

Yüksek Riskli Geçirilmiş COVID-19 Vakasında VATS ile Pnömotoraks Tamiri İçin Anestezi Yönetimi: Torakal Epidural Anestezi

4. BÖLÜM

Şermin EMİNOĞLU¹

OLGU

Altmış iki yaşında, 174 cm boyunda, 71 kilo ağırlığında erkek hasta, hastaneye solunum sıkıntısı ile başvurmuş. Öyküsünde 30 yıldır yarım paket/gün sigara içmesi dışında herhangi bir sistemik hastalığı bulunmuyormuş. Yaklaşık 40 gün COVID-19 pozitifliği nedeniyle yoğun bakımda tedavi görmüş. O dönem çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral yaygın buzlu cam görünümü, amfizematöz alanlar, yaygın kistik lezyonlar mevcutmuş. Taburcu olduktan 1.5 ay sonra ani başlayan göğüs ağrısı ve dispne yakınmasıyla tekrar hastaneye getirilmiş. Çekilen toraks BT'de sol akciğer apeksinde pnömotoraks ve infiltrasyonların görülmesi üzerine göğüs tüpü takılmış (Şekil 1a). COVID-19 için ikinci kez polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi yapılmış. COVID-19 ile uyumlu laboratuvar değerleri ve PCR testinin pozitif gelmesi üzerine yeniden 10 gün COVID-19 pnömonisi tedavi protokolü uygulanmış. Göğüs cerrahisi klinik doktorları tarafından spontan pnömotoraks ve göğüs tüpü takipleri yapılan hastanın pnömotoraks kaçığının devam etmesi ve klinik olarak solunum paterninin bozulması üzerine video yardımcı toraks cerrahisi (VATS) ile pnömotoraks kaçak tamiri planlanmıştır.

PREOPERATİF DÖNEM

Hasta preoperatif anestezi polikliniğinde değerlendirildi. Dispneik ve takipneik olan hastanın yapılan fizik muayenesinde sol hemitoraksta solunum seslerinin azaldığı, sağ hemitoraksta akciğer seslerinde kabalaşma ral-ronküs olduğu belirlendi. Çekilen posteroanterior (PA) akciğer grafisinde bilateral heterojenitede artış, sol hemitoraksta pnömotoraks ve göğüs tüpü mevcuttu (Şekil 2). Göğüs hastalıkları konsültasyonu sonucu; anestezi açısından ASA (Amerikan Society of Anesthesiologists¹) IV yüksek riskli olarak kabul edildi. Postoperatif yoğun

¹ Uzm. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Şekil 2. Hastanın geliş PA Akciger grafisi

Şekil 3. Torakal epidural kateter yerleştirilmesi

Tablo 1. Hastanın arteriyel kan gazı değerleri

	Preoperatif dönem	İntraoperatif dönem	Postoperatif dönem
pH	7.22	7.29	7.33
pO ₂ (mmHg)	89	132	89.9
pCO ₂ (mmHg)	46.7	48.5	45.2
HCO ₃ (mmol/L)	19.3	23.7	22.7
BE (mmol/L)	-5.3	-3.6	-2.6
SpO ₂ (%)	90	98	97

KAYNAKLAR

1. Simpson R, Robinson L. Rehabilitation following critical illness in people with COVID-19 infection. *Am J Phys Med Rehabil.* 2020;99:470-4.
2. Carda S, Invernizzi M, Bianchi F, et al. COVID-19 pandemic. What should PRM specialists do? A clinician's perspective. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2020;56:515-524.
3. Lew HL, Oh-Park M, Cifu DX. The War on COVID19 Pandemic Role of Rehabilitation Professionals and Hospitals. *Am J Phys Med Rehabil.* 2020;99:571-2.
4. Ak G. COVID-19'un Klinik ve Radyolojik Özellikleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi.* 2020;5(COVID-19 Özel Sayısı):61-9.
5. Hung MH, Hsu HH, Cheng YJ, Chen JS. Nonintubated thoracoscopic surgery: state of the art and future directions. *J Thorac Dis.* 2014;6:2-9.
6. Guo Z, Shao W, Yin W, et al. Analysis of feasibility and safety of complete video-assisted thoracoscopic resection of anatomic pulmonary segments under non-intubated anesthesia. *J Thorac Dis* 2014;6:37-44.
7. Gothard J. Lung injury after thoracic surgery and one-lung ventilation. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006;19:5-10.
8. Fitzmaurice BG, Brodsky JB. Airway rupture from double-lumen tubes. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 1999;13:322-9.
9. Şimşek M, Çakırgöz M. Torakal Epidural Anestezi Eşliğinde Bül Rezeksiyonu GKDA Derg 17(1):21-23, 2011.
10. Contreras M, Masterson C, Laffey JG. Permissive hypercapnia: what to remember. *Curr Opin Anaesthesiol* 2015;28:26-37