

Anesthesia Management in the Ventilated and Unintubated Pregnant Patient After Failed Spinal

Başarısız Spinal Sonrası Ventile ve Entübe Edilemeyen Gebe Hastada Anestezi Yönetimi

Fadime TOSUN^{1,*} 

¹Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, Adıyaman, Türkiye

Abstract

Problems in airway management may occur in pregnant patients due to the fact that the upper respiratory tract mucosa becomes more vascular and edematous, decreased functional residual capacity, rapid oxygen desaturation that may occur with increased oxygen consumption, and enlarged breasts that make laryngoscopy difficult. With this case, we aimed to present unexpected difficult airway management in a pregnant patient

Key Words: Anesthesia, complications, difficult ventilation, difficult intubation, pregnant

Özet

Gebe hastalarda üst solunum yolu mukozasının daha vasküler ve ödemli hale gelmesi, fonksiyonel rezidüel kapasitenin azalması, artan oksijen tüketimi ile oluşabilecek hızlı oksijen desatürasyonu ve laringoskopiye zorlaştıran büyümüş meme nedeniyle hava yolu yönetiminde sorunlar ortaya çıkabilir. Bu olgu ile gebe bir hastada beklenmeyen zor havayolu yönetimini sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Anestezi, komplikasyonlar, zor ventilasyon, zor entübasyon, gebe

Received: December 15, 2021

Accepted: January 11, 2022

1. Giriş

Gebe hastalarda üst solunum yolu mukozasının daha vasküler ve ödemli hale gelmesi, fonksiyonel rezidüel kapasitenin azalması, oksijen tüketiminin artması ile ortaya çıkabilecek hızlı oksijen desatürasyonu ve laringoskopiye zorlaştıran büyümüş göğüsler nedeniyle hava yolu yönetiminde problemler meydana gelebilir (1). Bu olgu ile gebe hastada beklenmedik zor havayolu yönetimini sunmayı amaçladık.

2. Olgu

34 yaşında, 38 hafta gebeye (G3P1A1) elektif sezaryen planlandı. Preoperatif değerlendirmede, hastanın astım öyküsü mevcut olup laboratuvar ve EKG'sinde anormallik bulunmadı. Mallampati-2 ve üst solunum yolu muayenesi normal olan hastaya spinal anestezi yapılmasına karar verildi. Standart ASA monitorizasyonu takiben oturur pozisyonda 25G spinal iğne ile L3-L4 seviyesinde 10mcg fentanil ve 10mg % 0.5 bupivakain-heavy

*Address for Correspondence: Fadime TOSUN, Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, Adıyaman, Türkiye

E-mail: fadimetosun@adiyaman.edu.tr ORCID: 0000-0003-4660-5497

verilerek spinal anestezi gerçekleştirildi. Pinpirik testi ile cerrahinin başlamasına izin verildi. Cilt-cilt altı geçildikten sonra hastada ağrı ve ajitasyon gelişmesi üzerine GA'ye geçilmeye karar verildi. Preoksijenizasyonu takiben propofol indüksiyonuna başlanması ile hastanın maske ile yeterince havalanmadığı ve %100 O₂ rağmen SpO₂ 75 düştüğü görülmesi üzerine 0.6mg/kg rokuronyum verildi. Entübasyon anestezi asistanı tarafından denendi ancak başarılı olunamaması üzerine anestezi uzmanı acil olarak çağırıldı. Direkt laringoskopide orofarenks ödemli, glottik açıklığın sadece alt ucu görülüyordu (cormack-lehane-skoru-3). Hastanemizde video laringoskop ve fleksible bronkoskop olmadığı için, buji yardımıyla entübasyon denendi ama tüp ilerletilemedi. Bu arada hastaya 100mg lidokain, 100mg metilprednisolon ve teofilin yapıldı. Hasta entübe edilemeyince LMA takılarak havalandırılmaya başlandı fakat yeterli tidal volüm oluşturulamama, inspiratuar havayolu basıncının yükselmesi ve SpO₂ 65'e düşmesi üzerine tekrar maske ventilasyona geçildi. Cerrahi başladıktan 5dakika sonra 3400gr ağırlığında APGAR'ı 6-8 olan erkek bebek doğurtuldu. Solunum sesleri kaba olan hastaya 100mg lidokain, 100mg metilprednisolon tekrarlandı. Operasyon bitiminde sugammadex verilerek spontan solunumu sağlanan hastanın SpO₂ 96'ya yükselmesi üzerine PACU'ya alındı.

3. Tartışma-Sonuç

Birçok çalışmada, genel cerrahi popülasyonuna kıyasla, gebelerde başarısız trakeal entübasyon riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (2). Zor maske, entübasyon güçlüğü ve bronkopazm günlük pratiğimizde karşılaştığımız önemli sorunlardan biridir bu nedenle anestezi yönetimi multidisipliner yaklaşım içerisinde olunmalı ve klinikte havayolu ekipmanlarının eksiksiz bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Mushambi MC, Kinsella SM, Popat M, Swales H, Ramaswamy KK, Winton AL, et al. Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. *Anaesthesia*. 2015;70(11):1286–1306. doi: 10.1111/anae.13260.
2. Law JA, Duggan LV, Asselin M, Baker P, Crosby E, Downey A, et al. Canadian Airway Focus Group updated consensus-based recommendations for management of the difficult airway: part 1. Difficult airway management encountered in an unconscious patient *Can J Anaesth*. 2021 Sep;68(9):1373-1404. doi: 10.1007/s12630-021-02007-0