



PREOPERATİF DEĞERLENDİRMEDE KILAVUZLARIN ÖNERİLERİNİ UYGULUYOR MUYUZ?

DO WE APPLY THE RECOMMENDATIONS OF THE GUIDELINES IN PREOPERATIVE EVALUATION?

Özge TURGAY YILDIRIM¹, Ayşegül TURGAY²

[0000-0002-6731-4958](https://doi.org/10.1501/0000-0002-6731-4958)

¹ Eskişehir Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Eskişehir

² Sinop Atatürk State Hospital, Department of Anesthesia and Reanimation, Sinop, Turkey

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Özge TURGAY YILDIRIM E-mail: özgeturgay@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 30.10.2019 Kabul Tarihi-Accepted: 04.12.2019 Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi: 26.12.2019

Cite this article as: Turgay Yıldırım Ö. Preoperatif Değerlendirmede Kılavuzların Önerilerini Uyguluyor muyuz? J Cukurova Anesth Surg. 2019;2(3):204-205.

Sayın Editör;

Yakın zamanda derginizde yayınlanan “Preoperatif Değerlendirme Konusunda Birinci Basamakta çalışan Hekimlerin Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi” isimli araştırma makalesini ilgiyle okuduk¹. Çok kapsamlı ve özverili bir çalışma olduğunu belirtmek isteriz. Preoperatif değerlendirme tüm hekim gruplarının klinik pratiğinde sıklıkla karşılaştığı ve hâkim olması gereken bir durumdur. 2004 yılı değerlendirmelerine bakarsak bir yılda tüm dünya popülasyonunun %4’üne majör operasyon uygulanmaktadır². Bu operasyonların çoğunluğu düşük kardiyovasküler riskli operasyonlar olmakla birlikte %30 oranında operasyonlar ise kardiyovasküler morbidite içeren majör operasyonlardır. Kalp dışı cerrahide komplikasyon oranı %7-11 iken mortalite oranı %0,8-1,5 saptanmıştır³. Bu sayılar ülkeden

ülkeye merkezden merkeze değişmektedir. Türkiye’de kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde yapılan bir çalışmada kalp dışı cerrahide komplikasyon oranı %70,8 saptanmış olup bu çalışmada mortalite gözlenmemiştir. Tabii bu çalışma 500 hasta üzerinden tek merkezde yapılan bir çalışma olduğundan Türkiye verisi olarak değerlendirmek doğru olmaz⁴.

Preoperatif riski kardiyovasküler açıdan riskini belirleyen faktörlerden biri operasyon ya da girişimin tipidir. Örneğin yüzeysel cerrahiler, meme, diş, tiroit, göz, minör jinekolojik, ortopedik, ürolojik operasyonlar, rekonstrüktif ve asemptomatik karotis girişimleri düşük risk (<%1) operasyonlarken; intraperitoneal splenektomi, hiatal herni onarımı, kolesistektomi, semptomatik karotis müdahaleleri, periferik arter anjiyoplasti, endovasküler anevrizma onarımı, baş ve boyun

cerrahileri, major nörolojik ve ortopedik cerrahiler (kalça ve omurga ameliyatları), majör ürolojik ve jinekolojik operasyonlar, böbrek nakli, majör olmayan intratorasik cerrahiler orta risk (%1-5); aort ve majör damar cerrahileri, açık alt ekstremité revaskülarizasyon, amputasyon veya tromboemboliktömleri, duodeno-pankreatik cerrahileri karaciğer rezeksiyonu, safra kanalı operasyonları, özofagektömi, perfore bağırsak onarımı, adrenal rezeksiyon, total sistektömi, pnömonektömi, akciğer ve karaciğer transplantasyonları yüksek risk içeren (>%5) operasyonlardır. Bir diğér faktör de hastaya bağılı özelliklerdir. Örneğín hastanın egzersiz kapasitesi, semptom varlığı ve risk faktörleri hastanın riskini belirleyen faktörlerden bazılarıdır. Hastanın risk faktörleri varsa elektrokardiyografi çekilmesi önerilmektedir². Ama bir gerçek de var ki hekimler risk almamak adına kılavuzda öncelikli önerilerden olmasa bile kardiyak değerlendirmeyi derinleştirmek istemektedir. Örneğín düşük ve orta riskli cerrahilerde rutin ekokardiyografi önerilmemektedir. Düşük risk hastalarda elektrokardiyografi dahi önerilmemektedir². Fakat klinik pratikte gerek kardiyologlar gerek anesteziömler hastanın durumunu derinlemesine incelemekte, fazladan yapılan tetkiklerle bir şey atlamak istememektedirler. Bu hasta ve doktor açısından güvenilir bir yaklaşım olsa da uygun maliyetli olmadığı da bir gerçektir. Uzman hekimlerin dahi ikilemde kaldığı preoperatif değerlendirme konusunda birinci basamak hekimleri büyük bir yük üstlenmektedirler. Laflı Tunay D.'nin¹de makalesinde belirttiğı üzere birinci basamak hekim eğitim

programlarında daha iyi tanımlanmış perioperatif tıp müfredatına ihtiyaç olduğu bir gerçektir.

Kaynaklar

- 1.Laflı Tunay D. Preoperatif Değerlendirme Konusunda Birinci Basamakta çalışan Hekimlerin Bilgi ve Tutumlarının Deęerlendirmesi. J Cukurova Anesth Surg 2019;2(2):150-68.
<https://doi.org/10.36516/jocass.2019.5>
- 2.Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). European Heart Journal. 2014;35:2383-431.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu282>
3. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. Lancet 2008;372:139-44.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60878-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60878-8)
4. Can Güner M, Ilgaz Koçyiğit Ö, Bilhan Hayırhoğlu M, et al. Preoperative Evaluation of the Patients with Cardiovascular Disease Undergoing Noncardiac surgery. GKDA Derg 2018;24(1):16-22.
<https://doi.org/10.5222/GKDAD.2018.016>