



Türk Yoğun Bakım Derneği

4

# PALANDÖKEN ANESTEZİ GÜNLERİ

23 - 24 Kasım 2019

Atatürk Üniversitesi  
Kongre Merkezi  
Erzurum



"ÖNCESİ  
SONRASI VE  
DAHASI"

BİLDİRİ  
KİTABI

"PERİOPERATİF  
ANESTEZİ  
YÖNETİMİ"

## Bildiri No: 1

Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif Anksiyete Düzeyinin Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi

Ali Altınbaşı<sup>1</sup>, Dilek Kutaniş<sup>2</sup>, **Yunus Emre Güven**<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ordu İl Sağlık Müdürlüğü, Tıbbi Hizmetler Başkanlığı, Ordu

<sup>2</sup>Kuzey Göz Hastalıkları Merkezi, Trabzon

<sup>3</sup>Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon AD, Ordu

**Giriş ve Amaç:** Birçok nedene bağlı olarak preoperatif dönemde hastaların %60-80'inin anksiyeteye sahip oldukları bildirilmiştir. Preoperatif anksiyete; cerrahi girişim, anestezik yaklaşım ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen bir faktördür. Preoperatif anksiyete, hipertansiyon, disritmi gibi hemodinamik sorunların ortaya çıkmasına hatta hastanın planlanan cerrahiye reddetmesine neden olabilir. Ayrıca anestezik gereksinimini ve operasyon sırasında "farkındalık" riskini de arttırabilir. Preoperatif anksiyetenin derecesinin bilinmesi bu kaygı ile baş etmek için kullanılan premedikasyon yönteminin belirlenmesinde önemlidir. Premedikasyonda kullanılacak yöntemin belirlenmesinde birçok faktör olduğu düşünülmektedir. Biz bu çalışmayla vücut kitle indeksi(VKİ) ile preoperatif anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamız, hastanemiz 1 Nisan-31 Temmuz 2014 tarihleri arasında Anesteziyoloji ve Reanimasyon polikliniğine preoperatif değerlendirme için başvuran, elektif cerrahi planlanan, cerrahi grade sınıflaması grade 2 ve grade 3 olan, 18 ile 65 yaş arasındaki ASA I-III risk indeksindeki 248 hasta üzerinde gerçekleştirilen prospektif bir çalışmadır. Aydınlatılmış onam formunu imzaladıktan sonra hastalardan iki bölümden oluşan anket formlarının doldurulması istenilmiştir. Birinci bölümde demografik bilgilere, ikinci bölümde ise durumsal ve sürekli anksiyeteyi ölçen STAI-I ve STAI-II testlerine yanıt verilmesi istenilmiştir. Hastaların demografik özelliklerine göre gruplandırılıp anksiyete düzeyleri karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların %52,8 i kadın, %47,2' si erkekti. Hastaların VKİ ortalaması 26,79±6,15 olup STAI-I ortalama değerleri 44,37±8,91, aynı dönemdeki STAI-II ortalama değeri ise 47,88±6,43 bulunmuştur. Preoperatif ortalama STAI-I ve VKİ değerleri 35 yaş üstü olanlar, evli olanlar ve okur-yazar olmayan veya ilköğretim mezunu olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Hastaların VKİ' ye göre zayıf, normal, fazla kilolu ve obez olarak sınıflandırılıp STAI-I ve STAI-II düzeylerinin değerlendirmesinde gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı. Hastaların demografik özelliklerine göre ortalama STAI-II değerlerinin karşılaştırılması Tablo 1 'de sunulmuştur. Çalışmamızda evli olanların bekar olan hastalara oranla ortalama STAI-I değerlerinin anlamlı yüksek olduğu görüldü (p=0,003). Ayrıca evli olan erkek hastaların STAI-I ortalaması (47,87) evli olan kadın hastalara (44,08) oranla yüksek olduğu ve bu sonucunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu değerlendirildi (p=0,015). Çalışmamızda hastaların cinsiyet, operasyon öyküsü, cerrahi grade, anestezi öyküsü, ASA değeri ve mesleki durumlarına göre ayrı ayrı gruplandırılarak STAI ortalama değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

**Sonuç:** Çalışmamızın sonucunda hastaların hastalarda preoperatif dönemde endişe halinin olduğu ancak preoperatif anksiyete düzeyleri ile VKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü.

## Bildiri No: 2

İkinci Parmağın Dördüncü Parmağa Oranı (2d:4d); Çocuklarda Preoperatif Anksiyete İçin Belirleyici Olabilir mi?

### Aysun Çağlar Torun

1Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi, Samsun

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** İntrauterin testesteronun cinsiyet ve davranış şekillerinin belirlenmesinde etkili olduğunu bilinmektedir. Richard ve arkadaşları 2D:4D (İkinci parmağın [işaret parmağı] dördüncü parmağa [yüzük parmak] oranı) ile prenatal seks hormon ölçümleri arasında (amniosentez ve perinatal kord kanı) ilişki olduğunu göstermişlerdir. Yapılan birçok çalışma 2D:4D oranının intrauterin testesteron maruziyetinin bir göstergesi olduğunu bildirmektedir. Birçok araştırmacı, bu durum ile fiziksel, psikolojik, sosyal ve gelişimsel olaylar arasında ilişki olup olmadığını araştırmışlardır. İntrauterin dönemde yüksek testesteron maruziyeti ile birçok hastalık arasında ilişki olabileceği düşünülmektedir. Çocuklarda bu oran ile agresyon ilişkili yaralanmalar ve davranış bozukluğu arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Eichler ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ilkökul dönemi erkek çocuklarda psikopatolojik semptomlar ile 2D:4D oranı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, bu oranın bu çocuklarda birden küçük olduğu, bir marker olarak kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Ribeiro ve arkadaşları da 2D:4D oranı ile fiziksel agresyon arasında negatif bir korelasyon olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmalardan yola çıkarak preoperatif anksiyetesi yüksek olan, damaryolu açılırken ve aileden ayrılırken ajite olan çocuk hastalarda 2D:4D oranının düşük olabileceği hipotez edildi. Eğer bu ilişki belirlenirse 2D:4D oranı preoperatif anksiyete ve hasta-hekim uyumunun önceden tahmin edilmesi açısından morfolojik bir marker olarak kullanılabilir. Bu tür hastalarda da anksiyete kontrolü için preoperatif önlemler alınabilir. Uygun ortam sağlanması, hekimin davranış yönetim tekniklerini daha hassas bir şekilde uygulaması önerilebilir. Bu hastalara preoperatif dönemde premedikasyon yapılması da önerilebilir.

**Yöntem:** ASA I-II, 5-10 yaş arası, derin sedasyon altında diş çekimi planlanan 90 çocuk hasta çalışmaya dahil edildi. Preoperatif anksiyete ölçümü için bütün çocuklara m-Yale preoperatif kaygı skalası ile değerlendirme yapıldı. Sonrasında çocukların sağ ve sol ellerinin ikinci ve dördüncü parmaklarının (2D:4D) ölçümleri cetvel (sürmeli kumpas) yardımıyla yapıldı. Sonrasında hastalara işlem öncesi intravenöz (iv) damaryolu takıldı. Damaryolu takılırken uyumlu olup olmadığı skala yardımı ile değerlendirildi. Ameliyathaneye alınan çocukların aileden ayrılma esnasında davranışları izlendi. Sakin veya sakin değil olarak değerlendirme yapıldı.

**Bulgular:** Sağ 2D:4D ve ortalama 2D:4D oranlarının kaygı seviyesi yüksek olan çocuklarda birden küçük olduğu tespit edildi. Damaryolu açılması ve aileden ayrılma açısından değerlendirildiğinde parmak ölçümleri ile aralarında anlamlı bir fark tespit edilemedi.

**Sonuç:** 2D:4D oranı çocuklarda preoperatif anksiyete düzeyi için belirleyici bir morfolojik marker olabilir. Ancak daha fazla bilimsel çalışma ve veri ile desteklenmesine ihtiyaç vardır.

### **Bildiri No: 3**

## **Dural Ponksiyona Bağlı Baş Ağrısının Tedavisinde Epidural Kan Yaması Deneyimlerimiz: 14 Olgunun Retrospektif Analizi**

Ebru Çanakçı, Tuba Çatakı, **Mehmet Şerif Alpı**

Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon AD, Ordu

**Giriş ve Amaç:** Santral nöroaksiyel bloklar yapılırken bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir. İntravasküler enjeksiyon, sinir hasarı, hipotansiyon, bradikardi ya da dural yırtık bu komplikasyonlardan bazılarıdır (1,2). Dural ponksiyon sonrası baş ağrısı (DPSB) spinal ve epidural anestezi sonrası bazı hastalarda şiddetli baş ağrısına yol açabilmektedir. Dural yırtık oluştuktan sonra anestezi uygulayabileceği bazı yönetim modelleri yer almaktadır. Bunlar hem anesteziyi oluşturup operasyonu başlatmaya yönelik hem de postoperatif dönemde postdural baş ağrısı insidansını azaltmaya yönelik olmalıdır (3,4). Bu çalışmada DPSB nedeniyle başvuran olgularda epidural kan yaması (EKY) uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 2017 Ocak- 2019 yılı Eylül ayı sonuna kadar Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi ameliyathanesinde opere olan olguların dosyaları retrospektif olarak incelendi. ASA fiziksel durumu I ve II olan 1350 spinal (1220 erkek ve 130 bayan), 45 kombine spinal epidural (30 bayan 15 erkek) ve 5 saf epidural (2 bayan, 3 erkek) anestezi uygulanan olguların dosyaları retrospektif incelendi.

**Bulgular:** DPSB toplam 14 hastada (% 1) tespit edildi. 14 hastaya EKY uygulandı. Epidural kan yaması uygulanan olguların 11'i bayan 3'ü erkekti. EKY için epidural bölgeye 15-20 ml arası otolog kan enjeksiyonu yapıldı. 14 olgunun 13'ünde 15-20 dakika içerisinde baş ağrısı tam olarak geçti. Sadece 1 bayan (S/C sonrası) olguda sekonder EKY ihtiyacı oldu. Çünkü o olgumuzda saf epidural anestezi uygulanacaktı, Touhy iğnesi ile istenmeyen dura yırtığı oluşturulmuştu. Hiçbir olgumuzda tersiyer EKY ihtiyacı olmadı.

**Tartışma:** Genç hastalarda, bayanlarda, kalın iğne kullanımlarında, duradaki deliğin birden fazla olduğu olgularda insidans artmaktadır. Keskin uçlu spinal iğnelerle koni uçlulara nazaran daha sık görülmektedir (4). Diğer yandan yapılan geniş bir analizde gebelerin 15%'inde epidural analjezi almamasına rağmen baş ağrısı gözlenmiştir. Gebelerin 12%'sinde ise epidural anestezi uygulanmış, dural yırtık olmamış ancak baş ağrısı gelişmiştir (5). Kazayla gelişen dural yırtıkların geleneksel tedavisi başka bir intervertebral disk aralığından tekrar epidural kateterizasyon denemektir. Ancak bu hastanın ikinci bir iğne girişimine maruz kalması anlamına gelmektedir, sonrasında da büyük bir delikten kaçan BOS'un yol açtığı sorunları çözmek anestezi bekleyen bir güçlüktür. Cesur ve ark. dural yırtık gelişen vakalarda epidural kateter bir üst seviyeden implantasyonunun postdural baş ağrısı insidansını azalttığını göstermişlerdir (6).

**Sonuç:** Epidural kan yaması dural ponksiyon sonrası şiddetli baş ağrısında etkili bir tedavi yöntemidir.

## **Bildiri No: 4**

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi Teknikerlerinin Anksiyete ve Depresyon Durumunun HAD Ölçeği ile Değerlendirilmesi

**Hacı Yusuf Güneşi**, Hilmi Demirkıranı

ı Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

**Giriş ve Amaç:** Depresif bozukluklarda yaşam boyu intihara eğilim oranı %15 iken anksiyete bozukluklarında bu oran %13,4'tür. Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeğinin intihar riskini belirlemede kullanılabilmesiyle çalışmaları gösterilmiştir. Anestezi teknikerleri çalıştıkları koşullar nedeni ile anksiyete ve depresyona maruz kalabilir. Ayrıca anestezi teknikerlerinin anestezi ilaçlara erişim kolaylığı ve bu ilaçları kullanabilme becerileri nedeni ile intihara girişimleri ölümlerle sonuçlanabilir. Bu çalışmada amacımız; Van YYÜ Tıp Fakültesi anestezi teknikerlerinin anksiyete ve depresyon durumunu HAD ölçeği ile değerlendirmektir.

