

HİPERTANSİYON HASTASINDA PREOPERATİF DEĞERLENDİRME

Sinem ÇAKAL¹

GİRİŞ

Kan basıncının kontrol altında olması; kardiyovasküler hastalıklar, inme ve renal hastalıklar başta olmak üzere tüm uç organlar açısından büyük önem taşımaktadır. Perioperatif süreçteki kan basıncı değişikliklerinin, operasyonun morbidite ve mortalitesini artıran en önemli sebeplerden biri olduğu yıllardır bilinmektedir. Ülkemizde yıllık cerrahi yapılan hasta sayısı yaklaşık 300 milyonun üzerindedir. Tüm opere olacak hastaların dörtte birinde hipertansiyon mevcuttur (1). 30 gözlemsel çalışmayı içeren bir metaanalizde, preoperatif hipertansiyonun %35 oranda artmış kardiyovasküler komplikasyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir (2). Preoperatif dönem, hastalar için stresli bir süreçtir. Bu nedenle preoperatif dönemde kan basıncında dalgalanmalar sık görülür. Cerrahi işlemlerin en sık ertelenme nedenlerinden biri kontrolsüz hipertansiyondur. Preoperatif hipertansiyon bu nedenle oldukça önemlidir. Hastaların tansiyonları ameliyat öncesi dikkatlice değerlendirilmeli ve kan basınçları mutlaka kontrol altına alınmalıdır.

PREOPERATİF HİPERTANSİYON HASTASINA YAKLAŞIM

1. Ameliyat olacak hipertansif hastadan detaylı anamnez alınmalıdır. Hipertansiyon geçmişi dikkatlice araştırılmalı, kullandığı ilaçlar, ilaç dozları ve yan etkileri kaydedilmelidir. Hastanın önceki kan basıncı ölçümleri, geçirilmiş ve eşlik eden hastalıkları, kardiyovasküler hastalık risk faktörleri (diyabet, dislipidemi, sigara kullanımı, aile öyküsü) detaylıca sorgulanmalıdır. İkincil hipertansiyon nedenlerine ve hedef organ hasarına yönelik belirtiler not edilmelidir.
2. Tansiyon ölçümü öncesi hastanın oturur durumda en az 5 dakika dinlenmesine izin verilmeli, avuç açık olmalı, kolu kalp seviyesinde tutulmalıdır. Hasta bacak bacak üstüne atmamalıdır. 30 saniyeden daha kısa sürede olmamak

¹ Uzm. Dr., Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, sinemdnz@gmail.com

hastanın bir anda derin hipotansiyona girmesi de hipertansiyon kadar zararlıdır. Hipertansif hastaların perioperatif dönemde kan basıncında büyük dalgalanmalardan kaçınılmalıdır. Anestezi periyodu ilerledikçe, anestezik maddenin direk etkisi, sempatik sinir sistemi inhibisyonu ve arteriyel basınca baroreseptör reflex kontrol kaybı ile hastalarda hipotansiyon gelişebilmektedir. Nonkardiyak operasyon yapılan diyabetik ve hipertansif hastaları içeren bir çalışmada, bir saatten uzun süre 20 mmHg'den daha fazla kan basıncı düşüşü, cerrahi komplikasyon açısından risk faktörü olarak bulunmuştur (15). Perioperatif kan basıncının, bazal değerin %70-100'ünde tutulması önerilmektedir. Perioperatif kan basıncı yüksekliği kadar ciddi taşikardiye önlemek de oldukça önemlidir. Perioperatif hipotansiyon hastanede yatış süresini ve mortaliteyi artırır. Miyokardiyal hasar, akut böbrek yetersizliği, kalp yetersizliği, postoperatif delirium ve inmeye sebep olabilir. Postoperatif kan basıncı yüksekliği sıklıkla anksiyete ve uyanma sonrası ağrı ile oluşur. Anksiyete ve ağrı kontrol altına alındıktan sonra tansiyon normale dönebilmektedir.

Son söz olarak, perioperatif hipertansif hastalarda hipertansiyon ve hipotansiyon dengesi çok hassas bir terazide tartılmalı, operasyonun mortalitesi, morbiditesi ve hastanede yatış süresi göz önünde bulundurularak, mümkün olduğu kadar normotansif alanda kalabilmeye dikkat edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Jeffrey L Anderson, Elliott M Antman, John G Harold, et al. Clinical Practice Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation: Collaborative efforts among the American College of Cardiology, the American Heart Association, and the European Society of Cardiology, Eur Heart J 2014 Sep 14;35(35):2342-3. doi: 10.1093/eurheartj/ehu295. Epub 2014 Aug 1.
2. Howell SJ, Sear JW, Foe'x P. Hypertension, hypertensive heart disease and peri-operative cardiac risk. Br J Anaesth 2004;92:570-583.
3. Sinan Aydoğdu, Kerim Güler, Fahri Bayram et al. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019 Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2019;47(6):535-546 doi: 10.5543/tkda.2019.62565
4. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2013; 34:2159-2219.
5. Casadei B, Abuzaid H. Is there a strong rationale for deferring elective surgery in patients with poorly controlled hypertension? J Hypertens 2005; 23:19-22
6. Brady AR, Gibbs JS, Greenhalgh RM, et al. Peri-operative betablockade (POBBLE) for patients undergoing infrarenal vascular surgery: results of a randomized double-blind controlled trial. J Vasc Surg 2005; 41:602-609.
7. Mangano DT, Layug EL, Wallace A, et al. Effect of atenolol on mortality and cardiovascular morbidity after noncardiac surgery. Multicenter Study of Peri-operative Ischemia Research Group. New Engl J Med 1996; 335:1713-1720.

8. Yang H, Raymer K, Butler R, et al. The effects of peri-operative betablockade: Results of the Metoprolol after Vascular Surgery (MaVS) study, a randomized controlled trial. *Am Heart J* 2006;152:983–990.
9. Juul AB, Grp DT. Effect of peri-operative beta blockade in patients with dia-betes undergoing major non-cardiac surgery: randomised placebo controlled, blinded multicentre trial. *BMJ* 2006;332:1482–1485
10. Devereaux PJ, Yang H, Yusuf S, et al. Effects of extended-release metoprolol succinate in patients undergoing non-cardiac surgery (POISE trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2008;371:1839–1847.
11. Shammash JB, Trost JC, Gold JM, et al. Peri-operative beta-blocker withdrawal and mortality in vascular surgical patients. *Am Heart J* 2001;141:148–153.
12. Lau WC, Froehlich JB, Jewell ES, et al. Impact of adding aspirin to Beta-blocker and statin in high-risk patients undergoing major vascular surgery. *Ann Vasc Surg* 2013;27:537–545.
13. Kertai MD, Westerhout CM, Varga KS, et al. Dihydropyridine calcium channel blockers and peri-operative mortality in aortic aneurysm surgery. *Br J Anaesthesia* 2008;101:458–465.
14. Weksler N, Klein M, Szendro G, et al. The dilemma of immediate pre-operative hypertension: To treat and operate, or to postpone surgery? *Journal of Clinical Anesthesia* 2003;15:179–183.
15. Charlson ME, MacKenzie CR, Gold JP, et al. Intraoperative blood pressure. What patterns identify patients at risk for postoperative complications? *Ann Surg* 1990; 212:567–580