

Cerrahi Hastada Özel Durumlar

Bölüm 26

Doç. Dr. Beyza ÖZÇINAR

Ana Konular

- ▶ Gebelik ve Cerrahi
- ▶ Diyabet ve Cerrahi
- ▶ Hipertansiyon ve Cerrahi
- ▶ Böbrek Yetmezliği/ Karaciğer Yetmezliği ve Cerrahi
- ▶ Steroid Kullanımı ve Cerrahi
- ▶ Hemostazı Etkileyen İlaç Kullanımı ve Cerrahi

Cerrahi hastaların preoperatif hazırlıklarında dikkatli olunması gereken bazı özel durumlar bulunmaktadır. Bu durumların varlığında hastalara preoperatif dönemde bir takım hazırlıklar yapılmalı, intraoperatif dönemde ve postoperatif takiplerinde dikkatli olunmalıdır. Bu özellikli durumlardan ve dikkat edilmesi gereken özelliklerinden aşağıda madde madde bahsedilmektedir.

GEBELİK VE CERRAHI

Gebelik döneminde gebelikle ilgisi olmayan cerrahi girişimler yapılması gerekli olabilmektedir. Bir çalışmada 720.000 gebe kadına 5.405 obstetrik olmayan girişim gerektiği ve gebelikte cerrahi oranının %0.75 olduğu belirtilmiştir. Gebelikte en sık yapılan cerrahi girişimler; appendektomi ve kolelistektomi olmakla birlikte her tür cerrahi girişim yapılabilir.

Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Gebelikte normal dönemden farklı olarak vücutta bir takım fizyolojik değişiklikler olmaktadır. Gebelik döneminde özellikle 30-32. haftalara kadar kardiyak output giderek artmaktadır ve neredeyse

normal seviyesinin %50'si kadar artış gösterebilmektedir. Bu haftalardan sonrada stabil olarak yüksek olmaya devam etmektedir. Kan volümünün artmasına bağlı olarak önyük artar, vasküler rezistansın düşmesine bağlı olarak arkayük düşer ve kalp atım hızı dakikada 15-20 atım artar. Supin pozisyonda inferior vena kavaya olan bası nedeni ile kardiyak atım hacmi azalır ve gebeler ilerleyen haftalarda sol lateral dekübit pozisyonda yatmaya başlarlar.

Akciğerlerde parsiyel oksijen basıncı (PaO_2) basıncı, tidal volüm ve respiratuvar hız artar, böylece hiperventilasyona bağlı respiratuvar alkaloz gelişir. Buna karşılık kompensatuvar olarak plazma bikarbonat seviyesi azalır. Gebeliğin 20. haftasından itibaren diyaframın fonksiyonel rezidüel kapasitesinde %20'ye varan azalma olur.

Gebelikte plazma volümünde artış olur, total kırmızı kan hücresi sayısında da %20-30 artış görülür, ancak hemoglobin miktarı değişmez ve hemodülsiyona bağlı olarak hemoglobin seviyeleri düşer. İlk ve üçüncü trimesterde hemoglobin düzeyi 11g/L, ikinci trimesterde ise 10.5 g/L düzeylerine düşer.

Kanda dolaşan koagülasyon faktörlerinde artmaya bağlı olarak ve endojen antikoagülan faktörlerde azalmaya bağlı olarak özellikle gebeliğin

Kaynaklar

- Mazze R.I., Källén B. (1989). Reproductive outcome after anesthesia and operation during pregnancy: a registry study of 5405 cases. *Am J Obstet Gynecol*, 161,1178.
- Committee on Obstetric Practice and the American Society of Anesthesiologists (2017). Committee Opinion No. 696: Nonobstetric Surgery During Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 129,777.
- Guyatt G.H., Akl E.A., Crowther M., et al. (2010). Executive summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 141,75S.
- Cohen-Kerem R., Railton C., Oren D., et al. (2005). Pregnancy outcome following non-obstetric surgical intervention. *Am J Surg*, 190,467.
- Gavin L.A. (1992). Perioperative management of the diabetic patient. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 21,457.
- Clarke R.S. (1970). The hyperglycaemic response to different types of surgery and anaesthesia. *Br J Anaesth*, 42,45.
- Kannel W.B., McGee D.L. (1979). Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study. *Circulation*, 59,8.
- Umpierrez G.E., Hellman R., Korytkowski M.T., et al. (2012). Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 97,16.
- Durmaz I., Büket S., Atay Y., et al. (1999). *J Thorac Cardiovasc Surg*, 118,306-315.
- Krishnan M. (2002). Preoperative care of patients with kidney disease. *Am Fam Physician*, 66,1471-1476.
- Miller R.D. (2005). *Miller's Anesthesiology*, 6th ed. Churchill Livingstone, Philadelphia, p.2183.
- Kurella M., Bennett W.M., Chertow G.M. (2003). Analgesia in patients with ESRD: a review of available evidence. *Am J Kidney dis*, 42,217.
- Child C.G. III, Turcotte J.G. (1964). Surgery and Portal Hypertension. In: *The Liver and portal hypertension*, Child CG III (Ed), WB Saunders, Philadelphia, p.50.
- Frink E.J. Jr. (1995). The hepatic effects of sevoflurane. *Anesth Analg*, 81,S46.
- Gelman S., Dillard E., Bradley E.L. Jr. (1987). Hepatic circulation during surgical stress and anesthesia with halothane, isoflurane, or fentanyl. *Anesth Analg*, 66,936.
- Salem M., Tainsh R.E. Jr, Bromberg J., et al. (1994). Perioperative glucocorticoid coverage. A reassessment 42 years after emergence of a problem. *Ann Surg*, 219,416.
- Su F.W., Beckman D.B., Yarnold P.A., Grammer L.C. (2004). Low incidence of complications in asthmatic patients treated with preoperative corticosteroids. *Allergy Asthma Proc*, 25,327.
- Narouze S., Benzon H.T., Provenzano D., et al. (2018). *Interventional Spine and Pain Procedures in Patients on Antiplatelet and Anticoagulant Medications (Second Edition): Guidelines From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy, the American Academy of Pain Medicine, the International Neuromodulation Society, the North American Neuromodulation Society, and the World Institute of Pain*. *Reg Anesth Pain Med*, 43,225.