

P-30**KARDİYOPULMONER BAYPAS
KULLANMADAN VE TEK AKCİĞER
VENTİLASYONU İLE VENTRİKÜLER
DESTEK CİHAZI
İMLANTASYONUNDA ANESTEZİK
YAKLAŞIM**

ŞAHUTOĞLU C, KARACA N,
KOCABAŞ S, AŞKAR F.Z, ÖZBARAN M

*EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM
DALI*

*EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM
DALI*

*EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM
DALI*

*EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM
DALI*

*EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KALP VE
DAMAR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI*

Giriş:

Ventriküler destek cihazları, akut kalp yetmezliğine bağlı hemodinamik bozukluklarda ve kronik konjestif kalp yetmezliğinde hastalar için medikal tedaviye alternatiftir. Bu cihazlar hasarlı ventrikülün fonksiyonlarına destek sağlayarak yeterli kardiyak debinin oluşmasına ve son organ fonksiyonlarının düzenlenmesine yardımcı olurlar. Olgumuzda dilate kardiyomyopati nedeniyle kalp transplantasyonu adayı olan ve sol torakotomi ile kardiyopulmoner baypas kullanılmadan sol ventriküler destek cihazı implantasyonu yapılan bir hastaya uyguladığımız anestezi yöntemimizi sunduk.

Olgu:

Yetmişyedi yaşında erkek hasta (78 Kg, 181 cm); medikal öyküsünde HT, KoAH, CABG, ICD uygulaması ve 15 gün önce geçirilmiş pnömoni öyküsü mevcuttu. Preoperatif hasta

değerlendirmesinde: bilinci açık, koopere, oryante; solunum sesleri kaba, ICD ritminde, ekokardiyografisinde LVEF:%19, RVEF:%40, SPAP:42 mm Hg, orta PHT, TY 1⁰,MY 1⁰, RV sistolik fonksiyonları deprese ve bölgesel sol ventrikül duvar hareket kusuru olarak saptandı. Solunum fonksiyon testleri KoAH ile uyumlu idi. Hastanın geçirilmiş açık kalp cerrahisi öyküsü ve ciddi yapışıklıkları nedeniyle operasyon sol torakotomi pozisyonunda ve tek akciğer ventilasyonu (TAV) ile yapılmaya karar verildi.

Hastaya operasyonla ilgili bilgilendirme yapıldı; yazılı onamı alındı. Elektrokardiyografi, nabız oksimetri ve invaziv arter monitörizasyonu uygulandı. Hastanın operasyona girişteki arteriyal kan basıncı 95/60mmHg, nabız 85/dk (sinüs ritminde), oksijen saturasyonu: %92 (oda havasında) olarak saptandı. Anestezi induksiyonunda lidokain, midazolam, ketamin, fentanil ve rokuronyum kullanıldı ve hasta çift lümenli sol endobronşial tüp ile entübe edildi. Hastaya sağ vena jugularis internadan 12 F santral kateter, transözefajial ekokardiyografi, rektal ısı probu da uygulandı. Anestezi idamesinde %50 oksijen, %50 hava, %1.5-2 sevofluran, 80 mg/saatten propofol, 10 mg/kg fentanil ve gereğinde rokuronyum kullanıldı. Tüpün yeri entübasyon sonrası ve sağ lateral pozisyonundan sonra fiberoptik bronkoskopi ile tekrar doğrulandı. Sol femoral ven ve arter kanülasyon için hazırlandı ve hasta heparinize edildi. Fakat işlem kardiyopulmoner baypasa ihtiyaç duyulmadan sol ventriküler destek cihazı (Heart Ware) uygulandı. Operasyon süresi 210 dk, anestezi süresi 270 dk ve tek akciğer ventilasyonu (TAV) süresi 150 dk olarak gerçekleşti. TAV esnasında solunumsal asidoz dışında sorun yaşanmadı. İntraoperatif dönemde kan ürünü ihtiyacı olmayan hasta dördü inotrop desteğinde yoğun bakıma devredildi. Hasta postoperatif 22.saatte ekstübe edildi ve 5. günde servis izlemine alındı. Yoğun bakım izleminde 1 ünite tam kan ihtiyacı oldu.



Sonuç:

Hastamızda TAV uygulamasına bağlı hafif solunumsal asidoz gelişmiş ve bunu rahat tolere etmiştir. Kardiyopulmoner baypas pompasına ihtiyaç duyulmaması ise pompa komplikasyonlarını ve kan transfüzyonu sayısını azaltmıştır. Bu olgu düşük kalp rezervi olan olguların TAV anesteziyi tolere edebileceğini ve özellikle vakalarda uygulanabileceğini göstermiştir.