

## İnfektif Endokardit Sonrası Akut Aort ve Mitral Kapak Yetmezliğine Bağlı Plevral Efüzyon İçin Güvenli Anestezi Uygulaması

Onur Kumcu<sup>1</sup>, Arzu Açıklı<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hafsa Sultan Hastanesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Abd

**Giriş :** İnfektif endokardit sonrası akut aort ve mitral yetmezliği sıklıkla görülür.<sup>1</sup> Paravalvuler tutulum olması durumunda ileti bozuklukları görülebilir.<sup>2</sup>

**Amaç :** İnfektif endokardit sonrası ilerleyen aort yetmezliği, ani gelişen ileti bozukluğu ve mitral yetmezliği olan hastada anestezi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

### Gereç ve Yöntem :

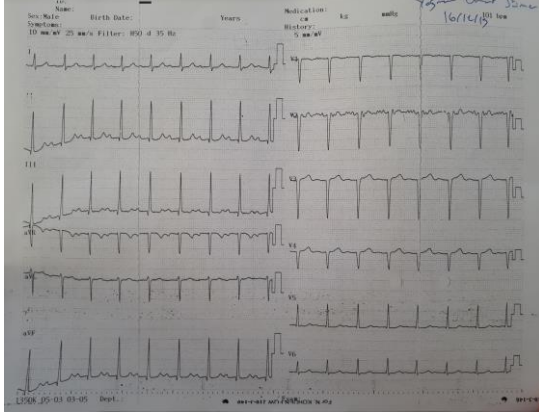
**Bulgular :** 11 yaşında kız hasta, akut bilateral plevral efüzyon nedeniyle acil tüp torakostomi planlanarak ameliyathaneye getirildi. Biküspit aortu ve 2. derece aort yetersizliği olan, elektif aort kapak replasmanı planlanan hasta, ateş etyolojisinin araştırılması için yatırılmış. Yatışının 3. haftasında ani öksürük, solunum sıkıntısı gelişen hastada akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyon gözlenmiş. Ekokardiyografisinde 3.-4. derece mitral ve 4. derece aort yetmezliği (nonkoroner küspis kalınlaşmasıyla birlikte) saptandı. Preoperatif elektrokardiyografisinde sinus taşikardisi (135/dk) ve yeni gelişen inkomplet sol dal bloğu gözlemlendi. Rutin kan tetkiklerinde lökositoz dışında patolojik bulgu bulunmamaktaydı. Premedikasyon uygulanmamış hastanın rutin monitörizasyonu sonrası kalp atım hızı (KAH) 142/dk, TA 111/51 mmHg, SpO2 %89 ölçüldü. Maske ile 10 lt/dk Oykkr23 inhalasyonu başlatıldı, anksiyolitik olarak intravenöz (İV) 1 mg midazolam uygulandı. Ajitasyonun gerilemesi üzerine İV 2 mg midazolam 50 µg fentanil eklendi ve %2 sevofloran inhalasyonuna yüz maskesiyle başlandı. Spontan solunum korunarak cerrahiye başlandı. İndüksiyon sonrasında KAH 115/dk TA: 93/34 mmHg'a geriledi. Perioperatif KAH 115-135/dk TA 90-110/34-51 mmHg arasında seyretti. Hasta operasyon sonrası yoğun bakım ünitesine devredildi.

**Tartışma /Sonuç :** İnkomplet sol dal bloğu ve sinüs taşikardisi olan ileri aort ve mitral yetmezlikli hastamızda regürjitasyonu artırmamak için düşük KAH ve yüksek arteriyel basınçtan kaçınıldı<sup>3</sup>, antiaritmik ilaçlar ve defibrilatör ani gelişebilecek taşiaritmi ve kardiyoversiyon ihtiyacına karşılık hazır bulunduruldu. Taşikardi ve hipertansiyona yol açabileceği endişesiyle ketaminykrk13, kontraktiletiyi kötüleştireceği için propofolykrk13 kullanılmadı. Entübasyona sempatik yanıtıkrk12 ve bu yanıtın baskılanması için verilecek hipnotik ve yüksek doz opioidler de hemodinamiyi iki zıt yönde bozacağı için ikisinden de kaçınarak cerrahi boyunca sevofloran inhalasyonunu yüz maskesiyle sağlandıkrk11 ve optimum hemodinamik aralıkta tutuldu. Sonuç Aort ve mitral yetmezlikli olgularda regürjitasyondan sakınmak için uygun ilaç seçimi ve titrasyonu önemlidir. Oluşabilecek aritmilere karşı gerekli hazırlıklar yapılmalıdır.

### Per op Monitör Görüntüsü



## EKG 1



İnfektif Endokardit gelişmeden önceki EKG görüntüsü

## EKG 2



İnfektif Endokardit ve İnkomplet Sol Dal Bloğu gelişmesi sonrası EKG görüntüsü

### **Kaynakça :**

1. Murdoch DR, Corey GR, Hoen B, et al, and the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study (ICE-PCS) Investigators. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study. Arch Intern Med 2009; 169: 463–73.
2. Meine TJ, Nettles RE, Anderson DJ, et al. Cardiac conduction abnormalities in endocarditis defined by the Duke criteria. Am Heart J 2001; 142: 280–85
3. Mitnacht, A. J, Fanshawe, M., & Konstadt, S. (2008). Anesthetic Considerations in the Patient With Valvular Heart Disease Undergoing Noncardiac Surgery. Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, 12(1), 33–59.
4. Butterworth JF, Mackey DC, Wasnick JD. Intravenous Anesthetics. Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology. 6th Edition. New York: McGraw Hill Medical; 2018. p. 140-162.
5. Caro DA, Bush S. Pretreatment Agents. In: Walls RM, Murphy MF, Manual Of Emergency Airway Management. 4th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 233-40.
6. Hudson E A, Herold K F, Jemmings, Jr H C. Pharmacology of Inhaled Anesthetics. In: Hemmings HC, Egan TD, Pharmacology and Physiology for Anesthesia: Foundations and Clinical Application. 1st Edition. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013. p. 159-79