

EDİTÖRDEN / EDITORIAL

GERİATRİK HASTALARDA G N BİRLİK CERRAHİLER GÜVENLİ Mİ?

ARE THE AMBULATORY SURGERIES SAFE FOR GERIATRIC PATIENTS?

 a la BALİ

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Başkent University Faculty of Medicine, Department of Anesthesiology and Reanimation, Adana, Turkey

Geriatrik hasta popülasyonunda nüfusun hızla artışı-na bağlı olarak cerrahi ve anestezi uygulamaları giderek artmaktadır. Günümüzde bir çok girişimsel işlem ve cerrahi geriatrik hastalarda günübirlik olarak ger ekle t r lerek yatış maliyeti ve hastane enfeksiyonu riskinde azalmanın yanı sıra geriatrik hastanın doğal çevresine d n   n n hızlanmasıyla psikolojik ve sosyal stresi azaltmaktadır (1). Ancak geriatrik hastaların günübirlik şartlarda opere edilebilmesi bazal medikal durumuna, ASA risk sınıflamasına, bakımından sorumlu bir kişinin varlığına ve hastayla kooperasyona bağlıdır.

Geriatrik hasta popülasyonu eşlik eden hastalıkları, çok sayıda medikasyonları ve düşük fizyolojik rezervleri ile bireysel de i kenli in fazla olduğu heterojen bir hasta grubudur. Bu değişken hasta grubunda yapılmış spesifik çalışmalar bulunmaması nedeniyle günübirlik cerrahi için hasta seçimi açısından kanıt bazlı özel kriterler bulunmamaktadır.

İleri ya , perioperatif komplikasyonlar açısından bir risk faktörüdür. Altmış be  ya ın üzerindeki hastalarda günübirlik cerrahilerde yapılan çalışmalarda intraoperatif olumsuz olay sıklığının arttığı ancak bunun taburculu u etkilemediği gösterilmiştir (2). Ancak 85 ya ın üzerinde kardiyovasküler, serebrovasküler hastalık ve genel anestezinin günübirlik cerrahi sonrası hospitalizasyon ve ölüm için bağımsız risk faktörü olduğu gösterilmiştir (3). Kronolojik ya tan ziyade, hastanın komorbiditeleri ve genetik yapısından etkilenen ve hastanın gerçek fonksiyonel durumunu gösteren biyolojik ya  çok daha önemlidir. Fonksiyonel durumun hospitalize edilen hastalarda mortaliteyi yansıttığı bilinmektedir. Fonksiyonel durumu değerlendiren ve yaşlılarda kırılmalı ın derecesini gösteren skalaların ileride rutin preoperatif değerlendirmenin bir parçası haline geleceği düşünülmektedir (1).

Geriatrik hastalarda havayolu muayenesini de içeren preoperatif değerlendirme önemlidir. İlaç etkileşim riskinin arttığı çoklu ilaç kullanımı sıklı tır. Stabil olmayan hastalar, yüksek ASA skoru (ASA III-IV), havayolu güçlüğü, kalp yetmezliği, aort stenozu, ciddi kronik obtr ktif havayolu hastalığı, kontrolsüz diabetes mellitus, epilepsi atağı, mental bozukluklar günübirlik cerrahi adayı olamazlar.

Hastanın psikolojik ve sosyal parametreleri de günübirlik cerrahide önemlidir. Hastanın psikolojik durumunun saptanıp endişelerinin giderilmesi uyum sağlamayı kolaylaştırabilir. Bu esnada hastaların iletişimini azaltan (işitme ve görme bozukluğu) durumlar da sabırlı olunmasını gerektirir. Hastaların sosyal parametreleri de önemsenmesi gereken konular arasındadır. Evde bakımını üstlenebilecek bir kişinin varlığında ve acil durumlarda ulaşabilecekleri telefon ve merkezin bildirildiği koşullarda günübirlik cerrahi yapılabilir.

G n birlik cerrahide  n koşullar girişimin 1 saati geçmemesi, postoperatif kanama ve ağrının az olması ve ev koşullarının iyi olması olarak özetlenebilir. G n birlik anestezi planı buna uygun olarak erken ambulasyona izin veren, hızlı derlenme sağlayan, minimal ağrının bulunduğu ile bulantı kusmanın olmadığı anestezi uygulaması olmalıdır. Bu anlamda genel anestezi, spinal anestezi, periferik sinir blokları ve monitörize anestezi bakımı gibi farklı teknikler uygulanabilir. Ya lı hastalarda hangi anestezi tekniğinin daha uygun olduğu bilinmemektedir.

Yaşlılıkta ortaya çıkan renal ve karaciğer kan akımı azalmasına ba lı farmakokinetik değişiklikler ve anestezi ilaçlara artmış duyarlılığa neden olan farmakodinamik değişiklikler anestezi ilaçlarının etkisini ve yan etkilerini artırır. Bu nedenle kullanılan intravenöz ilaçların

 ıkar  atı ması/Conflict of Interest: Yazarlar herhangi bir çıkar  atı ması bildirmemişlerdir./ Authors do not report any conflict of interest.