**Yöntem:** Bu çalışma yerel etik kurul onayı alındıktan sonra 2019 yılı Ekim ayında uygulandı. Çalışmada anestezi teknikerlerinin anksiyete ve depresyon durumları; demografik özellikleri, mesleki deneyim yılı, aylık nöbet sayıları, tatillerde çalışıp çalışmadıkları, onları kaygılandıran en önemli nedenler ve HAD ölçeği anket yöntemi ile sorgulandı. Sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi. Çalışmaya 12'si kadın olmak üzere toplam 37 anestezi teknikeri katıldı.

**Bulgular:** Tüm personelin %68'i erkek (n=25), %32'si kadındı (n=12). Ek olarak onların %68'i evli (n=23) ve %32'si (n: 12) bekârdı. Anestezi teknikerlerin %24'ünde (n: 9) anksiyete puanı ve %30'unda (n: 11) depresyon puanı  $\geq 11$  üzerinde idi. Onların %70'i Erkek (n: 7) ve evli (n: 7) idi. Nöbet sayıları ile anksiyete ve depresyon skoru arasında korelasyon yoktu ( $p>0.01$ ). Anksiyete oranı yüksek olanlar ile olmayanların mesleki deneyim yılı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ( $p>0.01$ ).

**Tartışma:** Onları kaygılandıran en önemli nedenler arasında ilk üç sırayı mesleki tatminsizlik, ekonomik nedenler ve hekimlerle olan anlaşmazlıklar alıyordu. İntiharın önlenmesinde anksiyete bozukluklarının erken tanı ve tedavisi önemli bir yer tutar. Anestezi teknikerlerinde çalıştıkları ortama bağlı olarak anksiyete ve depresyon daha yaygın olabilir.

**Sonuç:** Belli grupların anksiyete ve depresyon durumlarının saptanması, bu grubun intihar girişim oranlarına projeksiyon yapma imkânı sağlayabilir. Anksiyete ve depresyona yol açan sorunlar zamanında tespit edilerek çözülebilirse, çalışma ortamı ve şartları iyileştirilebilir ve anksiyete ve depresyon ortaya çıkmadan önlenir.

## **Bildiri No: 5**

Van İlinde Anestezi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin ve Nedenlerinin Belirlenmesi

### **Havva Sayhan Kaplanı**

1Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

**Giriş ve Amaç:** Çalışmamızda Van ilinde ameliyat öncesi anestezi polikliniğine başvuran hastalarda anksiyete seviyesinin ve var olan anksiyetenin ilişkili olduğu değişkenleri araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde farklı cerrahi kliniklerden 1 Eylül 2018-1Ağustos 2019 tarihleri arasında opere edilmek üzere Anestezi polikliniğine yönlendirilen 18-65 yaş arasında 496 hasta dahil edilmiştir. Hastalara içinde demografik verileri ve anestezi ile ilgili endişe içeren 10 sorunun hastayı en çok endişelendiren üç nedeni sıraya göre kaydedildi. Katılımcıların anksiyete düzeylerinin belirlenmesinde Süreksiz Durumluk/ Sürekli Kaygı ölçeğinin (State Trait Anxiety Inventory-STAI) anlık (süreksiz) durumluk kaygı envanteri kısmı kullanıldı. Analizler SPSS for Windows 20,0 programında yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 496 hastanın 320' si (%64,52) kadın, 176'sı (%35,48) erkekti. Yaş ortalaması 34.68 ± 12.09 yıldı. Hastaların %46,8'i 30 yaş altı, %37,1'i 31- 60 yaş arası, %16,1'i 61 yaş üstü gruptaydı. Yaş gruplarına göre STAI -lı puan 30 yaş ve altı grubun 38.93 iken 31- 60 yaş grubu için 37.48, 61 yaş ve üstü için 37,2 olarak saptanmıştır. Ameliyat öncesinde en fazla endişeye neden olan düşüncenin anestezi deneyim eksikliği (%40,32), anestezi bilgisi yetersizliği (%29,03) ve ameliyat sonrası ağrı (%16,13) olduğu görülmektedir. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde anestezi deneyim eksikliğinin en fazla endişe sebebi olduğu, 30 yaş ve altı grubunda %37,9, 31- 60 yaş grubu için %39,1, 61 yaş ve üstü için %50 olduğu ortaya çıkmıştır. Cinsiyete göre dağılımda ise kadın, erkeklerde en sık endişe kaynağının yine anestezi deneyim eksikliği olduğu görülmüştür (%45 ve %36,3). Preoperatif dönemde erkeklerin puan ortalamaları 37.74 iken Kadın grubunda yer alan hastaların ise aynı ortalama puanları 38.46'dır.

**Tartışma:** Taşdemir ve ark. yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamızla uyumlu olarak yaş ile anksiyete seviyesi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda diğer yapılan çalışmalarla uyumlu olarak anestezi bilgisi ve deneyim eksikliği en başta gelen endişe nedenleri olduğu,

**Sonuç:** Çalışmamızda anestezi bilgisi ve deneyim eksikliğinin preoperatif dönemde hastalar için anestezi uygulamalarında en önemli stres faktörü olduğu ve eğitim düzeyi ile anksiyete seviyesi arasında anlamlı farklılık gözlenmediği sonucuna vardık.

## Bildiri No: 6

Transrektal Prostat Biyopsi İşlemi Öncesi Lokal Anestezi: İki Farklı Tekniğin Karşılaştırılması

### **Rahmi Aslanı**

1 Yüzüncü yıl üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Van

**Giriş ve Amaç:** Transrektal ultrason (TRUS) rehberliğinde yapılan prostat biyopsi işleminin birçok hastada şiddetli ağrıya neden olduğu bilinmektedir. Günümüzde bu ağrı azaltmak için farklı lokal anestezi teknikleri geliştirilmişse de hala ideal bir yöntem bulunamamıştır. Bu çalışmada perianal lokal anestetik madde enjeksiyonu ve periprostatik blokaj kombinasyonunun etkinliğini ve güvenilirliğini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Bu prospektif randomize kontrollü çalışmada toplam 96 hasta çalışmaya alındı. 50 hastaya perianal enjeksiyon (%1 lidokain 6 ml) + periprostatik sinir blokaj (lidokain%1, 4 ml) uygulandı (**grup-1**). Diğer 46 hasta ise intrarektal %2 lidokain jel + periprostatik sinir blokaj (lidokain %1, 4 ml) yapıldı (**grup-2**). Her iki gruptaki hastaların ağrı algısı Vizuel analog skala (VAS) kullanılarak işlem esnasında ve işlemden yarım saat sonra değerlendirildi. Her iki grup için rektal probun yerleştirilmesi sırasında oluşan ağrı (VAS-1) ve biyopsi alınırken oluşan ağrı (VAS-2) ayrı ayrı kaydedildi. Gurup 1'e önce perianal submukozal ve anal sfinkterin içine doğru 27-g iğne ile 4 kadrana toplam 6 ml %1 lidokain enjekte edildi. 2 dakika sonra lateral dekubit pozisyonunda intrarektal kayganlaştırıcı jel uygulandıktan sonra TRUS rehberliğinde 22-gauge 200 mm spinal iğne ile 5 ml %1 lidokain her iki periprostatik alana (toplam 10 ml) enjekte edildi. Enjeksiyon seminal vezikül ve prostat bazis arasında tanımlanan nörovasküler demete yapılarak periprostatik sinir blokajı sağlandı. Gurup-2'ye önce 10 ml %2 lidokain jel intrarektal alana verildi. Yaklaşık 10 dakika beklendi. Sonra TRUS rehberliğinde periprostatik sinir blokajı yukarıda anlatıldığı gibi yapıldı. Her iki gruptaki hastalardan lokal anestezi yapıldıktan 5-10 dakika sonra TRUS rehberliğinde 12 kor prostat biyopsi alındı.

**Bulgular:** Her iki gurub için ortalama hasta yaşı, Prostat Spesifik Antijen seviyesi, rektal tuşe bulguları, prostat volümü, ağrı toleransı, biyopsi süresi ve alınan biyopsi sayısı benzerdi. Grup-1 ve grup-2 ortalama VAS-1 skorları sırası ile  $0.91 \pm 0,301$  ve  $4.42 \pm 1,012$  olarak bulundu. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,001$ ). Grup-1 ve grup-2 için VAS- 2 skoru ( sırası ile 2,83 ve 2,98 ) benzerdi. ( $p > 0,05$ ). Her iki grupta da anestezi uygulamasına bağlı herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

**Sonuç:** Perianal lidokain enjeksiyonu ve periprostatik sinir blokajı kombinasyonu TRUS rehberliğinde prostat biyopsi işlemi sırasında oluşan ağrıyı anlamlı derecede düşüren daha etkili ve güvenilir bir yöntemdir.

## **Bildiri No: 7**

### **Preoperatif Koagülasyon Testlerinde Anormallik Saptanan Çocuk Hastaların Değerlendirilmesi**

#### **Yeter Düzenli Karı**

1Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği, Erzurum

**Giriş ve Amaç:** Cerrahi işlemler sırasında veya sonrasında oluşabilecek kanama komplikasyonları hayatı tehdit edecek boyutta olabilmektedirler (1). Bu komplikasyondan kaçınabilmek için hastaların olası hematolojik bozukluklar açısından ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve birinci basamak koagülasyon testlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (2). Bu çalışmada cerrahi işlem öncesi bakılan koagülasyon testlerinde (PT; protrombin zamanı, aPPT; aktive parsiyal tromboplastin zamanı, INR; International Normalized Ratio, trombosit sayısı) anormallik saptanması nedeniyle Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Kliniği konsultasyonu istenilen hastaların sonuçları literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Ekim 2018- Ekim 2019 tarihleri arasında, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği ile konsulte edilen, Preoperatif koagülasyon tarama testleri (PT, aPTT, INR) uzamış olan 13 çocuk hasta ve koagülasyon tarama testleri normal olan ancak öyküsünde kanama şikayeti olan bir çocuk hasta ve trombositopeni tespit edilen bir çocuk hasta çalışmaya dahil edildi.

**Bulgular:** Preoperatif PT uzunluğu saptanan beş hastada faktör yedi eksikliği, aPTT uzunluğu saptanan bir hastada faktör XII eksikliği, hem PT hem aPTT uzunluğu saptanan iki hastadan birinde hipofibrinojenemi, birinde sepsis ve galaktozemi tespit edildi. Anamnezinde her iki burun deliğinden sık tekrarlayan kanama ve kolay morarma öyküsü olan PT-aPTT testleri normal olan bir olguda Von Willebrand Faktör eksikliği tespit edildi. aPTT uzunluğu saptanan dört olguda karışım testi ile aPTT değerinin normale dönmemesi nedeniyle lupus antikoagülan varlığına bağlı aPTT uzunluğu tespit edildi. Trombositopeni (trombosit sayısı 46 000/mm<sup>3</sup>) tespit edilen bir çocuk idiyopatik trombositopenik purpura tanısı aldı (**Tablo 1**).

**Sonuç:** Cerrahi girişim öncesi, hemostatik bozuklukların belirlenmesi amacıyla hemogram (trombosit sayısı), PT ve aPTT değerlendirilmesi neredeyse tüm cerrahi kliniklerde uygulanmaktadır (2). Cerrahi işlemler öncesinde rutin olarak hemogram, PT, aPTT bakılması maliyet açısından tartışmalı olmakla birlikte (2,3), cerrahi işlem çocukların ilk ciddi kanama riski taşıyan durumu olması nedeniyle, çocuklarda daha önceden ciddi bir kanama öyküsünün olmaması kanamaya yatkınlık taşımadıklarını yeterli şekilde dışlamamaktadır (2). Bu nedenle, çocuklarda preoperatif koagülasyon testleri aracılığıyla hemostazın doğru şekilde değerlendirilmesi kazanılmış ya da kalıtsal koagülasyon bozukluklarının çoğunluğunun belirlenmesi açısından önem taşımaktadır (2,4). Ayrıca öyküsünde kanama diyatezi özellikleri (epistaksis, kolay morarma, menometroraji, diş çekimi sonrası



anormal kanama, hemartroz, gastrointestinal kanama öyküsü, hematürü, ailede kanama diyatezi tanılı birey varlığı...) taşıyan vakaların ise trombosit sayısı, PT ve aPTT testleri normal olsa bile mutlaka hematoloji kliniği ile konsülte edilmesi gerekmektedir (4). Trombosit sayısı, PT, aPTT değerleri normal olmasının trombosit fonksiyon bozuklukları, faktör XIII eksikliği gibi durumları dışlamada yetersiz kalacağı akılda tutulmalıdır.

