

## Bölüm 2

# PREOPERATİF DEĞERLENDİRME

Serkan TÜRKİLİ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Ameliyat öncesi öykü ve fizik muayene çok önemlidir. Özellikle kanama hastalıkları, kalp, akciğer ve böbrek yetmezlikleri ve sistemik hastalıklar operasyon öncesi detaylı değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi gerekli laboratuvar, radyolojik görüntüleme yöntemleri ve anestezi muayenesi yapılarak cerrahi yaklaşımı etkileyebilecek ya da ertelenmesini zorunlu kılacak durumlar belirlenmelidir. Asemptomatik hastalarda laboratuvar testlerinde anormallik saptanma insidansı düşük olduğundan, 50 yaş altında rutin laboratuvar testleri önerilmemektedir. Sağlıklı pediatrik yaş grubunda minör cerrahi işlemlerde laboratuvar testleri gerekmemektedir. Çocuk doğurma yaş grubunda olan tüm hastalarda gebelik testleri yaptırılmalı, gebelik olması halinde elektif cerrahi girişimler ertelenmelidir. Fakat riskli gruptaki hastalar ve tıbbi sorunları olan hastalar detaylı araştırmalar gereklidir (1).

### AMELİYAT ÖNCESİ BESLENME

Protein-kalori yetersizliği immunsupresyon, yara iyileşmesinde gecikme, hastanede kalım süresinde uzama, hastane maliyetlerde artış ve yüksek mortaliteyle sonuçlanmaktadır. Cerrahi tedavi görecektir bir hastada hafif-orta malnütrisyon 6 ay içinde, vücut ağırlığının %12 kaybedilmesi olarak tanımlanır. Ağır malnütrisyon %12'den fazla kayıp, serum albümin düzeyinin 3 g/dl'den düşük olması, serum prealbumin düzeyinin 5 mg/dl'den

düşük olması, serum transferin düzeyinin 200mg/dl'den düşük olması ve immün fonksiyonda azalmaya neden olacak şekilde total lenfosit sayısının 900 mm<sup>3</sup>'ün altında olmasıdır (2).

Hafif ve orta düzey malnütrisyonunda otolarinolojisi operasyonları yapılabilirken, ağır malnütrisyonunda elektif cerrahi öncesi 10 gün beslenme desteği yapılmalıdır. Günlük kalori ihtiyacı Harris-Benedict skalası ile hesaplanabilir. Replasman tedavileri intravenöz (IV) beslenme ya da nazogastrik tüp uygulaması şeklinde gerçekleştirilir. Nazogastrik beslenme, total parenteral beslenmeye göre daha güvenli ve daha doğal olduğundan tercih edilmelidir. Nazogastrik tüp ile beslenme sırasında diyare, kusma ve aspirasyon sık görülen komplikasyonlardır. Diyetisyene danışılarak solüsyonun tipi ve verilme hızı belirlenmelidir. Uzun dönemli nutrisyonel destek gereken hastalarda perkütan endoskopik gastrostomi tatbiki yapılmalıdır. Kardiyak ritim bozuklukları, glukoz intoleransı, hipofosfatemi, hipokalemi, hipomagnezemi ve aşırı sıvı yüklenmesine bağlı konjestif kalp yetmezliği gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (3).

Total parenteral beslenme, santral venöz kateter açılarak uygulanır. Periferik damardan yerleştirilen santral kateter en uygun yoldur. TPN verilirken hasta monitörize edilerek vital bulgular ve glukoz düzeyi takip edilmelidir. Kateter bölgesi enfeksiyon riski nedeniyle kateter bakımı sık sık yapılmalıdır. TPN uygulaması operasyon gününe kadar verilip hiperglisemi riski nedeniyle post-

<sup>1</sup> Uzm. Dr. SerkanTürkili Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi serturkili@gmail.com

rolit bozuklukları nöbetlere neden olabilir. Santral sinir sistemi enfeksiyonları, kafa içi kanama durumları, kafa travması, iskemik tablolar, hipotansiyon, bazı ilaç ve toksinler nöbetleri tetikleyebilir.

Status epileptikus 30 dakikadan uzun süren tekrarlayan nöbetlerle karakterize bir acil durumdur. Bu durum asidoz, hipotansiyon, hipoglisemi, santral ve kardiyak disfonksiyona neden olmaktadır. Asıl amaç nöbetin sonlandırılması, hava yolu açıklığının sağlanması ve operasyon sahasının korunmasıdır. Daha sonra etiyoloji araştırılmalıdır. Tedavide benzodiazepinler, fenitoin ve barbituratlar kullanılmaktadır.

## GENEL KONULAR

### Postoperatif Ateş

Vücut ısı merkezi anterior hipotalamus tadır. Santral hasarlarda bu bölge hasarlanırsa termoregülasyon merkezi bozularak ısı üretimi artmaktadır. Bir diğer nedende enfeksiyonda erken fazda salınan sitokinler bu merkezi etkileyebilir. Enfeksiyöz nedenler 2.günden sonra başlamasına rağmen, non-enfeksiyöz nedenler daha erken başlamaktadır. Vücut ısısının 38.5°C derecenin üstünde olması durumudur.

