

## Editöre Mektup

# Patent Duktus Arteriosus Ligasyonu Yapılan Prematüre İnfantlarda Anestezi Sonuçlarımız

Bülent SARITAŞ

Sayın Editör,

Tuncel ve ark.<sup>[1]</sup> tarafından Göğüs-Kalp-Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi'nde GKDA Derg 22(3):116-120, 2016, 10.5222/GKDAD.2016.116 doi numarası ile yayımlanan "Patent Duktus Arteriosus Ligasyonu Yapılan Prematüre İnfantlarda Anestezi Sonuçlarımız" başlıklı makaleyi büyük bir ilgi ile okudum. Yazar, gerek anestezi açısından ve gerekse de cerrahi açıdan yönetimi oldukça güçlük oluşturan premature PDA ligasyonu ile ilgili başarılı sonuçlarını sunmaktadırlar. Bu "Editör'e Mektubu" yazmaktaki amacım, özellikle 1000 g ve daha düşük doğum ağırlıklı premature PDA ligasyonlarında yaşanabilecek ve sonucu katastrofi ile bitebilecek büyük bir komplikasyonu, uygulaması son derece basit bir monitörizasyon yöntemi ile önlenilebileceğini vurgulamaktır.

PDA, düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerde en sık rastlanan doğumsal kalp hastalığı olup, 1500 g'ın altında doğan bebeklerin yaklaşık yarısında bulgu veren PDA'ya rastlanmaktadır<sup>[2]</sup>. Semptomatik PDA'nın medikal tedavi ile kapatılmadığı veya medikal tedavinin sakıncalı olduğu hâllerde PDA'nın cerrahi yolla kapatılması genel kabul görmüştür<sup>[3]</sup>. Preoperatif monitörizasyonu makalede de belirtildiği gibi genellikle EKG, NIRS, kan basıncı ölçümü ve pulse oksimetri gibi non-invaziv yöntemlerle yapılmaktadır<sup>[4]</sup>. Biz de kendi kliniğimizde premature PDA ligasyonunda bu monitörizasyon yöntemini uygulamaktayız. Ancak, özellikle pulse-oksimetrimin nereye yerleştirildiği büyük önem arz etmektedir. Bu hastaların ameliyatların-

da mutlaka hem üst ekstremitte hem de alt ekstremitte parmaklarından pulse oksimetri monitörizasyonu sağlamaktayız. Özellikle 1000 g altındaki hastalarda PDA ile arkus aorta arasındaki ayırımı yapmakta büyük güçlükler yaşanabilmektedir. PDA yerine arkus aortanın ligate edilmesi katastrofik sonuçlara neden olur. Bu istenmeyen komplikasyonu önlemek adına premature infantların üst ekstremitte yanında aynı zamanda ayak parmaklarına da pulse oksimetri yerleştirilmelidir. Böylece PDA'yı ligate etmeden önce uygulanan prova klempinde alt ekstremitte pulse oksimetri trasesinin kaybolmaması, ligate edilecek olan yapının arkus aorta olmadığını göstergesi olarak kabul edilebilir.

Sonuç olarak, premature PDA ligasyonunda pulse oksimetri monitörizasyonun hem üst hem de alt ekstremitte parmaklarında yapılması olumsuz komplikasyonları önlemek adına akılda tutulmalıdır.

Çıkar çatışması yoktur.

## KAYNAKLAR

1. Tuncel ZA, Coşkun Fİ, Kudsioğlu T, Yapıcı N, Gök-kaya Z, Altuntaş Y, et al. Patent duktus arteriosus ligasyonu yapılan prematüre infantlarda anestezi sonuçlarımız. *GKDA Derg* 2016;22(3):116-20.
2. Mouzinho AI, Rosenfeld CR, Risser R. Symptomatic patent ductus arteriosus in very low birth weight infants. *Early Hum Dev* 1991;27:65-77. [https://doi.org/10.1016/0378-3782\(91\)90028-2](https://doi.org/10.1016/0378-3782(91)90028-2)
3. Benson LN, Cowan KN. The arterial duct: its persistence and its patency. In: Anderson RH, Baker EJ, Macartney FJ, Rigby ML, Shinebourne EA, Tynan M, (eds). *Paediatric Cardiology*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Churchill Livingstone; 2002: 1405-59.
4. Vuran C, Ayabakan C, Yörüker U, Özker E, Sarıtaş B, Günaydın Ç, et al. Surgical and postoperative follow-up results for day case patent ductus arteriosus ligation of 20 low weight premature patients. *Turk Arch Ped* 2011;46:124-8.

**Alındığı tarih:** 17.01.2017

**Kabul tarihi:** 03.03.2017

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı

**Yazışma adresi:** Doç. Dr. Bülent Sarıtaş, 4. Cad 218. Sok. Ankara Yol İş Yapı Koop No 5/16 Batıkent 06370 Ankara

**e-mail:** bsaritas@hotmail.com