

Laparoskopik Kolesistektomi Operasyonunda Gelişen Aort Yaralanmasında Anestezi Yönetimi: Bir Olgu Sunumu

37. BÖLÜM

Ela ERTEN¹

GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi (LK) 1985 yılında Eric Muhe tarafından ilk kez uygulandıktan sonra postoperatif ağrı azlığı, normal fiziksel aktiviteye erken geçiş ve iyi kozmetik sonuçları nedeniyle günümüzde semptomatik kolelitiyazis tedavisinde standart hale gelmiştir (1). Laparoskopik cerrahiler sırasında aorta, iliak damarlar, inferior vena kava, inferior mezenterik arterler ve lomber arterleri içeren majör vasküler yaralanma insidansı %0.07–%0.4 ve mortalite oranı %0.05 –%0.2 olarak rapor edilmiştir (2,3). Hızlı teşhis ve tedavi ile morbidite ve mortalite azaltılabilir. Bu olgu sunumunda, 33 yaşındaki bir kadın hastada elektif LK operasyonu sırasında gelişen bir abdominal aort yaralanmasındaki anestezi yönetimimizin literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

Preoperatif Dönem

33 yaşındaki kadın hasta (52 kg, 165 cm), yapılan preoperatif anestezi vizitinde eşlik eden bir hastalığının olmaması, fizik muayene ve laboratuvar sonuçlarının normal sınırlarda olması nedeniyle Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) fiziksel statüsü I olarak kabul edildi. Aydınlatılmış onam belgesi ile rızası alınan hastanın cerrahi uygulamasının genel anestezi altında yapılmasına karar verildi.

Operasyon günü hastaneye yatan hastaya serviste periferik intravenöz (iv) yolu açılarak 500 mL %0,9'luk serum fizyolojik ile hidrasyon yapıldı. Premedikasyon amacıyla iv 2 mg midazolam uygulanan hasta operasyon salonuna alındı.

¹ Uzm. Dr., Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.
drelacaliskan@hotmail.com ,05338120365

edilmesi uygun olacaktır. Büyük damar yaralanmalarında anestezi masif kan transfüzyonu rehberlerine hakim olmalıdır. Olgumuzda masif transfüzyon komplikasyonlarından korunarak kanamayı ve bozulan hemodinamayı düzeltmeye çalıştık.

Aort, vena kava veya iliak damarların yaralanma olasılığı ile karşı karşıya kalındığında, açık cerrahiye geçme kararı hızlı alınmalıdır ve mümkünse başka bir danışman veya meslektaş acil olarak yardıma çağrılmalıdır. Bizim olgumuzda, başka damar yaralanması olup olmadığı dikkatli incelenmediği için gözden kaçmıştır. Bu nedenle, başka damar yaralanması veya aynı damarın başka bölgesinde de yaralanma olup olmadığını mutlaka kontrol edilmelidir. Hasta stabil hale geldiyse kolesistektomiye devam edilebilir ama hasta aşırı kanamaya bağlı stabil değilse prosedür başka bir seansa ertelenebilir (12). Bizim vakamızda aort primer tamiri sonrası kan ürünlerinin replasmanları ile hasta daha stabil hale gelince kolesistektomi prosedürü gerçekleştirildi.

Sonuç

Tedavinin yönetiminde cerrahi ve anestezi ekiplerinin uyumla çalışması başarı için gereklidir. Olası bir masif kanama durumunun başarıyla yönetilebilmesi için anestezi uzmanlarının intraoperatif dönemde vital bulgulardaki değişikliklere her zaman şüpheyle yaklaşması, olası komplikasyonlara yönelik tanı ve tedavi kararlarını almakta zaman kaybetmemesi ve masif kan kaybı ve transfüzyon kılavuzlarına hakim olması hayat kurtarıcıdır.

KAYNAKLAR

1. Soper NJ, Stockmann PT, Dunnegan DL, Ashley SW. Laparoscopic cholecystectomy. The new 'gold standard? *Archives of Surgery* 1992;127:917-921, discussion 921-3
2. Catarci M, Carlini M, Gentileschi P, Santoro E (2001) Major and minor injuries during the creation of pneumoperitoneum. A multicenter study on 12,919 cases. *Surgical Endoscopy* 15:566- 569
3. Nuzzo G, Giuliani F, Tebala GD, Vellone M, Cavicchioni C (1997) Routine use of open technique in laparoscopic operations. *Journal of American College of Surgeons* 184:58-62
4. Sopcr NS, Flye MW, et al. Diagnosis and management of biliary complications of Laparoscopic Cholecystectomy. *The American Journal of Surgery* 1993; 165(6):663-69
5. Bleeding remains a major complication during laparoscopic surgery: analysis of the SALTS database *Langenbecks Archives of Surgery* (2005) 390: 128-133 DOI 10.1007/s00423-004-0538-z
6. Deizel DD, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Arian MC. Complications of laparoscopic cholecystectomy: A national survey of 4292 hospitals and analysis of 77604 cases. *The American Journal of Surgery* 1993;165:9-14
7. Afifi Y, Raza A, Balogun M, Khan KS, Holders R. 2011. New nomogram for safe laparoscopic entry to reduce vascular injury. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 31:69-72
8. Duiel OJ, et al. Complications of Laparoscopic Cholecystectomy: A national survey of 4292

- hospitals and analysis of 77.(,)4 cases. *The American Journal of Surgery* 1993; 165(1):9-14.
9. Ress AM, Sarr MG, et al. Spectrum anrl managemcnl of major complications of Laparoscopic Cholecystctomy. *The American Journal of Surgery* 1993; 165(6):655-62)
 10. Murphy M, BenAvram D. Recommendations on the use of group ORBCs. *AABB Association Bulletin* #19-02. Accessed March15, 2022.
 11. Kino S, Suwabe A. Team approaches to critical bleeding (massive bleeding and transfusion) – chairmen’s introductory remarks. Questionnaire survey on current status of hospital clinical laboratories evaluating critical hemorrhage. *Rinsho byori. The Japanese Journal of Clinical Pathology*, 01 Dec 2014, 62(12):1268-1274.
 12. **Kaushik R**, Bleeding complications in laparoscopic cholecystectomy: Incidence, mechanisms, prevention and management, *Journal of minimal access surgery* [J Minim Access Surg], ISSN: 1998-3921, 2010 Jul; Vol. 6 (3), pp. 59-65.