

OLGU SUNUMU**DEMONSTRATİF BİR SEZARYEN
KOMPLİKASYONU VE YÖNETİMİ:
ASPIRASYON PNÖMONİSİ****A DEMONSTRATIVE CESAREAN COMPLICATION AND MANAGEMENT:
ASPIRATION PNOMONIA****Yüksel KURBAN
İbrahim UYAR
Emre GÜNAKAN
Münire BABAYİĞİT****ÖZET**

Aspirasyon pnömonisi orofaringeal veya gastrik içeriğin larinks ve trakea yoluyla alt bronşial sisteme geçmesi sonucunda oluşmaktadır. Kadın doğum pratiğinde genellikle açlık süresi beklenmeden yapılan acil sezaryenlerde ortaya çıkabilmektedir. Olgumuz 37 yaşında G4P2 olan, son adet tarihine göre 37 haftalık takipsiz gebe, karın ağrısı tanısıyla yatırıldı. Değerlendirilmesinde tansiyon yüksekliği, proteinüri, karaciğer fonksiyonlarında artış olması nedeniyle olgu şiddetli preeklampsi olarak düşünölmüş ve fetal distres nedeniyle gebelik sezaryenle sonlandırılmıştır. Canlı 2900 gr, Apgar skoru 7-8 olan bebek doğurtulmuştur. Postoperatif birinci gün apne, solunum sıkıntısı ve konfüzyon gelişen hasta yoğun bakıma alınmıştır. Kardiyak patolojiler ve pulmoner emboli dışlandıktan sonra, akciğerlerdeki dallanma artışı, plevral efüzyon ve antibiyotik tedavisi ile kliniğin düzelmesi aspirasyon pnömonisi tanısını desteklemiştir.

Morbid obezite, şiddetli preeklampsi ve fetal distres nedeniyle sezaryene alınan hastanın açlık süresinin dolmasına rağmen gelişen aspirasyon pnömoni sendromu ve yönetimi tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Aspirasyon pnömonisi, obezite, sezaryen doğum

SUMMARY

Aspiration pneumonia occurs with the passage of oropharyngeal or gastric content to the bronchial system through larynx and trachea. In obstetrical practice, it can take place in cesarean section cases without appropriate hunger duration in emergency status. Our case is 37 year old, G4P2 woman with an unfolloved term (37 weeks upto last menstrual period) pregnancy, consulted with abdominal pain. In evaluation high blood pressure, proteinuria, increased liver function tests directed us to severe preeclampsia diagnosis and was terminated with cesarean section due to fetal distress. 2900g alive baby with 7-8 apgar scores was delivered. At the eighth hour of postoperative follow-up; apnea, respiratory distress and confusion developed and patient was taken to intensive care unit. After excluding cardiac causes and pulmonary embolism; increased branching in the lungs, pleural effusion and good response to the antibiotic therapy promoted the aspiration pneumonia diagnosis.

In this article, aspiration pneumonia occurred because of morbid obesity despite waiting for the scatterbrained time in a patient with severe preeclampsia and its management was.

Key words: Aspiration pnomonía, obesity, cesarean delivery

Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ankara
(Uz. Dr. Y. Kurban, Uz. Dr. E. Günakan)

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İzmir
(Uz. Dr. İ. Uyar)

Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Ankara
(Uz. Dr. M. Babayığit)

Yazışma: Uz. Dr. İ Uyar

GİRİŞ

Aspirasyon pnömonisi nadir görülen ancak yüksek morbidite ve mortaliteye sahip olan önemli bir operatif komplikasyondur. Jinekolojide alt karın cerrahilerinde ve elektif vakalarda oldukça nadir görülür.

Genel anestezi ile yapılan büyük cerrahilerden sonra akciğer komplikasyonları görülme oranı ortalama %10-15 civarındadır, ancak sezaryen gibi kısa süreli cerrahilerde daha nadir görülür. Gebeliđe bağlı karın iči basıncın artışı akciğer kompliyansında azalmaya, mide hacminin ve boşalma hızının azalmasına bağlı gastrik reflü riskinde artışa sebep olarak, ameliyat sırasında ve sonrasında akciğer komplikasyonlarına sebep olabilir. Sezaryen operasyonları için ideal bir anestezi yöntemi yoktur. En güvenli olan, yenidoğan için en az depresan ve cerrahi için optimal çalışma koşullarını sağlayan bir yöntem seçilmelidir (1).

Gebelerde obezite sezaryen insidansını ve obstetrik riski arttırmaktadır (2-3). Sezaryen operasyonlarında genel veya reyonel anestezi kullanılmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde sezaryen için tercih edilen en yaygın anestezi yöntemi reyonel anestezidir. Reyonel anestezinin; doğumda annenin uyanık olması, havayolu manipölasyonu gerektirmemesi, havayolu reflekslerinin korunuyor olması, kan kaybının azalması, ilaca bağlı fetal depresyon olasılığının azalması ve analjezinin ameliyat sonrası döneme taşınması gibi avantajları vardır (4,5).

