olguda ölü doğum veya erken bebeklik döneminde ölüm görülmektedir (1,2).

Amaç: Roberts sendromunda ciddi anatomik ve fonksiyonel sorunların varlığına karşın literatürde anestezi yönetimine ait bilgiler sınırlıdır. Bu bildiride Roberts sendromu ön tanılı çocuk olguda anestezi yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

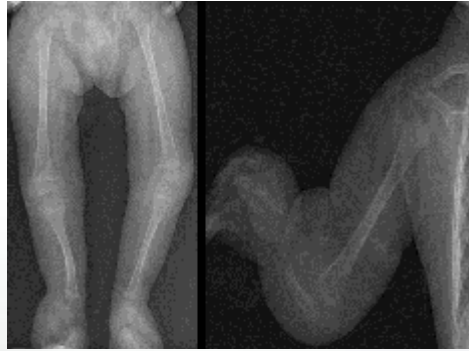
Olgu: Sağ göz evisserasyonu planlanan (7 ay, 5kg, erkek) Roberts sendrom ön tanılı olgunun fizik muayenesinde mikrognati, hipertelorizm, basık burun (Şekil 1) ve radyograflerde bilateral radius, fibula aplazisi (Şekil 2) görüldü. Ekstremitelerde fleksiyon kontraktürü vardı. Transtorasik EKO normaldi. Öyküsünde anne-baba akraba evliliği bildirildi. Preoperatif zor hava yolu hazırlığı yapıldı. Sevofluran indüksiyonu sonrası elin tenar bölgesinden USG klavuzluğunda damaryolu açıldı (Şekil 3). İntravenöz 2.5 mg rokuronyum+5 µg fentanil sonrası videolaringoskop kullanılarak entübe edildi (Şekil 4). Anestezi idamesi sevofluran+remifentanil ile sağlandı. Cerrahi süresince hemodinamik stabilizasyon sürdürüldü. Zor ekstübasyon hazırlığının ardından neostigmin+atropin ile miyorelaksan reverse edilerek ekstübe edildi.



Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



Tartışma ve Sonuç: Roberts sendromlu çocuklarda sıkça görülebilen ASD, PDA gibi kardiyak anomalilere (3), renal (4), gastrointestinal anomaliler de eşlik edebileceğinden preoperatif dönemde hastaya detaylı bir değerlendirme yapıldı. Sunulan olguda kardiyak, gastrointestinal, renal anomali saptanmadı. Roberts sendromunda görülen yapısal anomaliler zor havayoluna neden olabilir. Sunulan olguda mikrognati, basık burun gibi kraniyofasiyal anomalilerin maske tutma ve havayolu açıklığını sağlamada güçlüğe neden olabileceği düşünülerek zor hava yolu hazırlığı yapıldı. Hastada kraniyofasiyal anomalilere eşlik eden yarık damak-dudak anomalisi olmadığından maske ile ventilasyon sırasında sorun yaşanmadı. Videolaringoskop eşliğinde görerek entübasyon yapıldı. Ekstremité anomalileri vasküler malformasyonlara da yol açabileceğinden arteriyel ponksiyonu önlemek için venöz erişim ultrasonografi kılavuzluğunda sağlandı. Roberts sendromu literatürde yaklaşık 150 vakanın tanımlandığı nadir görülen bir hastalıktır (5). Bildirilen vaka sayısı ve beklenen yaşam süresindeki kısalık anestezi yaklaşımına ait literatür bilgisini sınırlandırmıştır. Bu olguda sunulan anestezi yönetimi başarıyla sonuçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Roberts Sendromu, Pediatrik Anestezi, Zor Hava Yolu



Yayın No: S-048

KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arzu Yıldırım Ar¹, Alev Öztaş², Güldem Turan³

¹T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet SUAM Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

²T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet SUAM, Yoğun Bakım Kliniği

³T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet SUAM Yoğun Bakım/ Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Giriş: Kardiyopulmoner resusitasyon (KPR) önemli ve eğitim gerektiren bir işlemdir. Bu konuyla ilgili olarak eğitimler ve kılavuzlar geliştirilmektedir. Bu eğitim hem teorik hem de pratik eğitimlerin sürekliliğini gerektirmektedir. European Resuscitation Council (ERC) bu amaçla çalışmalar yaparak 2001'den itibaren 5 yılda bir kılavuz yayınlayarak, standart KPR uygulamalarının yaygınlaşmasını sağlamıştır. Biz de hastanemizde güncel kılavuz bilgileriyle; farklı kliniklere KPR eğitimi vermekteyiz. Eğitim öncesi ve sonrası katılımcılara eğitimimizin etkinliğini değerlendirmek için ön test ve son test uygulamaktayız.

Amaç: Retrospektif olarak 2019 yılı içerisinde farklı tarihlerde farklı branşlardan hekimlere uyguladığımız ön test ve son test sonuçlarını incelemeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz Bilimsel çalışmalar kurul izni(17073117-050.06) alındıktan sonra retrospektif olarak; eğitim öncesi ve sonrası uygulanan çoktan seçmeli aynı 10 sorudan oluşan 61 adet testi ve toplam başarı puanlarını (100 puan üzerinden) değerlendirildik. İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı

Bulgular: Çalışmamızda ön testte alınan toplam başarı puanı ortalaması $62,95 \pm 15,85$ iken; son testte ise $92,45 \pm 8,69$ olarak, istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi.(p:0.000) Ön test ve son testteki soruların doğru cevaplanma yüzdeleri Tablo 1' de dir.



Ön ve son test sorularının değerlendirilmesi

Tablo 1: Ön ve son test sorularının değerlendirilmesi

		CEVAPSIZ		DOĞRU		YANLIŞ		
		n	%	n	%	n	%	p
Soru 1	Ön test			51	83,6	10	16,4	0,002*
	Son test			61	100	0	0	
Soru 2	Ön test			54	88,5	7	11,5	0,180
	Son test			59	96,7	2	3,3	
Soru 3	Ön test	1	1,6	27	44,3	33	54,1	0,006*
	Son test			44	72,1	17	27,9	
Soru 4	Ön test			45	73,8	16	26,2	0,001*
	Son test			59	96,7	2	3,3	
Soru 5	Ön test			45	73,8	16	26,2	0,001*
	Son test			59	96,7	2	3,3	
Soru 6	Ön test			47	77	14	23	0,035*
	Son test			56	91,8	5	8,2	
Soru 7	Ön test	3	4,9	30	49,2	28	45,9	0,000*
	Son test	1	1,6	60	98,4	0	0	
Soru 8	Ön test			43	70,5	18	29,5	0,004*
	Son test			57	93,4	4	6,6	
Soru 9	Ön test	2	3,3	31	50,8	28	45,9	0,000*
	Son test			60	98,4	1	1,6	
Soru 10	Ön test	4	6,6	10	16,4	47	77	0,000*
	Son test			48	78,7	13	21,3	
McNemar Test		*p<0.05						

Tartışma ve Sonuç: Akıllı ve ark.(1)nin çalışmasında 134 katılımcının dörtte biri doğru resusitasyon protokolunu uygulamış ve sadece %7.5'i kullanılan ilaçları eksiksiz değerlendirmiştir. Çalışmamız sonuçlarında; eğitim sonrası toplam başarı puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu. Soru içerikleri olarak değerlendirmemizde eğitim sonrasında ilk teste göre; bir soru hariç tüm sorularda anlamlı doğru cevap değişikliği gözlenmiştir. Kılavuzlara göre olan güncellemelerin sağlık çalışanlarına aktarımı ve eğitimlerin gelişmeler ışığında belirli aralıklarla tekrarlanması, KPR uygulamalarının etkinliğini ve kalitesinin artırılmasında önemlidir.



EK 1

Ek 1:
Test

1- Aşağıdakilerden hangisi Yaşam Kurtarma Zincirinin ilk halkasıdır ?

- A-Yardım çağırmak D-Hastaya müdahale etmeden ileri düzey merkeze transferini sağlamak
B-Göğüs Kompresyonları E- İleri Destek
C-Defibrilasyon

2- Aşağıdakilerden hangisi "Temel Yaşam Desteği"(TYD) özelliklerinden değildir ?

- A- Etkin ekip gelene kadar yaşam desteği sağlamaktır.
B- Tedavi edici değil zaman kazandırıcıdır.
C- TYD'de "Bak, Dinle, Hisset" yaklaşımı esastır.
D- TYD'ye başlamak için mutlaka monitorizasyon gereklidir.
E- Doğru uygulanan her bir göğüs kompresyonuyla kalpte normale göre % 20-30 oranında pompa gücü sağlanabilir.

3- Temel Yaşam Desteği'nde nabız değerlendirilmesi için sağlık çalışanlarına ayrılan süre ne kadardır ?

- A- 5 saniye. C-15 saniye E-25 saniye
B- 10 saniye. D- 20 saniye

4- Hastanemiz dahilinde "Mavi Kod" telefon ulaşım numarası kaçtır ?

- A-1111 B-2222 C-3333 D-4444 E-6666

5- Hastane içinde "Mavi Kod Ekibinin" hastaya ulaşma süresi ortalama ne kadar olmalıdır ?

- A- 15-20 dakika C- 5-10 dakika E- 0-1 dakika
B- 10-15 dakika D- 1-3 dakika

6- Hastane içinde "Mavi Kod Ekibinin" hastaya ulaşmaya kadar yapılması gerekenler nelerdir ?

- A- Göğüs Kompresyonlarına başlamak
B- Hastaya Oksijen vermek
C- Hastayı Monitorize etmek
D- Havayolunun açıklığını sağlamak
E- Hepsi

7- Kardiyopulmoner Arreste monitorize edilen hastada aşağıdaki ritimlerden hangisinde defibrilasyon uygulanır?

- I-Ventriküler fibrilasyon
II-Ventriküler taşikardi
III-Nabızsız Elektriksel Aktivite
IV-Asistoli

- A- I-II B-III-IV C-I-II-III-IV D- I-IV E-Hiçbiri



8- Yukarıdaki şekilde görülen kardiyak arrest ritmi aşağıdakilerden hangisidir ?

- A- Ventriküler Taşikardi D- Asistoli
B- Ventriküler Fibrilasyon. E-Hiçbiri
C- Nabızsız Elektriksel Aktivite

9-Aşağıdakilerden hangisi hastanede "Kardiyopulmoner Resüsitasyon" için doğrudur ?

- A- İlk uygulanacak ilaç Atropindir.
B- Adrenalin sadece şoklanamaz (defibrile edilmeyen) ritimlerde uygulanır.
C- Şoklanabilir (defibrilasyon) ritimlerde ilk şok 50 Joule ile uygulanmalıdır.
D- İki şok (defibrilasyon) arasında 10 dakika süre geçmelidir.
E- Şok uygulanmasının (defibrilasyon) hemen sonrasında ritim değerlendirmek için ara verilmeden göğüs kompresyonlarına devam edilmelidir.

10- Etkin bir kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamasında hedef End Tidal Karbondioksit (ETCO2) değeri aşağıdakilerden hangisi olmalıdır ?

- A-0-2 mmHg. B-2-5 mmHg C- 5-7 mmHg. D-7-9 mmHg E- 10-15 mmHg

Anahtar Kelimeler: Eğitim, Kardiyak arrest, Kardiyopulmoner resusitasyon

Yayın No: S-049

HİT TANILI HASTADA BİVALİRUDİN İNFÜZYONU ALTINDA AÇIK KALP CERRAHİSİ

Esin Erdem¹

¹SBÜ Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

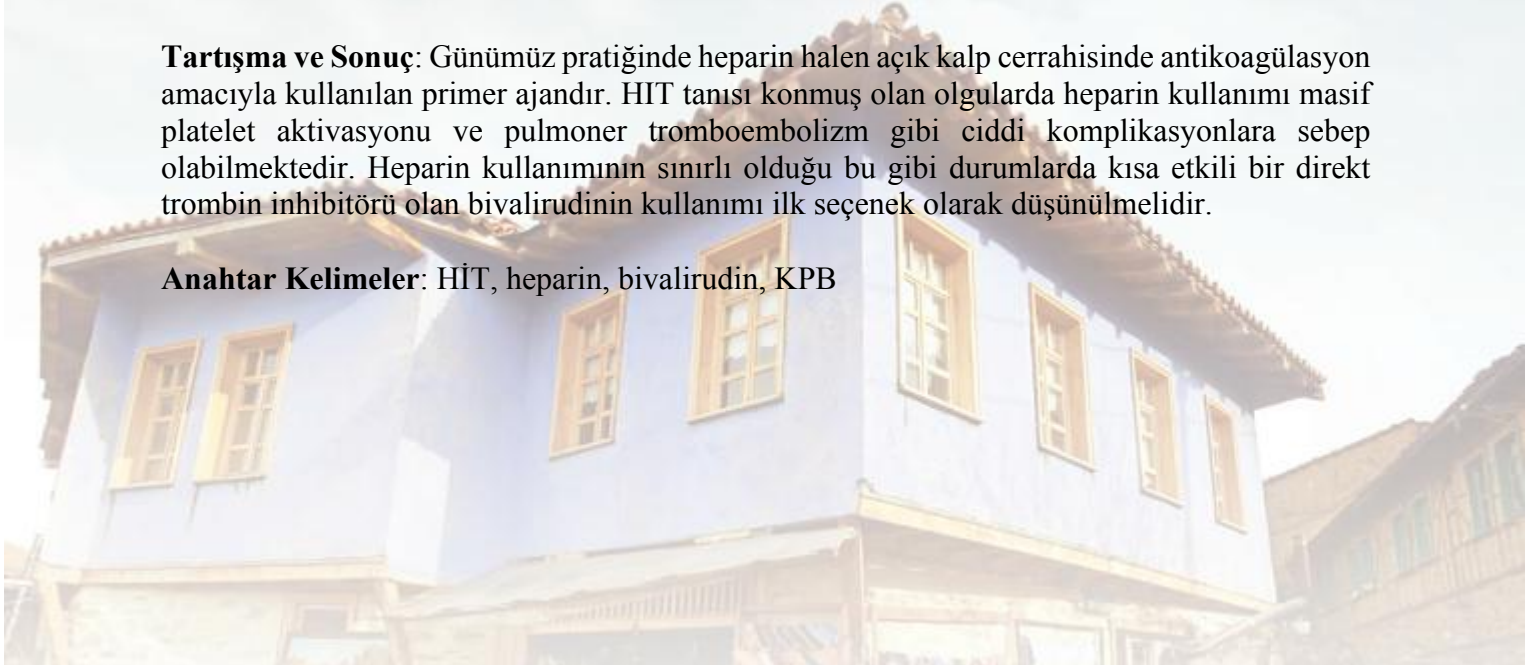
Giriş: Heparin ilişkili trombositopeni (HİT) şüphesi olan veya tanısı konmuş hastalarda kardiyopulmoner bypass (KPB) ihtiyacı olduğunda potansiyel komplikasyonlardan kaçınmak adına heparin-protamin rejimine alternatif antikoagülasyon yöntemlerinin kullanımı göz önünde bulundurulmalıdır. Kısa etkili bir direkt trombin inhibitörü olan bivalirudin KPB esnasındaki antikoagülasyonu sağlamak için kullanılan güvenli alternatiflerden biridir.

Amaç: Amacımız önceden bilinen HIT tanısı ile kliniğimizde KPB altında açık kardiyak cerrahi uygulanan olguda bivalirudin ile sağlanan antikoagülasyon deneyimimizi paylaşmaktır.

Olgu: 10 yıl önce triküspit kapak replasmanı (TVR) operasyonu geçiren 65 yaşında, kadın hastaya yapılan kontrol EKO’da triküspit kapakta tıkalı trombus varlığı nedeniyle tekrar TVR yapılması planlandı. Tek doz DMAH uygulamasından sonra trombosit sayısının 100.000/μL’den 30.000/μL’ye kadar gerilemesi üzerine hematoloji ile konsülte edilerek HIT tanısı konuldu. Hastaya intravenöz immünglobulin (IVIG) ve iv steroid uygulamasını takiben preoperatif 2 Ü aferez trombosit konsantresi verilerek operasyona alındı. KPB öncesi hastaya 1 mg/kg iv, pompa prime solüsyonuna ise 50 mg bivalirudin uygulandı. Sonrasında 2,5 mg/kg/saat olacak şekilde iv bivalirudin infüzyonu başlandı. Bivalirudin infüzyonu KPB çıkışından 15 dk önce kesildi. Giriş ACT:155 sn, çıkış ACT:305 sn idi. Perioperatif emboli ya da masif kanama gözlenmedi. Hastada postoperatif 2. saatte >400 cc drenaj olması üzerine kanama revizyonu nedeniyle tekrar operasyona alındı. Postoperatif ilk 24 saatte toplam 1000 cc kanama gözlemlendi. ACT postoperatif 4. saatte 167 sn olarak ölçüldü. Hasta postoperatif 7. gün YBÜ’den, 16. gün hastaneden şifa ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Günümüz pratiğinde heparin halen açık kalp cerrahisinde antikoagülasyon amacıyla kullanılan primer ajandır. HIT tanısı konmuş olan olgularda heparin kullanımı masif platelet aktivasyonu ve pulmoner tromboembolizm gibi ciddi komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Heparin kullanımının sınırlı olduğu bu gibi durumlarda kısa etkili bir direkt trombin inhibitörü olan bivalirudinin kullanımı ilk seçenek olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: HİT, heparin, bivalirudin, KPB



Yayın No: S-050

GLUKOZ 6 FOSFAT DEHİDROGENAZ ENZİM EKSİKLİĞİNDE REJYONEL ANESTEZİ UYGULAMASI

Kahir Güneş¹, Ayça Tuba Dumanlı Özcan², Hande Sarayköylüoğlu¹, Handan Güleç³, Levent Öztürk³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi

²T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi

³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi

Giriş: Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği en sık görülen eritrosit enzim eksikliğidir ve x'e bağlı resesif kalıtım gösterir(1).

Amaç: Literatürde bu hastaların anestezi yönetiminde hemolize neden olacak cerrahi ve oksidatif stresten kaçınılması önerilmektedir. derecede(%10-60) enzim eksikliği olan kolon kanseri nedeniyle cerrahi planlanan hastanın anestezi yönetimini tartışmayı amaçladık.

Olgu: ASAIİ, bilinen hipertansiyon ve diyabetes mellitusu olan 56 yaşında kolon cerrahisi planlanan erkek hasta preoperatif değerlendirilmesinde Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği nedeniyle hematolojiye konsülte edildi. Hastanın enzim düzeyi: 0,44U/gr Hb (6,97-20,5)'di. Hemoglobini:11,7 mg/dl, Fe :27microgram/dl, indirek bilirubini: 0,6 mg/dl, K:3,9meq/l olarak belirlendi. Periferik yayması normokrom normositer olarak değerlendirildi. EKG ve PA akciğer grafisinde patoloji izlenmedi. Fizik muayenesinde hemoliz bulgusu yoktu. Ameliyathane odasına alınan hastaya rutin monitorizasyon sonrasında kombine spinal epidural anestezi planlandı. Sağ yan lateral cenin pozisyonu verilerek lokal anestezi eşliğinde T10 seviyesinden yukarı yönlendirilerek epidural kateter yerleştirildi. Test dozu uygulanarak 25 mg %0.25 lik bupivakain ve 50 microgram fentanil yapıldı. Spinal L3-4 aralığından 17 mg hiperbarik bupivakain ve 20 mikrogram fentanil subaraknoid aralığa verildi. Pimpirick testinde T4 seviyesinde duysal blok elde edildi. Peroperatif dönemde arter kanulasyonu ve nasogastrik sonda yerleşimi sırasında sedasyon ketafol verilerek sağlandı. Hastanın peroperatif anestezi yönetimi sorunsuz şekilde tamamlanarak PACU'ya teslim edildi.

