

**P-59****24 HAFTALIK GEBEDE AKUT  
MYKARD İNFARKTÜSÜ SONRASI  
CABG OPERASYONU ANESTEZİSİ :  
OLGU SUNUMU**YAVUZ Y, GÜZELMERİÇ F,  
ŞAVLUK Ö.F, TOPTAN F, ADATEPE T,  
KOÇAK T

*KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ ANESTEZİ KLİNİĞİ  
KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ ANESTEZİ KLİNİĞİ  
KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ ANESTEZİ KLİNİĞİ  
KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ ANESTEZİ KLİNİĞİ  
KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ KALP CERRAHİSİ KLİNİĞİ  
KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ ANESTEZİ KLİNİĞİ*

Doğurganlık çağındaki kadında iskemik kalp hastalığı insidansı 1/10000 dir;.(1,2) Açık kalp cerrahisi, gebe hastalarda kardiyopulmoner bypass ın istenmeyen etkileri ve bunu gerekli kılan şartların fetusa ve anneye yüklemiş olduğu zorluklar nedeniyle oldukça sıkıntılıdır. Miyokard infarktüsü (MI) geçirdiği dökümanite edilmiş gebelerde maternal mortalite %13, fetal mortalite %33 e kadar çıkabilmektedir.

Bu olguda;daha önceden kalp hastalığı bulunmayan 29 yaşında ,24 haftalık gebe olan ve göğüs ağrısı şikayeti ile hastanemize başvuran ve yapılan tetkikler sonucu acil koroner bypass operasyonu kararı verilen hasta için uyguladığımız anestezi yöntemini sunmayı amaçladık.

Hastanın çekilen elektrokardiografisinde (EKG) yaygın ST değişiklikleri, bununla birlikte ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu (EF) %35-40 olması üzerine yapılan perkütan koroner anjiyografide (PCI) sol ana koroner arter %100 oklude ve disseke olması üzerine acil koroner bypass kararı verildi.Hastanın obstetrik ultrasonografi incelemesinde gebelik

haftası 24 hafta ile uyumlu bulundu ve fetüs kalp atımı alındı. Hasta acil olarak operasyona alındı. Hastanın sağ kalçasının altı desteklenerek supin hipotansif sendrom gelişmesi önleildi. Acil şartlarda operasyona girildiği için fetal kalp atımı monitörize edilemedi. Hastaya 3 mg midazolam ,50 mg ketamin, 50 mg propofol, 0,5 mg fentanyl ve 50 mg roküronyum bromür ile induksiyon yapıldı. Midazolam ,fentanyl ve roküronyum bromür ile anestezi idamesi sağlandı. Operasyon süresince nitrogliserin 0,25 mcg/kg/dk infüzyon gönderildi. 3 mg/ kg dan heparin yapıldı. Kardiyopulmoner bypass'a girildi. 3 damar bypass yapıldı. Korener bypass sırasında perfüzyon basıncı 80 mmHg'nın altına düşürülmedi ve hasta normotermik tutuldu. Hemodinamik problem yaşamayan hasta operasyon bitiminde entübe şekilde yoğun bakım ünitesine alındı. Kontrol obstetrik ultrasonografi incelemesinde fetal kalp atımı alındı. Hasta 6 saat sonra ekstübe edildi.İkinci gün servise alınan hasta sorunsuz taburcu edildi.

Hasta 38 hafta 5 günlük iken tekrar merkezimizde sezeryan ile sağlıklı bir erkek bebek dünyaya getirdi ve sorunsuz bir şekilde hasta taburcu edildi.

Sonuç olarak; Açık kalp cerrahisi uygulanan gebelerde kardiyopulmoner baypasın istenmeyen etkileri olan hipotermi, non-pulsatil akım, sistemik heparinizasyon, kompleman sistemi ve hematolojik sistemdeki değişiklikler, kan basıncında ortaya çıkan farklılıklar ve embolik olaylar fetoplental üniteye hasara sebep olarak fetüsün kaybına yol açabilirler [3]. Zorunlu olarak kardiyopulmoner bypass kullanılacak olgularda yüksek pompa debisi ve yüksek perfüzyon basıncı kullanılarak operasyonun planlanması, mümkün olan en kısa sürede operasyonun tamamlanması önem taşır. Bu tip operasyonlarda anestezi, kalp cerrahi, kardiyolog,perfüzyonist ve kadın doğum uzmanının multidisipliner yaklaşımı anne ve bebeğin sağlığı açısından oldukça önemlidir.



### **Kaynaklar:**

1. Mabie WC, Freire CM. Sudden chest pain and cardiac emergencies in the obstetric patient. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995;22:19-37.
2. Ginz B. Myocardial infarction in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1970;77:610-5.
3. Mahli A, Ýzdes S, Coskun D. Cardiac operations during pregnancy: Review of factors influencing fetal outcome. *Ann Thorac Surg* 2000;69:1622-6.