Öncelikli olarak yara yeri enfeksiyonu ve damar yollarında flebit açısından değerlendirilmelidir. Odak bulunamıyorsa kan tablosu, idrar tahlili, yara yerinden gram boyama ve kültür alınması, akciğer grafisi çekilmeli ve damar yolları değiştirilmelidir. Bir odak bulunamıyorsa tedavi vücut ısısını düşürmeye yönelik sürdürülmelidir. 39°C derecenin üstündeki değerler metabolik tabloyu bozabilir. Bu nedenle antipiretikler ile ısı düşürülmelidir.

### Malign Hipertermi

Tedavi edilmez ise öldürücü bir tablodur. Ailesel bir yatkınlık olduğundan anamnez ile değerlendirilmelidir.

İskelet kaslarından anormal kalsiyum salınımına bağlı kontraksiyon ve ısı artışı olmaktadır. Halotan ve süksinilkolin gibi inhalasyon ajanlara karşı hassastırlar. Dantrolen sodyum tedavi ajanıdır (11).

### Postoperatif Ağrı

Postoperatif ağrı yan etkilerden kaçınma ve ba-

ğımlılık endişesi ile yeterince tedavi edilmemektedir. Hastaya yapılacak girişimlerin anlatılması anksiyeteyi ve dolayısı ile ağrıyı azaltmaktadır. Postoperatif ağrı tedavisinde opioidler önemlidir. Morfin ileri derecede ağrıda tercih edilmektedir. Etkin tedavi en erken IV yolla sistemik opioidler ile olmaktadır. En çok korkulan yan etki daha çok ileri yaşlarda ortaya çıkan solunum depresyonudur. Tedavide naloksan kullanılır.

Tedavide non-opiod ilaçlarda kullanılmaktadır. En çok önerilen asetaminofendir. Karaciğer toksisitesi nedeniyle günde 4 gramı geçmemelidir. NSAİ, antipiretik ve trombosit fonksiyonlarını bozmaktadır. KBB operasyonlarında ameliyat sahasında kanama riski düşükse kullanılmaktadır. İleri derecede ağrılarda algolojik onsültasyonu düşünülebilir.

### Bağımlı Hastalarda Cerrahi

Alkol bağımlılarında alkol almadığı dönemde alkol yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Eğer tedavi edilmezse yoksunluktan 2-3 gün sonra ortaya çıkan deliryum tremens ortaya çıkmaktadır. Major bir cerrahi geçiren hastada böyle bir komplikasyon çok ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Alkol yoksunluğunda %10 deliryum tremens görülmektedir. Bu hastalarda ajitasyon, dezoryantasyon, halüsinasyon, ateş ve taşikardi görülmektedir. Mortalite %15 oranında görülür. Tedavide klordiazopoksit kullanılır. Alkolik hastalarda hemostaz da trombosit fonksiyonlarında azalmaya bağlı bozulmaktadır.

## SONUÇ

Sonuç olarak asemptomatik 50 yaş altında laboratuvar inceleme gerekmezken, adli vakalar, gebelik, majör cerrahi öncesi, semptomatik bireylerde preoperatif laboratuvar inceleme önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** İmmüsupresyon, protein kalori yetersizliği, malnütrisyon, haris benedictskalası, glukozintoleransı

## KAYNAKÇA

1. Pasternak LR. Preoperative laboratory testing: general issues and considerations. Anesthesiol Clin North Am 2004;86: 731-748.
2. Smedley F, Bowling T, Stokes E, et al. Randomize dclinical trial of the effects of preoperative and postoperative oral nutritional supplements on clinical course and cost

- of care. Br J Surg 2004; 91:983-990
3. Bailey B.J, Johnson J.T, (2011) Head&NeckSurgery – Otolaryngology (Fourthedit).Philadelphia, United States. Lippincott Williams &Wilkins
  4. Handlin RI. Disorders of coagulation and hemostasis. In:Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al.,eds. Harrison'sprinciples of internal medicine online. New York: McGraw-Hill,2004.Online: harrisons.accessmedicine.com
  5. Bartlett RH, Rich PB. Endocrine problems.In: Souba WW, editorchairman. ACS surgeryonline.New York: AmericanCollege of Surgeons/WebMD Publishing,2004. Online:www.acssurgery.com
  6. Handlin RI. Disorders of coagulation and hemostasis. In:Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et all. ,eds. Harrison'sprinciples of internalmedicineonline. New York: McGraw-Hill,2004.Online: harrisons.accessmedicine.com
  7. SchwartzGL,ShepsSG.Hypertension.In:SaleDC,ed.ACP-medicine (Sci Am Med). New York:AmericanCollege of Physicians/WebMD Publishing,2004.Online:www.acp-medicine.com
  8. ScwartzGL,ShepsSG.Hipertension.In:DaleDC,ed.ACP-medicine (Sci Am Med).New York:AmericanCollege of Physicians/WebMD Publishing,2004. Online:www.acp-medicine.com.
  9. Stafford RE,CairnsBA.Renalfailure.InSoubaWW,ed. ACSsurgery online. New York: AmericanCollege of surgeons/WebMD Publishing,2004. Online:www.acpsurgery.com
  10. ShaverMJ,Shah SV. Acu teren alfailure.In: DaleDC,ed. ACP medicine (Sci Am Med).New York:AmericanCollege of Physicians/WebMD Publishing,2004. Online:www.acpmedicine.com
  11. Green DW, Hotchiss RS. Anesthesia.In: Dougherty GM, LowneyJK,MasonJE,et al.,eds.Washington manuel of surgery. Philadelphia:Lippincott Williams &Wilkins, 2002:83-98