Tartışma ve Sonuç: Altikat ve ark.(2) tarafından yapılan çalışmada halotan, ketamin, sevofluran, prilokain, diazem ve midazolam gibi anestezik ajanların G6PD enzim aktivitesi üzerine etkili olduğu, özellikle sevofluran, izofluran, diazem ve midazolamın inhibe edici etkisi olduğu öne sürülmüş; ancak konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılması gerektiği bildirilmiştir. Halotan ile malign hipertermi olgusu da literatürde bu enzim eksikliğinde bildirilmiştir.Hastamıza ameliyat süresince propofol ve ketamin sedasyonu eşliğinde kombine spinal epidural anestezi ile başarılı şekilde anestezi yönetimi gerçekleştirilmiştir. Böylelikle hemolize ve malign hipertermi tablosuna neden olacak kas gevşetici ve inhaler anestezik ajanlardan kaçınılmıştır.Sonuç olarak bu hasta grubunda rejyonel anestezinin peroperatif cerrahi stres yanıtı minimize ederek güvenli anestezi yönetimi sağladığı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz Enzim Eksikliği, Hemoliz, Rejyonel anestezi

Yayın No: S-051

MİTOKONDRIYAL MİYOPATİLİ BİR OLGUDA KOMBİNE SPİNAL-EPİDURAL ANESTEZİ ALTINDA LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİCeren Gökdoğan¹, Nazlı Bahar Özbey¹, Taner Abdullah¹, Funda Gümüş Özcan¹¹T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş: Mitokondriyal miyopatiler, maternal mitokondriyal DNA üzerinden kalıtılan, başta kas, kalp, göz ve gastrointestinal sistem olmak üzere çoklu sistem tutulumu ile seyreden bir hastalık spektrumudur. Malign hipertermi yönünden yüksek risk teşkil ettiğinden, anestezi yönetiminde bunu tetikleyecek ajanlardan uzak durulması gerekir. Günlük pratikte laparoskopik cerrahi prosedürler bu hasta grubunda ancak Total İntravenöz Anestezi(TIVA) ile mümkündür. Diğer alternatif ise santral bloklardır.

Amaç: Amacımız böyle bir olguda kombine spinal-epidural anestezi ile gerçekleştirdiğimiz yönetimi paylaşmaktır.

Olgu: Laparoskopik kolesistektomi geçirecek 56 yaşında, 162cm, 65kg kadın olgu preoperatif değerlendirme için danışıldı. Kas biyopsisi ile tanısı doğrulanmış ve koenzim-Q kullanmakta olan, mitokondriyal miyopati dışında ek komorbiditesi bulunmayan hastanın fizik muayenesinde ptozis ve tüm ekstremitelerde proksimal kas güçsüzlüğü(3/5) mevcuttu. Buna bağlı olarak efor kapasitesi sorgulanamayan hastanın ekokardiyografi incelemesinde kardiyak tutulum yoktu. İntraoperatif; standart monitörizasyon sonrası 18G periferik intravenöz yol açılarak %0.9NaCL başlandı, 2mg midazolam ile premedikasyonu yapıldı. Oturur pozisyonda T7-T8 aralığından epidural alana epidural kateter yerleştirildi. L3-L4 aralığından intratekal 20mcg fentanil ve 20mg heavy-bupivakain ile spinal anestezi uygulanarak, supin pozisyon ve takiben trendelenburg pozisyonuyla anestezi seviyesi buz kaseti ile değerlendirilerek T4 seviyesine ulaştığında cerrahi başlatıldı. Deksmetomidin infüzyonuyla sedasyon sağlandı. Vaka süresince intraabdominal basınç 8-9mmHg düzeylerinde tutularak laparoskopik kolesistektomi prosedürü 65 dakikada tamamlandı. 45.dakikada blok düzeyinin T4 altına indiği tespit edilerek 5cc %0,25 bupivakain uygulandı. Operasyon sırasında omuz ağrısı tarifleyen hastanın bu şikayeti pnömoperitoneumun sonlandırılmasıyla geriledi. Operasyon sonunda 5cc %0,1'lik bupivakain analjezi amacıyla epidural kateterden uygulandıktan sonra kateter çekildi. İntraoperatif stabil hemodinamik parametreler ile takip edilen olgu, postoperatif 1 gün yoğun bakım takibi sonrası komplikasyonsuz şekilde postoperatif 2. gününde taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Mitokondriyal miyopatiler, malign hipertermi için yüksek riskli grupta bulunan bir hastalıktır. Klinik pratikte laparoskopik cerrahi prosedürlerin hasta konforu açısından genel anestezi altında performe edilmesi alışılmalıdır. Ancak genel anesteziden kaçınılması gereken seçilmiş vakalarda cerrahi ekiple iyi bir iletişim kurularak santral bloklar altında da uygun intraabdominal basınçların sağlanmasıyla uygulanması mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Mitokondriyal miyopati, Malign hipertermi, Kombine spinal-epidural anestezi, Laparoskopik cerrahi

Yayın No: S-052

COVID-19 İLE İLİŞKİLİ PERİFERİK ARTERİYEL TROMBOEMBOLİZM

İlkay Ceylan¹, Aycan Kurtarangil Doğan¹, Şule Balk¹

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Sars-CoV-2 hastalarında anormal pıhtılaşma meydana gelebilir ve kötü prognozun bir göstergesidir. Bu hastalarda arteriyel ve venöz tromboembolik olaylara zemin hazırlayabilir.

Amaç: Yoğun bakım ünitemizde (YBÜ) takip ettiğimiz hastalarda alt ekstremitelerde arteriyel tromboemboli olan 3 olguyu sunarak bu konuya dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: Olgu 1: 59 yaşında ek hastalığı olmayan erkek hastada solunum sıkıntısı artması üzerine YBÜ kabul edildi. Yüksek akımlı oksijene (YANO) rağmen desatüre seyreden yatışının 3. günü entübe edilip prone pozisyona alındı. Prone pozisyonun 16. saatinde alt ekstremitelerde dolaşım bozukluğu gelişti. Sağ dorsalis pedis, tibialis posterior ve poplitealis nabızları alınamayan, hastaya KVC önerisiyle alteplaz tedavisi ve devamında heparin inf başlandı. Medikal tedavi ile nabız pulsasyonu sağlandı. YBÜ yatışının 18. günü Sars-CoV-2'ye bağlı akciğer tutulumunun ilerlemesi nedeniyle kaybedildi. Olgu 2: 84 yaşında kalp yetmezliği ve DM olan kadın hasta sol bacakta ağrı, parmaklarında morarma ve solunum sıkıntısıyla başvurmuş. Sol a.tibialis anterior ve tibialis posterior dopplerde akım yok ve sol diz altı iskemik saptanmış. KVC heparin infüzyonu önermiş. Hastanın Sars-CoV-2'ye bağlı pnömoni semptomları olması ve YANO ihtiyacı nedeniyle YBÜ'ye kabul edildi. Hasta YBÜ yatışının 2. günü entübe edildi. Amputasyon planlanan hasta yatışının 7. günü kaybedildi. Olgu 3: 87 yaşında HT ve akciğer kanseri tanısı olan ve 3 ay önce kalça fraktürü sebebiyle opere olan kadın hasta Sars-CoV-2 pnömonisi nedeniyle YBÜ'mize sevk edildi. Hastaya dış merkezde femoral popliteal trombüs nedeniyle balon anjioplasti uygulanmış. Hastanın sol ayak metatars seviyesinden itibaren iskemik ve dolaşım kaybı olduğu görüldü. KVC önerisiyle heparin ve iloprost tedavisi başlandı. Tedaviye rağmen hastanın iskemisi düzelmedi. Yatışının 19. günü septik şok nedeniyle kaybedildi.



Olgu 1'de Gelişen Alt Ekstremité Embolisi



Olgu 2'de Gelişen Alt Ekstremité Embolisi



Olgu 3'de Gelişen Alt Ekstremitte Embolisi



Olguların Günlere Göre D-Dimer Seviyeleri

D-Dimer	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3
1. Gün	5.58	79.6	4.2
2. Gün	80	32.2	0.83
3. Gün	59	9.5	0.66
4. Gün	14.7	2.3	0.67
5. Gün	10	2.8	1.4

Tartışma ve Sonuç: Sars-CoV-2, aşırı inflamasyon, hipoksi, hareketsizlik ve DIC nedeniyle hem venöz hem de arteriyel tromboembolik hastalığa yatkınlık oluşturabilir. Arteriyel tromboembolik komplikasyonlar uzuv kaybı, çoklu organ disfonksiyonu ve ölümdür. Arteriyel iskemi ile başvuran hastalarda COVID-19 düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Arteriyel Tromboembolizm, Yoğun Bakım Ünitesi



Yayın No: S-053

AORT KAPAK REPLASMANI GEÇİREN MYASTHENİA GRAVİSLİ HASTADA ANESTEZİ YÖNETİMİ

Tülay Örki¹¹S.B.Ü. Koşuyolu Y.İ. E.A.H.

Giriş: Miyasthenia Gravis (MG)'li hastada aort kapak replasmanı operasyonu literatürde nadir olarak bildirilmiştir (1).

Amaç: Bu olguda, kardiyopulmoner bypass altında aort kapak replasmanı geçiren MG'li hastada anestezi yönetimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: 67 yaşında, 18 aydır pridostigmin tedavisi alan Tip IIa MG'li hastaya Aort kapak replasmanı için genel anestezi planlandı. Pridostigmin tedavisine ameliyat sabahı devam edildi. Anestezi indüksiyonunda düşük dozlarda propofol, fentanil ve rokuronyum, idamede sevofluran ve remifentanil infüzyon kullanıldı. Operasyon standart sternotomi ve heparinizasyonu takiben kardiyopulmoner bypassa antegrad hipotermik kan kardiyoplejisiyle gerçekleştirildi. Perioperatif dönem boyunca nöromusküler iletimin (NMT) sürekli izlenmesi sağlandı. Kardiyopulmoner bypass girişinde ek doz 10 mg rokuronyum uygulandı. Kardiyopulmoner bypass'tan sorunsuz çıkıldı. Operasyon bitiminde remifentanil infüzyonu kesildi, hasta entübe şekilde kardiyovasküler cerrahi yoğun bakıma transfer edildi. Postoperatif 8. saatte ekstübasyon kriterleri sağlandıktan sonra ekstübe edildi. Takip dönemi sorunsuzdu. Hasta postoperatif 5. gün taburcu edildi.

Operatif ve postoperatif veriler

Operasyon süresi	175 dk.
KPB süresi	93 dk.
AKK süresi	41 dk.
Hipotermi	30°C
Postop. drenaj	700 mL
Ekstübasyon süresi	8 saat
YBÜ kalış süresi	1 gün
Hastane kalış süresi	5 gün

KPB: Kardiyopulmoner bypass, AKK: Aort kros klemp

Tartışma ve Sonuç: MG'li hastalar non-depolarizan nöromusküler blokerlere artmış duyarlılık, postoperatif dönemde solunum yetmezliği gelişebilmesi, stresin yol açacağı miyastenik kriz, nöromusküler kavşakları etkileyen volatil anestezikler, lokal anestezikler, antiaritmikler ve antibiyotikler nedeniyle anestezi açısından önem arz eder (2). Açık kalp

ameliyatları genel anestezi ve kas gevşemesi gerektirmektedir. Operasyon öncesi optimizasyon sağlanması koşuluyla MG'li hastalarda güvenle kardiyopulmoner bypass kullanılabileceği bildirilmiştir (3,4).Sonuç olarak, MG'li hastalarda dikkatli bir preoperatif değerlendirme ve postoperatif takip, azaltılmış dozlarda kas gevşetici kullanımı ve antikolinesteraz tedaviye devam edilmesi ile kardiyopulmoner bypass eşliğinde aort kapak replasmanı ve diğer açık kalp cerrahileri güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Miyasthenia Gravis, Aort kapak replasmanı, Anestezi yönetimi



Yayın No: S-054

COVID-19 PNÖMONİSİ VE DİYABETİK KETOASİDOZ İLE PREZENTE OLAN RİNOORBİTAL MUCORMİKÖZİS VAKASINDA ANESTEZİ YÖNETİMİ

Sena Sarıcaoğlu Öktem¹, Ezgi Uysal¹, Yasemin Akçaalan²

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

²Ankara Şehir Hastanesi

Giriş: COVID-19 hastalığının tedavisinde sistemik glukokortikoidler yaygın olarak kullanılmaktadır (1). Bunun sonucunda seconder fırsatçı enfeksiyonlar görülebilmektedir (2). Özellikle diabetes mellitus(dm) tanılı hastalarda sistemik glukokortikoid kullanılmasıyla kan şekeri regülasyonu bozulur, immun sistem baskılanır ve fungal enfeksiyonların görülme sıklığı artar. Mukormikozis invaziv bir hastalık olup ilerleyici doku nekrozuyla seyreder ve nekrotik dokuların acil debridmanı gerekebilir. Bu hastaların anestezi yönetiminde mukormikozisin tutulum yerine göre çeşitli zorluklarla karşılaşılabilir. Ayrıca perioperatif metabolik bozukluklara sık rastlanır ve acil tedavi edilmelidir.

Amaç: Bu olguda, hastanemize diabetik ketoasidoz tablosunda başvuran, COVID-19 pnömonisi geçirmekte olan rino-orbital mukormikozis nedeniyle cerrahi rezeksiyon planlanan hastanın anestezi yönetiminin değerlendirilmesi amaçlandı.

Olgu: Tip 1 dm tanılı, 37 yaşında erkek hasta COVID-19 pnömonisi nedeniyle dış merkezde yoğun bakım ünitesinde sistemik glukokortikoid tedavisi almış. Kan şekeri regüle olmayan hastanın yatışından 2 gün sonra sol yüz yarımında şişlik, hissizlik ve mimik kaslarında paralizisi başlamış. Hasta yatışının 4. gününde sol göz altından başlayan ve sol burun kanadını da içeren nekrotik lezyonun görülmesi üzerine rinoorbital mukormikozis tanısıyla cerrahi debridman ve rezeksiyon amacıyla hastanemize sevk edildi ve acil operasyon planlandı. Hastada kısa ve kalın boyun mevcut olup, mallampati skoru 3, sol yüz yarısı ve mukozaları ödemli, sol taraf sert damak bölgesi nekrotik olduğundan zor havayolu ile karşılaşılabilirdi düşünülür, gerekli hazırlıklar yapıldı. Diyabetik ketoasidozu olan hastaya intraoperatif uygun tedavi verildi ve kan gazı takibi yapıldı. Postoperatif entübe olarak yoğun bakıma çıkarılan hasta 68 gün sonra yaşamını yitirdi.



rinoorbital mukormikozis-1



preoperatif hastanın görünümü,rinoorbital mukormikozis tutulum yeri



rinoorbital mukormikozis-2



intraoperatif cerrahi rezeksiyon sonrası görünüm

Tartışma ve Sonuç: Mukormikozis, dm ve immun yetmezliği olan hastalarda görülebilen, yüksek mortalite ile seyreden agresif bir fırsatçı mantar enfeksiyonudur (3). Olgumuzda olduğu gibi bu hastalarda acil debridman ve cerrahi rezeksiyon gerekebilir. Ancak bu hastalarda birçok komorbidite, metabolik bozukluk bulunabilir, mukormikozisin tutulum yerine bağlı olarak zor ventilasyon/ entübasyon riski bulunabilir. Ayrıca hastada COVID-19 pnömonisinin bulunması mekanik ventilasyonda ve havayolu basınçlarında problemlerle karşıımıza çıkabilir. Anestezi yönetiminde tüm bu kompleks klinik durum göz önüne alınarak uygun bir strateji izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: rinoorbital mukormikoz, diyabetik ketoasidoz, covid-19 pnömonisi

Yayın No: S-055

'ARTIK İKİ BEBEĞİMİZ VAR'; AYIRMA CERRAHİSİNDE BAŞARILI ANESTEZİ YÖNETİMİNİN SIRLARI

Zehra Serpil Ustalar Özgen¹, Bilge Şentürk Çataloğlu², Dilek Altun¹, Emre Sahillioğlu¹, Merve Şeker¹, Sıla Karaman², Yasemin Kosdak², Sumru Gezgin², Deniz Kahraman², Filiz Saçan¹, Cem Akbal¹, Agageldi Annayev¹, Agop Çıtak¹, Didem Büyüktaş Aytaç¹, Bahattin Tanrıkulu¹, Burak Tander¹, Hakan Ağır¹, Memet Özek¹

¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Acıbadem Altunizade Hastanesi

Giriş: Yapışık ikizlerin insidansı 1/49.000-1/189.000 aralığında oldukça nadirdir.

Amaç: Anestezi yönetimi; titiz ve koordine bir ekip çalışmasıyla beraber hemodinami ve cerrahi değişikliklerin yakın takibini içerir. Zor pozisyon, çoklu uzun cerrahi prosedürler ve majör kanama zorlayıcı faktörlerdir.

Olgu: Pygopagus kız bebekler, 9 ay, toplam 16 kg, separasyon cerrahisi planlanmak üzere kabul edildiler. Büyüme gelişmeleri, nörolojik gelişimleri normal, sistemik anormallikleri yoktu. Muayenelerinde, sakral segmentleri ortak bir spinal korda ya da her ikisinin ayrı ayrı spinal kordlarına duyu göndermiyordu. 3 boyutlu maket oluşturularak, planlama ve tüm ekiple simulasyon yapıldı. Ayırma cerrahisi öncesi doku genişleticiler yerleştirildi, kolostomileri açıldı. İki ayrı anestezi ekibi, anestezi makinası, monitörleri, tüm intravenöz(i.v.) hatlar ve solunum devreleri renk kodlarına göre iki takıma ayrıldı. Ameliyattan önceki gece periferik intravenöz ve santral kateterler ultrason eşliğinde takıldı. İntraoperatif; kalp hızı, kan basıncı, havayolu basıncı, oksijen saturasyonu, tidal sonu karbondioksit, nöromonitörizasyon, bispektral indeks, rejijyonel serebral oksijenizasyon, vücut sıcaklığı, saatlik arter kan gazları ve idrar çıkışı izlendi. Bebeklere eşzamanlı propofol 2.5mg/kg, fentanil 1mcg/kg ve roküronyum 0.6mg/kg iv verildi. Endotrakeal entübasyon sonrası anestezi idamesi 2/1lt oranında-O2/hava, sevofluran ve 0.25mcg/kg/dk i.v. remifentanille sağlandı. Vertebra, omurilik ve dural separasyonda sırtüstü U şekli; rektum, üreterler, gluteal bölgenin ayrılmasında yüzüstü pozisyon verildi. 27 saatlik operasyonda arter kan gazlarına göre Ca, K, Bikarbonat replasmanları yapıldı. İntraoperatif hipotermi, hipotansiyon gözlenmedi. Ayrıldıklarında, aynı odada önceden hazırlanmış ameliyat masalarına taşınarak rekonstruksiyonları tamamlandı. Postoperatif entübe olarak Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesine gönderildiler. Postoperatif 5.günde ikiz A'nın spinal kanal çevresindeki BOS kaçağı nedenli koleksiyon alanını; beyin cerrahisi opere ederek kapattı. İkiz B'de komplikasyon görülmedi. Postoperatif 7.günde ekstübe edildiler. İkiz A'nın gün aşırı ateşinin yükselmesiyle antibiyoterapisi düzenlendi ve foley sondası değiştirildi. Enfeksiyon markerları negatifleşince 56.günde komplikasyonsuz taburcu edildiler.

