

43.

BÖLÜM

ANESTEZİ İNDÜKSİYONU VE KAN BASINCI YÜKSEKLİĞİ

Ziya APAYDIN¹

GİRİŞ

Hipertansiyon gerek dünya çapında 1 milyardan fazla insanı etkilemesi, gerekse kan basıncı kontrolü sağlanamayan hasta oranının oldukça fazla olması nedeniyle evrensel bir sağlık problemidir (1). Yüksek kan basıncı, erken ölüme küresel ölçekte en çok katkıda bulunan faktördür (2). Sistolik kan basıncının (SKB) 140 mm hg ve üzerinde seyretmesi yılda, iskemik kalp hastalığından 4,9 milyon, hemorajik inmeden 2,0 milyon ve iskemik inmeden 1,5 milyon hastanın hayatını kaybetmesine zemin hazırlamaktadır (2).

Kan basıncı yüksekliği kalp dışı cerrahide kardiyovasküler komplikasyonlar için güçlü bir risk faktörüdür. Hipertansiyonun perioperatif morbidite ve mortalitenin önemli bir belirleyicisi olduğu 17201 hastanın değerlendirildiği çok merkezli bir çalışmada gösterilmiş ve riskin hedef organ hasarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (3). Operasyon planlanan hastalarda hipertansiyon görülme oranı % 25 dir (4). Yüksek kan basıncı aynı zamanda cerrahi operasyonların ertelenmesinin en önemli sebeplerinden biri olarak da göze çarpmaktadır (5). Genel anestezi verilerek elektif cerrahi operasyon yapılmış hastalarda, kardiyovasküler nedenlerle görülen morbidite ve mortalitenin en önemli risk faktörünün, hipertansiyon olduğu bulunmuştur (6).

PERİOPERATİF DEĞERLENDİRME

Operasyon sırasında karşılaşılabilecek komplikasyon risklerini hastanın genel durumu, eşlik eden komorbid hastalıkları ile cerrahi prosedürün aciliyeti, tipi ve süresi belirler. İşlem öncesi hastanın kan basıncında yükselme tespit edildiğinde; seri kan basıncı ölçümleri, hatta gerektiğinde tansiyon holter cihazları kullanılarak tanı doğrulanmalı, hedef organ hasarı varlığı ve eşlik eden kardiyovasküler patolojiler araştırılmalı, kan basıncını optimum değerlerde tutmak için antihipertansif tedavi başlanılmalıdır.(5).

¹ Uzm. Dr.,Ziya Apaydın, İstanbul Haseki EAH, Kardiyoloji Kliniği, ziyaapaydin@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet* 2017;389:37–55
2. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990–2015. *JAMA* 2017;317: 165–182.
3. Murray MJ. Perioperative hypertension: elavation and management In: Schwartz AJ (ed.). Resfreshercourse in Anaesthesiology XXVIII. Philadelphia, Lipincott Williams &Wilkinspres. 1998: 125-35.
4. Kaplan MN, Weber AM, Karpuz H. (Çev. Ed.) Hipertansiyona Genel Bakış. Hipertansiyon Esasları El Kitabı. İstanbul, Avrupa Yayıncılık; 2003: 1-4.
5. Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). *Eur Heart J* 2014;35:2383–2431
6. Howell SJ, Sear YM, Yeates D, et al. Risk factors for cardiovascular death after elective surgery under general anesthesia. *Br JAnaesth* 1998; 80: 14-9.
7. 2018 ESC/ESH Arteriyel Hipertansiyon Yönetimi Kılavuzu, B Williams, G Mancina, W Spiering et al., *European Heart Journal* (2018) 39, 3021–3104 ESC/ESH GUIDELINES doi:10.1093/eurheartj/ehy339
8. Manolis A, Doumas M, Poulimenos L, et al. The unappreciated importance of blood pressure in recent and older atrial fibrillation trials. *J Hypertens* 2013;31:2109–2117.
9. Futier E, Lefrant JY, Guinot PG et al. Effect of individualized vs standard blood pressure management strategies on postoperative organ dysfunction among high-risk patients undergoing major surgery: a randomized clinical trial. *JAMA* 2017;318:1346–1357
10. Bouri S, Shun-Shin MJ, Cole GD et al. Meta-analysis of secure randomised controlled trials of beta-blockade to prevent perioperative death in non-cardiac surgery. *Heart* 2014; 100:456–464.
11. Blessberger H, Kammler J, Domanovits H et al. Perioperative beta-blockers for preventing surgery-related mortality and morbidity. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;3:CD004476
12. Roshanov PS, Rochweg B, Patel A et al. Withholding versus continuing angiotensin converting enzyme inhibitors or angiotensin II receptor blockers before non cardiac surgery: an analysis of the Vascular events in non cardiac Surgery patients cohort evaluation Prospective Cohort. *Anesthesiology* 2017;126:16–27
13. London MJ, Hur K, Schwartz GG et al Association of perioperative beta-blockade with mortality and cardiovascular morbidity following major noncardiac surgery. *JAMA* 2013;309:1704–1713.
14. Andersson C, Merie C, Jorgensen M et al. Association of beta-blocker therapy with risks of adverse cardiovascular events and deaths in patients with ischemic heart disease undergoing noncardiac surgery: a Danish nationwide cohort study. *JAMA Intern Med* 2014;174:336–344.
15. Kwon S, Thompson R, Florence M et al. Beta-blocker continuation after noncardiac surgery: a report from the surgical care and outcomes assessment program. *Arch Surg* 2012;147:467–473.
16. Spahn DR, Priebe HJ. Preoperative hypertension: remain wary? *Br JAnaesth* 2004; 60: 461-63.
17. Morgan GE, Mikhail MS. *Anaesthesia for Patients with Cardiovascular Disease*. Clinical Anesthesiology, 4th Ed. Appleton&Langepres. 2002; 389-95.
18. Hipertansiyon ve Hipertansif Hastalarda Anestezi Ahmet Selim ÖZKAN İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012 2: 6-8

19. Walsh M, Devereaux PJ, Garg AX et al. Relationship between intra-operative mean arterial pressure and clinical outcomes after noncardiac surgery: toward an empirical definition of hypotension. *Anesthesiology* 2013;119:507–515.
20. Bijker JB, Persoon S, Peelen LM et al. Intraoperative hypotension and peri-operative ischemic stroke after general surgery: a nested case-control study. *Anesthesiology* 2012;116:658–664
21. Sessler DI, Sigl JC, Kelley SD et al. Hospital stay and mortality are increased in patients having a “triple low” of low blood pressure, low bispectral index, and low minimum alveolar concentration of volatile anesthesia. *Anesthesiology* 2012;116:1195–1203.
22. Esener Z. Kardiyovasküler Sistem ve Anestezi. *Klinik Anestezi*. İstanbul, Logos Yayıncılık 1997: 289-90
23. Priebe HJ. The aged cardiovascular risk patient. *Br J Anaesth* 2000; 85: 763-78.
24. Hurst's The Heart Fuster, Walsh, Harrington 2014, Çeviri Editörü Ö. Kozan Güneş Tıp Kitabevi
25. Rodgers A, Walker N, Schug S et al. Reduction of post-operative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomised trials. *BMJ* 2000;321:1493– 1497