

Bölüm 50

GEBELİK VE CERRAHİ

Hakan AYGÜN¹
Abdullah İNAL²

GİRİŞ

Gebelik sırasında obstetrik olmayan nedenlere bağlı cerrahi girişimler pek nadir değildir. Tüm gebeliklerin %0,75-2'sinde görülür (1). En sık yapılan cerrahiler appendektomi ve kolesistektomi ile intraabdominal cerrahilerdir (%45) ve bunları ortopedik girişimler (%24) takip eder (2). Gebelik sırasına yapılacak cerrahi işlemlerden teratogenez, düşük ve preterm doğum riski nedeniyle genellikle çekinilir. Cerrahi öncesi ve sonrasında gerekli olabilecek tanınan riskler ve ek medikasyonların yaratacağı potansiyel ilave riskler bu çekincelere ilave olur. Gebelik sırasında yapılan cerrahinin ilk trimesterde fetal kayıp ve teratogenez, üçüncü trimesterde preterm doğum riskini artırdığı klasik bir bilgidir. Ancak bu geleneksel çekincelere bazı nedenlerle kuşkuyla yaklaşmak gerekir. Öncelikle bu riskleri tanımlayan çalışmaların çoğu oldukça eskidir ve on yıllar öncesinin tanı, cerrahi teknik ve maternal-fetal perioperatif bakım şartlarını temsil ederler. Genellikle farklı risk gruplarına sahip birbirinden çok farklı cerrahi işlemler geçiren hastalar tek sonuç altında toplanmıştır. Maternal-fetal olumsuz sonuçların cerrahinin kendisinden mi yoksa cerrahi işlem gerektiren hastalığın bir sonucu mu olduğu iyi değerlendirilmemiş ve uygun bir kontrol grubuyla karşılaştırılmamıştır. Kozmetik cerrahi dışında tüm cerrahi işlemler tıbbi bir gereksinimden ötürü yapılır ve bu tıbbi durumların kendisi de gebeliği komplike edebilir.

“American Congress of Obstetrics and Gynecology”nin 2011 yılı görüşünde belirttiği gibi gebe hastanın izlemi obstetrisyen, cerrah, anesteziyist ve neonatolog tarafından koordine biçimde yürütülmesi ve anne veya fetüsün gereksinimlerine göre izlem modifiye edilmelidir. Cerrahi kararı verilirken anne, fetüs, altta yatan hastalık ve diğer riskler birlikte tartılmalı, cerrahiden kaçınılırken cerrahi gerektiren hastalığın tedavisinin ertelenmesinden doğan riskler göz ardı edilmemelidir.

GEBELİKTE GÖRÜLEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Kardiyovasküler sistem

Uterusun genişlemesi ve artan intra-abdominal basınç ile gebelikte diafragma yukarı itilir, kostalar şekil değiştirir. Kalbin rotasyonu ve laterale kaymasıyla birlikte direkt grafilere yanıltıcı bir kardiyomegali görüntüsü oluşur. Plasental hormonların etkisinden kaynaklanan eritropoez ile eritrosit miktarı %20-30 artış gösterir. Ancak kan hacmindeki yaklaşık %40-50 artış ile fonksiyonel hemodilüsyon ile fizyolojik anemi ortaya çıkar. Bu yüzden gebelik hipervolemik bir durumdur. Kalpte eksantrik hipertrofi gelişir. Maternal kalp atımı %20 kadar artabilir. Volüm artışı ve artan nabız ile birlikte artan strok volümüyle birlikte kardiyak output %30-50 artış gösterir. Ancak sistemik vasküler rezistanstaki %20 kadar düşüş ile sistolik ve diastolik kan basıncı terme doğru normale yaklaşmakla

¹ Anestezi ve reanimasyon uzmanı, Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi, İzmir, draygunhakan@gmail.com

² Genel cerrahi uzmanı, Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi, İzmir, abdullahinal@gmail.com

blok, ilioinguinal ve iliohipogastrik sinir bloğu, erector spinae plane bloğu gebenin obstetrik ve non-obstetrik cerrahisi sonrası postoperatif ağrı palyasyonunda etkilidir. (20,21) Yarar zarar ilişkisi düşünülerek gebe ve fetüs için en iyisinin planlanmasının yapılması gerekmektedir.

