

**P-60****NOONAN SENDROMLU PEDİYATRİK  
HASTADA ANESTEZİ YAKLAŞIMIMIZ:  
OLGU SUNUMU**

ALTUN D, ÇINAR Ö, ÖZKER E,  
TÜRKÖZ A

*BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ VE  
REANİMASYON*

*BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ VE  
REANİMASYON*

*BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ KALP DAMAR CERRAHİSİ  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ VE  
REANİMASYON*

Noonan Sendromu (NS) otozomal dominant kalıtım gösteren; kısa boy, yele boyun, dismorfik yüz bulguları, göğüs deformitesi, mental retardasyon, konjenital kalp hastalığı ile karakterize genetik bir hastalıktır. En sık eşlik eden konjenital kalp hastalığı pulmoner stenoz (PS) olup trakeal entübasyon hava yolu ve servikal vertebral anomalilere ve maske ile ventilasyon asimetrik yüz yapısına bağlı olarak zor olabilir. Biz, PS nedeniyle ameliyata alınan NS'lu bir olguya anestezi yaklaşımımızı sunmak istedik.

**Olgu:**

Yenidoğan döneminde PS tanısı konan hastaya 9 ay önce balon valvüloplasti yapılmış, ancak gradientte önemli düşme olmayan (68 mmHg), kilo alımı ve fiziksel gelişimi geri kalan hastaya transanüler yama ile RVOTR yapıldı. Preoperatif muayenesinde pes planov valgus, yüzde geniş hemanjiom, kısa boyun, küçük çene, basık burun kökü olup mallampati IV'tü. Hastada küçük mandibula, mandibular dişlerin maksillar dişlerin önünde olması, boyun hareketlerinin kısıtlı olması nedeniyle zor entübasyon hazırlığı yapıldı. Standart monitörizasyon yanında Bispektral İndeks (BİS) ile sedasyon seviyesi, INVOS Serebral Oksimetri ile

rejyonel oksijen saturasyonu takibi yapıldı. Anestezi indüksiyonu maskeyle %100 oksijen içinde %6 sevofluran ve 2 mcg/kg remifentanil, 3 mg/kg tiopental-sodyum ile yapıldı. Kas gevşetici kullanılmadı, spontan solunum kontrole solunumla deprese edildi. Cormack Lehane sınıflamasına göre kord vokallerin görüntüsü 3. derecedeydi. Fiberoptik laringoskopiyle entübe edilen hastada manuel kaf manometresiyle kaf basıncı ölçüldü. 0.6 mg/kg rokuronyum bromür yapıldı. Anestezi idamesi BİS değeri 40-60 olacak şekilde sevofluran ve %50 O<sub>2</sub> + % 50 hava karışımı, 0.05 mcg/kg/dk dozunda remifentanil infüzyonuyla yapıldı. Sorunsuz geçen ameliyat sonrasında hasta OTE olarak yoğun bakıma interne edildi; CPAP+PSV modunda mekanik ventilatör desteği verilmeye başlandı; BİS monitörizasyonu yapılmaya devam edildi; postoperatif 3. saatte sorunsuz olarak fasttract ekstübe edildi.

**Tartışma - Sonuç:**

NS'lu hastalarda hava yolu zorluğu beklenen bir durumdur. Preoperatif dönemde hastanın hava yolu gözden geçirilmelidir. Güvenli anestezi uygulaması için; olgular preoperatif ayrıntılı değerlendirilmeli, hava yolu zorlukları riski göz önünde tutulmalı, intraoperatif ve postoperatif dönemlerde olası komplikasyonlar açısından uygun monitörizasyon yöntemleriyle hasta yakından izlenmelidir. Hastamızda, zor hava yolu nedeniyle fiberoptik entübasyon ve postoperatif sorunsuz şekilde fasttract ekstübasyon yapılabilmektedir.