**Tablo 1: Koagülasyon Bozukluğu Tanısı Alan Hastalarımızın Özellikleri**

Olgu	Yaş, cinsiyet	Semptom	Faktör düzeyi, Trombosit sayısı	PT, aPTT, INR	Operasyon öyküsü	Operasyonda aldığı tedavi
1	8 yaş, erkek	Epistaksis, kolay morarma	Von Willebrant Antijen: 21 Von Willebrant faktör, ristosetin kofaktör aktivitesi: %16 Faktör VIII:%29 Trombosit sayısı:262 000/mm <sup>3</sup>	PT:15.8/sn aPTT:39/sn INR:1,26	Sünnet	TDP
2	8 yaş, kız	Hematürü	Faktör VII:%19 Trombosit sayısı:312 000/mm <sup>3</sup>	PT:21/sn APTT: 32,9/sn INR:1,61	Diş çekimi	TDP
3	15 yaş, erkek	Asemptomatik	Faktör VII:%21 Trombosit sayısı:185 000/mm <sup>3</sup>	PT:20/sn Aptt:36/sn INR:1,6	Radius-ulna fraktör	Rekombinant faktör VII (r F VII)
4	6 yaş, kız	Asemptomatik	Faktör VII:%33 Trombosit sayısı:282 000/mm <sup>3</sup>	PT:19,1/sn aPTT:32,1/sn INR:1,5	Diş çekimi	TDP
5	8 yaş, kız	Asemptomatik	Faktör VII:%16 Trombosit sayısı:201 000/mm <sup>3</sup>	PT:19/sn aPTT:32/sn INR:1,45	Diş çekimi	TDP
6	8,5 yaş, erkek	Asemptomatik	Faktör VII:%16 Trombosit sayısı:156 000/mm <sup>3</sup>	PT:20/sn aPTT:36,1/sn INR:1,57	Sünnet	TDP
7	20 günlük	Göbek bağı düşmemiş ve kan alınan yerlerde uzun süren kanama	Fibrinojen: 24 mg/dl Trombosit sayısı:222 000/mm <sup>3</sup>	PT: 90/sn aPTT:140/sn INR:7,9	İnguinal herni operasyonu	Operasyon ertelendi, TDP verildi.
8	25 günlük	Ateş, sarılık, emmeme	Fibrinojen: 89 mg/dl Trombosit sayısı:106 000/mm <sup>3</sup> D dimer::1631 ng/ml	PT: 35/sn aPTT:63/sn INR:3,2	Femoral katater takılması	TDP+geniş spektrumlu antibiyoterapi
9	4 yaş, erkek	Asemptomatik	Faktör XII:%3	PT: 14,7/sn aPTT:63/sn INR: 1,17	Sünnet	
10	9 yaş, erkek	Ekimoz	Trombosit sayısı:46 bin	PT:14/sn aPTT:32/sn INR:1,1	Sünnet	Ertelendi, Trombosit sayısı 100000/mm <sup>3</sup> olunca yapıldı.

## **Bildiri No: 8**

Perkütan Nefrolitotomi Uygulanan Hastalarda Peritubal Bupivakain ve Morfin Enjeksiyonunun Postoperatif Ağrı Üzerine Etkisi

### **Abdullah Erdoğan**

1Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Erzincan

**Giriş ve Amaç:** Böbrek taşı nedeniyle perkütan nefrolitotomi (PNL) uygulanan hastalarda operasyonun sonunda peritubal uygulanan lokal anestezi ve opioid enjeksiyonunun postoperatif ağrı kontrolü üzerine etkisini inceledik.

**Yöntem:** Kliniğimizde Haziran 2018 ile Ekim 2019 tarihleri arasında 18 yaş üzeri PNL uygulanan hastalar postoperatif analjezi yöntemine göre randomize olarak iki gruba ayrıldı. Peritubal lokal anestezi ve opioid verilen gruba (Grup A) 24 hasta, kontrol grubuna (Grup K) 26 hasta dahil edildi. Grup A ya dahil edilen hastalara nefrostomi tüpü yerleştirildikten sonra 22 G spinal iğne ile skopi eşliğinde renal kapsülden cilde kadar 20ml 0.25 % Bupivakain + 0.5 ml morfin enjekte edildi. Grup K ya dahil edilen hastalara herhangi bir işlem uygulanmadı. Hastaların 0, 1, 6, 12 ve 24. saatlerdeki VAS skoru kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen toplam 50 hastanın (21 kadın/29 erkek) yaş ortalaması 51,26±14,02 olarak bulundu. Gruplar arasında cinsiyet, yaş, taş büyüklüğü, operasyon süresi, operasyon başarısı ve komplikasyonlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi (Tablo 1). Grup A' nın 0, 1, 6 ve 12. saatlerdeki VAS skorları ve ortalama VAS skorları Grup K ya göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. 24. saat VAS skorları arasında anlamlı fark saptanmadı.

**Sonuç:** Böbrek taşı tedavisinde 2 cm üzeri taşlarda altın standart olarak uygulanan PNL operasyonu sonrası yapılan peritubal lokal anestezi ve opioid infiltrasyonu ile hastaların postoperatif 12 saatlik süre boyunca ağrı düzeyleri anlamlı derecede düşürülebilir ve aynı zamanda hasta memnuniyeti artırılabilir.

## Bildiri No: 9

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Uygulamalarındaki Deneyimlerimiz

**Esra Dişçi**, Rıfat Peksöz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Erzurum

<sup>2</sup>Muş Malazgirt Devlet Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Kritik hastaların bakım ve tedavisi sırasında enteral beslenme, enerji ihtiyacının karşılanması, vücut direncinin korunması, gastrointestinal sistem (GİS) florasının korunması ve translokasyonların önlenmesi açısından çok önemlidir. Bu çalışmadaki amacımız; hastanemizde Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) takılması planlanan hastaların PEG takılma endikasyonlarını, işlem sonrası komplikasyonlarını ve takipleri ile ilgili verileri sunmaktır.

**Yöntem:** Çalışmamızda Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı endoskopi ünitesinde Ocak 2018- Kasım 2019 tarihleri arasında PEG takılması endikasyonu koyduğumuz 48 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların 27'si kadın 21'i erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 69,4 (26-91) idi. PEG takma endikasyonları (Tablo:1) ve servislere göre işlem sayıları (Tablo:2) tablolarda verilmiştir. PEG takılan hastaların 19'u (%39,6) trakeostomili, 6'sı (%12,5) entübe, 23'ü (47,9) hasta trakeostomili veya entübe değildi. PEG takılan hastalarda işleme bağlı morbidite ve mortalite izlenmedi. 1 hastaya ameliyathanede, genel durumu iyi olan hastalara endoskopi ünitesinde diğer hastalara yoğun bakım ünitesinde hasta başında sedasyon altında işlem yapıldı. İşlem öncesi 8 saat oral alımları kapatıldı, antikoagülan ve antiagregan ilaçlar işlemden 1 hafta önce kesilerek düşük molekül ağırlıklı heparine geçildi. İşlem sonrasında hastaların PEG' den enteral beslenmesine 24 saat sonra başlandı. İlk 8 saatte 20 cc/h takibinde rezidü miktar %50'nin altında ise iki katına çıkılarak günlük kalori ihtiyacına göre arttırılarak beslenme hemşiresi kontrolünde ayarlamalar yapıldı. PEG çıkış yerine günlük yara yeri pansumanı yapıldı.

**Sonuç:** PEG uygulaması genel anestezi gerektirmemesi, yatak başında ya da endoskopi odasında uygulanabilir olması, kısa sürede uygulanması, mortalite oranının ve komplikasyonlarının düşük olması nedeniyle güvenli uygulanabilir bir yöntemdir.

## **Bildiri No: 10**

İlçe Devlet Hastanesinde Anestezi Eşliğinde Endoskopi Deneyimimiz

**Ufuk Memişi**, M. İsmet Dağtekin

Şehit Yavuz Yürekseven Devlet Hastanesi, Hınıs, Erzurum

**Giriş ve Amaç:** Üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisi günümüzde direkt bakı imkânı sağlaması, biyopsi ve girişimsel müdahale imkanlarının olması sebebiyle klinisyenlerin tanı ve tedavide en güvenilir araçlarından birisidir. Endoskopik işlemlerin anestezi eşliğinde yapılması hastaların konforunu artırmakla birlikte ve endoskopistlerin daha net değerlendirme yapmasına imkân sağlamaktadır. Bu yazıda Erzurum ilçe hastanesinde anestezi eşliğinde yaptığımız endoskopilerin verilerini ve işlem esnasında kullanılan anestezi tekniğini irdelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Erzurum Hınıs Şehit Yavuz Yürekseven Devlet Hastanesinde 1 ocak -30 ekim 2019 tarihleri arasında gastroskopi ve kolonoskopi endikasyonu konulan hastalar hemogram , rutin biyokimya , kanama paneli ve EKG sonuçları ile anestezi uzmanımızca değerlendirilip ASA I-II , mallampati skoru I-II-III olan, zor hava yolu öngörülmeleyen hastalar işleme alındı. Diğer hastalar üst merkezlere sevk edildi. Endoskopi hazırlıkları tamamlanan hastalar 0,05 mg/kg IV midozolam sonrası 1mcg/kg IV fentanil ile premedike edildikten sonra 1 mg/kg IV propofol ile indüksiyon yapıldı.Nazal kanülden 6-8 lt/dk oksijen desteği sağlandı.Ek olarak gastroskopi yapılacak hastalara lidokain sprey ile orofaringeal topikal anestezi uygulandı. İşlem esnasında Ramsey Sedasyon Skoru (RSS) 4-5 olacak şekilde 0,5 mg /kg ek propofol dozlarıyla titre edilerek işlemler tamamlandı. Sonrasında endoskopi ünitesi derlenme odasında Modifiye Aldrete Derlenme Skoru 9-10 oluncaya kadar 15-40 dk arasında monitörize şekilde izlendikten sonra hastalar taburcu edildi.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 42,2 olan 124 (86 kadın 38 erkek) hastaya sadece gastroskopi, yaş ortalaması 52,5 olan 12 (10 kadın 2 erkek) hastaya sadece kolonoskopi ve yaş ortalaması 44,3 olan 34 (23 kadın 11 erkek ) hastaya gastroskopi ve kolonoskopi yapıldı.Yaş aralığı 18-88 arasında değişmekteydi. Toplamda yapılan 204 endoskopide 37 hastadan mide biyopsisi, 8 hastadan kolon biyopsisi alındı. 3 hasta polipektomi için üst merkeze sevk edildi. İşlem sonrası hiçbir hastada endoskopi ya da anesteziye bağlı komplikasyon izlenmedi.

**Sonuç:** Büyük merkezlerin yanı sıra perifer hastanelerde de endoskopik işlemler anestezi eşliğinde güvenle yapılabilmektedir. Böylece hastalar tanı ve tedavi işlemlerini merkeze gitmeden kolaylıkla ve konfor içerisinde yaptırabilirken üst merkezlerdeki hasta yoğunluğu azalmaktadır.

## Bildiri No: 11

Pediyatrik Göğüs Ön Duvar Deformite Cerrahisinde Transvers Torasik Kas Plan Bloğunun Sternotomi Ağrısı Üzerine Etkinliği: Olgu Sunumu

Ali Ahıskalıoğlu<sup>1</sup>, **Tuğberk Küçüni**, Ahmet Murat Yayık<sup>1</sup>, Ali Bilal Ulaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Göğüs duvarı deformitesi prevalansı % 0,3-0,7 olan konjenital bir hastalıktır ve fonksiyonel, kozmetik ve psikososyal sorunlara neden olabilir. Hafif deformiteler genellikle asemptomatiktir ve cerrahi kozmetik nedenlerden dolayı yapılmaktadır. İlk semptom tipik olarak sadece protrüzyonun olduğu yerde hassasiyettir. Daha belirgin vakalarda görülen göğsün azalmış uyumu ile ilgili diğer semptomlar arasında dispne, eforla giden takipne ve azalmış efor kapasitedir.

İlk olarak 2015 yılında tanımlanan TTMP (Transversus Thoracic Muscle Plane) bloğu, interkostal sinirlerin anterior dallarını hedef alarak T2-6 dermatomunda etkinlik gösterir. Biz bu vakada pectus carinatum cerrahisi için kostokondral rezeksiyon yapılan hastada postoperatif analjezi amacıyla TTMP blok uygulamamızı sunmaktayız.