SONUÇ

Mevcut kanıtlar eşliğinde gebelik sırasında yapılan cerrahi gebelik kaybı ve erken doğum için anlamlı risk artışı yaratmamaktadır. Preoperatif tanı yöntemleri ve rutin kullanılan anestezi ajanları da ciddi teratojenik riski gösterilmemiştir. Maternal hipotansiyon ve hipoksi bulunmadığı sürece uygun preoperatif ve perioperatif izlem, cerrahi ve anestezi yöntemlerin doğru uyarlanması ile minimal fetal ve maternal riskle cerrahi yürütülebilir. Gebeliğin hiçbir döneminde elektif cerrahiye yer yoktur. Ancak altta yatan hastalıklar cerrahi tedavi gerektirdiğinde uygunsuz biçimde cerrahiden kaçınmanın hem anne hem de fetüs için olumsuz sonuçlar yaratabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: gebede non-obstetrik cerrahi, gebelik anestezisi, gebede cerrahi fizyoloji

Kaynakça

- Balinskaite V, Bottle A, Sodhi V, et al. The risk of adverse pregnancy outcomes following nonobstetric surgery during pregnancy: estimates from a retrospective cohort study of 6.5 million pregnancies. *Ann Surg* 2016;266:260-6.
- Huang SY, Lo PH, Liu WM, et al. Outcomes after nonobstetric surgery in pregnant patients: a nationwide study. *Mayo Clin Proc* 2016;91:1166-72.
- Gabbe SG, Niebyl JR, Galan HL. *Obstetrics: normal and problem pregnancies* Elsevier Health Sciences; 2012.
- Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy and lactation. Committee Opinion No. 723. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e210-6.
- Tremblay E, Thérèse E, Thomassin-Naggara I, Trop I. Quality initiatives: guidelines for use of medical imaging during pregnancy and lactation. *Radiographics* 2012;32:897-911.
- Romero R, Sibai BM, Sanchez-Ramos L, et al. An oxytocin receptor antagonist (atosiban) in the treatment of preterm labor: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial with tocolytic rescue. *Am J Obstet Gynecol*.2000 May;182(5):1173-83.
- Kuczowski KM. Nonobstetric surgery during pregnancy: What are the risks of anesthesia? *CME Review Article Obstet Gynecol Survey* 2003;59:52-6. <http://dx.doi.org/10.1097/01.OGX.0000103191.73078.5F>
- Goodman S. Anesthesia for nonobstetric surgery in the pregnant patient. *Semin Perinatol* 2002;26:136-45. <http://dx.doi.org/10.1053/sper.2002.32203> Pmid:12005471
- Mattison DR. Drug Effects on fetus. In: Rayburn WF, Zuspan FP, ed. *Drug Therapy in Obstetrics and Gynecology*. Third Edition. Mosby, 1992; 13-31
- Cheek TG, Baird E. Anesthesia for nonobstetric surgery: maternal and fetal considerations. *Clin Obstet Gynecol* 2009;52:535-45. <http://dx.doi.org/10.1097/GRF.0b013e-3181c11f60> Pmid:20393407
- Van de Welde M. Nonobstetric surgery during pregnancy. In: Chestnut's *Obstetric Anesthesia Practice and Principles*, 4th ed., Philadelphia: Mosby Elsevier, 2009; 337-60.
- Carvalho B. Nonobstetric surgery during pregnancy. *IARS Review Course Lectures* 2006; 23-30.
- Tsen LC, Pitner R, Camann WR et al. General anesthesia for cesarean section at a tertiary care hospital 1990-1995: Indications and implications. *Int J Obstetric Anesth* 7:147-152, 1998
- Rout CC, Rocke DA, Levin J, et al: A reevaluation of the role of crystalloid preload in the prevention of hypotension associated with spinal anesthesia for elective cesarean section. *Anesthesiology* 1993; 79: 262-269.
- Wilson B, Burt B, Baker B, et al. Fetal heart rate monitoring during surgical correction of spontaneous pneumothorax during pregnancy: lessons in in utero resuscitation. *Obstet Gynecol* 2016;127:136-8.
- Elassy SM, Elmidany AA, Elbawab HY, et al. Urgent cardiac surgery during pregnancy: a continuous challenge. *Ann Thorac Surg* 2014;97:1624-9.
- John AS, Gurley E, Schaff HV, et al. Cardiopulmonary bypass during pregnancy. *Ann Thorac Surg* 2011;91:1191-6.
- Pearl JP, Price RR, Tonkin AE, et al. SAGES guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy. *Surg Endosc* 2017;31:3767-82.
- Pearl J, Price R, Richardson W, et al; Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy. *Surg Endosc* 2011;25:3479-92.
- Aygun H, Thomas DT, Tulgar S. Comment to Santonastaso et al. 'J Clin Anesth 2019; 58: 45-46' and report of erector spinae plane block series in caesarean delivery patients. *J Clin Anesth* 2019 Aug 16;60:4-5
- Negi C, Dash HH, Singh B. A Case Report of Paravertebral Block: A Safe Alternative for Microdiscectomy in a Pregnant Patient. *A A Pract*. 2019 May 15;12(10):349-351