Şekil 1



İkiz A'nın sol kalçasıyla ikiz B'nin sağ kalçası birbirine tamamen yapışırken diğer kalçalar daha az yapıştı. Bu sayede tamamen sırt sırta değillerdi ama birbirlerine bakmak için başlarını çevirmeleri gerekiyordu. Rektum, vagina, anus ortak, her ikisinin de tek böbrekleri vardı.

Şekil 2



Manyetik rezonans (MRI) görüntüleme, MRI angiografi ve kontrastlı kolon grafisi, tüm vücut ultrason sonrası anatomik ayrıntıların netleştirilmesi için tek seansta rektoskopi, vajenoskopi ve sistoskopi yapıldı.



Şekil 3



Anestezi ekipleri, anestezi makinaları, hasta monitörleri, tüm intravenöz hatlar ve solunum devreleri renk kodlarına göre iki ayrı takım olarak planlandı.

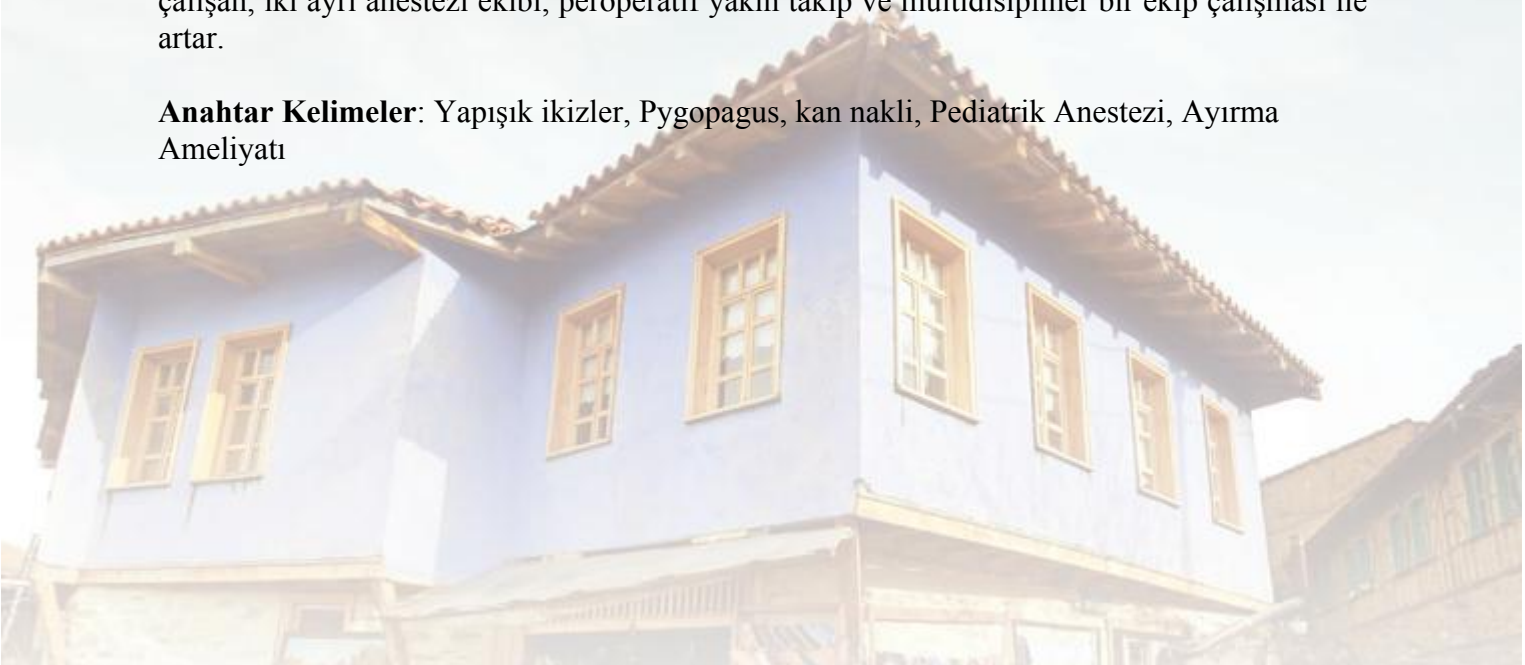
İntraoperatif Kan ve Sıvı Replasmanları

İkiz A	İkiz B
1250 mL Kristalloid	1180 mL Kristalloid
625 mL Taze Donmuş Plazma	700 mL Taze Donmuş Plazma
700mL Eritrosit Süspansiyonu	300 mL Albümin %20

Toplamda 3100mL kan kaybı oldu. Her bebeğe 5 ml/kg/saat i.v. laktatlı ringer sıvı rejimi uygulandı. Trombositler 20ml/kg ve kriyopresipitat 10ml/kg olarak verildi.

Tartışma ve Sonuç: Yapışık ikiz ayırma cerrahisindeki başarı; ayrılmanın vital organları minimum etkilemesi, detaylı preoperatif tetkikler, uygun planlama, simulasyon, koopere çalışan, iki ayrı anestezi ekibi, peroperatif yakın takip ve multidisipliner bir ekip çalışması ile artar.

Anahtar Kelimeler: Yapışık ikizler, Pygopagus, kan nakli, Pediatrik Anestezi, Ayırma Ameliyatı



Yayın No: S-056

ROP VAKALARINDA ANESTEZİK YAKLAŞIM

Yeliz Kılıç¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Giriş: Prematürite 37 gebelik haftası ya da 259 günden önce doğumun gerçekleşmesidir. Prematüre retinopatisi (ROP) ise , retina damarlarını etkileyen vazoproliferatif bir prematürite hastalığıdır. Hastalık ciddiyetine göre retina dekolmanı ve körlüğe kadar neden olabilir. ROP gelişimi için en önemli risk faktörü düşük gebelik yaşıdır. Kılavuzlar, gebelik yaşı 30 hafta veya altında veya doğum ağırlığı 1500 g veya altında doğan tüm bebeklerin taranmasını önermektedir. Rahim içi büyüme geriliği, hiperoksi, hiperglisemi, enfeksiyonlar, çoğul gebelik, erkek bebekler, mekanik ventilasyon ve kan transfüzyon yenidoğan dahil olmak üzere birçok başka ROP risk faktörü vardır. Bu kriterlerin dışında kalan ancak ROP riski taşıyan bebekler arasında inotrop ilaç gerektiren hipotansiyonu olan bebekler, birkaç günden fazla oksijen alan bebekler ve saturasyon takibi yapılmadan oksijen alan bebekler bulunur.

Amaç: Gelişen yenidoğan yoğun bakım koşulları nedeniyle yaşayan prematüre bebeklerin sayısı artmıştır.Prematüreliliğin kendisi, akciğer hasarı ve pulmoner fonksiyonda uzun süreli bozulma için baskın bir risk faktörüdür. Erken doğan çocuklar, bronkopulmoner displazi, reaktif hava yolu hastalığı, pulmoner arter hipertansiyonu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve ilişkili komplikasyonlar açısından zamanında doğanlardan daha yüksek risk altındadır.

Gereç ve Yöntem: Bu hastalar sıklıkla prematüre retinopatisi (ROP) gibi endikasyonları için ameliyat edilir. Ameliyathanelerde prematüre bebek anestezi yönetimi günümüzde artan bir öneme sahiptir. Prematüre retinopatisi için uygulanan diod lazer fotokoagulasyon yüksek perioperatif komplikasyon riskine sahiptir. Hem intraoperatif takibi, hem peroperatif komplikasyon önleme ve yönetimi önemlidir.

Bulgular: Anestezi ve sedasyon için uygun, standart protokoller belirlenmemiştir. İntaroperatif bradikardi, desaturasyon ve bronkospazm sıklıkla görülmektedir. Prematürlerin extübasyon sonrası postoperatif en önemli komplikasyonu apne ve bradikardidir. ROP tedavisinin erken zamanda yapılması gereklidir. Lazer tedavisinin görme üzerine sonuçlarını en üst düzeye çıkarmak için mümkün olan en kısa sürede uygulamalıdır. Hastaları entübe şekilde genel anestezi altında takip edip, entübe şekilde 24 saat takip ederek komplikasyonların artmadığı gösterilmiştir

Tartışma ve Sonuç: Biz kliniğimizde ROP vakalarını entübe şekilde yenidoğan yoğun bakıma devretmekteyiz. Rop vakalarında en uygun anestezi yönetiminin belirlenmesi için ileri çalışmalara gerek duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: prematür, retinopati, yenidoğan, komplikasyon

Yayın No: S-057

COVID-19 YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE KAN VE KAN ÜRÜNÜ TRANSFÜZYONLARININ MORTALİTE VE YOĞUN BAKIMDA KALIŞ SÜRELERİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülşen Keskin¹, Melis Sumak Hazır¹, Dilek Ünal¹, Jülide Ergil¹

¹SBÜ, Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara

Melis Sumak Hazır / SBÜ, Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara

Giriş: Koronavirüs hastalığı (COVID-19) nedeniyle yoğun bakım ünitelerinde takip edilen hastalardaki transfüzyon ihtiyacı ve bunun mortalite üzerine etkileri ile ilgili az sayıda çalışma vardır.

Amaç: Bu çalışmada, yoğun bakımlarda COVID-19 tanısı ile takip edilen hastalarda kan ve kan ürünü transfüzyonlarının COVID-19 laboratuvar tanı kriterleri, yoğun bakımda kalış süreleri ve mortalite ile ilişkisini araştırdık.

Gereç ve Yöntem: 01.09.2020-31.01.2021 tarihleri arasında, yoğun bakımda takip ve tedavi edilen 18 yaş üzeri, gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi pozitif olan 401 hasta çalışmaya alındı. Çalışma retrospektif olarak planlandı, hastane etik kurul onayı alındı. Dahil edilen hastaların demografik verileri, klinik verileri ve laboratuvar sonuçları elektronik tıbbi kayıt sisteminden hasta kayıtları taranarak veri kayıt formları dolduruldu.

Bulgular: Analizlere dahil edilen 393 hastanın %52,7'i erkek olup yaş ortalaması 69.42 ± 71.00 idi. Hastaların %88,0 (346)'nın yandaş hastalığı olup bunların %35,9'inde 3 ve üzeri ek hastalık vardı. Transfüzyon yapılan 40 (%10,2) hastanın Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi-APACHE skoru ($p=.049$), Yoğun bakımda kalış süresi ($p<.001$), D-Dimer ($p=.003$), beyin kaynaklı natriüretik peptid ($p=.001$), laktat dehidrogenaz (LDH) ($p=.035$) ve kreatinin ($p=.001$) değeri transfüzyon yapılmayan hastalara göre yüksek bulundu. Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre en düşük Hb değeri ($p<.001$) ve LDH değeri ($p=.024$) transfüzyon yapılma durumu üzerinde etkili faktörler olarak saptandı. Kan ve kan ürünü transfüzyonu yapılan hastalardaki ölüm oranı (%72,5), transfüzyon yapılmayan hastalardaki ölüm oranına göre (%45,9) daha yüksek bulundu. ($p=.001$). Transfüzyon yapılan hastalardaki 3 ve üzeri hastalığa sahip olma oranı (%55,0), transfüzyon yapılmayan hastalardaki 3 ve üzeri hastalığa sahip olma oranına göre (%33,7) daha yüksek bulundu ($p=.008$).



Tablo 1. Transfüzyon yapılan ve yapılmayan hastaların demografik ve klinik verileri

Değişkenler	Transfüzyon yapılan grup	Transfüzyon yapılmayan grup	p
Yaş (yıl)	72,00	71,00	.215
Medyan (Min-Maks)	(44,00-92,00)	(19,00-95,00)	
Cinsiyet (E/K), n (%)	17/23 (42,5/57,5)	190/163 (53,8/46,2)	.174
Ek hastalık, n(%)			
Yok	2 (5,0)	45 (12,7)	.008
3 ve üzeri ek hastalık varlığı	22 (55,0)	119(33,7)	
YB dan çıkış şekli, n(%)			
Eksitus	29 (72,5)	162 (45,9)	.001
Servis	11 (27,5)	191 (51,4)	
Giriş Hb değeri (g/dL)	8.65	12,30	<.001
Medyan (Min-Maks)	(6,00 – 19,10)	(7,40 – 17,20)	
En düşük Hb değeri	6,70	11,00	<.001
Medyan (Min-Maks)	(3,90 – 8,80)	(6,00 – 16,20)	
APACHE Skoru	16,50	14,00	.049
Medyan (Min-Maks)	(7,00 – 41,00)	(1,00 – 38,00)	
Yoğun Bakımda Kalış Süresi (gün)	11.50	7.00	<.001
Medyan (Min-Maks)	(1,00 – 37,00)	(1,00 – 49,00)	
İlaç kullanımı, n (%)			
Steroid	34 (85,0)	322 (91,2)	.202
DMAH	38 (95,0)	349 (98,9)	.117
ASA	26 (65,0)	234 (66,3)	.870

APACHE: Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi DMAH: Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin ASA: Asatıl Salisilik Asit

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızın sonuçları, kan ve kan ürünü transfüzyonunun daha uzun yoğun bakımda kalış süresi ve artmış mortalite ile ilişkisini gösterdi, bu sonuç kan transfüzyonunun kötü prognoz kriteri olabileceğini düşündürdü.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, mortalite, transfüzyon, yoğun bakım

Yayın No: S-058

TORAKS CERRAHİSİ UYGULANAN ÇOCUK HASTADA POSTOPERATİF ANALJEZİ AMAÇLI MTP BLOK:

İlker İtal¹

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı

Giriş: Rejyonal anestezi uygulamaları toraks cerrahisi sonrası ağrı yönetiminin önemli bir parçası haline gelmiştir. Özellikle alan blokları ultrason eşliğinde etkin ve güvenli olarak kullanılmaktadır.

Amaç: Sternokostal kartilaj eksizyonu ve deformite onarımı sonrası ağrı yönetimi için MTP blok (transvers prosten plevraya orta nokta bloğu) uygulanan çocuk hasta vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Toraks duvar cerrahisi planlanan 15 yaşında, 46 kg, 158 cm. boyunda erkek çocuk hastaya preoperatif olarak analjezi amaçlı MTP blok uygulanması planlandı. Genel anestezi sonrası steril şartlar sağlanarak, ultrason rehberliğinde, lineer 12 mHz proba, vertebraların orta hat spinöz proseslerinin 3 cm lateralinde transvers prosesler görüntülendi. Torakal seviyede T3-T4, T4-T5, T5-T6 intertransvers alanlara, 50 mm'lik blok iğnesi ile lokal anestezik (Bupivakain %0,25 toplamda 15 ml.) enjekte edilip yayılımı izlendi. Hastaya sternokostal kartilaj eksizyonları ve göğüs ön duvar deformite onarımı yapıldı. İntraoperatif parasetamol 15 mg/kg iv. uygulandı. Hasta derlenme odasında ağrı şiddetini VAS:2 olarak belirtti. Servise alınıp ağrı takipleri yapılan hastaya 3x1 parasetamol (15mg/kg) iv. planlandı. Takiplerinde postoperatif 12. saatinde uykudan uyandıran VAS:5 düzeyinde bir ağrı tarif etti ve iv. uygulanan kurtarma analjezisi tenoksikama yaklaşık 20 dakika içinde cevap verdi. Operasyondan 24 saat sonra hasta oral analjezikler reçete edilerek taburcu edildi. Hasta kontrole geldiğinde oral analjezik ilaçların yeterli olup VAS:0-2 hafif düzeyde ağrısı olduğunu ve bir daha ani bir ağrı atağı yaşamadığını ifade etti.

Tartışma ve Sonuç: Özellikle son on yılda tanımlanan birçok fasyal alan bloğu günlük anestezi pratiğinde multimodal analjezi yaklaşımlarının birer parçası haline gelmiştir. Analjezik alan blokları postoperatif derlenmeyi hızlandırmaktadır. MTP blok 2017 yılında tanımlanmıştır. Meme cerrahisi, kaburga fraktürleri, video yardımcı toraks cerrahisinde başarı ile uygulanmaktadır. MTP blok ile paravertebral alana yayılan ve interkostal sinirleri de tutan bir blok sağlanmaktadır. Enjeksiyon yapılan alanın SKTL posteriorunda kalması böylece plevraya daha uzak olması klasik torakal paravertebral bloğa göre bir avantajdır. İntertransvers alan bloklarından MTP blok, toraks cerrahisinde güvenli, etkin bir alternatif analjezik seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Toraks cerrahisi, Postoperatif analjezi, MTP blok

Yayın No: S-059

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANACAK GENÇ BAYANLARDA, MENSTRÜEL SIKLUS FAZLARININ LAPAROSKOPİNİN HEMODİNAMİK YANIT ÜZERİNE ETKİSİNİN RATE PRESSURE PRODUCT İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Koray Baş¹, Fulya Yılmaz²¹Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir

Giriş: Menstrüel siklus sırasında hormon seviyelerindeki dalgalanmalar, vücudumuzda birçok sistemi etkiler. Önceki çalışmalar östrojen ve progesteronun uzun dönemdeki kardiyovasküler sistem üzerine olan etkilerini araştırırken; son yıllardaki çalışmalar daha çok bu hormonların kardiyovasküler sistem üzerindeki, kısa süreli etkilerini araştırmaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, menstrüel siklusun foliküler ve luteal fazlarının, pnömoperitonyum sırasında hemodinamik yanıtı etkisini “rate pressure product” değerini hesaplayarak değerlendirmektir. Ayrıca bir yandan da Kurdi ve ark tarafından sorulan “Cerrahi işlemler menstrüel siklus fazlarına göre planlanmalı mıdır?” sorusuna da katkıda bulunmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya ASAI- II, 18-49 yaş arası düzenli adet gören (30 ± 2 gün), 62 genç bayan olgu dahil edildi. Olgular son menstrüel sikluslarının başlama tarihlerine göre foliküler ve luteal faz olarak 2 gruba ayrıldılar. Son menstrüel siklusun başlangıç tarihine göre, 6.-12. günler arasında olan olgular foliküler fazda; 20.-24. günler arasında olan olgular luteal fazda olarak kabul edildi. Rutin monitorizasyon sonrası anestezi induksiyonu propofol (2mg/kg), fentanyl (2mcg/kg) ve rokuronyum (0.6mg/kg) ile sağlandı. Anestezi idamesi desfluran %6 ve %45 oksijen ile 1MAC konsantrasyonu sağlayacak şekilde devam ettirildi. Mekanik ventilatör 5-7mL/kg tidal volüm ve ETCO₂ 30-40mmHg olacak şekilde volüm kontrollü modda ayarlandı. Anestezi induksiyonundan ve trakeal entübasyondan önce ve sonra; insuflasyondan önce, insuflasyon basıncı 12mmHg’ya ulaşınca; 4 trokar yerleştirilince; olguya cerrahi pozisyon verilince ve pozisyonundan sonraki 5.-10.-15. ve 20. dk’larda sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, ortalama arteriyel basınç, kalp atım hızı ve Rate Pressure Product değerleri kaydedildi.

