

P-67**KARDİYOVASKÜLER CERRAHİ
HASTALARINDA EKSTRAKORPERAL
MEMBRAN OKSİJENASYON (ECMO)
DENEYİMLERİMİZ****KARAHAN N, AKSUN M, YÜREKLİ İ,
AŞAR K, PAMUKÇU N,
ÇOŞKUNMUSAOĞLU I, ARSLAN N,
YILDIRIM T, TEKELİ B**

*İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KDC KLİNİĞİ
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KDC KLİNİĞİ*

Kardiyak cerrahi sonrası kardiyojenik şok ve kalp yetmezliği önemli komplikasyonlardandır ve %75 mortaliteye sahiptir. İnotropik tedavilere cevap alınamayan hastalarda yeni tedavi seçeneklerinden biri de ventrikül destek cihazlarıdır. ECMO, ilk kez pnömoni ve pulmoner hipertansiyon tedavisinde kullanılmıştır. Günümüzde inotropik destek ve intraaortik balon pompasına (İABP) rağmen düşük kardiyak debi ile seyreden hastalarda kullanılmaktadır. ECMO kullanılan açık kalp cerrahisi vakalarında sağ kalım %20-45 arasındadır.

Yöntem:

2013 Mayıs-2014 Şubat tarihleri arasında yüksek doz inotropik ajanlar ve İABP desteğine rağmen KPB (Kardiyopulmoner baypas)'dan çıkamadığımız ya da yeterli kardiyak debi sağlayamadığımız 6 hastada venö-arteriel ECMO kullanıldı. Olguların ikisinde subklavian arter-femoral ven, diğerlerinde femoral arter-femoral ven kanülasyonu uygulandı. Olgular, hemodinamik ölçümler ve intraoperatif transözefajial ekokardiyografi ile cerrahi prosedürlerin yeterliliği teyit edilerek, düşük debi tanısıyla operasyon odasında ECMO'ya bağlandı, yüksek inotrop, İABP, mekanik ventilatör ve ECMO desteğinde yoğun bakım ünitesine alındı. Sistolik kan basıncı 90 mmHg'nın üzerinde tutulmaya çalışıldı. Kanın şekilli elemanlarını korumak amacıyla debi 2,5-3,5 lt/dk arasında sürdürüldü. FiO2 kan gazı kontrollerine göre ayarlandı. Hemogram kontrolleri ile Plt >100 k/uL, hematokrit >%28 olacak şekilde transfüzyon yapıldı. ACT (aktive pıhtılaşma zamanı) 180-200 sn'de tutuldu. Yeterli idrar çıkışı olmayan ve sonrasında böbrek yetmezliği gelişen 3 hastada aralıklı ultrafiltrasyon uygulandı. ECMO'da normotermi korundu.

**Bulgular:**

	1	2	3	4	5	6
	YAŞ	75	19	20	70	47
	CİNS	E	E	E	K	E
	ÖYKÜ	HT, KOAHI	GIS kanama	özellik yok	HT	özellik yok
	OPER	CABG AVR	AVR	CABG AVR	CABG	CABG
	LEVOSİM.	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)
	İNOTR.	dop,dob, adr,ste	Dop,dob, adr	dop,dob, adr	dop,dob, adr	dop,dob, adr
	ECMO SÜRESİ (GÜN)	2	2	9	1	4
	PREOPEF	45%	60%	60%	40%	40%
	MORT.	ex	ex		ex	ex
	KBİ (dk)	149	275	85	122	59
	AKK (dk)	101	194	55	0	36

Sonuç:

ECMO, geçici kardiyopulmoner yetersizliğin tedavisinde hayat kurtarıcı olabilir. Uygulamada en önemli iki parametre, zamanlama ve sistemin yönetimidir.