Geliş tarihi/Received: 07/03/2018

Kabul tarihi/Accepted: 22/04/2018

Yazışma Adresi (Correspondence):

Dr.  a la BALİ, Başkent Üniversitesi Adana Dr.Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dadalo lu Mahallesi, 2591.Sokak No:4/A 01250, Y re ir, Adana, Türkiye

E-posta (E-mail): caglaetike@hotmail.com

indüksiyon dozları azaltılmalıdır. Klinik etkinin oluşması için gerekli süre uzamıştır, küçük artışlarla doz titre edilmeli ve tekrarlayan dozlar için beklenmelidir. Bu sayede bu popülasyonda sık karşılaşılan gereksiz yüksek doz ilaç kullanımı ve buna bağlı oluşabilecek artmış, istenmeyen ters ilaç etkilerinin önüne geçilebilir. İnhalasyon anesteziikleri kullanılacaksa minimum alveolar konsantrasyonun 40 yaşından sonra her dekad için %6 oranında azaldığı dikkate alınmalıdır (4). Desfluranın düşük çözünürlüğü ile geriatik popülasyonda sevofluran ve izoflurana göre daha hızlı derlenmeye neden olduğu gösterilmiştir.

Monitörize anestezi bakımı, geriatik popülasyonda fizyolojik ve kognitif fonksiyonlarda yaptığı minimal değişikliklerle gününbirlik anestezi için en çok tercih edilen anestezi uygulamasıdır. Kısa etkili ilaçların kullanıldığı sedasyonla hastanın uyumu ve rahatlığı sağlanırken minimal invazif anestezi ile gününbirlik cerrahinin hedefine de ulaşılır. Ancak geriatik hastalarda sedoanaljezi genç hastalara göre solunumsal ve hemodinamik problemler açısından daha dikkat gerektiren bir uygulamadır. Barorefleks aktivitenin azalmasına bağlı olarak anestezi ilaçlarla kolayca gelişebilen düşük kalp debisi, pulmoner sistemde hipoksi ve hiperkarbiye yatkınlık, azalmış koruyucu havayolu refleksleri sedasyon uygulamalarında göz önüne alınmalıdır. Monitörize anestezi bakımı ile taburculuk genel anestezi ve spinal anesteziye oranla çok daha hızlı olmaktadır (5).

Spinal anestezi de tercih edilen bir yöntem olup düşük kardiyak rezervi olan geriatik hastalarda sempatik blok ve gelişen düşük periferik vasküler direnç nedeniyle ciddi hipotansiyon ve bradikardiye sonuçlanması açısından dikkatli olunmalıdır. Ayrıca kemik yapıdaki dejenerasyona bağlı uygulama zorluğu yanında erkeklerde üriner retansiyon ve uzamış taburculuk süresi önemli bir problemdir. Azalmış BOS volümü, artmış BOS dansitesi lokal anesteziğin daha fazla difüzyonuna neden olur. Sinir liflerinin yaşla birlikte demiyelinizasyonu blok süresini uzatır. Sonuçta lokal anestezi dozları yaklaşık %40 oranında azaltılmalıdır, gününbirlik anestezi uygulanacak geriatik hastalarda ultra kısa etkili bir lokal anestezi (prezervatifsiz 2-klorprokain gibi) veya konvansiyonel lokal anesteziğin kısa etkili opioidlerle kombine edilen küçük dozları seçilmelidir (5). Ancak 2-klorprokain ülkemizde bulunmamaktadır ve küçük lokal anestezi dozlarına rağmen taburculuk genel anesteziye kıyasla çok daha uzundur.

Periferik sinir blokları gününbirlik cerrahide daha az postoperatif ağrı, azalmış opioid ihtiyacı ve azalmış bulantı kusma ile erken derlenme sağlayarak hasta memnuniyetini artıran bir uygulamadır. Birçok çalışma ağırlı

gününbirlik cerrahide periferik sinir bloklarının avantajlarını vurgularken kognitif bozukluğu olan geriatik popülasyonda sağladığı avantajlarla ilgili çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Yoğun bir motor blok ve değişmiş duyu hissi gününbirlik şartlarda geriatik bir hastada potansiyel bir tehlike oluşturabilir.

İşlem sonrasında taburculuğa hastanın fiziksel durumunu ve fizyolojik parametrelerini değerlendiren skora sistemlerine göre karar verilebilir. Hastanın bakımından sorumlu kişiye taburcu olurken talimatlar ve acil durumlarda ulaşılması gereken merkez ve hekimin telefonu yazılı olarak verilmelidir.

Sonuç olarak, gününbirlik cerrahi geriatik popülasyonda da dikkatli bir preoperatif değerlendirme, bu popülasyona spesifik fizyolojik ve farmakolojik farklılıkları bilerek planlanmış bir anestezi yönetimi eşliğinde ve hastanın sosyal ortamının da uygun olması koşuluyla güvenle gerçekleştirilebilir. Hasta seçim kriterlerinin netleşmesi ve kullanıma girmesi beklenen yeni anestezi ilaçlarının geriatik popülasyonda gününbirlik cerrahide güvenliğini değerlendirmek amacıyla yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Bettelli G. Anaesthesia for the elderly outpatient: preoperative assessment and evaluation, anaesthetic technique and postoperative pain management. Curr Opin in Anaesthesiol 2010; 23: 726-731.
2. Chung F, Mezei G, Tong D. Adverse events in ambulatory surgery. A comparison between elderly and younger patients. Can J Anaesth 1999; 46: 309-321.
3. Fleisher LA, Pasternak LR, Herbert R, Anderson GF. Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients: importance of patient and system characteristics and location of care. Arch Surg 2004; 139: 67-72.
4. Akhtar S, Ramani R. Geriatric Pharmacology. Anesthesiol Clin 2015; 33: 457-469.
5. White PF, White LM, Monk T, et al. Perioperative care for the older outpatient undergoing ambulatory surgery. Anesth Analg 2012; 114: 1190-1215.