Bulgular: İki grup demografik özellikler açısından benzerdi. Anestezi induksiyonu sonrası diyastolik basınç hariç; iki grup arasında sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, ortalama arter basıncı ve Rate Pressure Product değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Anestezi induksiyonundan sonraki diyastolik kan basıncı değeri dışındaki hemodinamik parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamadık. Ancak gruplar arasında menstrüel siklus fazlarının pnömoperitonyuma yanıtını araştıran hemodinamik parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı olmayan fark oluşturduğunu saptadık. Bu nedenle, menstrual siklus fazlarının pnömoperitonyumun hemodinamik yanıt üzerine etkilerini araştıran ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Menstrual siklus, pnömoperitonyum, hemodinamik yanıt, Rate Pressure Product, laparoskopik cerrahi

Yayın No: S-060

TONSİLLEKTOMİ VE/VEYA ADENOİDEKTOMİ CERRAHİSİ YAPILAN ÇOCUKLARDA VİTAMİN D DÜZEYİ İLE POSTOPERATİF DELİRYUM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nagehan Ümit Karacan¹, Sinan Yılmaz¹, Mustafa Yılmaz²

¹Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Tıp fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

²Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Tıp fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

Giriş: Pediatrik yaş grubunda tonsillektomi ve adenoidektomi sonrası postoperatif delirium sık görülmektedir. Pediatrik postoperatif delirium etiyolojisi belli değildir. Vitamin D'nin immünmodülasyon ve nöroprotektif fonksiyonları mevcut olup, nöropsikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Erişkin hasta popülasyonunda vitamin D düzeyi ile postoperatif deliriumu inceleyen çalışmalar bulunmasına rağmen pediatrik yaş grubunda bu konuda çalışma bulunmamaktadır.

Amaç: Çalışmamızda tonsillektomi ve/veya adenoidektomi cerrahisi yapılan çocuklarda vitamin D düzeyi ile postoperatif delirium arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Genel anestezi altında adenoidektomi ve/veya tonsillektomi cerrahisi uygulanan 2-10 yaş arası, ASA I-II, 97 çocuk çalışmaya dahil edildi. Preoperatif hasta hazırlama odasında, çocukların demografik verileri (yaş, kilo, boy ve komorbid hastalık) kayıt edildi. M-YPAS ölçeğiyle anksiyete değerlendirmesi yapıldı. Standart monitorizasyon sağlanarak genel anestezi uygulandı. Anestezi altında, serum 25(OH)D düzeyi tayini için kan örneği alındı. Cerrahi sonrası hastalar postoperatif derlenme ünitesine alınarak, PAED ölçeği ile delirium ve FLACC ölçeği ile ağrı yönünden değerlendirildi. Çalışmamızda olgular serum 25(OH)D düzeyine göre gruplandırıldı. Çalışmadaki veriler istatistiksel analizlerle değerlendirildiğinde, $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan olguların ($n=97$) %41,2'sinde (40/97) postoperatif delirium saptandı. Vitamin D eksikliği (25(OH)D <12 ng/ml) %51.5 (50/97) oranında belirlendi. Gruplar arasında, postoperatif delirium bakımından anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.716$). Ayrıca preoperatif anksiyete ve postoperatif ağrı arasında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Hastaların PAED puanları ile m-YPAS ve FLACC puanları arasında pozitif korelasyon saptandı ($p<0.001$).

Tartışma ve Sonuç: Vitamin D düzeyi ile pediatrik postoperatif deliriumun değerlendirildiği çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda vitamin D düzeyi ile pediatrik postoperatif delirium, postoperatif ağrı ve preoperatif anksiyete arasında anlamlı ilişki saptanmadı. M-YPAS ve FLACC puanları ile PAED puanları arasında pozitif korelasyon saptandı. Pediatrik postoperatif deliriumu öngörmeye m-YPAS ölçeği kullanımının fayda sağlayacağını ve postoperatif ağrının iyi yönetimi ile delirium gelişiminin azalacağı kanaatindeyiz. Bu konuda, prospektif, multisentrik ve pediatrik çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz

Anahtar Kelimeler: vitamin D, pediatrik postoperatif delirium, tonsillektomi

Yayın No: S-061

BAŞ BOYUN TÜMÖRÜ VE SOLUNUM SIKINTISI OLAN HASTADA HAVA YOLU YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU

Seda Eğilmez¹, Cenk Gacemer¹, Ceren Yurttaş¹, Seda Cansabuncu¹, Hülya Bilgin¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş: Ameliyathanede anestezi uygulamalarında zor hava yolu insidansı %1.2-3.8'dir, acil durumlarda bu oran %5,3'e kadar ulaşmaktadır[1].

Amaç: Orofaringolarinks, boyun, maksillofasyal bölgeyi tutan patolojisi olan hastalar genel popülasyona göre daha yüksek risk taşıyabilirler[2].

Olgu: Metastatik baş boyun skuamöz hücreli karsinom ve akciğer nöroendokrin karsinomu ile takipli 64 yaş erkek hasta solunum sıkıntısıyla acil servise başvurduğunda videolaringoskopi ile entübasyonda başarısız olunmuş, no:4 proseal laringeal maske (PLMA) güçlükle yerleştirilmiş, %100oksijen ile mekanik ventilatöre bağlanmış. Kitlenin alanı kapatması nedeniyle trakeotomi düşünülmemiştir. Başvurusundan 6ay önce marjinal mandibulektomi+boyun diseksiyonu+pektoralis majör flebiyle onarım sonrası, postoperatif takiplerinde inoperabl değerlendirilerek palyatif kemoterapi önerilmiş. Acil serviste çekilen boyun BT'de sağda mandibulaya bitişik 9cm boyutta kitle, bilateral mandibula ramuslarında korteks bütünlük kaybı, komşu yumuşak dokuda dolgun görünüm, submandibular düzeyden hiyoid kemik hizasına kadar uzanan kitle izlenmiştir. Toraks BT'de sağ akciğer üst lob ve sol akciğer alt lobda izlenen kitlelerin boyutu belirgin artmış, sternum sağında kemik destrüksiyonu yapan kitleler, mediastende sağ alt paratrakeal bölgede patolojik lenfadenomegaliler izlenmiştir. Hasta anesteziyoloji ekibimizce acil serviste değerlendirildiğinde SpO₂:%82, kan basıncı:143/65mmHg, nabız:146/dk(sinüs taşikardisi), sıcaklık:36.5°C, GKS:7(E2M4V1); sağ yüz yarımını ve sol submandibuler bölgeyi tamamen tutan cilde fistülize iki ayrı kitle boyundan inferiora doğru uzanmaktaydı. 20mg rokuronyum ve 50mg ketamin IV yapıldı. Proseal LMA çıkarıldığında ağız tabanını ve bilateral mandibuler bölgeyi dolduran sert, hemorajik, ülserovejetan kitle görüldü. Videolaringoskopiyle vokal kordlar görüntülenemedi. Hastanın desatüre olması üzerine no:5 PLMA yerleştirilerek ventile edildi, SpO₂ %95 ve hemodinamisinin stabil olduğu görüldü. P LMA yeniden çıkarıldı, no:3 McCoy bleyd ile laringoskopi ve videostile eşliğinde no:7 endotrakeal tüp, videostile üzerinden kaydırılarak vokal kordlar arasından geçirildi. Tüpün yeri oskültasyonla doğrulanarak sabitlendi, mekanik ventilatöre bağlandı.

Tartışma ve Sonuç: Farklı hava yolu teknikleriyle ilgili beceri/tecrübe anesteziistler arasında farklılık gösterdiğinden, beklenen zor hava yolunun yönetimi için fikir birliği yoktur[3]. İleri evre ve yaygın invazyonu olan baş boyun tümörlerinde boynun anteriorundan hava yolu yaklaşımı her zaman mümkün olmamaktadır, hastamızda uyguladığımız gibi zor hava yolu geçişleri kombine şekilde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Baş boyun tümörü, zor hava yolu, videostile, McCoy laringoskop

Yayın No: S-062

KONJENİTAL KALP CERRAHİSİNDE ENDOTRAKEAL ENTÜBASYON SIRASINDA FARKLI YOLLARLA LİDOKAİN UYGULAMASININ HEMODİNAMİK YANIT ÜZERİNE ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Yasemin Yavuz¹, Fatma Ukil İşıldak¹, Ömer Faruk Şavluk¹

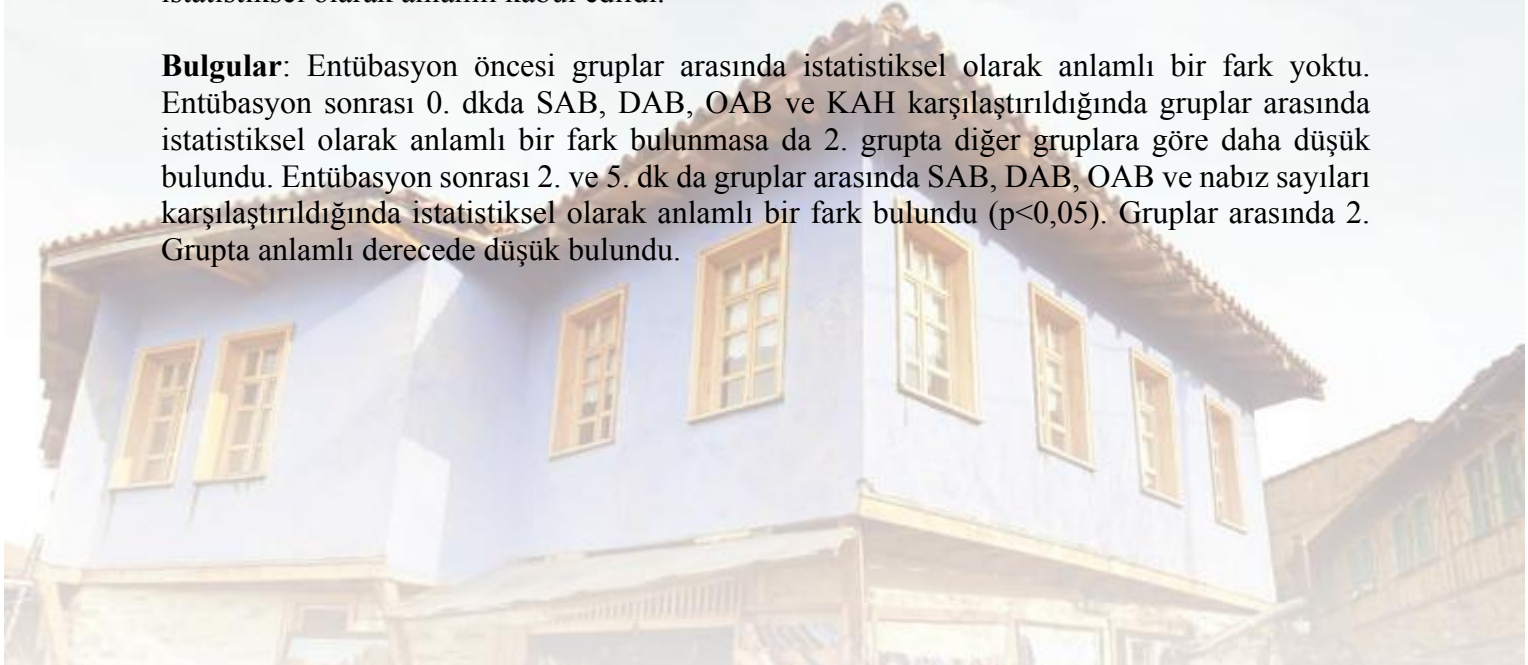
¹Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Larinkoskopi ve endotrakeal entübasyona bağlı sempatoadrenerjik refleks artış ve katekolamin deşarjı özellikle kardiovasküler ve serebrovasküler hastalığı olanalarda yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. (1)

Amaç: Çalışmamızda, konjenital kalp hastalığı nedeniyle operasyona alınan pediatrik hastalarda anestezi indüksiyonu sırasında laringoskopi ve endotrekeal entübasyona bağlı sempatoadrenarjik yanıt sonucunda gelişen hemgdinamik değışiklikleri önlemede aerosol ve topikal lidokainin etkilerini karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz etik kurulundan ve yöntem hakkında bilgilendirilen hastaların yakınlarından onam alındıktan sonra çalışmaya başlandı. Elektif konjenital kap cerrahisi geçirecek, 5ay-10 yaş arası, 60 pediatrik hasta çalışmaya dahil edildi.Hastalar randomize olarak 3 gruba ayrıldı. Grup 1: (n=20) standart endotrakeal entübason yapılan; Grup 2: (n=20)Laringeal bölgeye 3 puf aerosol %10 lidokain uygulanan ; Grup 3 : (n=20) endotrekeal tüpün uç kısmına %2 lidokain (katajel) uygulanarak entübe edilen hastalar dahil edildi. Sistolik arter basıncı (SAB), diyastolik arter basıncı (DAB), ortalama arter basıncı (OAB), kalp atım hızı (KAH) değeri entübasyon öncesi (EÖ), entübasyon sonrası (ES) 0. , 2. ve 5. dakikalarda kaydedildi. Entübasyon koşulları Cooper ve ark.'nın skorlaması kullanılarak değerlendirildi. Veriler One-Way ANOVA testi kullanılarak istatistiksel olarak karşılaştırıldı. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Entübasyon öncesi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Entübasyon sonrası 0. dkda SAB, DAB, OAB ve KAH karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da 2. grupta diğer gruplara göre daha düşük bulundu. Entübasyon sonrası 2. ve 5. dk da gruplar arasında SAB, DAB, OAB ve nabız sayıları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (p<0,05). Gruplar arasında 2. Grupta anlamlı derecede düşük bulundu.



HEMODİNAMİK VERLER

		GRUP I	GRUP II	GRUP III	P
ENTÜBASYON	SAB	123,95±10,7	125±35,07	127,20±13,87	0,68
	DAB	61,25±6,64	69,89±13,34	68,35±10,36	0,07
ÖNCESİ	OAB	70,60±10,24	82,65±6,50	81,50±10,46	0,08
	KAH	119,9±21,12	116,9±15,29	120,65±10,34	0,12
ENTÜBASYON	SAB	112,5±11,14	106,75±21,07	117,15±6,29	0,07
	DAB	60,25±12,39	59,75±11,34	67,15±9,19	0,07
SIRASI	OAB	78,55±10,87	74,55±13,25	84,3±8,37	0,06
	KAH	118,2±24,53	111,1±7,29	124,65±17,2	0,06
ENTÜBASYON	SAB	121,05±14,84	114,60±24,97	119,45±12,08	0,52
SONRASI	DAB	69,70±11,77	62,65±13,12	68,80±9,82	0,12
0. DK	OAB	87,25±11,44	83,05±16,11	83,55±11,47	0,55
	KAH	120,1±25,56	114,4±16,78	126,30±19,50	0,2
ENTÜBASYON	SAB	112,8±14,36	108,85±12,17	122,75±15,66	0,01
SONRASI	DAB	63,20±10,25	61,90±8,15	70,30±10,33	0,02
2. DK	OAB	79±10,8	76,35±9,61	88,4±11,3	0,02
	KAH	125,1±27,43	115,2±14,66	130,35±15,06	0,04
ENTÜBASYON	SAB	109±14,47	100,70±7,28	119,12±16,42	0,001
SONRASI	DAB	59,25±7,15	55,45±6,01	67,74±12,58	0,001
5. DK	OAB	75,65±8,58	70,60±3,77	83,65±17,42	0,003
	KAH	119,8±26,68	109,60±15,26	132,70±15,68	0,002

Tartışma ve Sonuç: Kalp cerrahisi uygulanacak pediyatrik hastalarda entübasyon öncesi lidokain kullanımının, kalp cerrahisinde çok önemi olan daha stabil hemodinami sağlayabileceğini ve özellikle de aerosol yolla uygulamanın daha efektif sonuçlar verebileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Konjenital kalp cerrahisi, Endotrakeal entübasyon, Lidokain



Yayın No: S-063

MONİTÖRİZE ANESTEZİ BAKIMI VE BÖLGESEL ALAN BLOĞU İLE UYANIK KRANİYOTOMİ

Reyhan Arslantaş¹

¹Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Giriş: Günümüzde modern anestezi uygulamalarındaki gelişmeler sayesinde riskli birçok ameliyat başarılı bir şekilde yapılabilir olmuştur. Nispeten nadir bir uygulama olan uyanık kraniyotomi, postoperatif nörolojik sekel olasılığı yüksek olan beyin cerrahisi ameliyatları sırasında hastaların nörolojik fonksiyonlarının sürekli izlenmesini sağlayarak komplikasyonları azaltabilmektedir. Ancak, literatürde ideal anestezi protokolü henüz net olarak tanımlanmamıştır.

Amaç: Bu olguda; presantral gyrus yerleşimli kavernomun uyanık kraniyotomi ile eksizyonu sırasında uyguladığımız anestezi yaklaşımını sunmayı amaçladık.

