



BÖLÜM 15

Kalp Kapak Hastalıklarında Anestezi Yönetimi

Mustafa ŞİMŞEK¹
Türkan KUDSİOĞLU²

GİRİŞ

Kapak cerrahisi, fizyolojik değişiklikler ve hastalığın seyri nedeniyle özellikli bir anestezi yönetimi gerektirmektedir. Kapak hastalıklarında gelişen ventriküllerde yüklenme ile karakterize hemodinami, anesteziden kolayca etkilenebilmektedir¹.

İntraoperatif transözofageal ekokardiyografi (İTEE) ile değerlendirme, kapak cerrahisinde oldukça önemlidir ve kardiyak anestezistler tarafından rutin olarak uygulanmaktadır.

Güncellenen İTEE kılavuzlarına göre; özellikle mitral kapak onarımlarında, aort kapağını içine alan aort diseksiyonlarında sınıf I, yapay kapak takılması ya da aort ateromatöz hastalık ve emboli kaynaklarının teşhisinde sınıf II endikasyon olarak, endokardit gibi olgularda kanıt düzeyi: B (güçlü öneri) olarak TEE önerilmektedir^{2,3}.

AORT DARLIĞI

Hemodinamik Hedefler

- Taşikardi, hipotansiyon ve miyokard oksijen ihtiyacını artıran durumlardan kaçınma
- Afterload'u koruma veya artırma

- Sinüs ritmini koruma
- Miyokard depresyonundan kaçınma
- Preload ve diyastolik dolumu koruma

Premedikasyon: Aort Darlığı (AD) premedikasyon, stres, taşikardi dolayısıyla artan transvalvüler basınç gradiyentini azaltır. Hastanın yaş ve fizyolojik durumuna göre, Midazolam 0.05mg/kg IM dozda, hemodinamik stabiliteyi bozmadan yeterli sedasyonu sağlar⁴.

Hemodinamik Monitörizasyon: Tüm kapak cerrahisi olgularında, standart 5 lead elektrokardiyogram (EKG), invazif radial arter ve santral venöz kateterizasyonu ile basınçlar, periferik oksijen saturasyonu (SPO₂), soluk sonu karbondioksit (ETCO₂) intraoperatif süreçte izlenir. Santral ve nöz basınç (CVP), sol ventrikül (LV) kompliansı azaldığı durumlarda ventrikül dolumu göstermede yetersiz kalabilir. Bu nedenle peroperatif sıvı yönetimini değerlendirmek için pulmoner arter kateteri (PAK) kullanılabilir. Ayrıca rutin olarak İTEE ile değerlendirme oldukça önemlidir.

Anestezi indüksiyonu ve idamesi: Anestezi indüksiyonu sırasında, hemodinamik stabiliteyi korumak için, opioid analjezikler (fentanil, sufentanil)

¹ Uzm. Dr Mustafa ŞİMŞEK, S.B. S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü, mustafasimsek73@gmail.com

² Prof. Dr Türkan KUDSİOĞLU, S.B. S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü, turkancoruh@gmail.com



KAYNAKLAR

1. HarishRamakrishna MD, Ryan C. Craner MD, et al. ValvularHeartDisease: ReplacementandRepair. Kaplan'sCardiacAnesthesia, Seventh Edition, p. 770-816.
2. Rebecca T. Hahn, MD, FASE, Chair, Theodore Abraham, MD, FASE, Mark S. Adams, RDCS, FASE, et al. GuidelinesforPerforming a ComprehensiveTransesophagealEchocardiographicExamination: RecommendationsfromtheAmericanSociety of EchocardiographyandtheSociety of CardiovascularAnesthesiologists. J AmSocEchocardiogr2013;26:921-64)
3. Nicoara A., Skubas N., Ad N, et al. GuidelinesfortheUse of TransesophagealEchocardiographytoAssistwithSurgicalDecision-Making in the Operating Room: A Surgery-BasedApproachfromtheAmericanSociety of Echocardiography in Collaboration withtheSociety of CardiovascularAnesthesiologistsandtheSociety of ThoracicSurgeons, J AmSocEchocardiogr 2020;33:692-734.
4. Frederick A. Hensley, Jr.,MD, Donald E. Martin,MD,GleenP.Gravlee, MD. A PracticalApproachtoCardiacAnesthesiaFifth Edition,p.316-347.
5. Dall'Ara G, Eltchaninoff H, Moat N, et al. Localand general anaesthesia do not influenceoutcome of transfemoralaorticvalveimplantation. Int J Cardiol. 2014;177(2):448-54.
6. Bufton KA, Augoustides JG, Cobey FC. Anesthesiafortransfemoralaorticvalverepacement in North Americaand Europe. J CardiothoracVascAnesth [Internet].2013;27(1):46-9. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2012.08.008>.
7. Davy C. H. Cheng,JanetMartin,TironeDavid.Evidence-BasedPractice in PerioperativeCardiacAnesthesiaand Surgery.Chapter7,p.61-73.
8. Schoen FJ. Cardiacvalvesandvalvularpathology: update on function, disease, repair, andreplacement. CardiovascPathol. 2005;14:189-94.
9. S.Ganapathy. Anaesthesiaforminimallyinvasivecardiacsurgery Best Practice&ResearchClinicalAnaesthesiologyVol. 16, No. 1, pp. 63±80, 2002.
10. Staab ME, Nishimura RA, Dearani JA. Isolatedtricuspidvalvesurgeryfor severe tricuspidregurgitationfollowingpriorleftheartvalvesurgery: analysis of outcome in 34 patients. J Heart ValveDis. 1999;8:567-574.
11. Kurzyna M, Zylkowska J, Fijałkowska A, et al. Characteristicsandprognosis of patientswithdecompensatedrightventricularfailureduringthecourse of pulmonaryhypertension. Kardiologia2008;66:1033-9.