

3.2 İNTRAVASKÜLER ERİŞİM, İNVAZİV VE NON-İNVAZİV HEMODİNAMİK MONİTÖRİZASYON

Mehmet Ali ERDOĞAN¹

VENÖZ ERİŞİM

Karaciğer nakli olgularının periopertif anestezi yönetiminde vasküler erişimler, arteriyel hatların sayısı ve yeri, kardiyak izleme ve sıcaklık yönetimi açısından nakil merkezleri arasında farklılıklar vardır. Uygulama genellikle yerel protokollere, kaynak bulunabilirliğine ve kurumsal kültüre dayanır. Belirli bir vasküler erişim türünün kısa dönem sonuçlar üzerindeki faydasına dair kanıtlar sınırlıdır, ancak bu tür hatların yerleştirilmesi rutin olmalı ve karaciğer nakil hastalarda asgari bir izleme standardı olmalıdır. (1)

Büyük ve hızlı hacim kayıpları yeterli venöz erişimin sağlanmasını gerektirir. İki büyük çaplı intravenöz (IV) kateter (8,5 veya 9 French'e kadar), genellikle sağ antekübital bölgeye ve hızlı infüzyon kateterleri sağ veya sol internal juguler vene yerleştirilir. Antekübital ven bulunmadığında, aynı internal juguler vene iki kateter yerleştirilebilir. Diyaframın altındaki erişimi (femoral/alt ekstremitte erişimi) kullanmaktan kaçınmak için özel dikkat gösterilmelidir, çünkü inferior vena cava üzerinden geçen yollar klemplenebilir. (2)

Basıncı yüksek akışlı infüzyonlar büyük çaplı kanüller aracılığıyla uygulandığında, ekstrasvazasyon hasarıyla karşılaşılacağından emin olmak için yerleştirme yerleri rutin olarak izlenmelidir.

¹ Prof. Dr., İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.,
ORCID iD: 0000-0002-3860-6919, drmalierdogan@gmail.com

DOI: 10.37609/akya.3890.c2067



- Özellikle hemodinamik olarak dengesiz yüksek riskli hastalarda ve portopulmoner HT ve/veya kardiyak disfonksiyonu olan hastalarda PAK ve/veya TÖE kullanılması, izlenmesi ve elde edilen verilerin bu konuda yetkin bir uzman tarafından değerlendirilmesi. **Zayıf kanıt, güçlü öneri düzeyindedir.**
- Tedavi edilen özofageal varisli hastalarda TEE'nin kabul edilebilir riskle kullanılması. **Zayıf kanıt, güçlü öneri düzeyindedir.**

Karaciğer nakli sırasında intraoperatif normotermi (36,0°C–37,5°C) hedeflenmeli ve korunmalıdır. Normotermi, ventilasyon süresini, yoğun bakım ünitesinde kalış süresini, kanamayı ve enfeksiyonu azaltmada önemli faydaları vardır. **Zayıf kanıt, güçlü öneri düzeyindedir. (1,8)**

KAYNAKLAR

1. Fernandez TMA, Schofield N, Krenn CG, Rizkalla N, Spiro M, Raptis DA, De Wolf AM, Merritt WT; ERAS4OLT.org Working Group. What is the optimal anesthetic monitoring regarding immediate and short-term outcomes after liver transplantation?-A systematic review of the literature and expert panel recommendations. Clin Transplant. 2022 Oct;36(10):e14643.
2. Kang Y, Elia E. Anesthesia Management of Liver Transplantation. Contemporary Liver Transplantation. 2016 Jul 22:143–87.
3. Schumann R, Mandell MS, Mercaldo N, Michaels D, Robertson A, Banerjee A, Pai R, Klinck J, Pandharipande P, Walia A. Anesthesia for liver transplantation in United States academic centers: intraoperative practice. J Clin Anesth. 2013 Nov;25(7):542-50.
4. Salmon AA, Galhotra S, Rao V, et al. Analysis of major complications associated with arterial catheterisation. Qual Saf Health Care. 2010;19(3):208-212.
5. Arnal D, Garutti I, Perez-Pena J, Olmedilla L, Tzenkov IG. Radial to femoral arterial blood pressure differences during liver transplantation. Anaesthesia. 2005;60:766-771.
6. Biancofiore G, et al. Evaluation of an uncalibrated arterial pulse contour cardiac output monitoring system in cirrhotic patients undergoing liver surgery. Br J Anaesth 2009;102:47-54.
7. Biais M, et al. Cardiac output measurement in patients undergoing liver transplantation: pulmonary artery catheter versus uncalibrated arterial pressure waveform analysis. Anesth Analg 2008;106:1480-6.
8. Brustia R, Monsel A, Skurzak S, et al. Guidelines for Perioperative Care for Liver Transplantation: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Recommendations. Transplantation. 2022 Mar 1;106(3):552-561.