**Olgu:** Herhangi bir sistemik hastalık öyküsü olmayan 15 yaşındaki 60 kg erkek hasta göğüs duvarı rekonstrüksiyonu için operasyona alındı. Hastada göğüs duvarı deformitesine bağlı herhangi bir semptom mevcut değildi. Hastanın isteği üzerine kozmetik nedenlerden dolayı operasyon kararı verildi ve hastaya sternotomi yapılarak kostokondral rezeksiyon planlandı. 2 mg midazolam ile premedike edildi, propofol, fentanil ve rokuronyum ile indüksiyon yapıldı ve anestezi idamesi sevoflurane ve remifentanil ile sağlandı. Hastaya supine pozisyon verildi. Cerrahi işlem başlamadan önce hastaya peri-operatif ve post-operatif analjezi amacıyla TTMP blok uygulanması planlandı. Supin pozisyonda işlem yapılacak bölge ve lineer USG probu steril olarak hazırlandı. USG probu 4. ve 5. kotlar arasına transvers olarak yerleştirildi. İntercostal, internal intercostal ve transversus torasik kasları ile plevra görüntülendi. Bilateral, in plane teknikle 5 cm' lik blok iğnesi kullanılarak medialden laterale doğru intercostal kas ile transversus torasik kas arasındaki interfasyal alana girildi. 2 ml serum fizyolojik verilerek iğneni yeri doğrulandı. Daha sonra 20 ml % 0.25 bupivakain bilateral olarak enjekte edildi. Cerrahi süre yaklaşık 120 dakikaydı ve operasyon bitmeden 30 dakika önce 10mg/kg parasetamol ile 50 mg deksketoprofen 100cc %0.9 NaCl içinde yapıldı. Parasetamol post-operatif 6 saatte bir, deksketoprofen 12 saatte bir tekrarlandı. Post-operatif PCA fentanil kullanılarak; bazal infüzyon 20 mcg/sa ve 20 dakika lock-out süresi olacak şekilde 30 mcg bolus dozu ile hazırlandı. Post-operatif ağrı değerlendirmesi istirahatte ve öksürük ile 1., 2., 4., 8., 12. ve 24. saatlerde VAS ile yapıldı. Takiplerinde ilk 12 saatte VAS skoru istirahat ve hareketle 2'nin üzerine çıkmadı ve 12-24 saat aralığın maksimum ağrı skoru öksürükle 4' idi. Yirmi dört saat sonunda toplam PCA tüketimi değerlendirildiğinde bolus doz kullanımı mevcut değildi.

**Tartışma ve Sonuç:** TTMP blok parasternal bölgede etkinlik göstererek son yıllarda sternotomi yapılan hastalarda ve meme cerrahisinde PECS bloklara tamamlayıcı blok olarak uygulanmaktadır. Postoperatif ciddi ağrıya neden olan göğüs duvarı deformitesi cerrahisinde de TTMP blok ağrı skorları ve opioid tüketimi azaltarak nöroaksiyel bloklara alternatif olabilir.

## **Bildiri No: 12**

Serebral ven varyasyonlarının 3T MR da kontrastlı venografi ile değerlendirilmesi

### **Cengiz Öztürk, Gökhan Tonkaz**

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Serebral venöz sinüs varyasyonları farklı popülasyonlarda farklı sıklıkla bildirilmiş olup toplumumuzdaki sıklığı ve oranları bilinmemektedir. Varyasyonlar özellikle agenezi ve hipoplaziler bazen trombüs ile karıştırılabilmekte ve hastalara gereksiz tedavi uygulanmaktadır. Bu çalışmamızda yüksek tesla güçlü MR cihazında kontrastlı venografi tetkiki kullanarak serebral venöz sinüs varyasyonlarını değerlendirmeyi amaçladık

**Yöntem:** Bu çalışma Ocak-Ağustos 2019 tarihleri arasında polikliniğe müracaat eden 18 yaşından büyük hastaların kontrastlı MR venografi tetkikleri 3T (siemens skyra) cihazında yapıldı. Sonuçlar retrospektif olarak radyoloji iş istasyonunda (singo via) değerlendirildi. Kontrastlı MR venografi ve konvansiyonel MR tetkikinde patoloji olan hastalar (serebral ven trombüsü, kitle) çalışma dışı bırakıldı. Kontrastlı MR venografi tetkiki normal olan 49 hasta çalışmaya dahil edildi. MR venografi tetkikinde superior sagittal sinus, transvers sinus ve sigmoid sinusler normal, hipoplazik ve aplazik olarak sınıflandırıldı. İstatistiksel analiz SPSS programı kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** Kırk dokuz hastanın 21 tanesi (%42,9) erkek, 28 tanesi (%57,1) kadındı. Ortalama yaş  $44,92 \pm 15,91$  (19-81 ) yıl bulundu. Superior sagittal sinüs tüm hastalarda normaldi (Resim 1). 33 (%67,32) hastada transvers sinüsler normal (Resim 2), 10 (%20,4) hastada sol transvers sinüs hipoplazik (Resim 3), 2 (%4,08) hastada sol transvers sinüs aplazik (Resim 4), 3 (%6,12) hastada sağ transvers sinüs hipoplazik ve 1 (%2,04) hastada ise her iki transvers sinüs hipoplazik olarak değerlendirildi. Sigmoid sinüsler 42 (%85,68) hastada normal (Resim 2), 5 (%10,2) hastada sol sigmoid sinüs hipoplazik, 1 (%2,04) hastada sol sigmoid sinüs aplazik (resim 4) , 1 (%2,04) hastada sağ sigmoid sinüs hipoplazik olarak değerlendirildi. En fazla varyasyon sırası ile transvers sinüslerde (n:16 %32,62) ve sigmoid sinüslerde (n:7 %14,28) izlendi. En fazla sol tarafta (n:19 %38,76) varyasyon görüldü

**Tartışma:** Çalışmamızda ortaya koyduğumuz gibi serebral sinüslerde varyasyon oranı oldukça fazladır. Özellikle transvers sinüslerde ve sol tarafta varyasyon sıklığı artmaktadır. Varyasyonların bilinmesi ve akılda tutulması yanlış tanı ve tedavilerden kaçınmak için oldukça önemlidir.

## **Bildiri No: 13**

### Manyetik Rezonans Görüntüleme için Pediatrik Anesteziye Sendromlu Hastaların Yönetimi

#### **Ferda Yamanı**

1Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Eskişehir

**Giriş:** Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), radyasyon riski olmadığı ve non invaziv olduğu için son yıllarda önemli ve tercih edilen bir tanısal araçtır. MRG kalitesi açısından hastaların hareketsiz uzun süre durması gerekmektedir. MRG sırasında pediatrik hastaların hareket etmeden sabit kalırken respiratuvar ve hemodinamik açıdan stabil kalmasını sağlamak gerekmektedir (1). Bu sunumda kranial MR için anestezi uyguladığımız Pierre Robin Sendromlu ve Holoprosensefali olan hastaları sunmayı amaçladık.

**Olgu 1:** 38. Haftada APGAR 8 ile doğan, 1.5 aylık, 3000 gram, yarı damak, mikrognati, omega epiglot, tek taraf koanal darlık olan kız bebek, Pierre Robin sendrom tanısı mevcut olup kranial MRG için anestezi uygulanması için konsülte edildi. Hastaya aspirasyon pnömonisi profilaksisi uygulanmaktaydı. Oksijen desteği ve aralıklı nazal CPAP (devamlı pozitif basınçlı ventilasyon) ile takip edilmekteydi. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinden nazal CPAP maskesi temin edilerek zor havayolu için gerekli tüm hazırlıklar yapıldıktan sonra pulse oksimetre nabız ve tansiyon monitorizasyonu yapıldı. Hipotermiden koruma amaçlı streç filmlere sarıldıktan sonra 2mg kg<sup>-1</sup> propofol intravenöz uygulandı ve PCV (basıç kontrollü ventilasyon) 10-15 cmH<sub>2</sub>O ayarlanarak 20 frekansta mekanik ventilatör desteği ile 20 dakika süren başarılı MRG sağlandı (figür 1,2).

**Olgu 2:** 38. haftada APGAR 6 ile doğan Holoprosensefali nedeniyle beyin MRG için konsülte edilen 5 aylık 5600 gr olan hasta yarı dudak-damak operasyonu geçirmiş, hipotelorizm, tek burun deliği mevcut, nazal septum yok, burun kökü basık, üçlü antiepileptik tedavi almaktaydı ve santral diabetes insipidus nedeniyle desmopressin kullanımı mevcuttu. MRG alanında 2 mg/kg intravenöz propofol uygulandıktan sonra nazal 10-15 cmH<sub>2</sub>O ile nazal CPAP maskesi ile mekanik ventilasyon desteği sağlanarak 20 dk süren işlem komplikasyonsuz gerçekleştirilmiştir.

**Tartışma:** MRG ünitesinde karşımıza çıkan pediatrik hastaların çoğunda nörodejeneratif hastalık olmakla beraber sendromlu hastalar karşımıza çıkmaktadır. Kısa süren MRG için hızlı derlenme sağladığı ve MR başarı oranını artırmak için propofol tercih edilmektedir. MR ünitesinde hipotermi ve propofol etkisi ile hipoventilasyon gelişmektedir (2).

**Sonuç:** Nazal CPAP maske yardımı ile PCV modda mekanik ventilatör desteği ile komplikasyonsuz başarılı MRG yapılabilir.



## Bildiri No: 14

### Desfluran Uygulanan Ratlarda Fullerenol C60'ın Karaciğer Dokusu Üzerine Etkisi

Halil Karalı, **Volkan Şıvgın**<sup>2</sup>, Gamze Gök<sup>3</sup>, Merve Meryem Kıran<sup>4</sup>, Hande Arpacı<sup>5</sup>, Aycan Özdemirkan<sup>2</sup>, Mustafa Arslan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji AD, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Ankara

<sup>3</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya AD, Ankara

<sup>4</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji AD, Ankara

<sup>5</sup>Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Nanotıp; biyomedikal bilimler, fizik ve mühendislik gibi disiplinler arası etkiyle ortaya çıkan en son teknolojiyi insan sağlığını korumak ve iyileştirmek için kullanmaktadır. Antioksidan nanopartiküllerin potansiyel terapötikler olarak ortaya çıkması, bu disiplinler arası hummalı çalışmaların önemli bir sonucudur. Çalışmada amaç olarak desfluran verilen ratlarda fullerenol C60'ın karaciğer dokusu hasarına karşı koruyup korumadığının gösterilmesi ve az sayıdaki literatür çalışmalarına katkı sağlamayı hedefledik.

**Yöntem:** Etik kurul onayı alındıktan sonra, 24 adet rat, rastgele 4 gruba ayrıldı (Kontrol (Grup K), Fullerenol C60 (Grup F), Desfluran (Grup D), Fullerenol C60 -Desfluran (Grup FD)). F ve FD grubuna fullerenol C60 (100 mg/kg intraperitoneal) işleminden 30 dk önce uygulandı. D ve FD gruplarına desfluran %6,8 3 saat süreyle uygulandı. Anestezi dönemi bitiminde alınan karaciğer doku örneklerinde histopatolojik, serumda ise Malondialdehid (MDA) düzeyi, nitrik oksit (NO), süperoksit dismutaz (SOD) enzim aktiviteleri değerlendirildi. Gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemede bağımsız gruplarda ANOVA testi ile değerlendirildi. Anlamlılık bulunan gruplarda Bonferroni testi ile karşılaştırılma yapıldı.

**Bulgular:** D grubundaki MDA düzeyi tüm gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p<0.0001, p<0.0001, p=0.001$ , sırasıyla). D grubundaki SOD enzim aktivitesi K ve F gruplarına göre anlamlı olarak düşük bulundu ( $p<0.0001, p=0.044$ , sırasıyla). Ayrıca Grup D NO enzim aktivitesi Grup K'ya göre anlamlı olarak düşük bulundu ( $p=0.008$ ) (Tablo 1). **Sonuç:** Ratlarda desfluran anestezisinden 30 dk. önce intraperitoneal olarak uygulanan 100 mg/kg fullerenol C60'ın oksidatif stresi azalttığını ve karaciğer histopatolojisinde anestezije bağlı meydana gelen hasarlanmayı kısmen düzelttiğini tespit ettik. Ratlarda anestezi öncesi uygulanan fullerenol C60'ın karaciğer koruyucu etkisinin olduğunu düşünmekteyiz.

