

Karaciğer Sirozlu Hastada Anestezi Yönetimi

75. BÖLÜM

Gülgün Elif AKSOY¹

ÖZET

Karaciğer yetmezliği olan hastalar özellikle osteoporozla karşı hassastır ve bu da onları kemik kırılmalarına yatkın hale getirir (1,2). Bu hastalarda yaralanmalar daha morbid ve tedavisi daha karmaşıktır (3).

Bu olgu sunumunda femur proksimal uç kırığı nedeni ile ameliyat edilen ve karaciğer yetmezliği olan hastaya uygulanan anestezi yönteminin literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

Preoperatif Dönem

77 yaşında ve 55 kg olan erkek hasta 8 yıl önce karaciğer yetmezliği tanısı ile karaciğer nakli olmuş. 7.5 yıldır eksternal ve internal transhepatik kateter ile takip edilen hasta, düşünce sağ femur proksimal kırığı oluşmuş. Hastanın geçmiş operasyonları; 1 yıl önce spinal anestezi ile sol femur kırığı operasyonu, 7,5 yıl önce perkutan transhepatik kolanjiografi ile eksternal ve internal koledok kanül yerleştirme operasyonu ve 8 yıl önce karaciğer nakli operasyonu olmuş. Geçmiş tanılarında; karaciğer yetmezliği Child Turcott-Pugh skorlaması B, diyalize ihtiyacı olmayan kronik böbrek hastalığı varmış.

Fizik muayenesinde kaşektik, ikterik bilinci açık, nazal Oksijen (O₂) 3 L dk⁻¹ desteği alıyor ve periferik oksijen saturasyonu (SpO₂): %93, Kan basıncı (KB): 110/70 mmHg, kalp atım hızı (KAH): 94 atım dk⁻¹ olarak tespit edildi.

Baş boyun muayenesi ve diş yapısı normal, Mallampati sınıflaması skoru 2, baş ve boyun hareket kısıtlılığı yoktu.

Kardiovasküler sistem muayenesinde de geçirilmiş miyokard enfarktüsü ve koroner anjiyografi öyküsü yoktu. Elektrokardiyografi (EKG)'de KAH: 84 atım

¹ Uzm. Dr., Trabzon Kanuni E.A.H., gulgunakcali@gmail.com

antibiyotiği meronem 2x1g iv olarak değiştirildi, takrolimus 1mg tablet kesilerek prednol 40 mg 1x1 iv geçildi. Tüm kültürleri yeniden gönderildi. Koledok drenaj kanülünden günlük 100 mL geleni olurken 3. gün geleni olmadığı için gastroenteroloji konsültasyonu ile önerileri alındı. Asit 1200 mL gün⁻¹ alınması, hepamerz iv infüzyon, duphalac 4x30 mL peroral, ursactive 250 mg 2x2 peroral ve girişimsel radyoloji ile kanüllerin yer kontrolü önerisinde bulunuldu. Girişimsel radyoloji hastaya kolanjiografi yaparak kanüllerin yerinde olduğunu teyit etti. Postoperatif 5. gün BUN: 102, kreatinin: 2.05 di, fakat saatlik 50-100 mL idrar çıkışı mevcuttu. Albumin: 27.9 g L⁻¹, ALT: 55 IU L⁻¹, AST: 90 IU L⁻¹, direkt bilirubin: 13.9 mg dL⁻¹, total bilirubin: 18 mg dL⁻¹, sodyum: 141 mmol L⁻¹, potasyum: 4.1 mmol L⁻¹, klor: 111 mmol L⁻¹, kalsiyum: 7.8 mg L⁻¹, CRP: 88 mg L⁻¹ geriledi. Hastanın YBÜ'de tedavisi devam etmektedir.

Kronik karaciğer hastasının YBÜ'ye alınma nedenleri şunlardır; hemodinamik instabilite, sepsis şüphesi, mental durumda bozulma, yoğun hemşirelik bakımı ve monitörizasyon gerekliliği. Karaciğer sirozu gelişmiş olan hastalar yüksek mortalite riskine sahiptir. Bu kritik süreç multidisipliner bir izleme ve tedaviyi gerekli kılar (6). Bizde multidisipliner takip ile hastanın peroperatif ve postoperatif tedavisini düzenledik.

Kronik karaciğer hastalığında anestezi, her anestezi için korkutucu ve oldukça zorlayıcı bir durum olmasına rağmen, bu tehlike hastanın durumunun preoperatif olarak optimize edilmesi ve uygun anestezi rejimi ve ilaçların seçilmesi konusundaki titiz dikkat ile azaltılabilir (4).

Sonuç olarak, kronik karaciğer yetmezliği olan femur kırıklı hastada dikkatli preoperatif hazırlık ve izleme reyonel anestezi uygulayarak güvenli bir anestezi sağlanabileceğini göstermek istedik.

KAYNAKLAR

1. Ninkovic M, Love SA, Tom B, Alexander GJ, Compston JE. High prevalence of osteoporosis in patients with chronic liver disease prior to liver transplantation. *Calcif Tissue Int.* 2001 Dec;69(6):321-6. doi: 10.1007/s00223-001-2028-4. PMID: 11800228.
2. Diamond T, Stiel D, Lunzer M, Wilkinson M, Roche J, Posen S. Osteoporosis and skeletal fractures in chronic liver disease. *Gut.* 1990 Jan;31(1):82-7. doi: 10.1136/gut.31.1.82. PMID: 2318434; PMCID: PMC1378345.
3. Ezaz G, Murphy SL, Mellinger J, Tapper EB. Increased Morbidity and Mortality Associated with Falls Among Patients with Cirrhosis. *Am J Med.* 2018 Jun;131(6):645-650.e2. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.01.026. Epub 2018 Feb 14. PMID: 29453941
4. Rahimzadeh P, Safari S, Faiz SH, Alavian SM. Anesthesia for patients with liver disease. *Hepat Mon.* 2014 Jul 1;14(7):e19881. doi: 10.5812/hepatmon.19881. PMID: 25031586; PMCID: PMC4080095.

5. YücesoyA, Faruk Seçkin; OBAA, Uzm Dr Sibel; YÜCESOY, Faruk Seçkin. Kronik Hepatitli ve Sirozlu Gebelerde Anestezi Yönetimi Management of Anesthesia In Pregnant Women with Chronic Hepatitis and Cirrhosis.
6. Doğruer, K., Ocak, İ., Koçak, B., Kanmaz, T., Acarlı, K., & Kalayoğlu, M. (2007). Karaciğer transplantasyonunda yoğun bakım yönetimi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 7(4), 417-425.
7. Carson JL, Willett LR. Toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: An overview of the epidemiological evidence. *Drugs* 1993;46:243-8.
8. Weir MR. Renal effects of nonselective NSAIDs and coxibs. *Cleve Clin J Med* 2002;69:153-
9. Keskinboğa K , Aydınlı I. Atipik opioid analjezik: Tramadol . İstanbul Üniversty Cerrahpasa Medical Faculty, Department of Anesthesiology, Pain Clinic, Ağrı, 18:1, 2006