

ERAS POSTOPERATİF UYGULAMALAR

Dr Mustafa U Kalaycı

SBÜ- Kanuni Sultan Süleyman E A Hastanesi
İstanbul

SUNUM PLANI

- 37 Slayt
- Uygulamalar
- Farklı klinik durumlarda uygulamalar
- Uygulama özellikleri
- Riskli durumlarda uygulama özellikleri

Çatalhöyük 7600 yıl öncesinden günümüze



POSTOPERATİF DÖNEMDE SÜRDÜRÜLMELİDİR

- ERAS protokolü hastalığın ve hastanın tanınmasında yeni bir bakış açısıdır
- Hastanın tanınması, öncesi ve sonrası yapılan işlemlerin etkisinin ölçülmesi ve revizyon yönetimidir.

POSTOPERATİF DÖNEMDE SÜRDÜRÜLMELİDİR

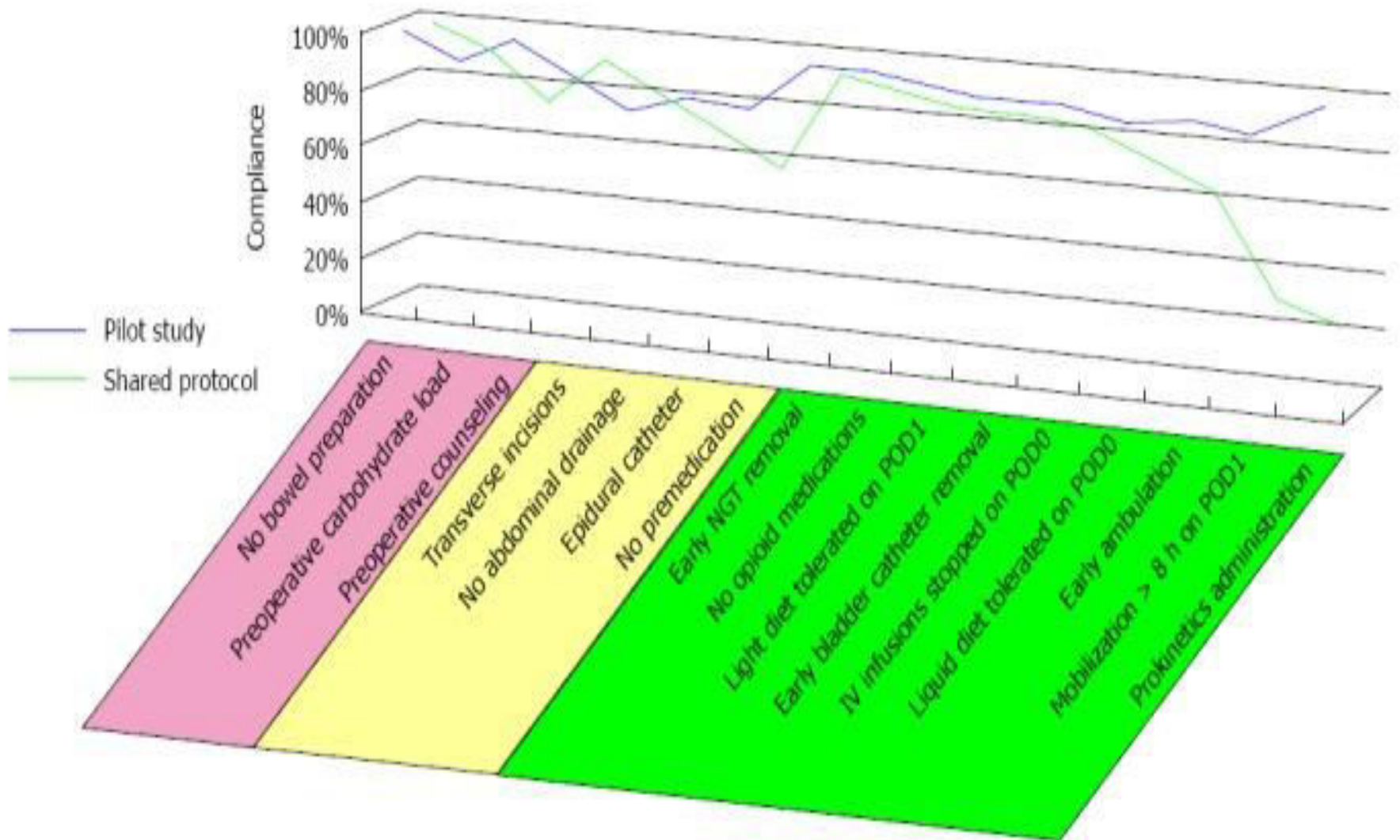
- Çeşitli ERAS programlarının geleneksel hasta bakım programları ile karşılaştırıldığında
- Mortalite ERAS programında % 0.4 geleneksel bakım grubunda %1.3 (fark anlamlı değil)
- Morbidite anlamlı olarak az
- Hastanede kalış süresi anlamlı olarak daha az