## Bildiri No: 15

### Alt Ekstremitte İskemi Reperfüzyon Hasarı Yapılan Ratlarda Fullerenol C60'ın Over Dokusuna Etkisi

Aydan Kılıçarslanı<sup>1</sup>, **Gülay Kıpçak**<sup>2</sup>, Hakan Kartal<sup>3</sup>, Ayşegül Küçük<sup>4</sup>, Yücel Polat<sup>5</sup>, Mustafa Arslan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Ankara

<sup>3</sup>Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi AD, Ankara

<sup>4</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji AD, Kütahya

<sup>5</sup>Mehmet Akif Ersoy Göğüs ve Kardiyovasküler Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi AD, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmanın amacı alt ekstremitte iskemi reperfüzyon (İ/R) hasarı yapılan ratlarda fullerenol C60'ın over dokusu üzerine etkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Etik komite onayı alındıktan sonra, 30 Wistar Albino rat 5 gruba ayrıldı (n:6); Kontrol (K), Diyabet kontrol (grup DK), diyabet+ fullerenol C60 grup (DF), diyabet+İ/R (grup DİR) ve diyabet İ/R+ fullerenol C60 (DİR-F). Diyabet oluşturmak için ratlara 55 mg/kg streptozotosin verildi, 72 saat sonra kan glukoz düzeyi ölçüldü ve 250 mg/dL ve üzerindeki değerlere sahip ratlar diyabetik olarak kabul edildi. Diyabet oluşturulduktan 4 hafta sonra ratlar 2 saat süre ile iskemi ve sonrasında 2 saat süre ile reperfüzyon uygulandı. Reperfüzyon süresinin sonunda over doku örnekleri alındı ve histopatolojik, immünohistokimyasal analiz yapıldı. Sonuçlar Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılarak karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Matür folikül (Teka) ve antral folikül (Teka) kaspaz 3 enzim aktiviteleri DİR ve C ve DİR-F gruplarında anlamlı olarak düşük bulundu. Hiler bölge vasküler endotelial kaspaz 3 enzim aktiviteleri DİR grubunda grup K, DK, DF ve DİR-F gruplarındakine göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.001, p=0.038, p=0.006, sırasıyla). Over dokusu kaspaz 8 enzim aktivitesi gruplar arasında benzer bulundu. Benzer olarak vasküler konjesyon, ödem ve hemoraji gruplara arasında benzer bulundu.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonuçları diyabetik ratlarda oluşturulan İR hasarında fullerenol C60'ın over dokusu üzerinde koruyucu etkisi olduğunu göstermektedir. Çeşitli organlarda farklı sürelerle yapılacak İR hasarında fullerenol C60'ın etkilerini araştıracak gelecekteki çalışmalar, fullerenol C60'ın olası koruyucu etkilerinin ve İR ilişkili doku hasarının altında yatan mekanizmaların anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

## Bildiri No: 16

# Nefrostomi Açılan Pediatrik Bir Hastada İntraoperatif ve Postoperatif Analjezi Yöntemi Olarak Erektör Spina Plan Bloğu

Mürsel Ekinci<sup>1</sup>, **Erkan Cem Çelik<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon BD, İstanbul

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Erzurum, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Ultrasound (US) eşliğinde yapılan erektör spina plan bloğu (ESPB) yeni tarif edilen bir interfasiyal plan bloğudur. US rehberliğinde uygulandığı için uygulaması kolay ve güvenilirdir. Erektör spina kasının altındaki fasiya içine lokal anestezi solüsyon enjeksiyonu ile uygulanır. Çeşitli endikasyonlar için uygulanmakta olup son yıllarda pediatrik hastalar için kullanımını artmaktadır. Önemli anatomik yapılara (plevra, nörolojik ve vasküler yapılar) olan uzaklığından dolayı santral nöroaksiyel bloklar yerine özellikle pediatrik analjezi yönetiminde güvenle kullanılabilir.

**Yöntem:** Bu vaka sunumu için hastanın ebeveynlerinden yazılı onam alınmıştır. 5 yaşında, 15 kg, Burkitt lenfoma tanılı, pediatrik hastaya sağ nefrostomi açılması operasyonu planlandı. Hasta operasyon odasına alındıktan sonra sedasyon için midazolam (0.1 mg·kg<sup>-1</sup>) ve propofol (1 mg·kg<sup>-1</sup>) IV yapıldı. Hastaya sağ lateral dekübit pozisyonu verildi. Aseptik koşullar altında ultrason (US) eşliğinde T10 seviyesinden ESPB yapıldı. 12 MHz lineer US probu ile erektör spina kasının transvers proçes üzerinde görüntülenmesinden sonra, 22 G 50 mm blok iğnesi in-plane teknik kullanılarak kraniyo-kaudal yönde derin fasiya içine ilerletildi. 10 ml 0.25 % konsantrasyonda bupivakain interfasiyal alana enjekte edildi. Hasta supin pozisyonuna alındıktan ve blok yapılmasının üzerinden 10 dk geçtikten sonra işleme başlandı. İşleme başlanırken sedasyon için ek propofol (1 mg·kg<sup>-1</sup>) IV yapıldı. İşlem 20 dk sürdü. Ek herhangi analjezik ya da sedasyon yapılmadı. İşlem sırasında hasta hareketsizdi ve vital bulgularında (Nb, TA, kan basıncı, SpO2) değişiklik olmadı. Hasta postoperatif dönemde rahattı.

**Bulgular:** Postoperatif 24 saatlik dönemde hastaya ek herhangi bir analjezik yapılmadı. Postoperatif 1 saat sonra mobilize edildi.

**Sonuç:** Yapılan kadavra çalışmalarında enjekte edilen solüsyonun kraniokaudal yönde yayılarak, spinal sinirlerin ventral ve dorsal dallarını hedeflediği görülmüştür. Bu nedenle toraks ve abdomenin anterolateral ve posterior alanlarında birkaç dermatomda analjezi oluşur. Dolayısıyla ESPB bloğu, pediatrik hastalarda santral bloklar gibi invaziv tekniklere iyi bir alternatif olabilir. Kısa süreli işlemlerde ve postoperatif analjezi yönetiminde uygulanabilir.

## **Bildiri No: 17**

### **Diz Artroplastisi Operasyonu Yapılan Hastada Adduktor Kanal Bloğu ile Postoperatif Analjezi Yönetimi**

Bahadır Çiftçi, **Ömer Doymuş**

<sup>1</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon BD, İstanbul

<sup>2</sup>Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Erzurum

**Giriş ve Amaç:** Diz artroplastisi ameliyatı eklem deformiteleri ve kıkırdak dejenerasyonlarına bağlı olarak giderek artan sayıda uygulanmaktadır. Bu hastalarda cerrahiye ve yerleştirilen proteze bağlı olarak şiddetli postoperatif ağrı meydana gelebilir. Postoperatif analjezi erken mobilizasyon için önemlidir; tromboemboli gibi komplikasyonlar engellenmiş olur. Bu hastalarda analjezi için epidural analjezi uygulanabilir fakat teknik zorluk ve hastanın istememesi nedeniyle uygulanamayabilir. Femoral sinir blokajı yapılabilir fakat motor blokaja neden olabileceği için tercih edilmez. Safen sinirinin adduktor kanalda ultrason (US) eşliğinde blokajı kas güçsüzlüğü olmadan analjezi sağlar. Diz artroplastisi yapılan hastalarda yüksek volümle yapılan adduktor kanal bloğu (AKB) postoperatif analjezi yönetiminde kullanılabilir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu vaka sunumu için hastadan yazılı onam alınmıştır. 62 yaşında, 70 kg, ASA sınıflandırması 2 olan (hipertansiyon) bayan hastaya genel anestezi altında sağ total diz protezi operasyonu yapıldı. Ameliyat bitmeden 20 dk önce 800 mg ibuprofen ve 100 mg contramal IV yapıldı. Cerrahi bittikten sonra hasta ekstübe edilmeden önce aseptik koşullar altında US eşliğinde AKB yapıldı. Lineer US probu (11-12 MHz) patella ile inguinal bölge arasındaki hayali çizginin ortasına yerleştirildi. Yüzeysel femoral arter sartorius kasının dorsalinde görüntüledikten sonra prob distale kaydırıldı. Bu seviyede, subsartorial bölgede arterin anterior ve lateralinde safen sinir hiperekoik olarak görüntüledi. Blok yerinin doğrulanması için 22 G iğne ile in plane teknikle 5 ml salin enjeksiyonu yapıldıktan sonra %0.25'lik 40 ml bupivakain solüsyonu enjekte edildi. Hasta ekstübe edildi. PACU da VAS 10 idi. 3x400 mgr ibuprofen order edildi. 10 mcg/ml fentanil içeren hasta kontrollü analjezi cihazı infüzyon dozu olmadan 20 mcg bolus ve 20 dk kilit süresi protokolüyle bağlandı. Servise transfer edildi. Postoperatif 3.saatte hasta mobilize edildi.

**Bulgular:** Postoperatif 24 saatlik dönemde hastaya giden toplam fentanil dozu 20 mcg idi. Ek herhangi bir analjezik yapılmadı. Pasif VAS skoru 1, aktif VAS skoru ise maksimum 2 idi.

**Sonuç:** AKB etkili ve güvenilir bir bloktur. AKB distaldedir, kuadriseps kasının efferent dallarının çoğunluğu ve bu nedenle bu kasın gücü büyük ölçüde korunur. Diz artroplastisi yapılan hastalarda multimodal analjezinin bir parçası olarak etkin bir şekilde kullanılabilir.

## Bildiri No: 18

Timothy Sendromlu Hastada Uyanık Subtotal Pankreatektomi: Olgu Sunumu

**Kübra Selvitopiu**, İrem Ateş<sup>1</sup>, Nurhak Aksungur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Erzurum

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Erzurum

**Giriş ve Amaç:** Timothy sendromu sindaktili, fasyal dismorfizm, uzun QT, ventriküler taşiaritmi, kardiyak hipertrofi ve diğer konjenital kardiyak anomaliler ve ayrıca nörolojik fenotipte otizm, nöbet ve entelektüel yetersizliği kapsayan multisistemik anomaliler ile karakterize, son derece nadir bir genetik hastalıktır. Uzun QT ventriküler fibrilasyona ani kardiyak arrest ve kardiyak ölüme neden olabilir. Daha önceki raporlara göre çoğu hasta beta blokör tedavisine rağmen yaşamın üçüncü yılından önce hayatını kaybetmektedir(1). Daha büyük yaşlarda immün sitem anomalileri, hipoglisemi ve hipotermiyle seyretmektedir. Burada Timothy sendromu olduğu bilinen subtotal pankreatektomi uygulanan hastamızda başarılı perioperatif yaklaşımımızı paylaşıyoruz.

**Olgu:** Olgumuz bilinen herhangi bir hastalığı olmayan ancak son bir ay içerisinde iki kez senkop öyküsü ile acil servise başvuran 24 yaşında kadın hastaydı. Yapılan tetkiklerinde derin hipoglisemi saptanan hastanın endokrinoloji kliniği takibinde kardiyak aritmi, sindaktili, tipik sendromik yüz görünümü olması üzerine genetik tetkik yapılarak CACNA1C mutasyonu ile Timothy Sendromu tanısı konulmuş. Hipoglisemi tedavi için subtotal pankreatektomi planlanan hasta rutin laboratuvar tetkikleri ve kardiyojoloji konsültasyonu ile premedikasyon sonrasında operasyon için ameliyathaneye alındı. Cerrahi ekibe bilgi verilerek hastaya sedasyon eşliğinde epidural anestezi planlandı. Hasta bilgilendirilerek yazılı onam alındı. Rutin monitorizasyona ek olarak olası ani hemodinamik değişikliklerin takibi açısından lokal anestezi altında radial arter kanülasyonu ile invazif kan basıncı monitörizasyonu yapıldı. 4 mg midazolam intravenöz yoldan uygulanarak yeterli sedasyon sağlandı. Hasta lateral dekübit pozisyonda iken cilt anestezisi sağlanarak direnç kaybı tekniği uygulanarak 18 G touhy iğnesi ile T8 seviyesinden epidural sahaya ilk denemede girildi. Kateter 5 cm içerde kalacak şekilde yerleştirildi. 15 ml %2 lidokain, 2 ml NaHCO<sub>3</sub>, 100 µg fentanil ve 100 µg adrenalin'den oluşan toplamda 20 ml anestezi mayiden başlangıçta 5 ml uygulandı. Dermatomal muayene yapılarak anestezi seviyesi değerlendirildi. Yaklaşık 10 dk sonra T6-T12 seviyesinde segmental duyuşsal blok oluştuğu tesbit edildi ve cerrahi başlatıldı. Yaklaşık 3 saat süren cerrahi herhangi bir komplikasyon olmadan sorunsuzca tamamlandı. İntraoperatif dönemde herhangi bir disritmi gözlenmedi ve betabloker ihtiyacı olmadı. Postoperatif dönem yoğun bakım takiplerinde herhangi bir sorun olmayan ve epidural kateter yoluyla analjezi sağlanan hasta ikinci günde servise alındı. Postoperatif 4. gününde kan şekeri regülasyonu için endokrinoloji kliniğine devredildi ve 11. günde şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Timothy sendromu özellikle ciddi kardiyak aritmilerle ölümcül seyredebilen konjenital genetik geçişli bir hastalıktır. Ayrıca multisistemik tutulumu nörolojik paternin eklenmesi klinik tabloyu daha da karmaşık hale getirmektedir. Anestezi indüksiyonundan postoperatif döneme kadar tüm perioperatif aşamalarda özellikle hemodinamik açıdan yakın takip ve tedavi gerektirmektedir. Literatürde yer alan vakalarda genel anestezi altında

ventriküler taşiaritmilerin tetiklendiği ve vakit kaybetmeden beta bloker tedavisinin başlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Ancak halen daha Timothy sendromunda optimum anestezi yönetimiyle ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Hemodinamik stabilizasyonun son derece önemli olduğu bu vakada yeterli sedasyon derinliği eşliğinde uygulanan epidural anestezinin hastanın özellikle genel anestezi uygulamalarında hemodinamik açıdan en labil olduğu indüksiyon ve derlenme dönemlerinde hemodinamik stabilizasyonu sağlamayı hedefledik. Ayrıca epidural anestezinin sempatik blokaj etkisini göz önüne alarak intraoperatif dönemde beta bloker ajan ihtiyacını değerlendirdik. Biz hastamıza epidural anestezi yöntemini başarılı ve güvenli bir şekilde uyguladık ancak Timothy sendromu ile ilgili daha büyük olgu serilerine ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

