

GEBELİKTE PREOPERATİF HAZIRLIK

8. BÖLÜM

Duygu DEMİRÖZ ASLAN¹

GİRİŞ

Anestezi uygulanacak hastalarda preoperatif değerlendirmede asıl amaç; perioperatif morbiditeyi azaltıp hastanın hayati fonksiyonlarının daha hızlı dönmelerini sağlamaktır. Ayrıca bu değerlendirme ile ameliyathanenin etkin kullanılmasını sağlayarak hastane masraflarının azalmasına da katkıda bulunmaktadır.

Preoperatif değerlendirmede anestezi uzmanı temel rol oynamaktadır. Preoperatif değerlendirme⁽¹⁾ de hastanın fizik muayenesi, önceki anestezi deneyimleri, tıbbi kayıtlar ve tedavileri incelenerek perioperatif riskler değerlendirilir, anestezi için gereken testler ve konsültasyonlar istenerek, anestezi için bir plan yapılarak, anestezi riskleri hakkında hasta bilgilendirilip onam alınır.

Gebeler genç ve sağlıklı bireyler olmalarına karşın; gebelik ve gebelik öncesi hastalıkların bu dönemde şiddetlenmesine bağlı anesteziye ve cerrahiye bağlı morbidite ve mortalite artmıştır⁽²⁾. Gebelik döneminde⁽³⁾ % 1 – 2 oranında doğumla ilgili olmayan cerrahi yapılmaktadır. Gebelerde solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve gastrointestinal sistemde meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlı olarak anestezi yaklaşım diğer hastalardan farklılık göstermektedir⁽⁴⁾.

GEBELİKTE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Gebelik fizyolojik değişiklikleri hemen hemen tüm sistemlerde meydana gelir⁽⁵⁻⁶⁾.

1.1. Kardiyovasküler sistem: Gebelik sırasında kardiyak output (CO) önemli ölçüde artar. CO ilk trimesterin sonunda bazal değer % 35'i kadar artar ve bu artış 30 -32. gebelik haftalarında sol lateral dekübit pozisyonunda %50'ye kadar ulaşır. Sistemik vasküler direnç ve kan basıncı azalır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji AD drduygudemiroz@hotmail.com

tespit etmek ve tedavisini yapmayı amaçlamaktadır. Birçok klinikte beyaz küre, hemoglobin, hematokrit, serum elektrolitleri, açlık kan şekeri, kan üresi, kan grubu, akciğer grafisi ve solunum problemleri varsa akciğer fonksiyon testleri ameliyat öncesi değerlendirme için gerekli kabul edilmektedir⁽¹⁾.

Hasta 40 yaş üzerinde ise elektrokardiografi istenmesi, geçirilmiş hepatit öyküsü veya şüphesi varsa karaciğer fonksiyon testlerinin bakılması önerilmektedir. Fakat bazı kaynaklar yaş sınırını erkekler için 50 kadınlar için 60 olarak önermektedir. Bilinen ek hastalık varlığında ileri tetkik istenebilir⁽²⁷⁾. Gebelerde ; Hemoglobin düzeyi, koagülasyon testleri, elektrolitlerin bakılması önerilmektedir.

2.6. Antibiyotik Profilaksisi

Gebelerde⁽²⁵⁾ penisilinler, sefalosporinler, eritromisin (estolat hariç), azitromisin ve klindamisin güvenlik profili iyi olan antibiyotiklerdir. Aminoglikozitler fetal ve maternal ototoksisite ve nefrotoksisite ve ototoksisite riski taşırlar. Tetrasiklinlerin kemik gelişimini baskılaması ve dişlerin lekelenmesi ile ilişkili olması nedeniyle gebelik sırasında kaçınılmıştır. Florokinolonlar deneysel çalışmalarda kıkırdak gelişimini etkilediği gösterilmiştir.

2.7. Anksiyoliz

Katekolaminlerin uterus kan akışını azaltabileceğinden anksiyetesi yüksek gebe hastalarda doğum yakın zamanda olmayacaksa anksiyolitik ilaçlar gerekebilir.