Olgu: Yüzde kolda uyuşma ve baş ağrısı şikayetiyle başvuran 52 yaşında kadın hastada sol parietal kavernom saptanmış ve lezyonun yeri nedeniyle uyanık kraniyotomi ile eksizyon planlanmış. Hastaya premedikasyon uygulanmadı. Ameliyat süresince, standart hemodinamik monitörizasyon parametrelerine ek olarak invaziv arteriyel kan basıncı, BIS ve serebral oksimetri monitörizasyonu da kullanıldı. İnsizyon ve kraniyotomi sırasında etkin analjezi sağlamak amacıyla kafa cildi ve insizyon çevresine lokal anesteziik infiltrasyonu (%0.25 bupivakain 20 mL) ile bölgesel alan bloğu yapıldı. Hastanın cerrahi prosedür sırasında verilen komutlara uyumlu olacak şekilde sakinleşmesi, yeterli analjezi ve hemodinamik stabilizasyonun sürdürülmesi amaçlanarak, propofol 50-150 mcg/kg/dk, remifentanil 0,01-0,05 mcg/kg/saat doz aralığında ilaç dozları titrasyonu yapıldı. Antiemetik olarak 4 mg ondansetron ve 4 mg deksametazon uygulandı. Peroperatif herhangi bir sorun ile karşılaşılmadı. Hastada herhangi bir sekel olmaksızın bir hafta sonra taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Monitörize anestezi bakımı, tanı ya da tedavi için girişim yapılan bilinci açık hastaya, anksiyetenin giderilmesi, ağrının kontrolü, hemodinamik stabilite ve hareket etmesinin engellenmesi amacıyla uygun monitörizasyon sonrasında sedatif, anesteziik ve analjezik özellikli ek ilaçlar uygulanması ve takip edilmesidir. Yapılacak cerrahi girişime bağlı olarak postoperatif nörolojik sekel olasılığı yüksek olan hastalarda uyanık kraniyotomi tekniği tercih edilen bir yaklaşımdır. Uyanık kraniyotomi, insizyon bölgesine lokal anesteziik infiltrasyonu ile birlikte propofol ve remifentanil infüzyonu kullanılarak yapılan monitörize hasta bakımı ile başarılı bir şekilde uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Monitörize anestezi bakımı, uyanık kraniyotomi, bölgesel alan bloğu

Yayın No: S-064

ERİŞKİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ORTAYA ÇIKAN VARİSELLA ZOSTER ENFEKSİYONU

Ebru Kaya¹, Semih Çelik¹, Ayça Sultan Şahin¹

¹SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Varicella zoster virüsü (VZV) ile enfeksiyon, önemsiz mukokutanöz lezyonlara, postherpetik nevralji ve vaskülit gibi hayatı tehdit eden nörolojik sendrom komplikasyonlarına neden olabilir. VZV ile birincil enfeksiyon, çocuklukta suçiçeğine neden olur. Ancak Hindistan ve Japonya'da erişkin popülasyonlarda suçiçeği epidemisi bildirilmiştir, ancak Türkiye'de çok nadirdir.

Amaç: VZV enfeksiyonu basit lezyonlardan pnömoni, ileri kalp yetmezliği gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilir.

Olgu: 67 yaşında, kadın hasta, BMI:47, morbid obez+kalp yetmezliği+solunum sıkıntısı ile yoğun bakıma alındı. Takipleri sırasında kalp yetmezliği etyolojisi araştırılırken 15.günde suçiçeği döküntüleri tespit edildi. VZV IgM (+) geldi. Enfeksiyon hastalıklarına danışıldı. İnkübasyon süresi 21 gün olduğu için, yoğun bakım yatış öncesinde virüsü aldığı düşünüldü. Kalp yetmezliği de VZV ye bağlandı. Hastaya iv asiklovir tedavisi başlandı, CRP geriledi. Takipleri sırasında Klebsiella pneumonia ya bağlı sepsis gelişti. 3 aylık takipleri sırasında ekstübe olan hasta, klebsiella pnemoni enfeksiyonuna bağlı olarak entübe edildi. Entübe edildikten 10 gün sonra hasta sepsise bağlı olarak ex oldu. Hasta yoğun bakımda 104 gün takip edildi.



VZV resim



Tartışma ve Sonuç: VZV, çocuklarda ve yetişkinlerde önemli morbidite ve hatta mortaliteye neden olmaya devam etmektedir. Komplikasyonlar arasında bakteriyel süperenfeksiyon, menenjit, ensefalit ve serebellar ataksi gibi merkezi sinir sistemi belirtileri ve özellikle herpetik nevralji sonrası ağrı sendromları yer alır. A Grubu streptokoklarla süperenfeksiyonlar özellikle şiddetli ve hatta ölümcül olabilir. Çoğu zoster, suçiçeği bağışıklığı olan yetişkinlerin aşılınmasıyla potansiyel olarak önlenabilir, bu da popülasyondaki virüsün dolaşımını daha da azaltır.

Anahtar Kelimeler: Varicella zoster, yoğun bakım, kardiyak yetmezlik



Yayın No: S-065

SMA TİP 3 OLGUSUNDA REJYONEL ANESTEZİ

Selçuk Alver¹, Mine Özen Akay¹, Nagihan Kaya², Pelin Karaaslan¹

¹İstanbul Medipol Mega Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

²İstanbul Medipol Mega Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Giriş: Spinal muskuler atrofi(SMA) motor ön boynuz hücrelerinin dejenerasyonu ile seyreden kalıtsal nöromuskuler bir hastalıktır(1). Bu hastalık solunum kaslarını tuttuğu için genel anestezi sonrası ekstübasyon süreci zordur.

Amaç: Bu olgu sunumunda Sma Tip-3 tanılı hastamızda genel anestezinin olası yan etkilerinden kaçınmak için başarıyla komplikasyonsuz uygulanan spinal anesteziyi sunmayı amaçladık.

Olgu: 26 yaşında 34 haftalık gebe hasta sezaryen ve tüp ligasyonu yapılmak üzere hastanemize başvurdu. Hastanın 10 yaşında konulmuş SMA Tip 3 tanısı mevcuttu. Bunun dışında eşlik eden komorbiditesi yoktu. SMA Tip 3 tedavisi için antisensoligonükleotid kullanımı mevcuttu. Fizik muayenesinde bilateral ayak dorsifleksiyonu zayıf ve derin tendon refleksleri global olarak azalmış bulunan hastadan nöroloji konsültasyonu istendi. Nöroloji bu hastaya uygulanacak olan spinal anestezinin herhangi bir kontrendikasyonu olmadığını ve postoperatif solunum fonksiyonları açısından daha güvenli olduğunu belirtti. Preoperatif solunum fonksiyon testi önerilmedi. Yapılan tetkiklerinde ek bir sorunla karşılaşmadı. Rutin anestezi monitorizasyonu yapılan hastaya oturur pozisyonda 27 g spinal iğne ile L3-L4 spinal aralığına 20 mg marcaine heavy 25 mcg fentanil ile oluşturulmuş karışımdan 12 mL yapıldı. Uygulama sırasında hastanın kan basıncı: 124/83 mmHg; kalp atım hızı: 105/dk ve SpO2: % 99 idi. 2 dakika aralıklarla kan basıncı ölçümü kaydedildi. Uygulamanın 5. dakikasında motor blokaj başladı. Hastanın soğuk uygulama ile spinal seviyesi kontrol edildi ve yaklaşık olarak T6 düzeyinde tespit edildi. Postoperatif bulantı kusmayı önlemek amacıyla antiemetik uygulandı. Isı ve ağrı testi sonrası 10.dakikada cerrahi başlatıldı.15.dakikada hipotansiyon gelişti. Hastaya 10 mg efedrin IV uygulandı. 1 saat süren vaka komplikasyonsuz sonlandırıldı. Postoperatif 6.saatte hasta mobilize edildi. Nörolojik durumunda değişiklik saptanmadı. Postoperatif 2.gün taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Gebelik solunum stresini fizyolojik olarak arttıran bir durumdur(2). Dispne ve pulmoner fonksiyon bozukluğu da Sma Tip 3 hastalarında sık görülmektedir. Bu iki nedenle genel anestezinin yaratacağı fizyolojik stresten kaçınmak amacıyla hastamıza spinal anestezi uyguladık. SMA hastalarında spinal anestezinin motor kayıp yaratmadığını göstermiş olduk. Daha ileri çalışmalarla bu görüşümüzün desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: spinal muskuler atrofi, spinal anestezi, gebelik, kas hastalığı

Yayın No: S-066

GERİATRİK ZOR HASTADA REJYONAL ANESTEZİ VE DELİRYUM

Yeliz Kılıç¹, Hülya Güloğlu¹, Mehmet Sacit Güleç¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Giriş: Geriyatrik hastalarda femur kırığı nedeniyle anestezi uygulaması sıklıkla gerekmektedir. Geriyatrik hastaların aynı zamanda anestezi şekli ve yönetimini zorlaştıran ek özellikleri çoğunlukla mevcuttur. Ciddi ağrı ve hastaneye yatış, genel anestezi deliryuma sebep olabilir ve varolanı kötüleştirebilir. Deliryum; dakikalardan saatlere kadar sürebilen oryantasyon kaybı, dikkat ve belleğin bozulmasıyla karakterize, gün içinde değişim gösteren akut konfüzyonel bir durumdur.

Amaç: Bu olgu sunumunda, deliryum tablosunda olan trokanterik femur kırığı nedeniyle ameliyata alınan hastaya ultrason ve skopi eşliğinde rejyonal anestezi uygulamamızı sunmak istedik.

Olgu: 84 yaşında demans zemininde deliryumda olan , Anti HCV pozitif, diyafragma hernisi sebebiyle akciğerde belirgin restriktif kaybı olan hasta, travma sonucu kalça protezi nedeniyle operasyona alındı. Hastaya rejyonal anestezi planlandı. Deliryumda olan hastaya nöroloji tarafından ketiapin başlanmış olması üzerine, perioperatif dönemde norodol ve sedoanaljezi uygulandı. Spinal anestezi hazırlığı yapıldı. Birkaç deneme sonrası başarılı olamayınca hastanın vertebra grafisinden faydalanılarak ultrason eşliğinde spinal anestezi ve kaudal anestezi denendi. Yine başarılı olamayınca skopi eşliğinde paravertebral teknik uygulanarak 12,5 mg markain heavy ile hastanın spinal anestezisi gerçekleştirildi. Spinal anestezi sonrası hipotansiyon yaşanan hastaya arteriyel monitorizasyon ve büyük damar yolları aracılığı ile noradrenalin desteği açıldı. Metabolik durumu kan gazı takibi ile gözlendi. Bu şekilde hemodinamik olarak stabil seyreden hasta yaklaşık iki saat sonrasında sorunsuz bir şekilde yoğun bakıma çıkarıldı.

Tartışma ve Sonuç: Deliryum kalça kırığı bulunan geriyatrik hastalarda ciddi bir mortalite ve morbidite nedenidir. Geriyatrik hastalarda ve özellikle de peroperatif dönemde deliryum açısından rejyonal anestezinin daha iyi bir seçenek olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Björkelund ve arkadaşlarının Deliryum Önleme Programı uygulayarak geliştirdikleri önerilerde, geriyatrik kalça kırıklarında bupivakain ile spinal anestezi tercih edilmiştir. Geriyatrik eklem artroplastisi vakalarında yetersiz palpe edilebilen landmarklar ve lomber omurgada yaşa bağlı değişiklikler spinal anesteziyi zorlaştırır. Ultrason ve skopinin lomber intervertebral boşlukları belirlemede ve intratekal boşluğun derinliğinin doğru bir ölçümünde etkindir. Olgumuzu paylaşarak bir çok kısıtlayıcı durum nedeniyle genel anestezi uygulayamayacağımız hastalarda, rejyonal anestezinin ve radyolojik görüntülemelerin kullanılmasının önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, deliryum, rejyonal blok, ultrason, skopi

Yayın No: S-067

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİLERDE EREKTÖR SPİNA PLAN BLOĞUNUN POSTOPERATİF AĞRI VE ANALJEZİK TÜKETİMİNE ETKİLERİ: RANDOMİZE KLİNİK ÇALIŞMA.

Momunat Dadashova¹, Emre Şentürk¹, Emre Sertaç Bingül¹, Ebru Demirel¹, Ömür Aksoy¹, Mert Canbaz¹, Meltem Savran Karadeniz¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji

Giriş: Perkütan nefrolitotomi (PCNL) operasyonları büyük böbrek taşlarının tedavisinde uygulanmaktadır ve postoperatif dönemde böbrek kapsülündeki gerilmeye bağlı olarak orta ve şiddetli düzeyde ağrı meydana gelir.

Amaç: Çalışmamızda erektör spina plan bloğunun (ESPB) postoperatif ağrı (NRS değerleri), opioid tüketimi, sedasyon düzeyleri, yan etki (bulantı, kusma, kaşıntı..), komplikasyonlar, hastanede kalış süresi, hasta ve cerrah memnuniyeti ve kronik ağrı üzerine olan etkilerini karşılaştırmayı amaçladık

Gereç ve Yöntem: Fakültemiz etik kurul izni (2019-177) ve hasta onamları alınmış 56 hasta bu randomize çalışmaya dahil edildi. Grup E'ye operasyon öncesinde % 0.25'luk Bupivakain ile ESPB+ postoperatif IV hasta kontrollü analjezi (IVHKA) (Morfin konsantrasyon 0.04 mg/ml, bolus dozu 1 mg, 1 saat limit: 2 mg); Grup K 'ye postoperatif IVHKA (Morfin konsantrasyon 0.04mg/ml, bolus dozu: 1mg, 1 saat limit: 2 mg) uygulandı. Operasyon bitiminden 30 dakika önce tüm hastalara Morfin IV 0.07 mg/kg yükleme dozu yapıldı. Hastaların tümüne takiplerde NRS >3 ise Morfin IV 0.02 mg/kg eklendi. Postoperatif 15. dk, 30. dk, 1., 2., 6., 12., 24. saatler de NRS düzeyleri, morfin tüketimleri, yan etki ve komplikasyonlar, hastanede kalış süresi, hasta ve cerrah memnuniyeti ve bloğun kronik ağrı üzerine etkileri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma 50 hasta ile tamamlandı. Postoperatif NRS skorları 15. dk, 1., 2., 6., 12., 24. saatler de ve 24 saatlik morfin tüketimleri Grup E 'de grup K'ya göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu (p<0.05). Grup K'da bulantı/kusma sıklığı Grup E'ye göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. (p<0.05) Hasta ve cerrah memnuniyeti Grup E'de anlamlı düzeyde yüksek bulundu(p<0.05). Hastane kalış süresi, sedasyon düzeyleri, komplikasyon ve kronik ağrı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.(p>0.05)

Tartışma ve Sonuç: PCNL sonrasında özellikle ilk 24 saat içerisinde hastalarda ağrı şikayeti sıklıkla gözlenmektedir. Hem somatik, hem de visceral komponenti olan ağrının tedavisinde multimodal analjezinin bir komponenti olarak ESPB düşük ağrı skorları ile seyretmesinin yanısıra azalmış opioid tüketimine bağlı oluşabilecek yan etkileride önleyerek, etkin bir ağrı kontrolü sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Perkütan Nefrolitotomi, Postoperatif Ağrı, İntravenöz Hasta Kontrollü Analjezi, Erektör Spina Plan Bloğu

Yayın No: S-068

YOĞUN BAKIMDA DELİRYUMUN ERKEN TANILANMASINDA PRE-DELİRİC MODELİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öznur Erbay Dallı¹, Nermin Kelebek Girgin¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş: Yoğun bakım hastalarında deliryum yüksek görülmekte; morbidite ve mortalitede artış, uzamış mekanik ventilasyon (MV) ve hastanede kalış süresine ve uzun süreli bilişsel bozulmaya neden olmaktadır. Yoğun bakım hastalarının ilk 24 saatindeki yatışında 10 öngörücü ile deliryum tahmininde kullanılan PRE-DELİRİC modeli, deliryumu erken tanılamada kullanılabilmektedir.

Amaç: Bu çalışma, bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesine (YBÜ) kabul edilen hastalarında PRE-DELİRİC modelinin öngörme yeteneğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu prospektif gözlemsel çalışma, bir üniversite hastanesi YBÜ'sünde ≥ 24 saat kalan ve ≥ 18 yaşında olan hastalar ile yürütülmüştür. Dahil edilme kriterlerine uyan hastalar YBÜ kabulünün 24 saat içerisinde PRE-DELİRİC modelinin on belirleyicisi (yaş, APACHE-II, acil ve kabul kategorisi, üre düzeyi, metabolik asidoz, enfeksiyon, koma, sedasyon ve morfin kullanımı) açısından değerlendirildi. Hastalar günde iki kez koma ve deliryum açısından Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası (RASS) ve Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (CAM-ICU) kullanılarak değerlendirildi. Hastaların ayrıca, YBÜ'de kalış süresi ve mortalite sonuçları da incelendi. PRE-DELİRİC modelinin ayırt etme yeteneği, ROC analizi ile değerlendirildi. Modelin duyarlılık ve özgüllük özelliği hesaplandı. Ek olarak deliryum olan ve olmayan hastalar arasında demografik/klinik özellikler ve sonuçlar karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmada 45'i deliryum gelişen hasta olmak üzere 142 hastaya ulaşıldı. Deliryumlu grupta deliryum olmayanlara göre yaş, APACHE-II skoru, PRE-DELİRİC skoru, MV gereksinimi, YBÜ'de kalış süresi ve mortalite açısından anlamlılık bulundu ($p<0.05$). PRE-DELİRİC modelinin doğrulanması için çizilen AUROC eğrisi 0.89 olarak (%95 güven aralığı [CI]: 0,84-0,95) anlamlı bulundu. Modelin 22.5 kesme puanı ile duyarlılık %71.0, özgüllük %87.5 olarak saptandı. PRE-DELİRİC skoru $\geq 22,5$ ve üzerinde olan bireylerin CAM-ICU pozitif olma riski 5.66 kat yüksek olarak bulundu.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma ile PRE-DELİRİC model, Türk YBÜ hasta popülasyonunda iyi bir ayırt edicilik göstermiştir. Yoğun bakım deliryumunun erken tanılanması, olumsuz sonuçlarını azaltmak için önemlidir. Kullanımı ve hesaplanması kolay olan ve klinik uygulamaya katkı sağlayan PRE-DELİRİC modeli, YBÜ hastalarında deliryum gelişme riskinin belirlenmesinde sağlık profesyonelleri tarafından benimsenebilir.

Anahtar Kelimeler: Deliryum, yoğun bakım

Yayın No: S-069

TOPLUM KÖKENLİ ASİNETOBAKTER MENENJİTİNİN YOĞUN BAKIMDA TAKİBİ

İsa Kılıç¹, Derya Karasu², Sedef Elmas Arslan², Musa Harun Uçar², Seyhan Seki³
Ayşenur Akgün²

¹SBÜ, Bursa Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım, Bursa

²SBÜ, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Bursa

³SBÜ, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Bursa

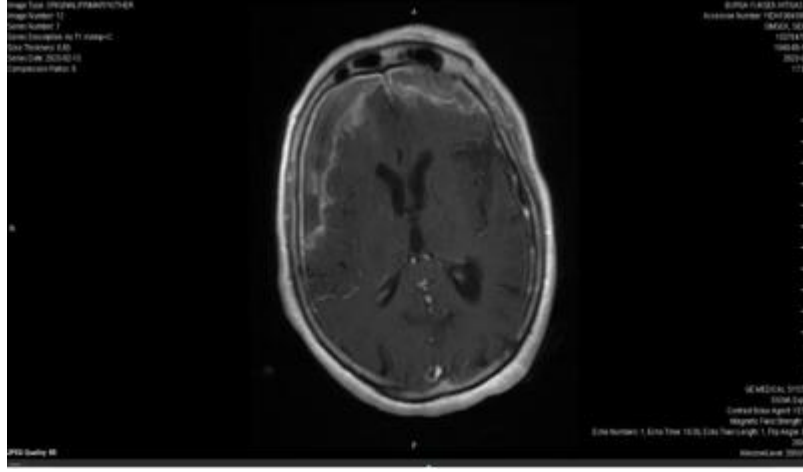
Giriş: Menenjit beyin ve spinal kordu çevreleyen leptomenikslerin inflamatuvar bir hastalığıdır ve beyin omurilik sıvısında (BOS) anormal sayıda lokosit olması ile tanımlanabilir. Toplum kökenli Asinetobakter menenjitisi oldukça nadir rastlanılan bir santral sinir sistemi enfeksiyonudur.