## Bildiri No: 19

Dirençli Postdural Ponksiyon Baş Ağrısı Olgusunda Yeni Yaklaşım: Olgu Sunumu

**Sümeyye Alı**, Hilal Çırakı, Muhammed Enes Aydını

1Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Erzurum

**Giriş ve Amaç:** Nöroaksiyal anestezi uygulamaları son birkaç dekatta sezaryen sekiyolarda (C/S) giderek artan oranlarda kullanılmaktadır. Kombine spinal epidural anestezi (KSEA) intraoperatif hızlı başlangıçlı anestezi ve postoperatif analjezi avantajları nedeniyle C/S vakalarında sıklıkla tercih edilen yöntemdir.

Dural ponksiyon riski özellikle gebelerde meydana gelen bir takım değişiklikler nedeniyle yapılacak epidural girişimlerde artmıştır. Postdural ponksiyon baş ağrısı (PDPB) özellikle obstetrik hastalarda nöroaksiyal anestezinin iyi tanımlanmış komplikasyonudur. Tedavide epidural kan yaması (EKY) ve diğer farmakolojik konservatif yöntemler günümüzde bilinen seçeneklerdir. Biz burada elektif sezaryen cerrahisi için uygulanan nöroaksiyel anestezi sırasında kazara dura ponksiyonu sonucu gelişen PDPB nin tedavisinde atropin ve neostigminin etkinliğini tecrübe ettiğimiz vakamızı paylaşıyoruz.

**Olgu:** Olgumuz 27 yaşında nullipar 39 hafta term gebeydi. Elektif C/S için ameliyathaneye alınan 164 cm, 65 kg hastanın fizik muayenesinde, kan basıncı 126/65 mmHg, SpO<sub>2</sub>: %98, kalp hızı 84 atım/dk ve tıbbi geçmişinde özellik yoktu. Hasta bilgilendirilip aydınlatılmış onamı alınarak ameliyat masasına alındı. Oturur pozisyonda KSEA için L3-4 aralığı palpe edildi. İşlem bölgesi antisepsisi sağlanarak steril örtülerle örtüldü. Girişim bölgesine infiltrasyon ile cilt anestezisi sağlandı. 18 G tuohy iğnesi direnç kaybı yöntemi kullanılarak ilerletilirken enjektörün spontan doluşunun görülmesi dural ponksiyon olarak tanımlandı. Epidural kateter intratekal alana yerleştirilerek 1,1 ml % 0,5 bupivakain ve 20 mcg fentanilden oluşan toplam 1,5 ml karışım kateter aracılığı ile uygulandı. Hastaya 15 derece sol lateral pozisyon verildi. Yapılan dermatomal muayenede T4 seviyesine ulaşan anestezi düzeyleri ile cerrahi başlatıldı. Cerrahi sorunsuz tamamlanarak takip için postoperatif derlenme ünitesine alındı. Hasta ve cerrahi ekip gelişen komplikasyon açısından bilgilendirilerek kafeinli içecekler tüketmesi ve hidrasyon önerilerinde bulunuldu. Baş ağrısı yönüyle takip ettiğimiz hastada ilk 12 saatte herhangi bir semptom yoktu. 12 saatin sonundaki muayenesinde tipik olarak yatar pozisyonda nispeten azalan, ayağa kalktığında şiddetlenen baş ve boyun ağrısı tariflemekteydi. Ponksiyon sonrası 24 saat boyunca konservatif tedavi ile takip edilen hastanın bu süre içerisinde semptomlarında herhangi bir gerileme olmadı. Bunun üzerine hasta onamı alınarak EKY planlandı. Kan yaması için eş zamanlı sağ antekübital venden 15 ml kan steril şekilde alındı. Hastanın sakral bölgede bası hissi tariflemesi üzerine 13 ml otolog kan epidural sahaya tuohy iğnesi içerisinden enjekte edildi. Dramatik şekilde saniyeler içinde ağrısında gerileme olan hasta yavaşça yatar pozisyona getirildi. 1-2 dk içerisinde baş-boyun ağrısı tamamen geçen hasta supin pozisyonda yaklaşık bir saat takip edildikten sonra servise transfer edildi. Sonraki 24 saat boyunca ağrısı olmayan hastada bu sürenin sonunda şiddeti giderek artan öncekiyle benzer karakterde baş-boyun ağrısı tarifledi. Literatür incelendiğinde intravenöz neostigmin ve atropinin PDPB de etkin olduğunu gösteren randomize kontrollü çalışma baz alınarak benzer

yaklaşım ile konservatif tedavi planlandı. Hastaya bu tedavi anlatılarak onamı alındı. Bunun için 20 mcg/kg neostigmin ve 10 mcg/kg atropin toplamda 20 ml'lik enjektöre %0.9 NaCL ile sulandırılarak hazırlandı. Ve bu mayi her 8 saatte bir yavaş iv infüzyon şeklinde verildi. Bu döngü 2 kez tekrarlandı. Bu tedavinin ardından baş-boyun ağrısında anlamlı azalma sağlanan hasta tam şifa ile taburcu edildi.

**Tartışma:** Sezaryen sonrasında gelişen PDPB, yeni doğum yapan annenin yürümesini ya da oturur pozisyonda emzirmesini sınırlandıran bir durumdur. Hastaneden geç taburcu olmaya ek olarak hastalar epidural kan yaması gibi ileri işlemlere veya uzun süre kullanımı sonucu analjeziklerin yan etkilerine maruz kalabilir.

Bu vakada, elektif C/S geçiren gebede gelişen dirençli postdural ponksiyon baş ağrısının yönetimi ele alınmıştır. Başarısız konservatif tedavi sonrasında yapılan epidural kan yamasında semptomları gerileyen ancak sonrasında tekrar şiddelenen hastaya neostigmin/atropin intravasküler uygulaması tercih edilmiştir. Anestezi pratiğinde nöromusküler blokör ajanların etkilerinin geri döndürülmesinde bir kolinesteraz inhibitörü olan neostigmin ve birlikte antikolinergik ajan olarak da atropin sıklıkla kullanılmaktadır. Neostigmin bir kolinesteraz inhibitörü olması nedeniyle nöromusküler bileşke dışında bir takım sistemik olarak da birtakım etkilere sahiptir(1). Burada bu ajanların rutin kullanımları dışında BOS dinamikleri üzerine olan etkileri sonucu PDPB de başarı ile kullanımını bildiriyoruz.

**Sonuç:** Neostigmin ve atropin ile literatürde kısıtlı veri olması ve bununla alakalı yapılacak olan deneysel/klinik çalışmaların PDPB etiyojisini daha iyi anlamaya ve tedavide yeni yöntemler için ışık tutacağına inanıyoruz.



## **Bildiri No: 20**

### **İleri Düzey Kalp Yetmezliği Olan Gebede Anestezi Yönetimi**

#### **Ferda Yamanı**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Eskişehir

**Giriş ve Amaç:** Kalp hastalığı gebeliğe bağlı mortalitenin %15 ini oluşturur. New York Kalp Derneği (NYHA) fonksiyonel kapasite skalasına göre sınıf 3-4 olan gebelerin gebe kalmamaları ve erken dönemde sonlandırılması önerilmektedir. Bu olguda ciddi kalp yetmezliği (NYHA sınıf 3) ne sekonder normal doğumun kontrendike olmasından dolayı sezaryen operasyonunda anestezi yönetimi sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 42 yaşında, 5. gebelik, 4 canlı doğum öyküsü olan 37 haftalık gebe hasta sezaryen için konsülte edildi. 158cm boyunda, 65 kg ağırlığında olan hastanın genel anestezi öyküsü yoktu. Diğer gebelikleri vajinal doğum olan hasta kalp yetmezliği nedeniyle gebeliğin ikinci ayında sonlandırılması için karar çıkmış olmasına rağmen kendi isteğiyle gebeliği devam ettirmiş olup yapılan ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu %25-30, orta düzeyde mitral yetmezlik ve global hipokinezisi mevcuttu. Kardiyomyopati düşünülen hastada koroner sendrom düşünülmeydi. Elektrokardiyografisinde sol dal bloğu mevcuttu (figür 1). Ameliyathaneye kabul edilen hastanın hemogram ve biyokimya tetkikleri normal sınırlardaydı. Ameliyathanede; 5 derivasyonlu elektrokardiyogram ve invaziv arter kan basıncı monitorizasyonu sağlandı. Hastanın tansiyonları 146/84mmHg, kalp tepe atımı 124/dk idi. Hastaya epidural anestezi 10 ml %0,5 bupivakain, 50µgr fentanil, 5 ml serum fizyolojik ile 16 ml lik hazırlanan volüm 5 dakika arayla L3-L4 interspinöz aralıktan yerleştirilen epidural kateter aracılığıyla 5dakika arayla test tozu sonrasında 5ml volümler halinde uygulandı. 25. dakikada duyu blok seviyesi T6 olunca sezaryen için hasta cerrahi ekibe teslim edildi. Operasyon boyunca sıvı kısıtlaması yapılarak iv 750-1000 ml serum fizyolojik uygulandı. APGAR 9-10 canlı doğum gerçekleştirilen hasta postoperatif yoğun bakım ünitesinde yakın monitorizasyon için 24 saat takip edildi. Kardiyoloji tarafından metoprolol 50 mg, kandesartan sileksetil 8 mg, izosorbid mononitrat 50 mg, spiranolakton 25mg ile tedavisi düzenlenen hasta taburcu edildi. Postpartum 2. ay ekokardiyografisinde ciddi mitral yetmezlik, EF: %25, kardiyomyopati olarak takipleri ve tedavisine devam edildi.

**Tartışma:** Nöroaksiyel blok özellikle spinal anestezi, sempatik blokajdan dolayı preloaddu azaltmakta, sistemik vasküler direnci düşürmekte olduğu için kardiyovasküler riskli hastalarda tolere edilemeyebilir. Epidural anestezi sırasında hipotansiyondan, volüm yükünden kaçınılarak, vazopressör ihtiyacı olmadan başarılı bir sezaryen anestezisi uygulanabilmektedir.

**Sonuç:** Kalp yetmezliği olan gebede perioperatif multidisipliner yaklaşımla mortalite oranları azaltılabilmektedir.

## **Bildiri No: 21**

Robotik Kardiyak Cerrahide Anestezi Deneyimlerimiz-Olgu Sunumu

### **İbrahim Hakkı Törü**

ıSağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge SUAM, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Erzurum

**Giriş ve Amaç:** Robotik kardiyak cerrahi anestezi özellik arz etmektedir. Vakalarda transözofageal ekokardiyografi (TEE) kullanımı, uygun hasta pozisyonunun sağlanması, tek akciğer ventilasyonu ile respiratuvar ve hemodinamik etkilerin değerlendirilmesi konularında dikkat gerektirmektedir. Bu yazıda kliniğimizde uygulanan robotik yardımcı ve robotik kardiyak cerrahideki erken dönem anestezi deneyimlerimizi 2 olgu sunumuyla gözden geçirmeyi ve sunmayı amaçladık.