SONUÇ

Gebelerde solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve gastrointestinal sistem de fizyolojik değişiklikler olmaktadır. Bu değişim anestezi yaklaşımı değiştirmektedir. Preoperatif değerlendirme maternal ve fetal morbiditeyi ve mortaliteyi azaltmakta ve anestezi yaklaşımına yön vermede oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

1. American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice advisory for preanesthesia evaluation. *Anesthesiol.* 2012;116:1-17.
2. Munnur U, de Boisblanc B, Suresh MS. Airway problems in pregnancy. *Crit Care Med.* 2005;33:259-268.
3. Crowhurst JA. *Acta Anaesthesiol Belg.* 2002;53:295-297.
4. Günaydın B. Gebenin Gebeliği ile İlgili Olmayan Cerrahi Girişimlerinde Anestezi Yönetimi. *J Turk Anaesth Int Care.* 2012;40:1-10.
5. Gaiser R. Physiologic changes of pregnancy. In: Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th, Chestnut DH, Polley LS, Tsen LC, Wong CA (Eds), Mosby, Philadelphia. 2009;24.

6. Reitman, E., & Flood P. Anaesthetic considerations for non-obstetric surgery during pregnancy. *British Journal of Anaesthesia*. 2011;107:172–178.
7. Hong JY, Park JW, Oh JI. Comparison of preoperative gastric contents and serum gastrin concentrations in pregnant and nonpregnant women. *J Clin Anesth*. 2005;17:451.
8. Gin T, Chan MT. Decreased minimum alveolar concentration of isoflurane in pregnant humans. *Anesthesiology*. 1994;81:829.
9. ACOG Committee Opinion No. 474: Nonobstetric surgery during pregnancy. ACOG Committee on Obstetric Practice. *Obstetrics and Gynecology*. 2011;117:420-421.
10. Burlingame B Pregnant patients undergoing surgery. *AORN Journa*. 2009;89:405-406.
11. Boisseau L. Care of pregnant patients undergoing nonobstetric surgery. *AORN Journal*. 201;96:635-646.
12. Fletcher HR, Milhoan LH, Evans K et al. Patients with aortic stenosis: who should undergo noncardiac surgery in a rural hospital? *J Perianesth Nurs*. 2013;28:368–376.
13. *Türk Kardiyol Dern Arş 2015, Suppl. 3*
14. Hidano G, Uezono S, Terui K. A retrospective survey of adverse maternal and neonatal outcomes for parturients with congenital heart disease. *Int J Obs Anesthesia*.2011;20:229-35.
15. Bhatla N, Lal S, Behera G, Kriplani A, Mittal S, Agarwal N, et al. Cardiac disease in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;82:153-159.
16. The criteria committee of the New York Heart Association. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels, 6th ed. Boston, MA:Little, Brown&Co. 1994.
17. Kuczkowski KM, Reisner LS, Benumof JI. The difficult airway: Risk, prophylaxis and management. In Chestnut DH ed. *Obstetric Anesthesia Principles and Practice*. 3th Edition. Mosby Inc 2004;535-562.
18. Hegberg CA. *Handbook of Difficult Airway Management*. Philedelphia, Churchill Livingstone. 2000;301-318.
19. Harmer M. Difficult and failed intubation in obstetrics. *Int J Obstetr Anesth*. 1997;6:25- 31.
20. Smetana GW, Lawrence VA, Cornell JE, Amerikan Doktorlar Koleji. Kardiyotorasik olmayan cerrahi için preoperatif pulmoner risk sınıflandırması: American College of Physicians için sistematik inceleme. *Ann Intern Med* 2006;144:581.
21. Canet J, Mazo V. Postoperatif pulmoner komplikasyonlar. *Minerva Anestesiol*. 2010;76:138.
22. Macfie AG, Magides AD, Richmond MN, Reilly CS. Gastric emptying in pregnancy. *Br J Anaesth* 1991;67:54–7.
23. Loubert C, Fernando R. Cesarean delivery in the obese parturient: anesthetic considerations. *Womens Health*. 2011;7:163-179.
24. Hawkins JI, Arens JF, Bucklin BA. Practice guidelines for obstetric anesthesia. An updated report by the American Society of Anesthesiologist Task Force on obstetric anesthesia. *Anesthesiology*. 2007;106:843-863.
25. Upadya M and Saneesh PJ . *Indian J Anaesth*. 2016;60:234–241.
26. Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ, editors. Preoperatif değerlendirme, premedikasyon, preoperatif belgelendirme. In: *Clinical Anesthesiology 5 th ed*. International Edition: Lange Medical Books. 2015; 295-307.
27. McCleane GJ, McCoy E. Routine pre-operative electrocardiography. *Br-J-Clin-Pract*. 1990; 44:47.