

Bölüm 7

GÖĞÜS CERRAHİSİNDE ANESTEZİ UYGULAMALARI

Dr. Öğr. Üyesi Bülent ATİK

GİRİŞ

Toraks cerrahisinde anestezi uygulamalarında günümüzde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Yirminci yüzyılın başlarında tüberküloz operasyonları uygulanırken günümüzde maligniteler başta olmak üzere travmalara, mediastinal hastalıklara, akciğer hastalıklarına sıklıkla operasyonlar uygulanmaktadır. Ayrıca bronkoskopi, mediastinoskopi gibi tanısal işlemlerde anesteziye tekniklerinin gelişmesine paralel olarak artarak uygulanmaya başlamıştır.

Toraks cerrahisi için anestezi uygulanacak hastalarda diğer tüm majör cerrahilerdeki gibi preoperatif değerlendirmeleri yapılmalı, hastalardan dikkatli anamnez alınmalı, fizik muayene yapılmalı, akciğer hastalığının şiddeti ve kardiyovasküler sistem açısından ayrıntılı muayene edilmelidir. Operasyon ve anestezi başlatılmadan önce, hastanın planlanan akciğer rezeksiyonunu tolere edemeyeceği tespit edilmelidir.

Preoperatif Dönem

Öykü

a. Dispne: Düz zeminde yürüme, merdiven tırmanma, günlük aktiviteleri yapabilme gibi fiziksel aktivitelerin yapılabilirliği ile derecelendirilebilir. Ciddi egzersiz dispnesi akciğer rezervlerinin anlamlı ölçüde azalması, 1. saniyedeki zorlu ekspiryum volümünün (FEV_1) düşük olması ve postoperatif mekanik ventilasyon ihtiyacı olabileceği anlamına gelir.

b. Öksürük: Kronik bronşit (birbirini izleyen 2 yıl süresince, bir yıl içinde 3 ay süreyle yineleyen produktif bir öksürük) varlığını işaret edebilir. Ayrıca öksürük varlığı özellikle preoperatif bir enfeksiyonu dışlamak için hastanın değerlendiril-

Hastayı uyandırma işlemi, riskli ve solunum parametreleri düşük hastalar hariç genel anestezi uyandırma kriterlerine göre uygulanır. Hastanın solunum ve kardiyolojik parametrelerinin stabilitesi olmadan, kas gücü toparlamadan, hasta tüpe karşı reaksiyon göstermedikçe ekstübasyon yapılmamalıdır. Hastanın uandırılması sırasında yapılan tüp içi aspirasyonlardan sonra PEEP uygulaması ile atelektatik akciğer bölümlerini açılır.

Sonuç olarak, hipokseminin önlenmesi ve tedavisi anesteziğin önceliğidir. TAV'da görülen hipoksi insidansı günümüzde yaklaşık % 10'a düşmüştür.

KAYNAKLAR

1. Slinger, PD: Preoperative assessment for pulmonary resection. J Cardiothorac Vasc Anesth 2000;4:202.
2. Reilly JJ: Evidence-based preoperative evaluation of candidates for thoracotomy. Chest 1999;116:474.
3. Licker M, Perrot M, Spiliopoulos A: Risk factors for acute lung injury after thoracic surgery for lung cancer. Anesth Analg 2003;97:1558.
4. Ritchie AJ, Bowe P, Gibbons JRP. Prophylactic digitalisation for thoracotomy: A reassessment. Ann Thorac Surg 1990;50: 86-88.
5. Gass GD, Olsen GN: Clinical significance of pulmonary function tests. Preoperative pulmonary function testing to predict postoperative morbidity and mortality. Chest 1986;89:127.
6. Sazak H, Ulus F, Şahin Ş. Tek Akciğer Ventilasyonu. Anestezi dergisi, 2013; 21:1-10.
7. Anesthesia for thoracic surgery. In: Butterworth J.F, Mackey D.C, Wasnick J.D. Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Ed, Newyork:2013;545-573.
8. Luka M, Sirinivasa B, Sirinivasa V. Chronic pulmonary disease. In: Miller RD, Pardo MC. Editors. Basic of anesthesia. Newyork. Elsevier. 2011:430-447.
9. Cohen E, Neustein SM, Eisenkraft JB. Anesthesia for thoracic surgery In: Barash PG, Cullen BF., Stoelting RK. Editors. 2012;813-855
10. Esener ZK. Torasik girişimlerde anestezi. In Esener ZK, ed. Pediatrik Anestezi. Ankara. Feryal Matbaacılık. 1995;229-240.