**Olgu 1:** 41 yaşında kadın hasta, superior sinüs venozus defekti (superior yerleşimli ASD), ASA 2, anestezi hazırlık süresi 90 dakika, toplam ameliyat süresi 6,5 saat, operasyon sonrası yoğun bakımda 1 saat sonra ekstübe edildi, 2 gün yoğun bakımda 2 gün serviste kalan hasta sonrasında taburcu edildi.

**Olgu 2:** 55 yaşında erkek hasta, sağ atriumda kitle, ek olarak KOAH ve KRY mevcut, ASA 3, anestezi hazırlık süresi 60 dakika, toplam ameliyat süresi 4,5 saat, operasyon sonrası yoğun bakımda 2 saat sonra ekstübe edildi, 4 gün yoğun bakımda 3 gün serviste kalan hasta sonrasında taburcu edildi.

**Tartışma:** Robotik yardımcı cerrahi; cerrahi stresin azalması, kesinin küçük olması, kan kaybının ve kan kullanımının azalması, hasta derlenmesinin hızlanması, ameliyat sonrası ağrının az olması, yara yeri enfeksiyonlarının az olması, kozmetik sonuçların iyi olması, yoğun bakım ve hastane kalış sürelerinin kısalması gibi avantajları ile hem hasta memnuniyetini hem de kaliteyi artırır, bununla beraber morbidite ve mortalitenin azaltır.[2,4] Bu avantajlarına ek olarak robotik sistem üç boyutlu görüntü imkanı ve çok açılı manevra kabiliyeti sağlar, cerrahi titremeyi en aza indirirken beraberinde ölçülebilir ve kontrol edilebilir hareketlere imkan vermiştir.(3,4) Hastanemizde de son dört yıldır robotik onkolojik, jinekolojik ve ürolojik operasyonlar yapılmakta. Son dönemde robotik kardiyak cerrahi uygulamalarında yapılmaya başlamıştır.

**Sonuç:** Robotik kardiyak anestezi uygulamalarında, TEE kullanımı, dar ve kısıtlı bir alanda operasyon yönetiminin sağlanması, kardiyak ve tek akciğer ventilasyonunu içeren kardiyotorasik anestezi yönetimi ve kanülasyon tekniğinin ve TEE yardımıyla yönlendirilmesinin bilinmesi önemlidir.

## **Bildiri No: 22**

# Serebral Palsi Hastasında Negatif Basıncılı Akciğer Ödemi Olgusu ile Serebral Palsi Hastalarında Perioperatif Yaklaşım

## **Gülsüm Karabulutı**

1Mareşal Çakmak Devlet Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Erzurum

**Giriş:** Serebral palsi (CP) doğum öncesi, sonrası ve sırasında oluşan beyin hasarına bağlı ilerleyici olmayan hareket ve duruş bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. Hastalıkta görülen kas kontraktürleri, kooperasyon güçlüğü, pulmoner komplikasyonlar, eşlik eden epilepsi gibi sorunlar bu hastalarda anestezi yönetimini özellikli hale getirmektedir. Bu sunumda bir CP hastasında postoperatif dönemde gelişen negatif basınçlı akciğer ödemi (NBAÖ) vakası ile serebral palsi hastalarında perioperatif yönetimin önemine ve komplikasyonun yönetimine değinilmek amaçlanmıştır.

**Olgu:** 17 yaşında CP tanılı erkek hastaya pilonidal sinus cerrahisi planlandı, Preoperatif kan değerleri normal sınırlarda olan hastanın kooperasyon güçlüğü nedeniyle egzersiz kapasitesi net değerlendirilemedi. Akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Kooperasyon güçlüğü nedeniyle genel anestezi planlandı. İndüksiyonda 2mg midazolam, 20mg lidokain, 150 mg propofol uygulanan ve maske ile sorunsuz ventile olan hastaya 0,6 mg/kg dozunda roküronyum uygulandı. 0.7 spiralli endotrakeal tüp ile sorunsuz entübe edilen hastaya pron pozisyon verildi. Kontraktür bölgeleri yastıklarla desteklendi. Operasyonun sonlanmasının ardından spontan solunumu gelen hastaya 2mg/kg'da sugammadeks uygulandıktan hemen sonra hastada kuvvetli iç çekme ve tüpe reaksiyon gözlemlendi. Kas gücünün geri geldiği gözlenen hasta ekstübe edildikten sonra spontan solunumunun olmadığı ve göğüs kafesinde kuvvetli iç çekmelerinin devam ettiği gözlemlendi. Laringospazmı çözmek için maske ile pozitif basınçlı ventilasyona geçildi. Yaklaşık 5dk içinde laringospazmı çözülen hastada saturasyonların 90'ın üzerine çıkmadığı öksürme ile kan içerikli balgam gelişi gözlemlendi. YBÜ'ne alınan hastaya maske ile O2 desteği başlandı. Çekilen akciğer grafisinin akciğer ödemi lehine değerlendirilmesi üzerine NBAÖ tanısı konularak 20mg furosemid\gün ve sıvı kısıtlaması tedavisi uygulandı. Postoperatif 3. gün sorunsuz taburcu edildi.

**Tartışma:** CP hastalarında, reflüye bağlı aspirasyon, öksürük refleksinin yetersizliğine bağlı artmış pulmoner sekresyonlar, sık akciğer enfeksiyonlarına ve kronik akciğer hastalığı gelişimine neden olurlar. Bu hastalarda preoperatif dönemde önceden var olan solunumsal problemler saptanamayabilir. Ekstübasyon döneminde solunum yollarındaki sekresyonlar laringospazma ve sonrasında NBAÖ'ne neden olabilir. Solunum problemi olan hastalarda sugammadeks kullanımının postoperatif dönemde solunumsal komplikasyonları azalttığı gösterilse de ilacın kendisinin NBAÖ'ne neden olduğunu savunan çalışmalar da bulunmaktadır.

**Sonuç:** CP hastalarında İyi bir perioperatif yönetim için preoperatif dönemde ayrıntılı pulmoner değerlendirme yapılmalı, solunum fizyoterapisi, antibiyoterapi ve bronkodilatör tedavisi başlanması düşünülmeli ve uygun vakalarda rejyonel anestezi seçenekleri değerlendirilmelidir.

## Bildiri No: 23

### Masif Obstetrik Kanamanın Yönetimi: 2 Olgu Sunumu

**Sevda Karakaya<sup>1</sup>**, Emsal Pınar Topdağı Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Erzurum

**Giriş ve Amaç:** Maternal mortalite ve morbiditenin günümüzdeki başlıca sebepleri arasında obstetrik kanamalar gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin % 50 sinden sorumlu tutulmaktadır. Etyolojide uterin atoni, plasenta retansiyonu, koagülopati, anormal plasenta invazyonu ve laserayonlar yer almaktadır. Uterus atonisi ve yüksek sezeryan oranına bağlı giderek artan plasental invazyon anomalileri gebelikte fatal seyreden masif hemorajinin en sık karşılaşılan sebepleri arasında gelmektedir.

Postpartum kanamanın erken evrede tanınması tedavinin yönetiminde anahtar rol oynar. Yönetim ise multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Medikal tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda cerrahi prosedürler ya da embolizasyon gerekebilir ancak bütün bunlara rağmen kanama kontrol altına alınamazsa histerektomi kaçınılmazdır. Bu hastaların perioperatif yönetiminde anestezi uzmanı, obstetrisyen, girişimsel radyolog ve kan merkezi sorumluları yakın iş birliği içinde olmalıdır. Derin hipotansiyon, masif kanama ile ilişkili olabilecek dissemine intravasküler koagülasyon ya da koagülopati hastalara yapılacak anestezi seçiminde önem arz etmektedir. Planlı yönetilen bir kanama kontrolü mortaliteyi ve morbiditeyi önemli ölçüde azaltmaktadır.

Biz burda masif peripartum hemoraji yaşanan 2 olguda etkin rol oynayan anestezi yönetimini ve bu tarz hastalara yaklaşımı sunmayı amaçladık.

**Olgu 1:** 30 yaşında Gravida (4) parite (3) 38 hafta daha önce 3 sezeryanı olan hasta sezeryan için yatırıldı. Bakılan ultrasonografide hastanın 38 hafta ile uyumlu gebeliği mevcut idi. Plasenta fundal izlendi ve invazyon ya da yerleşme anomalisi tespi edilmedi. Preoperatif Hb: 7,4 g/dl, trombosit sayısı 230 .000/mm<sup>3</sup> , kan grubu B Rh (-) idi. Kanama riski nedeniyle en az 2 damar yolu açıldı. Hastanın moniterizasyonu yapıldı. Phansteil insizyondan 4 dakika sonra 3150 gr ağırlığında apgar skoru 8 olan bebek doğurtuldu. Doğumu takiben 30 İÜ oksitosin 1000 ml ringer laktat içinde infüze edildi. Plasenta ve ekleri tam olarak ayrıldı. Uterus tonusunun yetersiz olmasından dolayı 0,2 mg metil ergonovin intramüsküler yapıldı. Kanamanın devam etmesi üzerine hastaya bakri balon uygulaması yapıldı. Bu esnada hastaya agresif volüm replasmanına başlandı. 3000 ml ringer laktat , 6 ünite Brh (-) eritrosit süspansiyonu, 5 ünite taze donmuş plasma verildi. Kanamanın devam etmesi üzerine bilateral hipogastrik arter ligasyonu yapıldı. Bunun üzerine kanaması kontrol altına alınan hastanın operasyonuna son verildi.

**Olgu 2:** 30 yaşında daha önce 2 sezeryanı olan hasta 38 hafta plasenta previa totalis nedeniyle kliniğimize refere edildi. Ultrasonografik değerlendirmede plasenta perkreato olduğundan şüphenilen hastaya tanıyı doğrulamak amacıyla radyolojik görüntüleme istendi. Magnetik rezonans görüntülemede plasenta perkreta olduğuna karar verildi. Preoperatif hazırlıklar tamamlandıktan sonra sezeryana alındı. Uterusa üst segment kesi ile girilerek apgar skoru 7 olan 3000 gr canlı bebek doğurtuldu. İncelemede uterus ön yüzünde yoğun damarlanma olan olguya

masif kanama riski nedeniyle histerektomi kararı alındı. Bu esnada hastanın nabz: 125/dk, kan basıncı: 90/50 mmHg, Hgb: 5.6 g/dL, Hct: %19, Plt: 84.000/mcL olarak değerlendirildi.

Hastaya perioperatif dönemde toplam 12 Ü eritrosit süspansiyonu ve 4 tane taze donmuş plazma verildi. Hasta 110 dk süren operasyon sonrası yoğun bakıma alınarak takip edildi. Postoperatif 10. gün tam iyilik haliyle taburcu edildi.

**Sonuç:** Obstetrik kanamaların yönetiminde daha önceden belirlenen stratejinin takip edilmesi maternal mortaliteyi ve morbiditeyi belirgin bir şekilde azaltmaktadır. Uygun anestezi yönetimi, kan merkezine hızlı erişim ve postoperatif yoğun bakım desteği son derece önemlidir. Acil obstetrik kanama multidisipliner yaklaşım gerektiren riskli bir süreçtir. Bu sürecin ilgili branşlarla koordineli yönetilmesi anne ölümlerinin azaltılmasında önemli etkindir.