Amaç: . Bu olgu sunumunda yetişkin bir hastada nadir görülen toplum kökenli asinetobakter menenjitini sunmaya amaçladık.

Olgu: Diabetes mellitus ve hipertansiyon olan 79 yaş kadın hasta acil servise baş ağrısı, kusma ve bilinç bozukluğu ile başvurdu. Bakteriyel menenjit tanısı ile kliniğe yatırılıp, meropenem 3x2gr/gün ve vankokmisin 2x1gr/gün başlandı. Aynı gün solunum sıkıntısı ve bilinç bozukluğu nedeni ile entübe edilip yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Konfüze, dezoryante, ateş:36,4 °C, arteriyel kan basıncı:132/54 mmHg, nabız:92 atım/dak, IR+/-, GKS:5, ense sertliği olan hastanın beyin ve paranasal sinüs BT'de yumuşak doku dansiteleri ve hava dansiteleri görüldü(pnömocefali). Yatışının 1. günü alınan BOS'nda; WBC:4160/mm³ lökosit, 320 eritrosit/mm³, glukoz:11md/dl, protein:183 mg/dl iken 12.günü alınan BOS'nda sadece 20 eritrosit/mm³ mevcuttu. Yatışının 3. gününde BOS kültüründe Asinetobakter baumannii üredi. Antibiyotik duyarlılığı ile test edildi. Yoğun bakımımızın mevcut florası ve santral sinir sistemi enfeksiyonu göz önünde bulundurularak mevcut tedavisine kolistin 2x150 mg/gün iv (14 gün) ve lomber drenaj kateteri ile intratekal kolistin 1x10 mg/gün (10 gün) uygulandı. Bilincinde bir düzelme olmaması üzerine 16. gününde tekrar kontrastlı kraniyal BT/difüzyon MRI'da çekildi ve ampiyem görüldü (Şekil-1). Yatışının 19. gününde bilateral ampiyem cerrahi olarak drene edildi (Şekil-2). Takiplerinde GKS:7 olması üzerine hastaya PEG ve trakeostomi açılarak yatışının 72. gününde ev tipi ventilatör ile palyatif servise devri gerçekleştirildi.



Kontrastlı kraniyal BT (T1+C)



Bİ FRONTAL SUBDURAL AMPİYEM

Cerrahi olarak ampiyem görüntüsü



İNTRAOPERATİF PÜRÜLAN AMPİYEM GÖRÜNÜMÜ

Tartışma ve Sonuç: Gram negatif patojen olan Asinetobakter, akut bakteriyel menenjitin nadir bir etkeni olmasına rağmen, genelde nöroşirurji operasyonları sonrası nosokomiyal bakteriyel menenjit etkeni olabilir. Literatürde oldukça az sayıda toplum kökenli Asinetobakter menenjiti bildirilmiştir. Hastamızın yakın zamana kadar hastane yatışı olmaması ve antibiyotik duyarlılık testinde çoğul antibiyotik duyarlılığı nedeni ile toplum kökenli bakteriyel menenjit olarak kabul edildi. Asinetobakter şuşları oldukça nadir de olsa toplumdan kazanılmış bakteriyel menenjitin etkeni olabilir.

Hastanın labaratuvar değerleri

	İlk geliş	En son
Lökosit, 109/L	WBC:17.46 (%78 nötrofil)	11.5
CRP, mg/L	110	21
BUN, mg/dl	46.6	22.52
Kreatinin, mg/dl	1.3	0.73
Sodyum, mmol/L	160	139
Glukoz, mg/dl	220	124

Hastanın labaratuvar değerleri

Anahtar Kelimeler: Asinetobakter baumannii, menenjit, toplum kökenli, yoğun bakım



Yayın No: S-070

PERİFERİK DAMAR CERRAHİSİNDE USG EŞLİĞİNDE BLOK UYGULAMAMIZ

Canan Yılmaz¹, Gürcan Güler¹, Filiz Ata¹

¹SBÜ Bursa Tıp Fakültesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Periferik damar revaskülarizasyon işlemleri açık cerrahi, endovasküler veya hibrid yaklaşımla yapılabilmektedir. İntraoperatif anestezi/analjezi ve postoperatif analjezi için en uygun anestezi tekniği seçilmelidir. Antiplatelet tedavi, anesteziistlerin sıklıkla karşılaştığı bir problemdir ve nöroaksiyel blok uygulamalarını kısıtlamaktadır (1).

Amaç: Bu olguda popliteal arter anevrizmasındaki lomber pleksus ve transgluteal siyatik sinir bloğu tecrübemizi sunmayı amaçladık.

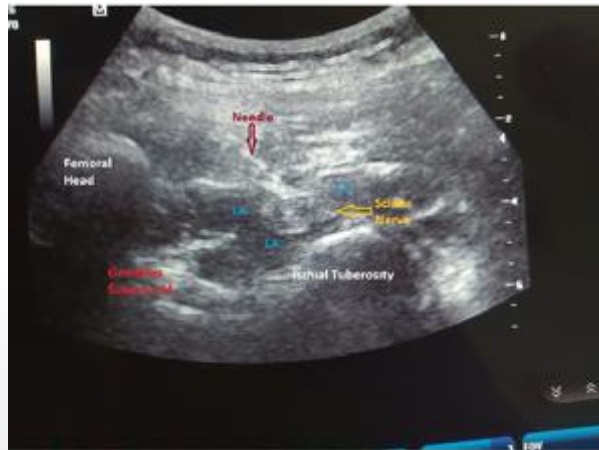
Olgu: 31 yaş, ASA-II, erkek hasta sağ popliteal arter anevrizması nedeniyle cerrahi planlandı. Hasta 11 paket-yıl sigara içmekte ve klopidoğrel 75mg tb, pantoprazol 40mg tb, asetilsalisilik asit 100mg tb kullanmaktaydı. Standart monitörizasyon ve sedasyon (midazolam 2mg, fentanil 50mcg iv) sonrası sol lateral dekübit pozisyonuna alındı. Hastaya USG ve nörostimülatör eşliğinde sağ lomber pleksus (Resim-1) ve sağ transgluteal siyatik sinir bloğu (Resim-2) yapıldı ve her blok için 100mg %0.5 bupivacaine, 100mg %2 lidocaine, 100mg %2 prilocaine uygulandı. 20 dk sonra motor (Bromage:3) ve sensoriyal blok (L1 ve altı) kontrol edilip Ramsay sedasyon skoru:2, Visuel Analog Skala:0 olduğunda cerrahi başladı. Sağ suprapopliteal insizyon uygulanarak popliteal artere ulaşıp, arterin distaline embolektomi uygulandı, popliteal arterin distal ve proksimal anastomozları yapıldı (Resim-3). Perioperatif veriler Tablo-1'de ve postoperatif veriler Tablo-2'de verilmiştir. Hasta postoperatif 3. günde taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Postoperatif bilişsel işlev bozukluğu, solunum yetmezliği, kardiyak komplikasyonlar, cerrahi alan enfeksiyonları, tromboembolizm ve kan transfüzyonu gibi komplikasyonların görülme sıklığının reyonel anestezi ile azaldığı gösterilmiştir (1). Antikoagülan veya antiplatelet tedavi alan hastalar, özellikle spinal epidural hematoma olmak üzere nöroaksiyel tekniklerin hemorajik komplikasyonları açısından yüksek risk altındadır. Periferik sinir blokları, alt ekstremiteler vasküler cerrahisi geçiren hastalarda perioperatif komplikasyonları ve maliyeti azaltmaktadır (2,3). Periferik sinir blokları, daha uzun sürede yapılmasına rağmen, etkin anestezi ve analjezi sağlaması nedeniyle diğer anestezi yöntemlerine alternatif olabilir. Periferik sinir bloklarını, etkin ve uzun süreli analjezi sağlayıp hasta konforunu artırması, postoperatif morbidite ve hastane kalış sürelerini azaltmasından dolayı sadece seçili olgularda değil ortopedik cerrahide olduğu gibi periferik vasküler cerrahi vakalarında da rutin kullanımını önermekteyiz.

Resim-1



Resim-2



Resim-3



Tablo-1

Tansiyon	130-70 mmHg (± 10)
Nabız	80 atım/dakika (± 10)
SpO₂	%98-100
VAS	0-2
Ramsay Sedasyon Skoru	2-3
Sedasyon (IV)	Midazolam 6 mg Talinat 100 mcg
Cerrahi süresi	4 saat 15 dakika

SpO₂:O₂ Saturasyonu

Tablo-2

0. saat	VAS= 0	
3. saat	VAS= 0	
6. saat	VAS= 2	
9. saat	VAS= 2	Motor fonksiyon geri döndü
12. saat	VAS= 4	Duyusal fonksiyon geri döndü
15. saat	VAS= 6	İlk analjezi (tenoksikam 20 mg iv)
18. saat	VAS= 2	
21. ve 24. saat	VAS= 4	

VAS:Visual Analog Skala

Anahtar Kelimeler: Lumbosacral Plexus, Sciatic Nerve, conduction anesthesia, Peripheral Arterial Disease



Yayın No: S-071

BİR OLGU SUNUMU; MORBİD OBEZ COVID-19 HASTASINDA ANİ KARDİYAK ÖLÜM

Elif Aybike Ayyıldız¹, Engin İhsan Turan¹, Ayça Sultan Şahin¹

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Covid-19; venöz tromboembolizm (VTE), derin ven trombozu (DVT) ya da pulmoner emboli (PE) gibi tromboembolik olayalar ve koagülopati ile oldukça ilişkilidir. Obezite, solunum yetmezliği, enfeksiyon ve ağır hastalıklar nedeniyle yatağa bağlı olmak da VTE oluşmasında önemli risk faktörleridir.

Amaç: Covid-19 nedeniyle ani olarak kaybedilen hastaların ölüm sebeplerinden biri olarak trombotik olaylara dikkat çekmek ve yüksek riskli hastalarda yeterli antikoagülan tedavi sağlanması ile mortalite ve morbiditenin azalmasına katkı sağlamaktır.

Olgu: Bilinen kronik sistemik hastalığı olmayan, vücut kitle indeksi (VKİ) 58.8 olan ve Covid-19 aşısı bulunmayan 34 yaşında bayan hasta ciddi solunum sıkıntısı nedeniyle hastanemiz acil servisine başvurmuş ve saatler içinde kötüleşmesi nedeniyle yoğun bakım ünitemize kabul edilmiştir. Yoğun bakıma yatışının 7. Gününde, yüksek akımlı oksijen tedavisine rağmen refrakter hipoksemisi olması nedeniyle hasta entübe edilmiştir. Kalışının 16. Gününde, parsiyel karbondioksit (PaCO₂) seviyelerinde ani bir artış tespit edilmiş ve mümkün olan en yüksek parametrelerle ventilatör desteği sağlanmasına rağmen takip eden iki gün içerisinde, derinleşen hipoksemi ile birlikte PaCO₂ tedrici olarak artmıştır. Tekrarlayan akciğer grafilerinde herhangi bir patolojik değişiklik tespit edilemezken, füşük ağırlıklı heparin tedavisine rağmen D-dimer düzeylerinin 2,2 ng/mL den 5,1 ng/mL ye yükseldiği görülmüştür. Bu süreçte hastanın hemodinamisi stabil seyretmiş, vazopresör ya da inotrop desteği ihtiyacı olmamıştır. Buna rağmen, yatışının 18. gününde günlük yatak içi pozisyon verilirken hastada ani kardiyak arrest gelişmiş ve 50 dk süren müdahaleye rağmen spontan dolaşım sağlanamamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Akciğer hastalığı ile açıklanamayan, refrakter hiperkapni ve hipoksemi pulmoner yatakta gelişen trombotik olayların göstergesi olabilir. Masif pulmoner emboli ile Covid-19 hastalığı arasındaki ilişkiyi gösteren pek çok olgu sunumu bulunmaktadır. Bu nedenle biz de hastamızın ani kardiyak ölümünün, Covid-19 kaynaklı koagülopatiyeye bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Covid-19, mortalite ve morbidite üzerinde oldukça önemli bir etki yaratabilecek olan yüksek riskli trombotik olaylara neden olabilmektedir. Bu nedenle, Covid-19 tanısı ile hastanede yatmakta olan ve VTE gelişmesi açısından yüksek risk grubunda olan hastalarda agresif bir antikoagülasyon tedavi düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Koagülopati, Obezite, Antikoagülan tedavi, Pulmoner emboli

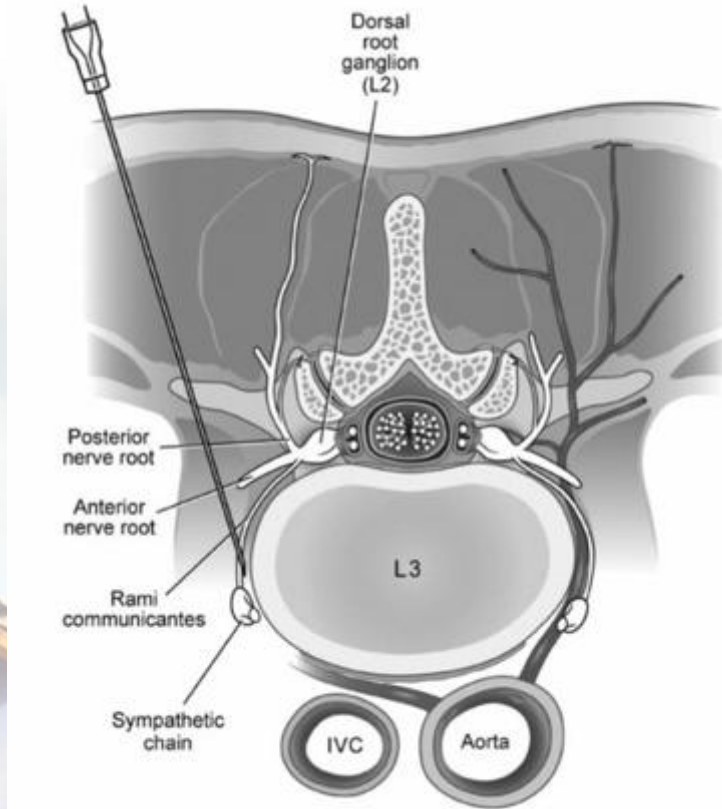
Yayın No: S-072

ALT EKSTREMİTEDE PERİFERİK DOLAŞIM BOZUKLUĞU OLAN OLGUDA BİLATERAL LOMBER SEMPATİK BLOK UYGULAMASI

Durdu Kahraman Yıldız¹, Korgün Ökmen¹¹SBÜ Bursa Tıp Fakültesi Bursa Yüksek İhtisas SUAM Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

Giriş: Yoğun bakım ünitesi'nde(YBÜ) yatan hastalarda arteriyel kataterizasyon, vazoaaktif ilaçlar, otonomik disfonksiyon veya septik embolilere bağlı olarak ekstremitelerde distal uçlarında dolaşım bozukluğu gelişebilmektedir(1). Tedavide antikoagülan ve/veya vazodilatör ajanlar kullanılmakla beraber, daha ağır olgularda girişimsel ve cerrahi teknikler de uygulanmaktadır(2). Başarılı bir periferik sinir blokajının, sempatik liflerin blokajı nedeni ile, periferik vazodilatasyon ve uygulanan bölgede lokal kan akışı ve cilt sıcaklığında bir artışa yol açtığı da bilinmektedir(3).

Resim 1:



sempatik zincir lokalizasyonu

Amaç: YBÜ’ümüzde alt ekstremitelerde dolaşım bozukluğu olan yüksek riskli ileri yaş bir olgumuzda, bloğun vazodilatatör etkinliğinden yararlanmak amacıyla, bilateral lomber sempatik blok uygulamamızı paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 88 yaşında erkek hasta, daha önceden larinks kanseri tanısı alıp sonrasında kür sağlanmış. Solunum sıkıntısı olan hastanın yapılan COVID-19 PCR testi (+) tespit edilip servise yatırılıp yapılmış. Genel durumu kötüleşen hasta YBÜ’ye alınıp entübe edildi. Takiplerinde her iki alt ekstremitelerde soğukluk, periferik dolaşım bozukluğu oluşan hastaya gliseril trinitrat infüzyonu açıldı ve periferik ısıtma yapıldı. Değişiklik görülmeyen hastaya yatak başında bilateral lomber sempatik blok uygulaması yapılması planlandı. Hasta yakınlarına işlem hakkında bilgi verildi. Yatak başında steril koşullar sağlandıktan ve hastaya uygun pozisyon verildikten sonra ultrasonografi klavuzluğunda konveks prob kullanılarak bilateral lomber sempatik blok uygulandı. Hastanın takiplerinde ekstremitelerde dolaşımın düzeldiğinin görülmesi üzerine 2 gün sonra tekrar uygulama yapıldı. Hasta mekanik ventilatörde takip edilirken çoklu organ yetmezliği oluşması nedeniyle yatışının 12. günü kaybedildi.

