

Karsinoid Sendromlu Olguda Anestezi Yaklaşım

48. BÖLÜM

Barış ARSLAN¹
Çağatay KÜÇÜKBİNGÖZ²

OLGU

60 yaşında, 75 kg ağırlığında erkek, hastanemize son 6 aydır devam eden epi-gastrik ağrı, ishal, yüzde kızarma (flushing) ve kilo kaybı şikayetleriyle mürcat etmişti. Hastaya ince bağırsak nöroendokrin tümörü tanısı kondu ve laparotomi için operasyon planı yapıldı. Operasyon kararı alındığında medikal tedaviye yanıt vermeyen ince bağırsak subobstrüksiyonu da mevcuttu. İdrarda bakılan 5-hidroksiindolasetik asit (5-HİAA) seviyeleri yüksekti. Bu olgu sunumunda karsinoid tümör tanısı olan hastamızda anestezi yaklaşımı inceleyeceğiz.

Preoperatif Dönem

Hastanın tıbbi öyküsünde kontrolsüz hipertansiyonu (HT) ve sedasyon altında gerçekleştirilen endokolonoskopi öyküsü mevcuttu. Preoperatif değerlendirilmede idrarda 5-HİAA seviyeleri $45 \text{ mg } 24 \text{ sa}^{-1}$ (normal referans aralığı $0-10 \text{ mg } 24 \text{ sa}^{-1}$) bulunmuştu. 1 ay önce yapılan pozitron emisyon tomografisinde metastazı yok olarak rapor edilmişti. Karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Yapılan ekokardiyografide (EKO) ejeksiyon fraksiyonu (EF) %60, kalp kapakçıklarında belirgin patoloji olmadığı rapor edilmişti. Elektrokardiyografi (EKG) sinüs ritmindeydi. Hastaya ince bağırsak nöroendokrin tümörü tanısı konduktan sonra oktreotid (günde üç kez $100 \text{ } \mu\text{g}$ subkütan) tedavisi başlanmış ve semptom kontrolü sağlanmıştı.

Endokrin hastalıklarının önerileri doğrultusunda cerrahiden 12 saat önce $50 \text{ } \mu\text{g } \text{sa}^{-1}$ oktreotid infüzyonuna geçildi. Hastanın muayenesinde mallampati skoru-I, ağız açıklığı $>4 \text{ cm}$ üstündeydi, boyun hareketleri ekstansiyon ve fleksiyonu yeterliydi. Akciğer grafisi, biyokimya ve hemogram incelemelerinde belirgin bir özellik yoktu. Hasta Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ASA-3 olarak de-

¹ Başasistan. Uzm. Dr. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

² Uzm. Dr. Adana Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

KAYNAKLAR

1. Cyprian M, Carl H, Josephine J, GS Anil K. *The structured oral examination in clinical anaesthesia; practice examination papers*. 1st Edition. Harley: tfm Publishing Limited;2009.
2. Satya Prakash MVS. Perioperative Management of carcinoid syndrome-an anaesthesiologist's perspective. *J Anesth Clin Res*. 2016;7; 663
3. Mancuso K, Kaye AD, Boudreaux JP, et al. Carcinoid syndrome and perioperative anesthetic considerations. *J Clin Anesth*. 2011; 23(4): 329-341.
4. Kaltsas G, Caplin M, Davies P, et al. ENETS Consensus guidelines for the standards of care in neuroendocrine tumors: pre- and perioperative therapy in patients with neuroendocrine tumors. *Neuroendocrinology*. 2017;105(3): 245-254.
5. Dierdorf SE. Carcinoid tumor and carcinoid syndrome. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2003;16(3): 343-347.
6. Borna RM, Jahr JS, Kmiecik S, et al. Pharmacology of octreotide: clinical implications for anesthesiologists and associated risks. *Anesthesiol Clin* . 2017;35(2): 327-339.
7. Nielsen PT, Cowan PJ. Total intravenous anesthesia (TIVA) for carcinoid syndrome--a case report. *Middle East J Anaesthesiol*. 2008; 19(5): 949-955.
8. Farling PA, Durairaju AK. Remifentanyl and anaesthesia for carcinoid syndrome. *Br J Anaesth*. 2004; 92(6): 893-895.
9. Rebêlo I, Mauricio S, Coelho D, Gaspar A. Anesthetic management of carcinoid syndrome: is octreotide enough? A case report. *Revista mexicana de anestesiologia*. 2019;42(2); 133-136.