

Bölüm 58

İLERİ MİTRAL DARLIĞI VE PULMONER HİPERTANSİYONU OLAN GEBENİN ACİL SEZERYAN VE MİTRAL KAPAK REPLASMANI AMELİYATLARINDAKİ ANESTEZİ YÖNETİMİ

İpek BOSTANCI⁷²

GİRİŞ

Mitral Darlık

Gelişmiş ülkelerde kalp kapak hastalıkları; koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği ve hipertansiyondan daha az sıklıkla görülmeyle birlikte, halen önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir. Mitral darlık sıklıkla akut romatizmal ateşin geç bir komplikasyonu olarak gelişir. Kadınlarda görülme sıklığı daha fazladır. Romatizmal ateş pankardite neden olmakla birlikte, uzun dönem sekelleri kapakları etkileyecek düzeyde endokardiyumla sınırlanmıştır. Romatizmal ateşi takiben mitral darlığı gelişimi en az iki yıllık bir süre sonrasında olur. Ancak hastalar genellikle iki dekat boyunca asemptomatiktirler. Semptomlar yaşamlarının üçüncü ya da dördüncü dekatlarında belirginleşir. Kapak darlığındaki ilerleme, gelişmiş ülkelerde biraz daha hızlı seyretmektedir. Romatizmal ateş sonrasında oluşan kronik kapak sekeli, devam eden romatizmal ateş ya da romatizmal sürecin başlattığı bir türbülant akımın sonucunda olabileceği düşünülmektedir. Bu sürecin kapak yaprakçıklarında kalınlaşma ve kalsifikasyona yol açması sonucunda, mitral kommisürler yapışır, kordlar yapışır ve kısalır ve kapak uçları rijit hale gelir. Romatizmal ateş sonucu mitral kapak tutulumu olan hastaların; yaklaşık %30'unda kommisuralar, %15'inde kuspisler, %15'ine kordalarda ve geri kalanında da combine tutulum gözlenmektedir. Patofizyolojideki bu farklılık farklı fonksiyonel bozukluklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ciddi mitral darlık tedavi edilmediğinde; sol atrium basınçları ve boyutlarında ve pulmoner vasküler basınçlarda artışa, at-

⁷² Uzman Doktor, Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, dripekboztanci@gmail.com

organların fonksiyon ve/veya perfüzyon takiplerinin de yapılabilmesi, intraoperatif yaşanabilecek olumsuz durumların organları ne kadar etkilediği hakkında bilgi vererek erken önlem alınmasını, dolayısıyla ameliyat sonrası komplikasyonların azaltılmasına ve iyileşmeye katkıda bulunacaktır (Şekil 1).

Kardiyak cerrahide peroperatif olarak TEE kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Temel olarak anestezi indüksiyonu sonrası, kalp akciğer pompasına girilmeden önce ve pompa çıkışı değerlendirilir. TEE cerrahi ekibe yetersiz onarımları düzeltme, hasta ameliyat odasından ayrılmadan önce cerrahi komplikasyonları düzeltme olasılığı tanınmaktadır. (7)

Sonuç olarak yüksek kardiyak riske sahip hastaların özellikle gebelik gibi özellikli durumlarının da takip ve tedavileri, mutlak üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ve multidisipliner yaklaşım ile yapılmalıdır. Günümüzde yüksek riskli cerrahiler ve hastalar ile daha sıklıkla karşılaştığımızdan, gereklilik halinde ilgili spesifik monitorizasyon yöntemlerinden faydalanılmalıdır. Anestezi derinliği ve de bölgesel yüzeyel oksijen saturasyonu ölçen cihazlar, noninvaziv olması, aralıksız veri iletmesi ve de hastaya normal dışı değerlerde daha erken müdahale şansı vermesi gibi avantajları mevcuttur. Yüksek riskli hastalarda daha iyi bir serebral perfüzyon takibi yapılmasını ve de hipotansiyon gibi anestezinin yüzeyelleşebildiği durumları yansıtarak intraoperatif farkındalık gibi durumları önlemeyi sağlar. Ayrıca peroperatif TEE kullanımı ile yüksek riskli hasta grubunda daha sağlıklı bir kardiyak değerlendirme yapmamız olanak vermektedir. Tüm monitorizasyon yöntemlerinden elde ettiğimiz verilerin uygun şekilde değerlendirilmesi ve de multidisipliner yaklaşım ile yüksek kardiyak riskli hasta gruplarında mortalite ve morbiditeyi azaltmaya yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. El-Maraghy M, Senna IA, El-Tehewy F et al. Mitral valvotomy in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1983; 145: 708-710
2. Weiss BM, von Segesser LK, Alon E et al. Outcome of cardiovascular surgery and pregnancy: asystemic review of the period 1984-1996 Am J Obstet Gynecol 1998;179:1643-1653
3. Warnes CA, Williams RG, Bashore TM et al. ACC/AHA 2008 Guidelines for the Managements of Adults with Congenital Heart Disease:Executive summary: a report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2008; 118:2395-2451.
4. Vahanian A, Baumgartner H, Bax J et al. Guidelines on the management of valvular heart disease: the Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2007;28:230-268
5. Hameed A, Karaalp IS, Tummala PP et al. The effect of valvular heart disease on maternal and fetal outcome of pregnancy. J Am Coll Cardiol 2001;37:893- 899.
6. Bedard E, Dimopoulos K, Gatzoulis MA. Has there been any progress made on pregnancy outcomes among women with pulmonary arterial hypertension? Eur Heart J 2009;30:256-265.
7. Karadeniz Ü. Transtorasik ekokardiyografi. Ed. Aslı Dönmez. Kalp ve Anestezi . Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği Bilimsel Kurulları Kitapları Serisi. 2015.p.97-120