

Bölüm 8

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLANLARDA ANESTEZİ YÖNETİMİ

Ayşegül TORUN GÖKTAŞ¹

GİRİŞ

KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı); havayolu direncinin artması, hava akımı kısıtlanmasıyla karakterize, ilerleyici, reverzibl olmayan sık rastlanılan bir hastalıktır. Zararlı partikül ve gazlara (sigara, mesleki tozlar, kimyasallar vb.) karşı akciğerlerde anormal inflamatuvar yanıt mevcuttur (1). Sigara içimi (aktif, pasif), mesleki tozlar, kimyasallar, ev içi hava kirliliği, enfeksiyonlar, aile öyküsü, yaş, cinsiyet, ırk KOAH için risk faktörleridir (2). İnflamatuvar ürünlerin meydana getirdiği yapısal değişiklikler ve harabiyet KOAH'taki patolojik bulguların temelini oluşturur (3). KOAH'lı hastalarda sıklıkla öksürük (kronik, produktif, kanlı, epizodlar halinde), balgam çıkarma (beyaz, mukoid, pürülan, kanlı), dispne görülür (4). Posteroanterior (PA) akciğer grafisi, Elektrokardiyografi (EKG), pulse oksimetre, arter kan gazları incelemesi (AKG), spirometri KOAH'ta tanısal testlerdir (5).

KOAH HASTALARINDA PERİOPERATİF RİSKLER VE KOMPLİKASYONLAR

KOAH olan kişilerde sigara, ileri yaş, kalp yetmezliği, obezite, planlanan cerrahi sahanın yeri (göğüs ve batin cerrahilerinde risk daha fazla), cerrahi süresi perioperatif solunumsal komplikasyonlar açısından birer risk faktörüdür (6).

KOAH hastalığı olanlarda solunumsal hastalığı olmayanlara göre postoperatif komplikasyon gelişme riski obez hastalarda 2, 60 yaş ve üzeri olan kişilerde 3, sigara kullananlarda 4, göğüs ve batin cerrahi olacak olan kişilerde 4 kat daha fazla görüldüğü çalışmalarla ortaya konulmuştur (7).

KOAH HASTALARINDA PREOPERATİF YAPILMASI GEREKENLER

KOAH hastalarında yeterli preoperatif değerlendirmenin yapılması pulmoner

1 Uzm.Dr., Ayşegül Torun Göktaş Giresun Prof.Dr.A.İlhan Özdemir Devlet Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği aysegultorungoktas@yahoo.com ORCID iD: 0000-0001-9835-6635

ventilasyon uygulamalarından CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) ya da BİPAP (bilevel positive airway pressure) olarak uygulanması solunum işini azaltabilir. Yüksek aspirasyon riski nedeniyle yoğun sekresyonu olan ve havayolunu korumada yetersizlik bulunan hastalarda non-invaziv ventilasyondan kaçınmak gerekir (23).

SONUÇ

Sonuç olarak KOAH, gerek cerrahi sırasında gerekse cerrahi sonrasında başlıca solunum fonksiyonları olmak üzere komplikasyon riskini artırmaktadır. Bu nedenle bu hastalara multidisipliner bir yaklaşımla yaklaşılmalıdır. KOAH hastalarında cerrahi gerektiren durumlarda hastalar detaylı olarak preoperatif değerlendirilmeli, yapılacak cerrahi girişime göre uygun anestezi yöntemi belirlenmeli, peroperatif ve postoperatif uygun takibi yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI / WHO Workshop Report. Global initiative for chronic obstructive pulmonary disease. National Institutes of Health, 2003; 1-30.
2. Kocabaş A. KOAH: Epidemiyoloji ve doğal gelişim. Umut S, Erdiç E (ed). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Toraks Kitapları 2000; İstanbul: 8-25.
3. Toraks Derneği. Tanım: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi. Toraks Dergisi, 2000; 1:1-25.
4. Stockley RA. Neutrophils and protease/antiprotease imbalance. AM J Respir Crit Care Med 1999; 160: 49-52
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2009. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. Available at www.gold-copd.org. Accessed 9 July 2018
6. Lawrence VA, Page CP, Harris GD. Preoperative spirometry before abdominal operations. A critical appraisal of its predictive value. Arch Intern Med 1989;149: 280-5
7. Özcan B. Çukurova Anestezi Günleri Adana 1998. Kongre Özet kitabı sayfa 35.
8. Gerald WM. Current concepts. Preoperative pulmonary evaluation. N Engl J Med 1999; 340: 937-44
9. Rothberg MB, Pekow PS, Lahti M, et al. Antibiotic therapy and treatment failure in patients hospitalized for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. JAMA 2010; 303: 2035-42.
10. Lindenauer PK, Pekow PS, Lahti MC, et al. Association of corticosteroid dose and route of administration with risk of treatment failure in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. JAMA 2010; 303: 2359-67.
11. Nakagawa M, Tanaka H, Tsukuma H, Kishi Y. Relationship between the duration of the preoperative smoke-free period and the incidence of postoperative pulmonary complications after pulmonary surgery. Chest 2001; 120: 705-10.
12. Maddali MM. Chronic obstructive lung disease: Perioperative management. Middle East J Anesthesiol 2008;19:1219-39

13. Pingleton SK. Invasize mechanical ventilation in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Monaldi Arch Chest Dis* 1998;53:337-342.
14. Burns KE, Adhikari NK, Keenan SP, Meade MO. Non-invasive positive pressure ventilation as a weaning strategy for intubated adults with respiratory failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2010. doi: 10.1002/14651858. CD004127.pub2.
15. Brown RH, Grenberg RS, Wagner EM: Efficacy of propofol to prevent bronchoconstriction: Effects of preservative. *Anesthesiology* 2001;94:851-855.
16. Himmelseher S, Durieux M. Ketamine for Perioperative Pain Management. *Anesthesiology* 2005; 102: 211-20.
17. Kessler P, Alemdag Y, Hill M. et al. Intravenous sedation of spontaneously breathing infants and small children before magnetic resonance tomography. A comparison of propofol and methohexital. *Anaesthetist* 1996;45:1158-66
18. Stoelting RK, Hillier SC (ed). Nonbarbiturate intravenous anesthetic drugs. In: *Pharmacology and Physiology in Anesthetic Practice*, 4.ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2006. 155-78.
19. Satoh JI, Yamakage M, Kobayashi T, et al. Desflurane but not sevoflurane can increase lung resistance via tachykinin pathways. *Br J Anaesth* 2009; 102: 704-13.
20. Lerman, J. (1995) Sevoflurane in pediatric anesthesia. *Anesth Analg*, 81 (6 Suppl), S4-10.
21. Thomas J. Ebert, Christopher P. Harkin. Cardiovascular responses to sevoflurane:A review. *Anesthesiology & Analgesia* 1995;81:11-26.
22. Maddali MM. Chronic obstructive lung disease: Perioperative management. *Middle East J Anesthesiol* 2008; 19: 1219-39.
23. Edrich T, Sadovnikoff N. Anesthesia for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010; 23: 18-24.
24. VanLier F, van der Geest PJ, Hoeks SE, et al. Epiduralanalgesia is associated with improved health outcomes of surgical patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Anesthesiology* 2011; 115: 315- 21.