## Bildiri No: 24

### Pacemaker İmplantasyonu Sırasında Sağ Ventrikül Ruptürü Sonucu Gelişen Perikardial Tamponat: Olgu Sunumu

**Hatice Işıl Dayı**, Eyüp Serhat Çalıkı

1Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi AD, Erzurum

**Giriş ve Amaç:** Pacemaker implantasyonu sırasında görülen kardiyak perforasyon, yüzde 0,1 ila 0,4 arasında değişen nadir bir komplikasyondur ve önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Bu olgu sunumumuzda ameliyathanemiz hibrit odasında pacemaker implantasyonu esnasında sağ ventrikül ruptürü sonucu gelişen kardiyak tamponat sonucu acil operasyona alınan ve şifa ile taburcu olan 77 yaşında erkek hasta sunulacaktır. Pacemaker'lar ilk kez geçen yüzyilin ortalarında, atriyoventriküler (AV) blok nedeni ile oluşabilecek mortaliteyi önlemek amacı ile kullanıma girmiştir. (1)Teknolojik ve tıbbi gelişmeler sonucunda kalıcı kalp pillerinin hayat kurtarıcı özelliklerine hayat kalitesini artırıcı özellikler de eklenmiştir.(2)

Kalıcı kalp pili (KKP), intrakardiyak kardiyoverter defibrilatör (İKD) ve kardiyak resenkronizasyon tedavisi (KRT), ileti hastalığı ve kardiyomiyopati hastalarında yaşam beklentisini, yaşam kalitesini artıran implante edilebilen kardiyak elektronik cihazlardır (İEKEC). (3,4) Günümüzde bu cihazlar, pektoral bölgeye yerleştirilen batarya ile birlikte, aksiller, subklavian veya sefalik ven aracılığı ile kalbe iletilen tranzvenöz elektrod(lar)dan oluşmaktadırlar. Genellikle, teknik olarak yerleştirilmeleri kolay olsa da, işleme ait erken ve geç dönem komplikasyonlar görülmektedir

KPM'ı kullanılan hastalarda cep hematomu, enfeksiyon, erozyon, PM'in yer değiştirmesi, Twiddler sendromu, elektrotlara bağlı akut perforasyon, yerinden çıkma, vena kava superior okluzyonu, ven trombozu ve pulmoner emboli (PE) gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (5,6)

**Olgu:** 77 yaşında erkek hasta kah ve kky tanısı mevcut olup ıcd endikasyonu bulunması nedeniyle kardiyoloji kliniğince ameliyathanemiz hibrit odasında lokal anestezi altında işleme alındı. Hastanın işlemi esnasında hipotansiyon gelişmesi üzerine yapılan transtorasik ekokardiyografide perikardiyal mai izlendi. Genel anestezi altında operasyona başlandı.Hasta kardiak tamponatta ve hipotansifti.Median sternotomi ile perikarda ulaşıldı.Perikard açılarak tamponat giderildi. Perikard içerisindeki hematoma boşaltıldı ve sağ ventrikül apikolateralinde ICD Leadinin sağ ventrikül duvarını perfore ettiği görüldü. Lead içeri çekilerek teflon felt ile ventrikül tamiri yapıldı.Operasyon başarılı bir şekilde sonlandırıldı.

**Tartışma:** Kardiyak perforasyon "National Cardiovascular Data Registry" ye göre Ocak 2006 ile Eylül 2011 arasında kaydedilen ICD alıcılarının 440.251'i arasında yalnızca 625'inde kardiyak perforasyon (yüzde 0,14) bildirildi. Ancak kalp perforasyonu olan hastalar, diğer majör komplikasyon risklerinden (OR 27.5, %95 CI 19.9-38.0) ve hastane içi mortalite (OR 17.7, %95 CI 12.2-25.6) açısından daha yüksek riske sahiptir. Lokal anestezi altında kısa süreli vakalar olarak görülse de bu ihtimalden ötürü yakın takip gerektirir.

**Sonuç:** Günümüzde artan sıklıkta yapılan kardiyak kateterizasyon işlemlerinde ancak yapılacak optimal preoperatif değerlendirme ile olası komplikasyonların etkin şekilde yönetilebileceği unutulmamalıdır.

## **Bildiri No: 25**

Mitral Kapak Disfonksiyonunu Taklit Eden Atriyal Miksoma: Olgu Sunumu

**Habip Burak Özgödekı**, Özlem Dilara Ergüney<sup>1</sup>, Elif Oral Ahıskalıoğlu

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Erzurum

**Giriş ve Amaç:** Primer kardiyak tümörlerin %80'i benigndir ve bunların da yarısından fazlasını miksomalar oluşturur. Miksomalar tüm kardiyak boşluklardan gelişebilmelerine rağmen, en sık olarak (%75) sol atriyumda lokalize olur ve sporadik tümörlerdir. Özellikle ekokardiyografinin yaygın olarak kullanıma girmesinden sonra daha kolay tanı konulabilen bir tümör olmuştur. Kadınlarda daha sık olmak üzere her yaşta görülebilen bu tümörler serebral veya periferik emboli bulguları ile ortaya çıkabildiği gibi mitral darlığını taklit ederek konstitüsyonel ve sistemik bulgularla da ortaya çıkabilir. Miksomalar, sıklıkla yerleştikleri kalp boşluğu içinde obstrüksiyon yaparak veya ilişkili oldukları boşluktaki kalp kapak yapısında deformasyona yol açarak hemodinamik semptomlar meydana getirir. Sol atriyal miksomalar ventriküler doluşu engelleyerek veya mitral darlığa neden olarak semptomlara neden olur. En sık görülen semptomlar dispne ve senkop olmak üzere baş dönmesi, öksürük, pulmoner ödem ve konjestif kalp yetmezliği gib bulgulara da rastlanabilir. Tanı konulduktan sonra atriyoventriküler kapak disfonksiyonunu önlemek ve sistemik emboli riskini ortadan kaldırmak için hemen cerrahi tedavi yapılması gerekir. Cerrahi rezeksiyon ile tama yakın kür sağlanır, ancak nadir de olsa nüks ve metastaz potansiyeli vardır.

**Olgu:** Olgumuz 42 yaşında kadın hasta idi. Göğüs ağrısı, nefes darlığı ve çabuk yorulma şikayeti ile hastanemiz acil servise başvurulmuş.yapılan tetkiklerinde EF:50 PAB:25, hafif mitral yetmezlik ve sol atrial miksoma sonucu çıkmıştır. Hastaya operasyon planlanıp servise yatırılmıştır. Hastanın tıbbi geçmişinde romatoid artrit ve hipotroidi mevcuttur.

Hasta bilgilendirilip aydınlatılmış onam alınarak ameliyat masasına alındı. 155 cm boyunda 73kg olan hastanın fizik muayenesinde kan basıncı 125/65mmHg SpO<sub>2</sub> %99 kalp hızı 70atım/dk ve hastaya lokal anestezi kullanılarak sol radial arterden kanülyasyon yapılarak monitorize edildi. 500 mg prednol,50 mg ulcuran, dormicum 2mg, aritmal 40mg, pentotal 300 mg ve roküronyum 50 mg, remifentanil 1 mcg/kg/dk (1 dk) kullanılarak indüksiyon yapıldı. Daha sonra sağ internal juguler venden santral katater yerleştirildi. Hastaya TEE probu yerleştirilerek, sol atriyal miksoma görüntüledi. Vena cava çapı ve mitral yetmezlik derecesi belirlendi. TEE probu operasyon boyunca kaldı. Operasyon bitiminde hasta TEE probu ile tekrar değerlendirildi. Post operatif ağrı ve opioid tüketimini azaltmak için bilateral paravertebral blok ve göğüs tüpü yerlerine infiltrasyon bloğu yapıldı. Operasyon süresince remifentanil infüzyonu açıldı. Operasyon süresince hipotansiyon görülmedi. Pompa süresi 56 Dk ve cross clamp süresi 25dk idi.Operasyon süresince 500ml idrar çıkışı oldu 4ü es ,4 ü tdp ve 1 ü aferez verildi.

Entübe şekilde yoğun bakıma çıkarılan hastaya PCA takıldı. 3 saat sonra extübe edilen hastanın takiplerinde bir sıkıntı olmaması üzerine servise alındı.

**Tartışma:** Atriyal miksoma cerrahisi anesteziik yönetiminde dikkat edilmesi gereken en önemli nokta miksomanın yerleşimi, büyüklüğü ve hareketliliğidir. Klinik bulgu ve semptomlar mitral ve triküspit kapakta yaptığı fonksiyon değişikliğine bağlı olarak nefes darlığı ve üfürümlerden perifer ve santral embolilere kadar değişebilir. Hastamızda olduğu gibi mitral kapağa yakın yerleşimli sol atriyal miksoma olgularında mitral darlık ve yetmezlik bulguları göz önünde bulundurulmalıdır. Anestezi indüksiyonundan başlayarak perioperatif her aşamada hipovolemi ve pulmoner konjesyona yol açan hipervolemiden kaçınılmalı hemodinamik stabilizasyon sağlanmalıdır. Ayrıca anestezi yönetiminde hipoksi, hiperkapni, asidoz ve ciddi aritmi gibi kardiyak fonksiyonları etkileyen faktörlerdende kaçınmak gerekmektedir. Kardiyak miksomaların tanısında duyarlılığı %100 e yakın olan transözefageal ekokardiyografinin intraoperatif ventrikül fonksiyonunu, iskemiye izleyen rejyonel duvar anomalilerini, kapak fonksiyonunu, duvar hareketlerini göstermede ve cerrahi ekibe yol gösterici olması nedeniyle rutin kullanımı mortalite ve morbiditeyi azaltmada önem taşımaktadır.

**Sonuç:** Atriyal miksoma vakalarında dikkatli bir preoperatif değerlendirme yapılması ve uygun anestezi tekniği seçilmesi perioperatif ve postoperatif komplikasyon risklerini en aza indirecek güvenli bir anestezi uygulamasını sağlayacaktır.



## **Bildiri No: 26**

Trakeostomi Kanülü Değil, Yabancı Cisim! Olgu sunumu

**Abdullah Canı**, Sami Engin Muz2

1Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge SUAM, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Erzurum

2Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Baş boyun yaralanmalarında klinik durum hızla kötüleşebilir. Vakanın en yakın sağlık kuruluşuna hızla ve dikkatlice transferi gerekir. Genellikle acil cerrahi müdahale gerektiren bu durumlarda yaralanmaya neden olan nesnelere yerinden çıkarılmaya çalışılmamalıdır.

**Olgu:** 26 yaşında erkek hasta toplu kavga esnasında yaralanmış. Boyun zone-1'de boğazın medialinde, incisura jugularisin yaklaşık 2 cm üstünde metal bir cisim saplanmış (Resim-1,2). İlk bakışta neredeyse trakeostomi kanülünü andıran bu yabancı cisim hayatı tehdit eder bir şekilde konumlanmış. Şuuru açık ve spontan soluyan hasta, yerinden kımıldamayacak şekilde sağlık ekibi tarafından travma tahtası üzerinde hastanemize transfer edilmiş. KBB kliniği tarafından değerlendirilen hasta radyolojik görüntüleme (Resim-3) acil şartlarda operasyona alındı. Yabancı cismin olası bir trakea, özofagus ya da damar yaralanmasına neden olmaması için hasta travma tahtası ile operasyon masasına alındı. Açlık süresinin dolması beklenmedi. Olası zor entübasyon için gerekli tüm hazırlıklar yapıldı. 2 dakikalık %100 preoksijenasyon sonrası hızlı-seri bir anestezi indüksiyonunun ardından dikkatli bir laringoskopi eşliğinde entübasyon yapıldı (Resim-3). Olası bir trakea rüptürü için trakeostomi kanülü, damar yaralanması için kan ürünleri temin edilip, hazır ve ulaşılabilir tutuldu. Yabancı cisim cerrahi olarak çıkarılırken trakea, özofagus ya da herhangi bir damar rüptürü gibi bir komplikasyon yaşanmadı (Resim-4,5). Sugammadex ile kas gevşetici etkisi sonlandırılıp, hasta extübe edildi. Komplikasyonsuz bir şekilde servise devredildi.

**Tartışma:** Baş ve boyun yaralanmalarında trakea, özofagus ve damar yapıları rüptüre olabilir, hayatı tehdit eden durumlar ortaya çıkabilir. Bu tür hastalar için genellikle acil operasyon planlanır. Açlık süresi çoğu zaman beklenemediği ya da sorgulanamadığı için hastalara tok hasta muamelesi yapmak gerekebilir. Yaralanmanın yeri ve yabancı cisim ya da cisimlerin hayati yapılara zarar verme ihtimali nedeniyle mobilizasyon çok dikkatli yapılmalıdır. Baş ve boyuna hareket verme kısıtlılığı entübasyonu zorlaştırabilir, bu nedenle zor entübasyon ekipmanları hazırda tutulmalıdır.

**Sonuç:** Baş boyun yaralanmalarında acil cerrahi planlanan hastalar mortalite ve morbiditesi yüksek olabilen hasta grubudur. Operasyon öncesinde olası sorunlar ön görülmeye çalışılarak, gerekli tedbirler alınıp olası komplikasyonların önüne geçilmeye çalışılmalıdır.



4

**PALANDÖKEN**  
**ANESTEZİ**  
**GÜNLERİ**  
23 - 24 Kasım  
2019

Atatürk Üniversitesi Kongre Merkezi - Erzurum

**Organizasyon Sekreteryası**



D Event Turizm Organizasyon Hizmetleri  
Güzeltepe Mahallesi Özvatan Caddesi No:38/3 Çankaya – Ankara  
Tel: +90 312 438 10 39  
Web: [www.devent.com.tr](http://www.devent.com.tr)