Resim 2:



USG eşliğinde blok uygulaması

Tartışma ve Sonuç: Sinir ve doku iskemisinin sempatik sistemi aktive ederek ağrı-vazospazm-iskemi-kangren kısır döngüsünü hızlandırdığı iyi bilinmektedir(4). Sempatik sinir sisteminin disfonksiyonelliği ve ardından lokal otonöregülasyon kaybı erken amputasyonun habercisi olabilir(5). Sempatik blokaj nedeniyle, etkilenen dokuya kan akışındaki artış, ekstremitelerde iskemisinde tıbbi iyileşme için avantajlı olabilir(6). Lomber sempatik bloğun vazodilatatör etkinliğinden yararlanmak amacıyla özellikle kritik hastalarda güvenilir bir şekilde uygulanabileceği düşüncesindeyiz. Aynı zamanda lomber sempatik bloğun skopi kullanılarak uygulamasının haricinde ultrasonografi kullanılarak da etkin bir şekilde yapılabilir düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: lomber sempatik blok, periferik dolaşım bozukluğu, ultrasonografi, sempatik zincir



Yayın No: S-073

COVID-19 TANILI HASTADA CİDDİ TROMBOSİTOPENİ: OLGU SUNUMU

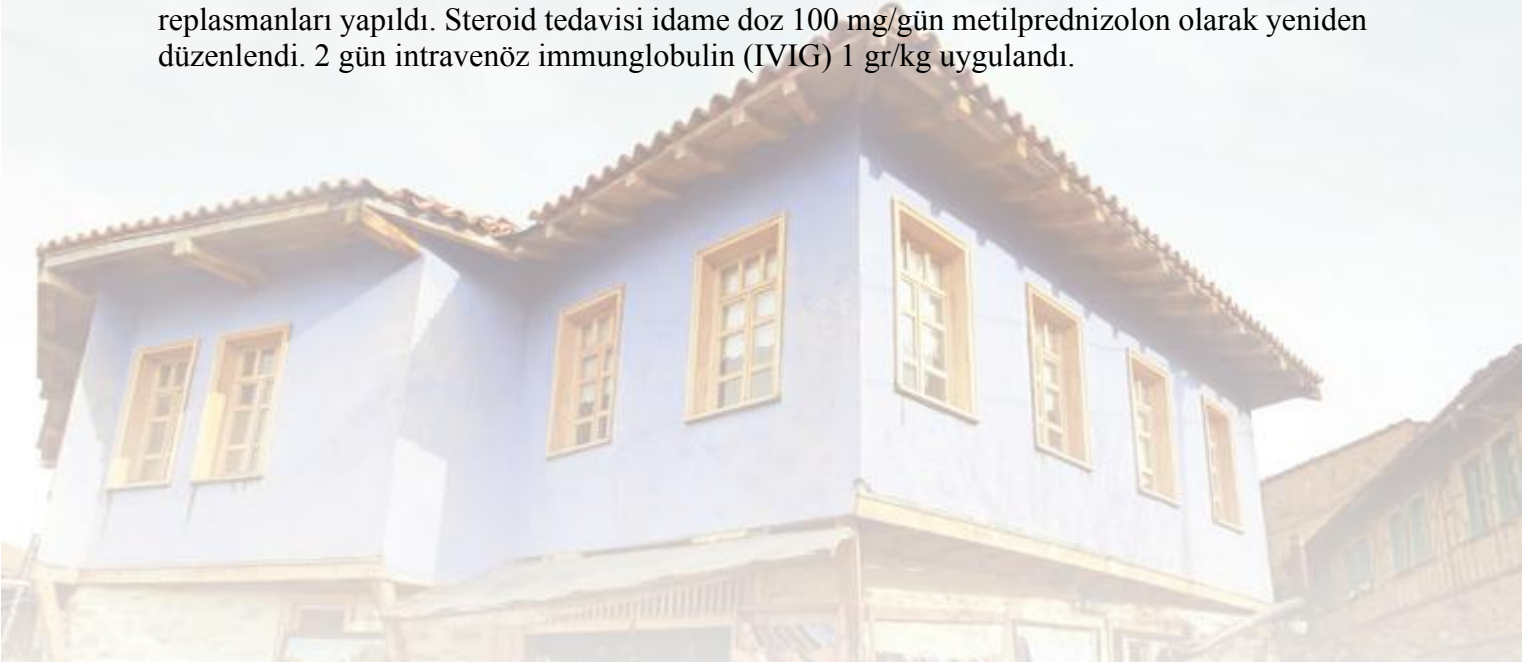
Mehtap Zengi

Bursa Şehir Hastanesi

Giriş: Giriş: SARS-COV-2’de hastalığın seyri sırasında trombositopeni geliştiği bildirilen olgu sunumları mevcuttur. Ancak bu olgularda en düşük trombosit değerinin 10.000 μ l civarında olduğu görülmektedir.

Amaç: Bu sunuda yoğun bakımda (YB) çok düşük trombosit düzeyi (1000 μ l) ile takip ettiğimiz ciddi trombositopenili olguyu ve tedavi yaklaşımını sunmayı amaçladık.

Olgu: Olgu Sunumu: Hipertansiyon, diyabetes mellitus ve koroner arter hastalığı tanıları olan 71 yaş, kadın hasta; 3 gündür devam eden halsizlik, nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile sağlık kurumuna başvurmuş. Vücut ısısı, kan basıncı ve solunum sayısı normal sınırlarda, periferik oksijen saturasyonu:%90 (rezervuarlı maske ile oksijen uygulanırken) saptanmış. Toraks BT, ağır covid 19 enfeksiyonu ile uyumlu olarak raporlanmış. COVID- 19 pnömonisi tanısıyla YB’ye alınan hastanın tedavisi düzenlendi [pulse steroid (250 mg/3 günü takiben 80 mg/gün metilprednizolon), favipiravir, düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH), moksifloksasin, pantoprazol, C ve D vitaminleri]. YB’de yatışı süresince GKS:15, hemodinamisi stabil ve solunum sayısı normal olan hastada, oksijen gereksinimi azalınca nazal kanül ile oksijen desteğine geçildi. Yatışından itibaren devam eden trombositopeninin derinleşmesi üzerine periferik yayma yapıldı: trombositler nadir, şistozit (-), rulo formasyonu (+), nötrofil hakimiyeti (+) olarak değerlendirildi. B 12 vitamini, folat, demir, retikulosit normal sınırlarda ve direkt coombs (-) saptandı. Trombositopeni etyolojisinde; kullanılan ilaçlar (özellikle heparin) ve/veya viral enfeksiyon düşünüldü; moksifloksasin, pantoprazol, DMAH tedavileri sonlandırıldı. Trombositopeni tablosunun devamı nedeniyle trombosit süspansiyonu replasmanları yapıldı. Steroid tedavisi idame doz 100 mg/gün metilprednizolon olarak yeniden düzenlendi. 2 gün intravenöz immunglobulin (IVIG) 1 gr/kg uygulandı.



Tablo 1. Hastanın acil servis ve yoğun bakım takibindeki laboratuvar değerleri

	Acil servis	YB 1.gün	YB 2.gün	YB 3.gün
Lökosit (μ l)	10230	9390	9600	9600
Lenfosit (μ l)	1730	1040	1090	1050
Nötrofil (μ l)	76900	7750	8100	6100
Hemoglobin (g/dl)	11,3	9,9	10,1	9,8
Trombosit (μ l)	445,000	287,000	120,000	1000
Ferritin (μ g/l)	180,2		178	
CRP (mg/l)	278,5		82,9	
D-dimer kantitatif	0,76		3,7	2,2
IL-6			74,3	
Prokalsitonin			0,2	

Tablo 2. IVIG tedavisini takiben trombosit değerleri

1. Gün	13000 μ l
2. Gün	10000 μ l
3. Gün	4000 μ l
4. Gün	1000 μ l
5. Gün	5000 μ l
6. Gün	5000 μ l
7. Gün	13000 μ l
8. Gün	40000 μ l
9. Gün	88000 μ l
10. Gün	63000 μ l

Tartışma ve Sonuç: Tartışma: İdiopatik, otoimmün hastalıklar, yaygın damar içi pıhtılaşma, sepsis, enfeksiyonlar ve maligniteler sekonder trombositopeniye neden olabilirler. Olgumuzda öncelikle ilaçlarla ve/veya COVID-19 enfeksiyonu ile ilişkili trombositopeni düşünülmüştür. İlaçların kesilmesine rağmen trombosit sayılarında düşme eğiliminin devam etmesi ilaç ilişkili trombositopeniden uzaklaştırmıştır. IVIG uygulanmasına da beklenen yanıt alınamayan hastada trombositopeninin COVID-19 enfeksiyonu ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Sonuç olarak; COVID-19 enfeksiyonlu hastalarda ciddi trombositopeni olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Trombositopeni, COVID-19, Heparin ilişkili trombositopeni



Yayın No: S-074

STATUS EPİLEPTİKUS NEDENLİ YOĞUN BAKIMDA TAKİP EDİLEN HASTADA BOŞ SELLA SENDROMU: OLGU SUNUMU

Tuğçe BAYER¹, Ebru KAYA¹, Ayça Sultan ŞAHİN¹

¹İstanbul SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Boş sella, deforme olmuş veya genişlemiş sella tursikanın içerisine kısmi veya tam olarak serebrospinal sıvının dolması ile oluşan radyolojik görüntüdür. Boş sella gelişimi için ön koşul sella diyaframında yetersizliktir.

Amaç: Bu olgu sunumunun temel amacı, görme bozukluğu ve papil ödem olan hastaların ayırıcı tanısında boş sella sendromuna dikkat çekerek literatüre katkı sağlamaktır.

Olgu: Y.U. 53 yaş,erkek hasta. Opere mide kanseri, lenfoma(4. evre), epilepsi mevcut. Sonuncusu 2 hafta önce olan 4 kür kemoterapi, 4 aydır giderek artan nöbetleri, 2 haftadır görememe şikayeti mevcut. Acil serviste nöroloji tarafından status tanısı konulmasıyla hasta YBÜ'mize nakledildi. YBÜ'nde 1. gününde: Genel durum orta, bilinç konfü, GKS:14 Pupiller:4mm/4mm ışık refleksi:++/. TA:184/100,KH:66,SPO2:100. Diffüzyon beyin MRG'de patoloji yok. Beyin BT'de: Yumuşak dokuda ödem - hemoraji mevcuttur.2. gününde:Göz hastalıkları:Papil ödem mevcut, KİBAS ve lenfomanın MSS tutulumu açısından tetkiki. Nöroloji:Kontastlı kranial MRG'yle danışılması. 3. gününde:Kontrastlı beyin MRG: Parsiyel Empty Sella uyumlu görünüm, metastaz veya lenfomaya bağlı tutulum izlenmedi. (şekil 1) 4. gününde: Hastanın tetkiklerinde: Kortizol: 4.83mcg/dl(6.2-19.4), Somatomedin-C(IGF-1): 52.43mcg/L(67-310), Proloaktin:18.74ng/ml (2.1-17.7). Hasta yatışının 8. gününde nörolojiye çıkış açısından danışıldı, palyatif taburculuğu uygun görüldü, yatışının 21. gününde vitaller stabil palyatif servise nakil edildi.



Kontrastlı Beyin MRG



Normal MRG

Kontrastlı Beyin MRG



Parsiyel Empty Sella

Tartışma ve Sonuç: Boş sella toplumun %5.5- %23.5'inde görülür, sıklıkla asemptomatiktir. Kadın erkek oranı 5:1 olmak üzere, sıklıkla 30-40 yaşları arasında görülür. Bu vaka literatürdeki sıklığından farklı olarak 53 yaş erkek hastada görülmüştür. Ayrıca literatürde boş sella sıklıkla asemptomatik olmasına rağmen bu olguda görme bozukluğu, papil ödem ve hormonal bozukluklar eşlik eden klinik ve laboratuvar bulgularıdır. Hastanın Somatomedin-C, kortizol düzeyi düşük ve prolaktin düzeyi yüksektir. Dahiliye endokrinolojik tedaviye gerek görmeyip taburculuk sonrası poliklinik takibini önermiştir. Ancak farklı vakalarda ciddi hormonal değişiklikler nedenli endokrinolojik tedavi gerekli olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu vakadan ayırıcı tanıya yardımcı olan göstergeler ve uygulanabilecek tetkikler konusunda dikkatli olunması gerektiği ve hastalarda görme bozukluğu, papil ödem gibi klinik bulguların varlığında ayırıcı tanıda boş sellanın da göz önünde bulundurulması gerektiği sonucu çıkarılabilir.

Anahtar Kelimeler: Boş sella, Görme bozukluğu, Papil ödem, Epilepsi



Yayın No: S-075

WAARDENBURG SENDROMLU HASTADA ANESTEZİ YÖNETİMİ

Yonca Özvardar Pekcan¹, Bahattin Tuncalı¹, Özlem Yılmaz Sümer²

¹Başkent Üniversitesi

²Aliğa Devlet Hastanesi

Giriş: Waardenburg sendromu (WS) genellikle otozomal dominant geçişli olmak üzere embriyonal gelişimden itibaren melanositlerin tam veya kısmen yokluğu ile ortaya çıkan hereditör bir sendromdur. Pigment anomalileri, sağırılık, interoküler alanların gelişimde anomaliler, meningomyelosel, Hirschprung hastalığı, spina bifida, skolyoz, mikrosefali, konjenital kalp yetmezliği ve diğer gelişim anomalileri ile karakterizedir.

Amaç: Bu olgu sunumu ile WS'li, işitme kayıplı, koklear implant operasyonu planlanan olguda anestezi yönetiminin ilişkili literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır. Hastanın ebeveyninden yazılı onam alınmıştır.

Olgu: WS tanısı olan on yaşında erkek hasta sol kulağında işitme azlığı nedeniyle kulak burun boğaz kliniğine başvurdu. Fizik muayenesi saçının ön kısmında beyaz perçem, iris heterokromisi, sağ gözde karakteristik parlak mavi iris, sol gözde kahverengi iris, geniş burun kökü, kısmi sinofris, gözbebeği çevresinin belirginleşmesi, bilateral sensörinöral işitme kaybı, sol el dorsal kısımda 3, 4 ve 5. parmakların proksimalinde ve bilekte vitiligo benzeri hipopigmente alanlar dışında normaldi (Resim 1-3). Hava yolu muayenesi mallampati II olarak değerlendirildi. Ebeveyninden yazılı onam alındıktan sonra, 15 mg midazolam ile premedikasyondan 20 dakika sonra operasyon odasına alındı. Rutin monitörizasyon ile damar yolu açılarak 50 µgr fentanil, 150 mg propofol, 35 mg tracrium verildi. Maske ile havalanması rahat olan hasta, sorunsuz olarak 7,0 numara spiralli tüp ile entübe edildi. Operasyon boyunca hastaya propofol (0.75 µgr/kg/dk) ve remifentanil infüzyonu (0,25 µgr/kg/dk) uygulandı. Hastaya analjezik olarak 600 mg parasetamol verildi, 2,5 mg/kg metil prednizolon ve raniver 25 mg intravenöz olarak uygulandı. Hasta operasyon sonunda sorunsuz olarak ekstübe edildi ve servise gönderildi.



resim 1



resim2



Tartışma ve Sonuç: Volatil anestezi ajanlarının doza bağımlı olarak stapes refleks eşikini yükseltebilmesi nedeniyle koklear implant operasyonlarında hipotansif anestezi uygulanması önerilmektedir. Buna karşın, WS hastalarının koklear implant cerrahisi sırasındaki anestezi yönetimi ile ilgili bilgiler kısıtlıdır. Bu olgularda, hastalığa ait özelliklerin iyi bilinmesi, önceden planlanmış bir anestezi yönetimi, kontrollü hipotansiyon ve total intravenöz anestezi uygulamasının başarılı anestezi uygulamasında esas olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Waardenburg sendromu, Total intravenöz anestezi, Propofol

Yayın No: S-076

VENTRİKULOATRİAL ŞANT: OLGU SUNUMU

Seda Cansabuncu¹, Selcan Akesen¹, Ceren Ertürk¹, Özgür Taşkapılıoğlu¹, Suna Gören¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi

Giriş: Hidrosefalinin cerrahi tedavisinde en sık ventrikuloperitoneal (VP) şantlar kullanılmakla birlikte alternatif olarak kataterin distal kısmının sağ atriuma, plevraya, mideye, üretere, fallopian tüpe, mesaneye, mastoid hücrelere yerleştirildiği alternatif şantlar uygulanabilir (1-3). Olgumuzda perkütan ventriküloatrial şant yerleştirilmesi tekniği ve anestezi deneyimimizi paylaştık

Amaç: Abdominal patolojileri olan hastalarda ventrikuloperitoneal şant kullanımı zor olabilir ve serebrospinal sıvının drenajı için alternatif yöntemlerin kullanılabileceğini hatırlatmayı amaçladık.

Olgu: 15 aylık kadın hastaya, intraventriküler hemorajiye sekonder hidrosefali nedeniyle uygulanan multiple şant operasyonunu takiben abdominal komplikasyonlar (internal herniasyon, distansiyon, batın içi koleksiyon) sonucu VP şant distali farklı lokalizasyonlara alınarak tekrarlayan cerrahiler yapılmıştır. Enfeksiyon tedavisi tamamlandıktan sonra hasta, ventriküloatrial şant amacıyla operasyona alındı. İşlem öncesinde hastanın yakınlarından yazılı onam alındı. Ameliyathane şartlarında rutin vital bulgu monitörizasyonu yapıldı. Genel anestezi altında hastaya ultrason eşliğinde VJI görülerek seldinger metoduyla takılan ventriküloatrial şantın distal ucu, sağ atriumda skopiyle doğrulandı. Sağ oksipital berrak BOS gelişi görüldü. Şant valvi iki uca konnekte edilerek cilt altına yerleştirildi.

Tartışma ve Sonuç: Hidrosefalinin tedavisinde kullanılan serebral şantlar birçok komplikasyonla birlikte olabilir. Sık karşılaşılan sorunlardan biri de peritondaki emilim problemleridir. Ventrikuloperitoneal şanta alternatif olarak kataterin distal kısmı sağ atriuma, plevraya, mideye, üretere, fallopian tüpe, mesaneye, mastoid hücrelere uygulanabilir (3). Ventriküloatrial şant klasik cerrahi yöntemle ya da olgumuzda olduğu gibi pekutan olarak yerleştirilebilir. İşlem sonunda atrioventriküler şantın yeri; elektrokardiyogram, ultrasonografi, transözefageal ultrasonografi, ekokardiyografi, skopi ya da direkt grafi kullanılarak kontrol edilmelidir (4-7). Olgumuzda şantın yeri skopi kullanılarak kontrol edilmiş ve herhangi bir komplikasyon yaşanmamıştır. Ventriküloatrial şantın çalışmaması ve şant revizyonuna bağlı problemler özellikle infantlarda düşündürücüdür. Olgumuzda batın içi enfeksiyon, geçirilmiş tekrarlayan cerrahiler olması sebebiyle ventriküloatrial şant tercih edildi. Bu nedenle doğru hasta seçimi ve yeterli cerrahi teknikle sonuçların daha iyi olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: ventriküloatrial şant, hidrosefali, serebrospinal sıvı, ventrikuloperitoneal şant

Yayın No: S-077

COVID-19 ENFEKSİYONU ZEMİNİNDE GELİŞEN SİNÜS VEN TROMBOZU: OLGU SUNUMU

Nuri Burkay Soylu¹, Gülerdem Ceritoğlu¹

¹Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi

Giriş: Coronavirus disease 2019 (COVID-19), 2019 yılı son çeyreğinden günümüze kadar olan dönemde tüm dünyanın gündemini meşgul eden ve kliniğinde hafif gribal enfeksiyon belirtilerinden solunum yollarının tutulmasına, ve hatta tromboz oluşumuna giden geniş bir klinik semptom spektrumuna sahip, Severe Acute Respiratory Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) ile gelişen viral bir enfeksiyondur. Sinüs ven trombozu bu hastalık zemininde oluşabilen ve pek rastlanmayan bir klinik tablodur.

