

P-92**KARACİĞER SİROZLU CİDDİ MİTRAL
YETMEZLİĞİ OLAN OLGUDA
ANESTEZİ YÖNETİMİ**

AKSUN M, KARAHAN N, IŞIK Y,
PAMUKÇU N, ŞENER A, GÖKALP O,
GÜRBÜZ A

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

Giriş/Amaç:

Karaciğer sirozu (KCS) olan olgularda anestezi büyük risk taşımaktadır. 3 ay önce KCS tanısıyla transplantasyon kararı alınan ancak ciddi mitral yetmezliği nedeniyle önce mitral valv replasmanı (MVR) planlanan olgumuzda uyguladığımız anestezi yönetimini sunmayı hedefledik.

Olgu:

3-4 aydır nefes darlığı, halsizlik şikayeti olan hastada splenektomi ve GIS kanaması öyküsü vardı. Grade-1 hepatik ansefalopatisi, CHILD-B KCS olan olgunun başvurusunda ALT:30 U/L, AST:51 U/L, Alb:2.3 g/dL, total bil:3.3 mg/dL GGT:112 U/L, INR:1.41, PZ:15.6 sn saptandı. Endoskopide özefagus varisleri görüldü. Bunun için betabloker (dideral) başlandı ve kanama takibi önerildi. Ekosunda LVd:61 mm, LVs:38 mm, LA:48 mm, IVS:11 mm, Pw:11 mm, PAB:30 mmHg, EF:% 60, 3.o MY saptandı. EKG, puls-

oksimetre, invaziv TA, BİS ve TOF monitorizasyonu uygulandı. İndüksiyonda 0,04 mg remifentanil, 250 mg tiyopental verilerek TOF ölçümü yapıldı. 10 mg sisatrakuryumla entübasyon gerçekleştirildi. Santral venöz ve swanz-ganz kateter yerleştirildi. CVP:9 mmHg, PAB:18/5(mean:11)mmHg ölçüldü. İdamede remifentanil infüzyonu, %50 O2-hava karışımı içinde izofluran ve TOF'a göre sisatrakuryum uygulandı. Anestezi derinliği BİS'le değerlendirildi. KPB'da remifentanil, izofluran ve sisatrakuryumla balans anestezi uygulandı. KPB'da OAB 50-80 mmHg, pompa akımı 2-2.2 l/m2 arasında sürdürüldü. Kan gazı takipleri yapıldı. 38 dak. x-klemp, 101 dk. KPB süresi olan olguda, dopamin, dobutamin ve adrenalın desteğiyle KPB'tan çıkıldı. 2 ünite TPD uygulandı. KPB sonrasında OAB:73 mmHg, CVP:2 mmHg, OPAB:10 mmHg olarak saptandı. Postop ALT:31, AST:106, total bil:4.96, fibrinojen:114 mg/dL olarak saptandı. TDP, eritrosit, tam kan, trombosit uygulandı. Bilinci açılan, hemodinamik olarak inotrop desteğinde stabil olan olgu postop 2. saatte drenaj nedeniyle revizyona alındı. Cerrahi neden saptanmayan hastaya kriyopresipitat önerildi. 9. gün ex olan olguda en yüksek ALT:46, AST:150, total bil:27, INR:2.85, PT:31.3 olarak seyretti.

Tartışma/Sonuç:

KCS nedeniyle anestezi yönetimimizde buna yönelik önlemler aldık. Ancak drenaj nedeniyle revizyona engel olamadık. Bu hastada öncelikle MVR kararı alınmış olmakla birlikte, eş zamanlı KC transplantasyonu da yapılabilseydi belki mortalite önlenebilirdi. Ancak heparinizasyon ve KPB'ın etkileri göz önüne alındığında bunun başarısını kestirebilmek pek mümkün görünmemektedir.