

## Bölüm 5

# AKCİĞER HASTALIKLARINDA PREOPERATİF DEĞERLENDİRME

Gülay DAŞDEMİR İLKHAN<sup>1</sup>

### POSTOPERATİF PULMONER KOMPLİKASYONLAR

Postoperatif pulmoner komplikasyonlar, özellikle pulmoner rahatsızlığı olan hastalarda, ameliyattan sonra morbidite ve mortalite oranlarını arttıran yaygın komplikasyonlardır. Bu komplikasyonlar için risk faktörlerini belirlemek ve bu riskleri azaltmak için stratejiler uygulamak hasta sonuçlarını iyileştirecektir (1).

Genel anestezi gerektiren hastaların yaklaşık %10-30'unda, postoperatif pulmoner komplikasyonlar görülür. Postoperatif pulmoner komplikasyonlar mortalite potansiyellerine göre majör veya minör olarak sınıflandırılabilir. Özellikle, hastaların% 90'ında anestezi sırasında hasta pozisyonu ve fonksiyonel rezidüel kapasite kaybı nedeniyle bir dereceye kadar atelektazi gelişir. Akut veya kötüleşen solunum yetmezliği, > 48 saat boyunca mekanik ventilasyon ve / veya entübasyon gereksinimi, pnömoni, obstrüktif uyku apnesinin kötüleşmesi majör komplikasyonlardır. Minör komplikasyonlar ise atelektazi, bronkospazm ya da altta yatan kronik akciğer hastalığının alevlenmesi olarak sınıflandırılabilir.

Postoperatif pulmoner komplikasyonlar için ana risk faktörleri; kalp yetmezliği, fonksiyonel sınırlama, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), mevcut sigara içme durumu, Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) kategorisi  $\geq 2$  ve  $\geq 60$  yaş olarak

---

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Gülay Daşdemir İlkhan, Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi,  
gulaydasdemir@gmail.com

- Postoperatif dönemde akut dekompanseasyon yaygındır ve akut sağ ventrikül yetmezliğine neden olabilir,
- Ameliyat öncesi değerlendirmede eğer cerrahi elektif ise hastanın durumunu optimize etmek için spesifik tedavilerin başlatılması önerilir,
- Kan basıncını düşürebilen ilaçlardan (örn. Propofol) kaçınılmalıdır. Hipoksiden kaçınmak için hava yolu yönetimi ve ventilasyon önemlidir. Perioperatif tedavi hipoksi, inspiratuar basınç > 30 mmHg, yüksek ekspirasyon sonu pozitif basınç (PEEP) (> 15 mmHg), hiperkarbi ve asidoz gibi pulmoner vazokonstriktörlerden kaçınmayı içermelidir.

## **SONUÇ**

Postoperatif pulmoner komplikasyonlara yönelik riski azaltmanın yollarını belirleyebileceğinden, ameliyat için aday olan solunum rahatsızlığı olan hastalar için dikkatli bir preoperatif değerlendirme şiddetle tavsiye edilir. İlk değerlendirme klinikdir ve solunum fonksiyon testinin veya göğüs radyografisinin de bu değerlendirmeye eklenmesi gerekmektedir. Elektif cerrahi geçiren hastalar için preoperatif değerlendirmenin amaçları, altta yatan akciğer durumunu stabilize etmek, akciğer fonksiyonunu en üst düzeye çıkarmak, sigarayı bırakmayı sağlamak ve preoperatif akciğer genişleme manevraları uygulamaktır. Anestezi ve postoperatif dönemde eşlik eden kardiyovasküler, metabolik, renal ve venöz tromboembolizm risklerinin yanı sıra komorbidite varlığı da değerlendirilmelidir.

## **KAYNAKLAR**

1. Gilda Diaz-Fuentes, Hafiz Rizwan Talib Hashmi, Sindhaghatta Venkatram. Perioperative Evaluation of Patients with Pulmonary Conditions Undergoing Non-Cardiothoracic Surgery Health Serv Insights. 2016; 9(Suppl 1): 9-23.

2. Staehr-Rye AK, Eikermann M. Eliminate postoperative respiratory complications: preoperative screening opens the door to clinical pathways that individualise perioperative treatment. *Eur J Anaesthesiol* 2015;32:458-70.
3. Yang CK, Teng A, Lee DY, Rose K. Pulmonary complications after major abdominal surgery: National Surgical Quality Improvement Program analysis. *J Surg Res* 2015;198:441-9.
4. Wong J, Lam DP, Abrishami A, Chan MT, Chung F. Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth.* 2012 Mar; 59(3):268-79.
5. McAlister FA, Khan NA, Straus SE, Papaioakim M, Fisher BW, Majumdar SR, Gajic O, Daniel M, Tomlinson G. Accuracy of the preoperative assessment in predicting pulmonary risk after nonthoracic surgery. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003 Mar 1; 167(5):741-4.
6. Karpman C, Benzo R. Gait speed as a measure of functional status in COPD patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014; 9():1315-20.
7. Wong DH, Weber EC, Schell MJ, Wong AB, Anderson CT, Barker SJ. Factors associated with postoperative pulmonary complications in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Anesth Analg.* 1995;80(2):276-284.
8. Straus SE, McAlister FA, Sackett DL, Deeks JJ. The accuracy of patient history, wheezing, and laryngeal measurements in diagnosing obstructive airway disease. CARE-COAD1 Group. Clinical Assessment of the Reliability of the Examination-Chronic Obstructive Airway Disease. *JAMA* 2000 12;283:1853-7.
9. Taylor A, DeBoard Z, Gauvin JM. Prevention of Postoperative Pulmonary Complications. *Surg Clin N Am* 2015;95:237-54.
10. Honma K, Tango Y, Honma K, Isomoto H. Perioperative management of severe interstitial pneumonia for rectal surgery: a case report. *Kurume Med J.* 2007; 54(3-4):85-8.