Amaç: Bu raporumuzda kliniğimize bu tablo ile yatan COVID-19 enfeksiyonlu bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan 18 yaş kadın hastanın, ünitemize yatışından önce (03.09.2021) hastanemize baş ağrısı şikayetiyle hastaneye başvurusu mevcuttu. Aynı dönemde hastanın kız kardeşinin COVID-19 nedeniyle izole edildiği öğrenildi, fakat bizim hastamızın o dönem yapılmış COVID-19 PCR testi yoktu. İlk başvurusunda anamnez ve MRG'de patoloji saptanmayan hastanın analjezik tedaviyle gönderildiği, takip eden günlerde hastanın baş ağrısının gerilememesi, 07.09.2021 tarihinde bu defa şuur bulanıklığı ve konuşma bozukluğu gelişmesi üzerine dış merkeze başvurduğu öğrenildi. Başvurduğu merkezde BT görüntülemesi yapılan ve COVID-19 PCR testi pozitif gelen hasta, 112 Koordinasyon Merkezi tarafından ilk olarak COVID-19 ve serebrovasküler olay şüphesi ile tarafımıza sunuldu ve ünitemize kabul edildi. Bize sunulduğunda hastanın GKS 10'du, nörolojik semptomları dışında semptomu yoktu. Çekilen MR venografide hastanın sol transvers sinüs ve sigmoid sinüsünde dolun görülmedi, görünüm akut tromboz lehine yorumlandı. Ayrıca sol temporal lobta hemorajik odaklar içeren T2 hiperintens ekspansil patolojik sinyal alanları vardı. Bu alanlar venöz infarkt alanları olarak yorumlandı.

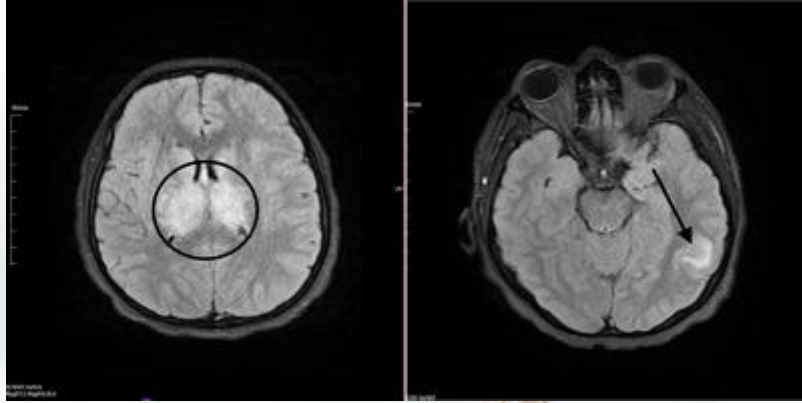


Dış Merkez BT



Hastanın dış merkezde çekilen kraniyal BT görüntülemesi. Sol parietal bölgede minimal ödematöz alan dikkat çekmekte.

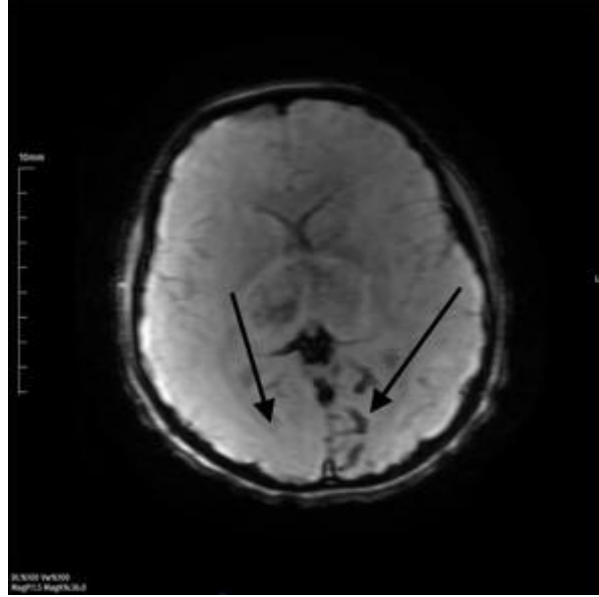
MRG



Hastanın MRG'sinde bilateral talamik (solda) ve sol parietal (sağda) bölgede T2 görüntüde hiperintens görünüm dikkat çekmekte.



MR Venografi



Hastanın MR venografisi. Transvers ve sigmoid sinüslerdeki dolum defekti venografide net şekilde gözlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç: COVID-19'un trombotik komplikasyonları ve venöz tromboemboli ile iskemik stroke riskini sırasıyla %20 ve %3 artırdığı bildirilmiştir(2). Ayrıca pulmoner emboli gibi komplikasyonların insidansının, klinik şüphe olmasa bile %30 olduğu belirtilmektedir(2). COVID-19 hastalığında SVT insidansı konusunda ise net bir oran yoktur. Sadece bir retrospektif yayında 1/221 (%0.5) sonucu elde edilmiştir. COVID-19, venöz tromboemboli gelişimi için oldukça yüksek riskli bir hastalıktır ve serebral venöz sistem bu konuda bir istisna değildir. Hekimler olası nörolojik semptomları yakından takip etmeli ve uygun önlemleri almalıdır.

Anahtar Kelimeler: covid-19, svt, tromboz



Yayın No: S-078

OLGU SUNUMU: 500 GRAMDAN DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL YENİDOĞANDA NEONATAL RESÜSİTASYON ADIMLARI

Muhammet Esat Demirel¹, Ferhat Üstüner¹, Sadık Rustamzade¹, Seda Cansabuncu¹, Suna Gören¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş: Canlılığın sınırı oldukça tartışmalıdır.500gr doğum ağırlığının altındaki yenidoğanlar genellikle gebelik yaşına göre küçüktür.Mortalite ve morbidite riskleri yüksektir(1).

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ),viabilite sınırını, gebelik yaşı 22 haftadan büyük veya doğum ağırlığı > 500 gram olarak kabul etmektedir.500 gram altında doğan bebeklerde sağ kalım oranı tüm doğumlarda %2.7, canlı doğumlarda %6.6 olarak bulunmuştur(2).Bu bebeklerin neonatal resüsitasyon ihtiyacı oldukça yüksektir.

Olgu: 36 yaşındaki, SAT'a göre 28+2 haftalık gebeliği olan kadın hasta C/S amacıyla ameliyathaneye alındı.IUGR ve oligohidramniyoz tanıları mevcuttu.SAA doğum gerçekleşti.Bebğin kalp tepe atımı(KTA) 60-100 atım/dakika arasındaydı ve spontan solunumu yoktu.Kordun klemplenmesi beklenmeden radyant ısıtıcı altına alındı.Polietilen torbaya sarıldı.İlk değerlendirmesinde KTA60-100 atım/dakika olan hastaya PBV uygulandı.30.saniyede etkin PBV sonrası KTA 60-100 atım/dakika olması ve spontan solunum olmaması nedeniyle düzeltici adımlar uygulanarak 2. dakikada entübe edildi. PBV'ye devam edildi.APGAR 1-5-8-7 olarak değerlendirildi.3. dakikada SpO₂: 65, 5. dakikada 85 olan hasta entübe yenidoğan yoğun bakım ünitesine transport edildi.Yenidoğan vücut ağırlığı 420 gr (<3 p),boy 25 cm (<3 p),baş çevresi 21 cm(<3 p) idi.Yoğun bakım yatışının 5. gününde abondan pulmoner hemoraji gelişmesi üzerine kardiyak arrest gelişen yapılan KPR'ye yanıt alınamaması üzerine hasta eksitus kabul edildi.

Tartışma ve Sonuç: Prematürite,IUGR,oligohidroamniyoz ve düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek olası neonatal resüsitasyon riskini arttıran durumlardır.Bu durumlarda ameliyathanede tek görevi bebekle ilgilenmek olan neonatal resüsitasyonu ve PBV'nin adımlarını bilen sertifikalı en az 2 sağlık çalışanı olmalıdır(2).Yeterli ventilasyon gereçleri(T parça canlandırıcı), uygun boyutta maske, 0 ve 00 numaralı laringoskopi bıçağı, uygun boyutta ETT(2mm, 2.5mm ve 3 mm), damaryolu ulaşımı için umblikal kateter ve intraosseöz kanül,ilaçlar, polietilen torba, şapka, önceden ısıtılmış radiant ısıtıcı hazır bulundurulmalıdır.Aşırı DDA bebeklerde entübasyon ve damar yolu erişimi zor olacağı için deneyimli kişiler tarafından uygulanmalıdır.Unutulmamalıdır ki doğum zamanı kordun klemplendiği zaman değil, bebeğin anneden çıktığı zamandır.Doğumdan sonra kord klemplenmesi için beklenmemeli, kurutulmadan polietilen örtü ile tamamen örtülen bebek radyant ısıtıcı altına alınarak ilk değerlendirme yapıldıktan sonra gerekli müdahalelere başlanmalıdır(3).

Anahtar Kelimeler: çok düşük doğum ağırlıklı bebek, sezaryen

Yayın No: S-079

POSTPARTUM HEMORAJİ KLİNİK YÖNETİMİNDE FİBRİNOJEN KOANSANTRESİ KULLANIMI

Oktay İnan¹, Ayça Sultan Şahin¹, Ebru Kaya¹

¹SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Postpartum hemoraji dünyada maternal mortalite ve morbiditenin en sık sebebi olup doğumların yaklaşık %4-6'sında meydana gelmektedir. Gebeliğin prokoagülanlar, antikoagülan sistem ve fibrinolitik süreç arasında var olan hassas denge üzerinde belirgin etkisi vardır. Yeterli plazma fibrinojen seviyeleri hemostaz sağlamak için gereklidir ve şiddetli kanamalarda fibrinojen diğer pıhtılaşma faktörlerinden daha erken kritik derecede düşük plazma konsantrasyonuna ulaşır.

Amaç: Postpartum kanaması olan hastalara replasman tedavisinde fibrinojen konsantresinin uygulanmasının yararlılığına dikkat çekmektir.

Olgu: 38 yaş (Gravida:3 Parite:2), ek hastalık öyküsü olmayan 38 hafta 2 günlük gebe plasenta previa nedeniyle genel anestezi altında C/S alınıyor.Preoperatif hemoglobin(hb):9.9 g/dl, hematokrit(hct):%29.3, trombosit(plt):212000/mm³, aPTT:38, INR:1.17 .Komplikasyon gözlenmeden operasyon sonlandırıldı.Servis takipleri sırasında genel durumu kötüleşen hasta entübe edilip yoğun bakıma interne edildi. hb :5.3 g/dl hct:%15.9 plt:78000/mm³ aPTT:42, INR:1.46, fibrinojen:72 mg/dl olan hastaya 4 ü eritrosit süspansiyonu(ES) 4 ü taze donmuş plazma(TDP) 1 gr transamin replase edildi.Hemogram düşüşü devam eden hasta acil operasyona alındı. Peroperatif 5 ü ES, 5 ü TDP, 2 ü havuzlanmış trombosit, 2 gr fibrinojen konsantresi replase edildi. Histerektomi ve uterin arter ligasyonu yapılan hasta postoperatif entübe halde tekrar yoğun bakıma alındı . Hb:6.2 htc :17.4 plt:47000 fibrinojen :63 mg /dl olan hastaya 2 ü ES, 2 gr fibrinojen , 2 ü kriyopresipitat 2 ü afez trombosit süspansiyonu replase edildi. Hasta yatışının 3. gününde ekstübe edildi. Hemodinamisi stabil seyretmesi üzerine 4. gününde servise taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Obstetrik kanamada düşük serum fibrinojen düzeyi, şiddetli postpartum kanamanın erken bir göstergesidir. Hemostaz sağlamak için kritik minimum fibrinojen konsantrasyonu koagülopatik kanaması olan birçok hasta fibrinojen replasmanı gerektirir. Fibrinojen replasmanı için tedavi seçenekleri arasında fibrinojen konsantresi, taze donmuş plazma, kriyopresipitat tercih edilebilir. Fibrinojen konsantresi kullanımı hastaların allojenik kan ürünlerine maruziyetini azaltmanın yanı sıra, transfüzyonla ilişkili dolaşım aşırı yüklenmesi, transfüzyonla ilişkili akut akciğer hasarı ve tromboembolik advers olaylar gibi komplikasyon riskini de azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: FİBRİNOJEN, POSTPARTUM HEMORAJİ

Yayın No: S-080

EISENMENGER SENDROMU OLAN SEZARYEN OLGUSUNDA ANESTEZİ YÖNETİMİ

Bengü Gülhan Aydın¹, Manolya Canitez Alkan¹, Zeynep Koç¹, Hilal Ayoğlu¹

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi

Giriş: Konjenital kalp hastalığı ile ilişkili pulmoner arteriyel hipertansiyonun en şiddetli fenotipi Eisenmenger sendromu(ES)dur. ES'li obstetrik hastada %30-70'e oranında mortalite bildirilmektedir¹.

Amaç: Bu olgu sunumunda sezaryen operasyonu geçirecek ES olan hastada kombine spinal-epidural anestezi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: Fetüste IUGR nedeniyle acil sezaryan planlanan 35 yaşında, 43 kg, 27 haftalık gebe olgunun VSD 'ye sekonder olarak ES tanısı olduğu öğrenildi. Hastadan bilgilendirilmiş onam alındı. Yapılan fizik muayenesinde siyanozu mevcuttu tetkikleri normal sınırlardaydı. Olgu New York Kalp Cemiyeti'nin konjestif kalp yetersizliği sınıflamasına göre Sınıf 3 olarak değerlendirildi. Preoperatif yapılan ekokardiyografide sağ kalp boşlukları dilate, interventriküler septumda 1.7 cm VSD mevcut olduğu, sistolik pulmoner arter basıncı(PAB) 95mmhg olduğu ve eisenmenger patolojisiyle uyumlu olarak sağdan sola geçiş izlendiği belirtildi. ASA IVE risk grubu ile operasyona alındı. Standart anestezi monitorizasyonuna ek invaziv kan basıncı monitorizasyonu yapılarak, uygun pozisyon verildikten sonra L3-L4 seviyesinden kombine spinal epidural anestezi(KSEA) uygulandı. İntratekal yoldan 7.5 mg heavy-marcaïn ve 25 mcgfentanil verildi. Vaka boyunca hastanın hemodinamisi stabil seyretti(Tablo 1). İntraoperatif alınan arter kan gazında(Oksijen tedavisi altında)pH: 7.44,PO₂: 64.8,PCO₂: 23.1, SPO₂:86.6, Lac:1.8idi.Postoperatif analjezi epidural katater yoluyla sağlandı. Takip amaçlı postoperatif yoğun bakıma alınan hastaya kardiyoloji önerisiyle sildenafil başlandı, postoperatif 4.günde(EF:%60, SPAB:35 mmHg) taburcu edildi.



Hastanın İntraoperatif vital takibi

İntraoperatif İzlem	0.dk	5.dk	10.dk	15.dk	20.dk	25.dk	30.dk	35.dk	40.dk	45.dk
SPO2	55	64	74	76	79	75	78	75	79	76
TA	120/78	129/77	140/82	135/82	128/70	132/61	132/62	134/58	138/54	140/52
Nabız	90	89	95	92	80	71	69	69	68	66

Tartışma ve Sonuç: Anestezi tipinin seçimi, hastanın fizyolojisi göz önünde bulundurularak; kardiyologlar, doğum uzmanları ve anesteziistler ile konsültasyon yapılarak karar verilmelidir. Anestezi yönetiminde amaç hipokseminin daha kötüye gitmesini önlemek için, intrakardiyak şanti arttırmadan kalp debisinin sürdürülmesidir. Artan dozlarda spinal anestezi ve epidural anestezi daha güvenli bir anestezi yönetimi sağlar. Epidural anestezi tam olmayan bir duyusal blok oluşturabilir ve genel anesteziye geçişi gerektirebilir²⁻⁴. Artan dozlarda spinal anestezi ile kardiyovasküler stabilite ile daha kaliteli anestezi elde edilebilirken %78 oranında dural ponksiyon sonrası baş ağrısı bildirilmiştir⁵. Biz de özellikle acil vakada düşük doz KSEA'nın perioperatif ani hemodinamik değişiklik olmaksızın güvenli bir anestezi yönetimi olarak uygulanabileceği düşüncesindeyiz

Anahtar Kelimeler: Eisenmenger Sendromu, Kombine spinal epidural anestezi, Gebelik



Yayın No: S-081

POSTPARTUM İPAH TANILI HASTANIN AKCİĞER NAKLİ ANESTEZİ YÖNETİMİ

Aytaç Polat¹, Pınar Karaca Baysal¹, Atakan Erkılınç¹

¹Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği,

Giriş: Akciğer transplantasyonu, konvansiyonel tedavilere cevap vermeyen son evre akciğer hastalıklarında kullanılan en efektif yöntemdir. Pulmoner hipertansiyon(PH), akciğer nakli anestezi yönetimini daha kompleks hale getirmekte ve prognozunu kötüleştirmektedir.

Amaç: Amacımız, bağ dokusu hastalığına bağlı İPAH(idiyopatikpulmoner arteriyal hipertansiyon) olan bir hastada peroperatif akciğer nakli anestezi yönetimi deneyim ve sonuçlarımızı paylaşmaktır.

Olgu: Merkezimizde 28 yaş, postpartum 2. gün tanı konulan bağ dokusu hastalığına bağlı İPAH olan, 3 ay hastane yatışı sonrası Türkiye'nin ilk İPAH nedeni postpartum akciğer nakli, retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik verileri, intraoperatif mekanik ventilasyon destek ihtiyacı, arter kan gazı verileri, entübasyon süresi veyoğunbakımyatış süreci kayıt edildi. Preop dönemde PABs: 140mmHg, ileri derece TY, sağ kalp boşluklarında genişleme izlendi. Hastaya intravenöz(Iv)iloprostinfüzyonu, nazal oksijen, inotrop tedavi başlandı. Hastaya yapılan kardiyak kateterizasyonda PAB: 76/38/54mmHg, Aort: 84/62/73 mmHg, Qp/Qs:1, CO: 3,5 L/dak, CI: 2,2 L/dak/m², PVR:14 WÜ, SVR:19 WÜ olarak ölçüldü. Bosentan, Tadalafil, İviloprosttedavisi sonrası akciğer nakil kararı alındı. İndüksiyon öncesikan gazında PH:7,22,pCO₂:51,4, PO₂: 118, sO₂: 99,7 idi. Postoperatifkan gazındapH 7.44, pCO₂: 36,3, pO₂: 53,1, sO₂: 81 idi. Ameliyat sonrası ikinci yılda PAB: 40/14/25 mmHg, QP/QS:1, CO: 5,3 L/dak, CI: 3,3L/dak/m². PVR: 2,8 WÜ, SVR:17WÜ olarak saptandı. Anestezi indüksiyonunda propofol1,5mg/kg,rokuronyum 0,8 mg/kg, 0,5 mg/kg fentanyluygulandı. 37F carlens tüp yerleştirildi.Sağinternaljugulervenden 8,5F kateter takıldı. Pulmoner arter kateterizasyonu yapıldı. PABmean, PABsistolik ölçümleriyapıldı.Bilateral akciğer nakli yapıldı.10 gün yoğun bakım, 15 gün servis takibi sonrası hasta evine taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: İPAH nedeni gerçekleştirilen akciğer nakil operasyonlarının anestezi yönetiminde hipoksi ve hiperkarbi gibi temel klinik problemlerin önlenmesinin yanısıra, en önemli amaç; sağ ventrikülafterloadunun düşürülmesi olmalıdır.Bu şekilde sağ ventrikül yetmezliği ve erken greftdisfonksiyonunun önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: idiyopatik pulmaner arteriyal hipertansiyonu, akciğer nakli, gebe

Medtronic

