



## **İleri Aort Yetmezlikli Hastada Femru Fraktürü Onarımında Anestezi Deneyimimiz: Olgu Sunumu**

Melike Kuvvet Bilen<sup>1</sup>, Özlem Sezen<sup>1</sup>, Selin Sağlam<sup>1</sup>, Ezgi Hatip<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Sbü Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

**Giriş :** Ciddi Aort Darlığı (AD) 5-6.dekat hastalığı olup perioperatif mortalite ve morbidite açısından iyi bilinmesi gereken bir risk faktördür. İleri AD (<1 cm<sup>2</sup> ve vücut yüzey alanının <0.6 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> olması) ve kalp dışı cerrahi uygulanacak hastalarda, girişimler hemodinamik monitorizasyon eşliğinde yapılmalıdır.

**Amaç :** Bu olguda vavüloplasti veya transkatater aort valv replasmanı yapılmadan önce non-kardiyak cerrahi geçirmesi gereken ileri hastaların yönetiminde, gerekli önlemler alınmasının ve yakın hemodinamik takibin önemine vurgu yapmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem :** ECMO (ekstrakorporeal membran oksijenasyonu) cihazı getirildi ve perfüzyonistler vaka boyunca müdahale etmek için hazırıldı. Defibrilatör hazır bulunduruldu. Hastanın enjeksiyon fraksiyonu %65, aort kapak alanı 0.59 cm<sup>2</sup>, max gradiyenti: 57 mmHg ölçüldü. İndüksiyon öncesinde 20 gauge (G) damaryolu açıldı ve brakial arter den 20 G branül ile invaziv tansiyon monitorizasyonu yapıldı. Giriş tansiyon değeri 159/85 (111) mmHg, sPo<sub>2</sub> %96, nabız 95 /dk olan hastanın hemodinamik olarak minimal etkilenmesi amacıyla opioid indüksiyonu tercih edildi. Fentanil 0,5 mcg/kg, midazolam 0,04 mg/kg , rokuronyum 0,6 mg/kg yapıldı. Entübe edildi ve hastaya steril ortam sağlanarak sağ internal juguler venden santral venöz kataterizasyon yapıldı. Perioperatif dengeli anestezi uygulandı ve ortalama arter basıncı 70 mmHg üzerinde tutuldu.

**Bulgular :** Hasta post-op entübe şekilde 112 ile geldiği merkezdeki koroner yoğun bakıma sevk edildi.

**Tartışma /Sonuç :** Aort stenozlu hastaların non kardiyak cerrahilerinde kardiyak arrest, infarktüs riskleri yüksek olduğundan anestezi uygulamasında preload ve diastolik doluma, sinüs ritminin korunmasına, hipotansiyon ve taşikardi gelişmemesine dikkat etmek gereklidir. Bu sebeple entübasyon için yeterli anestezi derinliğini sağlayan narkotik indüksiyonu çoklukla tercih edilir. Hemodinamik instabilite kolaylıkla arreste sebep olabilir ve spontan dolaşımın geri dönmesi zordur. Yüksek riskli hastalarda non-kardiyak cerrahi öncesinde TAVR (transkatater aort kapak replasmanı) veya valvüloplasti yapılması önerilmektedir.

### **Kaynakça :**

1. Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, Anker S, Bøtker HE, De Hert S, et al. for the joint task force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA) Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. European Heart Journal 2014;35:2383-2431.
2. Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, Barnason SA, Beckman JA, Bozkurt B, et al. for the Joint Task Force of ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery. Circulation 2014;130:2215-2245. <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.000000000000105>
3. Meltem Güner Can, Özgen Ilgaz Koçyiğit, Mehmet Bilhan Hayırlıoğlu, Muharrem Koçyiğit, Zeynep Kayhan, Preoperative Evaluation of The Patients with Cardiovascular Disease Undergoing Noncardiac Surgery, GKDA Derg 2018;24(1):16-22
4. R. W. Jordan ,1 G. S. Chahal,1 M. Davies,2 and K. Srinivas1” A Comparison of Mortality following Distal Femoral Fractures and Hip Fractures in an Elderly Population” 2014, Advances in Orthopedic Surgery