

Posterolateral Torakotomi ile Yapılan Torakoabdominal Aort Cerrahisinde Anestezi ve Ağrı Yönetimi

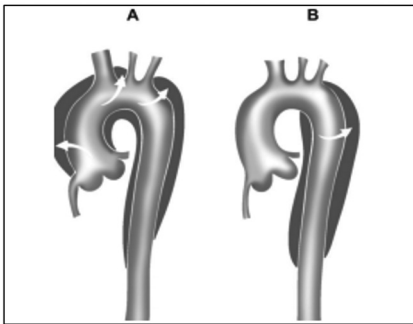
28. BÖLÜM

Derya EROL¹

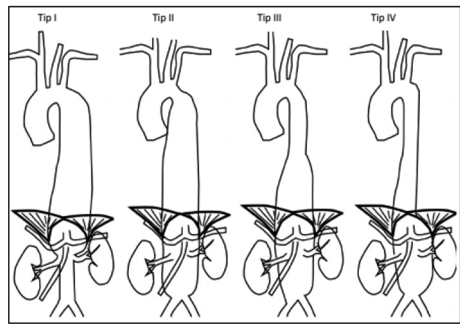
Hülya TOPÇU²

OLGU

72 yaşında erkek hasta, 162 cm, 84 kg, ek hastalık olarak hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve benign prostat hiperplazisi mevcut. Karın ağrısı şikayeti ile sık sık acile başvuran hastaya 2017’de yapılan torakoabdominal bilgisayarlı tomografik anjiyografi (BTA) ile Tip B aort diseksiyonu tanısı koyuluyor, tanı esnasında ameliyat endikasyonu olmayan hasta medikal tedavi ile takip ediliyor. 2021 yılına kadar takip edilmiş olan hasta ağır efor ile olan nefes darlığı (New York Kalp Derneği Sınıflamasına göre Sınıf 2) şikayetiyle kalp ve damar cerrahisi kliniğine başvuruyor. Hastada Stanford sınıflamasına (Şekil 1) göre Tip B diseksiyon zemininde Crawford Sınıflamasına (Şekil 2) göre Tip 1 dissekan aort anevrizması (62 mm) gelişmiş olması sebebiyle sol posterolateral torakotomi ile subklavian arter distalinden süperior mezenter arter proksimaline kadar olan kısmın rezeke edilmesi ve yapay arteriyel greft ile replasmanı planlanıyor.



Şekil 1. Stanford Disseksiyon Sınıflaması (1)



Şekil 2. Torakal ve Torakoabdominal Aort Anevrizmalarında Crawford Sınıflaması (1)

¹ Uzm. Dr. Derya EROL, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği drdry83@gmail.com

² Dr. Öğr. Üyesi Hülya TOPÇU Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.

SONUÇ

Torakoabdominal aort anevrizmalarının cerrahi tedavisi ve anestezi yönetimi hastalığın anatomik ve fizyolojik özellikleri nedeni ile her zaman zorlayıcı olmuştur. Torakoabdominal aort anevrizmasının cerrahi tedavisinde anestezi yönetimi preoperatif hasta değerlendirilmesi ile başlar, peroperatif anestezi ve sıvı yönetiminin ve postoperatif analjezi planının yapılması ile devam eder. Torakotomi insizyonu ile opere edilecek hastalarda TAV'nun sonuçları ve komplikasyonları açısından dikkatli olmak gerekir. Cerrahi sırasında en önemli sorunlar; kalp ve beyin için volüm yüklenmesine bağlı hipertansiyon iken böbrek ve medulla spinalis için iskemidir. Desenden aort anevrizmalarında, anevrizmanın tipine bağlı olarak parapleji riski %10'lara kadar çıkabilmektedir, günümüzde cerrahi tekniklerin ilerlemesi ve anestezi yönetiminin başarısı ile bu oran %5'lere kadar düşmüştür (5,6). Medulla spinalis koruması için tanımlanan çeşitli yöntemlerden hızlı ve basit cerrahi tedavi, distal perfüzyon yöntemi, BOS drenajı, intraoperatif ve postoperatif hipotansiyondan kaçınmak, normoglisemi ve normokapniyi korumak, steroid kullanımı gibi yöntemler vakamızda uygulanmıştır (7). BOS direnaja medulla spinalis iskemisinin önlenmesinde sınıf 1 önerilerde yer almaktadır (8). Postoperatif dönemde, hastanın bilişsel ve motor fonksiyonlarının tam olarak geri gelmesi başarılı bir cerrahi tedavi ve anestezi yönetimini gösterir. Sternotomi veya torakotomi ile yapılan kardiyovasküler cerrahilerde postoperatif analjezi için opioidden uzaklaşmamıza yardımcı olan alan blokları giderek daha fazla kullanılmaktadır ve nöroaksiyel bloklar kadar etkili bulunmuştur, vakamızda uyguladığımız ESP blok da bunlardan birisidir (9).

Sonuç olarak torakoabdominal aort cerrahisinin tedavisi ve anestezi yönetimi zor ancak sonuçları ile yüz güldürücüdür. Ekip çalışması ve detaylı hasta değerlendirmesi ile postoperatif istenmeyen komplikasyonlar en aza indirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kudsioglu T. Aort Anevrizmaları ve Diseksiyonlarında Anestezi Yönetimi. Kalp ve Anestezi. 2007;(Civil):417-31.
2. Büket S, Yağdı T. Aort Cerrahisi. 2003. 303-340 p.
3. Khan NR, Smalley Z, Nesvick CL, et al. The use of lumbar drains in preventing spinal cord injury following thoracoabdominal aortic aneurysm repair: an updated systematic review and meta-analysis. J Neurosurg Spine. 2016 Sep;25(3):383-93.
4. Tetik Ö, Gürbüz A. Spinal kord korunması. TGKDCD. 2000;8(2):587-92.
5. Gaudino M, Khan FM, Rahouma M, et al. Spinal cord injury after open and endovascular repair of descending thoracic and thoracoabdominal aortic aneurysms: A meta-analysis. J Thorac Cardiovasc Surg. 2020 May 13:S0022-5223(20)31102-8.
6. Coselli JS, Bozinovski J, LeMaire SA. Open surgical repair of 2286 thoracoabdominal aortic aneurysms. Ann Thorac Surg. 2007 Feb;83(2):S862-4; discussion S890-2.

7. Hashem M, Cinà CS. Anaesthesia for surgical repair of thoracoabdominal aortic aneurysms. *Acta Anaesthesiol Belg*. 2007;58(1):45-54.
8. Hiratzka LE, Bakris GL, Beckman JA, et al; American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; American Association for Thoracic Surgery; American College of Radiology; American Stroke Association; Society of Cardiovascular Anesthesiologists; Society for Cardiovascular Angiography and Interventions; Society of Interventional Radiology; Society of Thoracic Surgeons; Society for Vascular Medicine. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM guidelines for the diagnosis and management of patients with Thoracic Aortic Disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. *Circulation*. 2010 Apr 6;121(13):e266-369.
9. Nagaraja P, Ragavendran S, Singh NG, et al. Comparison of Continuous Thoracic Epidural Analgesia with Bilateral Erector Spinae Plane Block for Perioperative Pain Management in Cardiac Surgery. *Ann Card Anaesth*. 2018;21(3):323-327.