Şişmanlık (>120 kg), sigara kullanımı, respiratuvar hastalık öyküsü, anestezi süresinin 2 saatten fazla olması, üst karını etkileyen cerrahiler postoperatif dönemde pnömoniye yatkınlık oluşturmaktadır. Akciğere aspirasyon en sık sağ akciğerde ortaya çıkar. Nörolojik patoloji olanlarda aspirasyon riski daha fazladır. Benzer şekilde şiddetli gastroözefajial reflüsü olan ve antiasit kullanan hastalarda da risk artar.

Olguda takipsiz gebelik şiddetli preeklampsi ve fetal distres nedeniyle miadında acil sezaryene alınan, şişman, sigara kullanım öyküsü olan ve postoperatif dönemde aspirasyon pnömonisi ile takip ve tedavi edilen hasta tartışılmıştır.

OLGU

37 yaşında, öyküde 4 gebelik 2 doğum, takipsiz, son adet tarihine göre 37 haftalık gebeliği olan hasta acil karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü mevcuttu ve başvurusunda tansiyonu 180/100 mmHg olarak ölçüldü. Hasta aşırı şişman (VKİ:52kg/m²) olarak değerlendirildi.

Yapılan tetkiklerinde karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde 3-4 kat yükseklik, Hb:10,3mg/dl, idrarda (+++) protein mevcuttu. Şiddetli preeklampsi olarak değerlendirilen hasta doğum planıyla yatırıldı. Magnezyum yükle-mesi ve antihipertansif tedavi başlanan hastaya, takibinde fetal distres gelişmesi nedeniyle genel anestezi altında acil sezaryenle doğum yaptırıldı. Canlı, 2900gr ağırlığında Apgar skoru 7-8 olan kız bebek doğurtuldu. Operasyon sırasında komplikasyon gelişmeyen hasta servise alındı. Postoperatif dönemde uterotonik ve magnezyum tedavisine devam edilen hastaya sıvı desteği yapıldı. Postoperatif 1.günde, solunum sıkıntısı, apne ve konfüzyon gelişen hasta yeniden yoğun bakıma alındı. Kranyal BT'de patoloji izlenmeyen hastanın, akciğer grafisinde sol akciğerde dallanma artışı ve plevral efüzyon izlendi. Ayırıcı tanıda kalb yetmezliği, akut miyokard infarktüsü, pulmoner emboli, gastrik içeriğin aspirasyonu düşünöldü. Çekilen EKG'si ve troponin değerleri normal gelen hastanın D-dimer değerlerinin 3-4 kat yüksek olması, respiratuvar semptomların ön planda olması nedeniyle kardiyak patolojiden uzaklaşıldı. Solunum sıkıntısı derinleşen, pCO₂ yükselen hasta intübe edildi. Çekilen toraks anjiyo-BT'de pulmoner emboli dışlanan hastada aspirasyon pnömonisi tanısı netleşti. Geniş spektumlu antibiyotik tedavisi verilen hastanın konfüzyon hali geçip, barsak fonksiyonları düzelinceye kadar nazogastrik dekompresyon sürdüröldü. Hava yolu pasajı için sık derin trakeal aspirasyon yapıldı. Regürjitasyon riskini azaltma amaçlı antiasit ve gastrointestinal motilite artırıcı ajanlar kullanıldı. Hemoglobün değeri >10 gr olacak şekilde eritrosit süpsansiyonu, albümin değeri 2,5-3gr / l olacak şekilde albümin replasmanı ve sıvı-elektrolit dengesi sağlandı. İzleminde solunum problemi düzelen hastaya ağızdan beslenmeye geçildi ve 20.nci gününde servise alındı. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normale döndü. Genel durumu düzelip, vital bulguları stabil hale geldikten sonra postoperatif 30.ncu gününde evine gönderildi.

TARTIŞMA

Gebelikte gastrointestinal sistem fizyolojisinde bir çok değişiklik olur (6). Mide boşalmasında yavaşlama, karın iči basıncın artışı, özofajeal sfinkterde gelişen yetmezlik nedeniyle gelişen reflü, gastrik içeriğin aspirasyonu açısından riski artırır. Sezaryenle doğum vakalarında, aciliyet dolayısıyla açlık süresi beklene-meyen vakalarda aspirasyon riski daha fazladır. Bu vakalarda nazogastrik dekompresyon mide içeriğinin boşaltılması açısından yarar sağlarken, nazofaringeal

stimulasyon oluşturması ve solunumu zorlaştırması nedeniyle aspirasyona yatkınlık yapabilmesi açısından da dikkat gerektirir. Bunun yanında laparotomi sırasındaki peritoneal gerilme kusma refleksini tetikle-yebilir.

Sezaryen ile doğumda akciğer komplikasyonları açısından bir diğer önemli faktör anestezi şeklidir. Rejyonel anestezinin havayoluna invaziv girişim gerektir-memesi açısından daha az riskli olduğu bilinmektedir. şışman hastalarda kontrendikasyon yoksa rejyonel anestezi yapılmalıdır (7).

