

BÖLÜM 24

PERİFERİK ARTER HASTALARINDA PREOPERATİF DEĞERLENDİRME

Didem ONK¹

Elektif cerrahi için başvuran hastalarda egzersiz toleransı anormallikleri, beslenme ve fonksiyonel durumlar; kardiyak, pulmoner, endokrin, böbrek veya hepatik fonksiyonlar; elektrolitler, metabolizma ve havayolu yönetimi ya da rejyonel anestezi ile ilgili tıbbi öykü gerekir. Hastanın önceden geçirdiği anestezi ya da derlenme öyküsü olup olmadığı sorgulanmalıdır. Hastaların preoperatif dönemde değerlendirilmesi anestezik yaklaşımı yönlendirir (Tablo 1). Preoperatif dönemde anestezi riskini göreceli olarak tesbit etmek amacıyla Amerika Anestezistler Derneği'nin sınıflaması (ASA) yaygın olarak kullanılmaktadır (Tablo 2).

Periferik vasküler hastalıkları olan hasta grubunda ek olarak genel perioperatif riski etkileyebilecek komorbid durumlar daha yaygındır. Seçmeli prosedürler için anestezi öncesi konsültasyonun hedefleri, optimal preoperatif durumu sağlamak amacıyla hastanın tedavi edilebilir sorunlarını belirlemek ve yönetmek için kardiyo- ekiple birlikte çalışmayı içerir. Endovasküler prosedürler için gerekli kontrasta maruz kalma nedeni ile var olan renal yetmezlik ilerleyebilir. Kardiyovasküler hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), diyabetes mellitus (DM) ve böbrek yetmezliği gibi ek hastalık durumlarında özellikle dikkatli olunmalıdır.

A.KARDİOVASKÜLER DEĞERLENDİRME

Bu aşamada hastanın cerrahi öncesinde ileri kardiyak inceleme ya da girişimlerden yarar görüp görmeyeceğine karar verilmesi gerekir. Periferik arter hasta-

¹ Doç. Dr., Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD., d.hesapdar@gmail.com

hastada DM, kalp yetmezliği veya KOAH öyküsü bulunması; bunların yanı sıra hesaplanan kreatinin klirensinin üç katını aşan bir kontrast dozu maruziyeti olmasıdır (14).

SONUÇ

Periferik vasküler hastalıkları olan hasta grubunda ek olarak genel perioperatif riski etkileyebilecek komorbid durumlar daha yaygındır. Seçmeli prosedürler için anestezi öncesi konsültasyonun hedefleri, optimal preoperatif durumu sağlamak amacıyla hastanın tedavi edilebilir sorunlarını belirlemek ve yönetmek için kardiyoloji ekipleriyle birlikte çalışmayı içerir. Kardiyovasküler hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabetes mellitus (DM) ve böbrek yetmezliği gibi ek hastalık durumlarında özellikle dikkatli olunmalıdır. İnfringuinal revaskülarizasyon için başvuran hastalarda tipik olarak yüksek bir koroner arter hastalığı (KAH), kalp kapak hastalığı, hipertansiyon ve serebrovasküler hastalık insidansı vardır, bunun yanı sıra postoperatif miyokard hasarı yaygındır.

PAH'lı hastaların ameliyat öncesi sigarayı bırakma amaçlı yönlendirilmesi, olumsuz kardiyovasküler olaylar, pulmoner komplikasyonlar ve ekstremitte kaybı riski dahil olmak üzere perioperatif sonuçları iyileştirmek adına çok önemlidir.

Antiplatelet tedavinin veya antikoagülasyonun (akut veya kronik) kesilmesine karar verilirken, antitrombotik ilaçların geçici olarak kesilmesiyle ilişkili komplikasyon riski ile antikoagülan uygulandığında potansiyel cerrahi kanama riski tartılarak belirlenir. Preoperatif dönemde bir kreatinin düzeyi elde edilmelidir. Değer hastanın başlangıç değerine göre yükselirse, bir nefrolog tarafından değerlendirilmesi önerilir. Kontrastlı anjiyografi yapılacaksa, kontrast kaynaklı nefropati gelişme riskini azaltmak için hasta yeterince hidrate edilmelidir. Kronik böbrek hastalığı olan hastalar, kontrast kaynaklı nefropati geliştirme riski altındadır.

KAYNAKÇA

1. Morgan & Mikhail Klinik Anesteziyoloji. Lange. 2021: 296-298.
2. Biccard BM, Scott DJA, Chan MTV, et al. Myocardial Injury After Noncardiac Surgery (MINS) in Vascular Surgical Patients: A Prospective Observational Cohort Study. *Ann Surg* 2018; 268:357.
3. Simons JP, Baril DT, Goodney PP, et al. The effect of postoperative myocardial ischemia on long-term survival after vascular surgery. *J Vasc Surg* 2013; 58:1600.
4. Hur DJ, Kizilgul M, Aung WW, et al. Frequency of coronary artery disease in patients undergoing peripheral artery disease surgery. *Am J Cardiol* 2012; 110:736.
5. Taylor LM Jr, Porter JM. Basic data related to clinical decision-making in abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg* 1987;1:502-4.
6. Stather PW, Sidloff D, Dattani N, Choke E, Bown MJ, Sayers RD. Systematic review and me-

ta-analysis of the early and late outcomes of open and endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg* 2013; 100:863-72.

7. Amdur RL, Ashby B, Neville R, Tunstall A, Nguyen BN, Sidawy A. The effect of congestive heart failure on perioperative outcomes in patients undergoing lower extremity revascularization. *J Vasc Surg* 2016;63:1289-95.
8. Yousefzadeh A, Chung F, Wong DT, et al. Smoking Cessation: The Role of the Anesthesiologist. *Anesth Analg* 2016; 122:1311.
9. Joyce DP, Weedle R, Cribben N, et al. Neuraxial haematoma in patients undergoing spinal or epidural anaesthesia for lower limb amputation/revascularisation during uninterrupted antiplatelet therapy: a systematic review. *Anaesthesia* 2019; 74:683.
10. Osta WA, Akbary H, Fuleihan SF. Epidural analgesia in vascular surgery patients actively taking clopidogrel. *Br J Anaesth* 2010; 104:429.
11. Niskakangas M, Dahlbacka S, Liisanantti J, et al. Spinal or general anaesthesia for lower-limb amputation in peripheral artery disease - a retrospective cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2018; 62:226.
12. Horlocker TT, Vandermeulen E, Kopp SL, et al. Regional Anesthesia in the Patient Receiving Antithrombotic or Thrombolytic Therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Fourth Edition). *Reg Anesth Pain Med* 2018; 43:263.
13. Rein JL, Coca SG. “I don’t get no respect”: the role of chloride in acute kidney injury. *Am J Physiol Renal Physiol* 2019; 316:F587.
14. Yousefzadeh A, Chung F, Wong DT, et al. Smoking Cessation: The Role of the Anesthesiologist. *Anesth Analg* 2016; 122:1311