

**P-62****SUPRASİSTEMİK PULMONER  
HİPERTANSİYONLU BİR HASTADA  
İNHALE NİTRİK OKSİT KULLANIMI**YÜKSEK A, KARACA E.P, ARNAZ A,  
TÜRKEKUL Y, YALÇINBAŞ Y.K,  
SARIOĞLU C.T*ACIBADEM BAKIRKÖY HASTANESİ,  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON DEPARTMANI,  
İSTANBUL**ACIBADEM BAKIRKÖY HASTANESİ,  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON DEPARTMANI,  
İSTANBUL**ACIBADEM BAKIRKÖY HASTANESİ, KALP VE  
DAMAR CERRAHİSİ DEPARTMANI, İSTANBUL  
ACIBADEM BAKIRKÖY HASTANESİ, KALP VE  
DAMAR CERRAHİSİ DEPARTMANI, İSTANBUL  
ACIBADEM BAKIRKÖY HASTANESİ, KALP VE  
DAMAR CERRAHİSİ DEPARTMANI, İSTANBUL  
ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ, KALP VE DAMAR  
CERRAHİSİ DEPARTMANI, İSTANBUL***Giriş:**

Geridönüşümsüz pulmoner hipertansiyon (PHT) da tedavi arayışları sürmektedir. İnhalet nitrik oksit (iNO) selektif pulmoner vazodilatör olarak kullanımı son 20 yılda gündeme gelmiştir. İnhalet NO, vazodilatör etkisi pulmoner yatakla sınırlı olduğundan sistemik hipotansiyona neden olmadan pulmoner vazodilatasyon yapar.

**Vaka:**

13 yaşında, kız çocuk, büyük arterlerin transpozisyonu (TGA), ventriküler septal defekt (VSD), suprasistemik PHT tanısıyla yatırıldı. Oda havasında oksijen saturasyonu (SaO<sub>2</sub>) %64 olan hastanın fizik muayenesinde çomak parmak ve siyanoz mevcuttu. Anjiyografide pulmoner arter basıncı (PAB) 70mmHg olarak ölçülen hastada vazoreaktivite testine cevap alınmadı. Hastaya pulmoner bant ve atriyal septektomi (AS) operasyonu yapıldı. Ameliyatta, sistemik ve pulmoner arteriyel basınçlar sırasıyla 84/45mmHg ve 97/46mmHg olarak ölçüldü. Kardiyopulmoner bypasstan (KPB), %50 oksijen ile SaO<sub>2</sub>:%83 olarak ve 0,5mcg/kg/dk milrinon ve 5 mcg/kg/dk dopamin desteği ile çıkıldı. AS ve Bant sonrasında PAB 80mmhg,

sistolik arteriyel basınç 85mmHg ve sağ atriyum basıncı 14mmHg olarak ölçüldü. Postoperatif yoğun bakım ünitesinde, PHT krizini engellemek açısından hasta 2mg/st midazolam ve 10mcg/kg/st morfin infüzyonu ile sedatize halde, % 60 O<sub>2</sub> ve 20ppm NO ile ventile edildi. Postoperatif 24. saatten sonra O<sub>2</sub> ve iNO konsantrasyonu tedricen düşülmeye başlandı. Bu dönemde sistemik tansiyon ve SaO<sub>2</sub> yakın takip edildi. Postoperatif 40. saatte ekstübasyon gerçekleştirildi. Hastanın SaO<sub>2</sub> 'nu oda havasında %75-80 aralığında seyretti. Preoperatif dönemde efor kapasitesi oda içiyle sınırlı olan hasta serviste dispne olmaksızın rahatlıkla mobilize olur durumdaydı.

**Tartışma ve Sonuç:**

PHT, konjenital kardiyak anomalilerin önemli bir kısmına eşlik eden, morbidite ve mortaliteyi artıran bir komplikasyondur. PHT, artmış pulmoner akım ve/veya pulmoner venöz obstrüksiyona cevaben gelişen pulmoner vasküler remodeling sonucu ortaya çıkar. Bu hastalarda yaşam süresi ve kalitesini artırmak amacı ile vazodilatör ilaç tedavileri kombine veya tekli olarak (NO, prostaglandin analogları, fosfodiesteraz inhibitörleri, endotelin reseptör antagonistleri) kullanılmaktadır. İnhalet NO günümüzde bilinen en selektif pulmoner vazodilatördür. Özellikle erken postoperatif dönemdeki pulmoner hipertansif krizin önlenmesi bakımından inhale NO hayat kurtarıcıdır.