Nörolojik fonksiyon bozukluğu olan hastalarda aspirasyon riski daha yüksektir. Obstetrik açıdan değerlendiril-diğinde eklampsi en ağır klinik tablodur. Bu hastalarda, bilinç kaybı, nöbet ve sıklıkla eşlik eden tükürük artışı mevcuttur. Acil koşullarda operasyona alınan bu hastalar aspirasyon açısından en riskli grubu oluşturur. Obez obstetrik hastalarda hem anestezi hem de obstetrik problemler fazladır.

şışmanlık bir çok şekilde intra ve postoperatif morbi-diteye yol açar. Öncelikle rejyonel anesteziyi teknik olarak daha zor hale getirirken acil şartlarda çoğu hastada genel anestezi kullanılmak zorunda kalınır. Ancak bu hastalarda zor endotrakeal intübasyon oranı da artmıştır. şışmanlık tek başına gatrik reflü etyolo-jisinde bir risk faktörüdür. VKİ'i 40 kg/m² üzerinde olan hastalarda anestezi öncesi, antasid ile profilaksi protokolü, trombofilaksi ve antibiyotik profilaksisi yapılmalıdır (7). Olgumuzda VKİ'nin yüksek olması reflüyü ve aspirasyonu kolaylaştırmış olabilir. Her ne kadar açlık süresi beklenmeden alınan hastalara ortaya çıkabilse de bizim hastada olduğu gibi nadiren a olanlarda da gelişebilir. Bunun yanında derialtı yağ dokusunun kalınlığı nedeniyle cerrahi teknik daha zor hale gelmektedir. Eksplo-rasyon açısından zorluk yaşanan bu hastalarda zor doğum oranı artmış olup komplikasyon oranı fazladır. Gerek zor doğum, gerek eksplo-rasyondaki güçlük, gerekse komplikasyonlar cerrahi süresini de uzatarak aspirasyona yatkınlığı artırmaktadır.

İLETİşİM:

Dr. İbrahim Uyar
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği
Gaziler cad. No: 468 Yenişehir, İzmır
E-mail: iuyar03@yahoo.com
Tel: 0232 449 49 49

Sigara, önceki akciğer problemleri, postoperatif pnö-moni riskini artırmakla birlikte aspirasyon gelişmesi halinde pulmoner mukosilyer aktivitedeki bozulma nedeniyle daha geç iyileşmeye neden olur. Genellikle bu hastalarda ekstübasyon da gecikmiştir. Bizim hastamızın da sigara içmesi hastanede uzun bir süre yatışına neden olmuştur.

Olgumuz, şiddetli preeklampsi nedeniyle acil koşul-larda sezaryen yapılan, sigara kullanan, aşırı şışman olan, genel anestezi alan ve postoperatif dönemde nörolojik disfonksiyon gelişen bir hasta olup, sezaryen sonrası solunumsal komplikasyonlar açısından eğitici niteliktedir.

Sonuç olarak aşırı şışmanlık, sigara içimi, şiddetli preeklampsi gibi riskleri taşıyan hastalarda genel anestezi ile sezaryen planlandığında açlık süresi dolmuş bile olsa bu hastalarda postoperatif dönemde aspirasyon pnömonisi gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Erdem MK, Özgen S, Coşkun F. Obstetrik Anestezi ve Analjezi. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Melisa Matbaacılık; 1996:173-86
2. Soens MA, Birnbach DJ, Ranasinghe JS, van Zundert A. Obstetric anesthesia for the obese and morbidly obese patient: an ounce of prevention is worth more than a pound of treatment. Acta Anaesthesiol Scand 2008;52(1):6-19.
3. Bamgbade OA, Khalaf WM, Ajai O, Sharma R, Chidambaram V, Madhavan G. Obstetric anaesthesia outcome in obese and non-obese parturients undergoing caesarean delivery: an observational study. Int J Obstet Anesth 2009;18(3):221-5.
4. Santos AC, Fihster M, Pederson H. Obstetric Anesthesia. In: Barash PG, Cullen BF, Stelty RK (Eds.). Clinical Anesthesia. Philadelphia: JP Lippincott Co; 1998:1267-306.
5. Clark SL. Cesarean Section. In: Hankils GDV, Clark SL, Cunningham FG, Giltstrap LC (Eds.). Operative Obstetrics. Connecticut: Appleton and Lange; 1995:301-22.
6. Macfie AG, Magides AD, Richmond MN, Reilly CS. Gastric emptying in pregnancy. Br J Anaesth 1991; 67:54-7.
7. Loubert C, Fernando R. Cesarean delivery in the obese parturient: anesthetic considerations. Womens Health (Lond Engl). 2011 ;7(2):163-79.
8. Saravanakumar K, Rao SG, Cooper GM. Obesity and obstetric anaesthesia. Anaesthesia. 2006 ;61(1):36-48.

