



# ADDİSON ve DİYABET HASTALIĞI OLAN HASTADA KARDİYAK ANESTEZİ



Ali AKDOĞAN, Dilek KUTANİS, A. Rıza ÖZKAN, Engin ERTÜRK,

K.T.Ü. Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, TRABZON

## GİRİŞ

Kardiyopulmoner by-pass ameliyatları büyük oranda cerrahi strese yol açmakta ve cevap olarak kortizol başta olmak üzere vücuttaki bazı hormonların kan seviyelerinde değişiklikler meydana gelmektedir. Addison hastalığı adrenal korteksin işlev azlığından kaynaklanan ve stres yanıtta yetersizliğe yol açan bir bozukluktur. Özellikle kardiyak cerrahi sırasında glukokortikoid yetersizliğine bağlı adrenal kriz gelişebilir. Böyle bir hastada beraberinde diabetes mellitus bulunması hem kan şekeri regülasyonu hemde otonom nöropati nedeniyle kardiyak riski daha da artırır. Biz bu olguda Addison hastalığı ve diabetes mellitusu olan hastamızda by-pass cerrahisi sırasındaki anestezi yönetimimizi sunduk.

## OLGU SUNUMU

40 yıldır Addison hastalığı olan 53 yaşındaki erkek hastamız günde 0,1mg fludrokortizon ve 2,5mg diltacortil alıyormuş. 4 yıldır diyabeti olan hastanın oral antidiyabetik kullanıyormuş. 1 ay önce yapılan anjiyografide ise sol anterior inen koroner dalda, sirkumflekste ve sağ koroner arterde %80-90 darlık saptanmış. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %20 ölçülmüş, sol ventrikül hipokinezik ve apeksi anevrizmatik olarak değerlendirilmiş. Hasta kan şekeri ve steroid tedavisinin düzenlenmesi için endokrinoloji ile konsülte edildi. Operasyon sabahı 20mg prednol ile başlayan steroid şemsiyesi altında opere edilmesine karar verildi. Ameliyat odasında sedoanaljezi yapılan hastaya EKG, periferik oksijen saturasyonu ve invaziv kan basıncı monitorizasyonu yapıldı. Kan basıncı 130/65mmHg, kalp hızı 82/dk ve sPO<sub>2</sub> %97 olan hastaya T<sub>6-7</sub> seviyesinden epidural kateter yerleştirildi. Tiyopental, fentanil ve rokuronyum yapılarak entübe edilen hastaya BIS monitorizasyonu yapıldı. Epidural kateterden 30mg levobupivakain yapıldı, 30 dk sonrasında itibaren 15mg/saat hızında infüzyona başlandı ve tüm ameliyat boyunca devam edildi. Anestezi idamesi BIS değerlerine göre %0.5-1.2 sevofluran ile sağlandı. Kan şekeri göre insülin infüzyonu yapıldı. Steroid şemsiyesi protokolü çerçevesinde operasyon süresince serum fizyolojik içerisinde 20 mg prednol infüzyonu yapıldı. Hastaya 3 damar by-pass ve primer sol ventrikül anevrizma tamiri yapıldı. 8µg/kg/dk dozunda dopamin desteğiyle pompadan çıkıldı. Kan basıncı 110/60mmHg kalp hızı 90/dk olan hasta entübe halde yoğun bakım ünitesine devredildi. Epidural infüzyon dozu 8mg/saate düşülerek burada da devam edildi. Postoperatif 3. saatte ekstübe edilen hastanın inotrop desteği azaltılarak kesildi. Steroid tedavisi doğrultusunda 20mg daha prednol yapıldı. 48 saat yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta yaşamsal parametreleri stabil olarak servise gönderildi.

## TARTIŞMA

Glukokortikoidler ve özellikle de kortizol kardiyak outputu, kalp kontraktilitesini ve katekolaminlere duyarlılığı artıran en önemli stres hormonudur. Primer adrenal yetmelik yanında uzun süre kortikosteroid alan olgularda anestezi ve cerrahi strese karşı kortizol salınımı daha az olacağından yeterli semptomimetik yanıt gelişemez. 3 haftadan daha uzun süre steroid tedavis alan hastalar anestezi ve cerrahiye bağlı stres varlığında yeterli miktarda kortizol üretemezler. Hatta bu hastalarda perioperatif dönemde dirençli hipotansiyon görülebilir. Glukokortikoid eksikliği olan hastaların anestezik yaklaşımında kilit rol oynayan perioperatif dönemde yeterli steroid replasmanının yapılmasıdır. Böyle bir hastada DM'da varsa verilen steroid tedavisi insülinin tersine etki edip kan glukozunu yükselteceğinden hastanın kan şekeri regülasyonu daha da zorlaşabilir. Biz uzun süre steroid tedavisi almakta olan hastamıza ameliyat öncesinden başlayıp postoperatif dönemde de devam eden prednol tedavisi uyguladık. İnsülin infüzyonu ile de kan şekeri regülasyonunu sağladık. Ayrıca cerrahi ve anesteziye metabolik ve endokrin yanıtı azaltan rejyonel anestezi uygulamalarının bu tür hastalar için iyi bir alternatif olduğu da bilinen bir gerçektir. Biz hastamızda yapmış olduğumuz epidural uygulama ile analjeziyi büyük oranda buradan sağlamış olduk ve genel anestezi düzeyini BIS değerlerine bakarak sınırdaki tuttuk. Bu olgumuzla beraber steroid şemsiyesi altında, epidural anestezi ile kombine edilmiş genel anestezinin adrenal yetmezlikli hastalarda iyi bir anestezi yöntemi olduğu kanısındayız.