

Organ nakilleri 1960 yılının başlarından itibaren tüm dünyada yapılmaya başlanmıştır. Cerrahi tekniklerin ve immunsupresan ilaçların gelişmesiyle birlikte organ greftlerinin ve hastaların yaşam süreleri uzamıştır. Bununla birlikte organ nakillerinde anestezi teknikleri de gelişmektedir.

BÖBREK NAKLİNDE ANESTEZİ YÖNETİMİ

Böbrek nakilleri tüm dünyada en sık yapılan organ nakilleridir. Progresif böbrek hastalıklarının son dönem böbrek yetmezliği'ne (SDBY) geri dönüşümsüz olarak ilerlemesi ile üremi görülür ve hemodiyaliz ihtiyacı olur. Bu hastaların tedavi yönetimleri hemodiyaliz ile yıllarca sağlanabilse de mortaliteleri yüksektir ve nakil bu hastalarda en etkin tedavi yöntemidir. Diyabet, kronik glomerulonefrit, polikistik böbrek hastalığı, hipertansif nefrosklerozis en sık endikasyonlardır. Aynı zamanda greft yetmezliği sebebi ile yeniden nakil yapılması da sık görülen nakil endikasyonlarındandır. **Aktif infeksiyon, aktif kanser, madde kullanımı, kontrol edilemeyen psikiyatrik hastalık, geri dönüşümlü böbrek yetmezliği, yaşam beklentisinin kısa olması, böbrek nakilleri için kontrendikasyon kabul edilir.**

PREOPERATİF DEĞERLENDİRME

SDBY tüm organ sistemlerini etkilese de kardiyovasküler sistem özellikle etkilenir. Kardiyovasküler hastalıklar bu hasta grubunda sık görülür ve nakil sonrası ölümün en sık sebepleri arasındadır.¹ Bunun yanında; diyabet, obezite, periferik damar hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, psikososyal durumlar, gastrointestinal hastalıklar ve diğer sistemik hastalıklar da nakil öncesi ve sonrasında operasyon yönetimini zorlaştırabilir. Çoğu SDBY hastası hipertansiftir. Eğer hipotansif iseler

ANESTEZİ YÖNETİMİ

Beyin ölümü gerçekleşmiş donörler operasyon odasına entübe şekilde ve vazopresör ajanların desteği ile alınır. Organlar; iskemiye karşı duyarlılıkları göz önüne alınarak, vasküler yapılar izole edildikten sonra, kalp ilk, böbrekler son olmak üzere çıkarılırlar. Donörlerde spinal refleksler devam edebileceğinden, cerrahi stimülasyon ile hareket görülebilmekte, bu sebeple kas gevşetici gerekli olabilmektedir. Buna benzer şekilde, refleksler sebebi ile cerrahi stimülasyon sonrası hipertansiyon görülebilmekte, bu da vazodilatatörler, opioidler ve anesteziyelerle düzenlenebilmektedir. Operasyon sırasında hemodinaminin stabil olması donör organlarda oluşabilecek hasarı önler, bu sebeple oldukça önemlidir. Operasyon öncesi geniş spektrumlu antibiyotiklerin uygulanması önerilmektedir.¹² Çıkarılan organlarda pıhtılaşmayı önlemek amacı ile aorta kros-klamp uygulamasından önce heparin yapılmalıdır. Kalp ve akciğer prosedürlerinden önce var ise pulmoner arter kateteri ve santral venöz kateter çekilmelidir.¹⁸ Kalp çıkarıldıktan sonra ventilasyon ve resüsitasyon bırakılabilir.¹²

Kaynaklar

1. Pilmore H, Dent H, Chang S, et al. Reduction in cardiovascular death after kidney transplantation. *Transplantation* 2010;89:851-7.
2. Lentine KL, Costa SP, Weir MR, et al. Cardiac disease evaluation and management among kidney and liver transplantation candidates: a scientific statement from the American Heart Association and the American Collage of Cardiology foundation. *J Am Coll Cardiol* 2012;60:434-80.
3. Mittel AM, Wagener G. Anesthesia for kidney and pancreas transplantation. *Anesthesiology Clin* 2017; 35 (3),439-452.
4. Teixeira S, Costa G, Costa F, et al. Sevoflurane versus isoflurane:does it matter in renal transplantation? *Transplant Proc* 2007;39:2486-8.
5. Wray CL. Advances in the anesthetic management of solid organ transplantation. *Advances in Anesthesia* 35 (2017) 95-117.
6. Thomas MC, Mathew TH, Russ GR, et al. Perioperative blood pressure control, delayed graft function, and acute rejection after renal transplantation. *Transplantation* 2003;75:1989-95.
7. Larsen JL. Pancreas transplantation: indications and consequences. *Endocr Rev* 2004;25:919-46.
8. Keçik Y. Temel Anestezi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi 2012.
9. Ramsingh D, Harvey R, Runyon A, Benggon M. Anesthesia for heart transplantation. *Anesthesiology Clin* 35(2017);453-471.
10. Vega JD, Moore J, Murray S, et al. HT in the United States. 1998-2007. *Am J Transplant*. 2009;9:932-941.
11. Adelman D, Kronish K, Ramsay M. Anesthesia for liver transplantation. *Anesthesiology Clin* 35(2017);491-508.
12. Atchabahian A, Gupta R. Anestezi Kılavuzu. Çev., Alanoğlu Z, Abdullayev R. Ankara:Akademisyen Kitabevi:2017.

13. Jones RM, Moulton CE, Hardy KJ. Central venous pressure and its effect on blood loss during liver resection. *Br J Surg.* 1998;85:1058–1060.
14. Aniskevich S, Pai SL. Fast track anesthesia for liver transplantation: review of the current practice. *World J Hepatol.* 2015;7:2303–2308.
15. Ulukol ZN. Akciğer transplantasyonunda anestezi uygulamaları ve erken dönem yoğun bakım izlemi. *Solunum.* 2013;15(3):144-148.
16. Nicoara A, Anderson-Dam J. Anesthesia for lung transplantation. *Anesthesiology Clin* 35(2017);473-489.
17. Modolo, N.S., Modolo, M.P., Marton, M.A. et al, Intravenous versus inhalation anaesthesia for one-lung ventilation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (CD006313).
18. Xia VW, Braunfeld M. Anesthesia management of organ donors. *Anesthesiology Clin* 35(2017);395-406.