

P-79**CHİMNEY TEKNİĞİ İLE
ENDOVASKÜLER ABDOMİNAL AORT
TAMİRİ YAPILAN HASTADA
ANESTEZİ YÖNETİMİ**ÖZKAN G, İNCE M.E, PUSAT N,
YANARATEŞ Ö, YILDIRIM V*GATA ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD***Giriş:**

Endovasküler yöntemle aort anevrizma tamiri (EVAT), günümüzde anatomik olarak uygun torasik ve abdominal aorta lezyonlarında sıklıkla uygulanmaktadır. EVAT sırasında peroperatif morbidite ve mortalite nedeniyle anesteziyologlar her dönemde aktif rol almaktadır. Burada EVAT uygulanan olgudaki anestezi yönetimimizden bahsetmeyi amaçladık.

Olgu Sunumu:

Süperior mezenterik arter (SMA) seviyesinden iliak arterlere kadar 12 cm abdominal aort anevrizması olan 76 yaşında 80 kg ağırlığında erkek hasta kardiyovasküler cerrahi kliniğine yatırıldı. Larenks kanseri nedeniyle kalıcı trakeostomi, penisilin allerjisi ve SVO öyküsü olan hasta ASA IV olarak değerlendirildi ve genel anestezi altında Chimney tekniği ile endovasküler aort tamiri planlandı. Hasta salona alındıktan sonra 16G kanül PDY takıldı, standart monitorizasyonu (EKG, NİKB, SpO₂, ısı probu) takiben anevrizma onarımında gelişebilecek nörolojik komplikasyonlardan korunmak amacıyla lomber spinal drenaj kateteri steril şartlarda yerleştirildi. 2 mg iv midazolamla sedasyon uygulanarak trakeostomi kanülü yerleştirildi. Sağ radial arter kanülizasyonu ile invaziv arter monitorizasyonu sağlandı. Daha sonra propofol ile indüksiyon yapılarak remifentanil infüzyonu başlandı ve MV bağlandı. Sağ internalkarotis arter (İKA) %70 darlığı olan hastaya US eşliğinde sağ internal juguler ven kanülasyonu gerçekleştirildi. Serebral pulsoksometre sensörleri takıldı, üriner kateter

yerleştirildi. Tüm işlem süresince hemodinamik parametreler, serebral oksijen saturasyonu, BOS basıncı ve kontrast madde nefropatisinden korunmak için idrar çıkışı yakından takip edildi. İşlemin sorunsuz olarak gerçekleştirilmesini hasta sorunsuz olarak uyandırılarak yoğun bakıma alındı.

Tartışma ve Sonuç:

Endovasküler aort anevrizma tamiri yapılan hastalarda eşlik eden yüksek komorbidite insidansı nedeniyle perioperatif yönetim oldukça önemlidir. Özellikle spinal iskemi açısından lomber spinal kateter ile basınç takibi ve BOS drenajı yapılmalı, hipotansiyondan kaçınılmalıdır; kontrast madde nefropatisi açısından hidrasyon, asist infüzyonu ve idrar çıkışının sağlanması; inme riski açısından serebral oksijen saturasyonu monitorize edilerek yakından takip edilmelidir. Anestezi uygulaması açık kalp cerrahisi ile aynı olmalı, en ciddi kardiyak cerrahi operasyonlarındaki gibi anestezi hazırlık ve takip yapılmalıdır.