Spanjersberg et al- Cochrane, 2011

İDEAL OLGU

- ERAS için uyumlu ve katılımcı bir olgu
- Elektif sıradan operasyonlar ?
- ASA 1, 2, 3 ?
- İyi nutrisyonel durum ?
- Öncesinde abdominal cerrahi geçirmemiş

UYGULAMA DEĞİŞKENLERİ



DEĞİŞKENLER

- 1) Opioidlerden kaçınılmalı parasetamol ve nonsteroidler kullanılmalı
 - 2) Erken post op diyet
 - 3) Erken mobilizasyon.
 - 4) IV sıvı uygulamasında kısıtlama
 - 5) Düzenli denetim
- İngiliz klavuzu 2009

UYUM

- Uyum ERAS programında başarının anahtarı
- Post operatif dönemin algısı, hastanın ve hizmetin yönetimi uyumlu bir şekilde sürdürülmesi önemli
- Eğitim (post op dönem eğitimi pre op başlanmalı)
- Program Uyumu %60 düzeyinde
- Tekrar hospitalizasyon gerektiren post op **morbidite ve semptomları %38-69** azaltıyor

KONTRENDİKASYON

- Epidural anestezi kontendike ise
- Psikiyatrik rahatsızlıklar
- Zayıf sosyal destek
- Zor veya sıradan olmayan cerrahi prosedürler

KESİN KONTRENDİKASYON

- Acil prosedürler (tıkanma perforasyon, iskemi) ?
- ASA 4 veya daha fazla ?
- Mobilize olamayan ve sınırlı morbidite
- Ciddi malnutrisyon ?
- Fast track programını desteklemeyen veya isteksiz hastalar !!!

POSTOPERATİF UYGULAMALAR

1-Hasta ve hasta yakınlarının pre op dönemde post operatif dönme yönelik eğitiminin devamı ve takibi yapılmalıdır.

3- Antitrombotik tedavinin devamı sağlanmalıdır.

4-Yalnızca gerekli vakalarda gereken düzeyde antibiyotik uygulaması devam etmelidir .

Antibiyotik rejim değişiklikleri genel klavuz ve hastane flora özelliklerine göre yürütülmelidir

5-Dengeli IV sıvı tedavisi rejimi sürdürülmelidir

6-Nazogastrik aspirasyon sonlandırılmalıdır.

POSTOPERATİF UYGULAMALAR

- 7-Dren uygulamasının sonlandırılması.Kullanılmaması
Sadece TME yapılan olgularda 1 günlük dren uygulaması.
- 8-Post op bulantı ve kusma önleyici tedavi dexamethasone 8 mg iv., ondansetron 8 mg iv., metoclopramide 10 mg iv.)
- 9- Ağrı kontrolü için opioid uygulamaları yapılmaması .
Multimodal mümkünse oral- parasetamol-ibuprofen-
ketoprofen uygulamaları
- 10- Postoperatif oksijenasyon tedavisi (4–6 l/min.)

POSTOPERATİF UYGULAMALAR

11- Erken enteral beslenme,(seçili hazır enteral ürünler hafif diyetler, 2. gün tolerasyona göre sıvı ve diğer uygulamalara ve hasta diyetlerine geçiş

12-İdrar sondası uygulamalarında.

Üriner sonda uygulamaları tartışmalı,vakaya göre seçim

13- Full mobilizasyon.

14- Gerekli post op konsültasyonlar zamanında yapılmalıdır (reaksiyonun yavaş fazı)

LAPAROSKOPİK CERRAHİ

- Daha az stres yanıtına neden olmaktadır
- Lap cerrahi ERAS için anahtar protokol gibi görülmektedir
- Çok daha kısa süre analjezi uygulamaları gerektirmektedir
- Dis Colon Rectum. 2003;46:147–155.

REKTAL KANSER

- Sadece Rektal kanserde ERAS uygulamalarına yönelik prospektif randomize çalışmalar yoktur.
- ERAS uygulamalarının post op komplikasyon ve mortaliteyi artırıcı etkisi gösterilememiştir.
- Rektum Ca da Post op ERAS uygulamalarının hastanede kalışı 3/5 gün arasında azalttığı gösterilmiştir.
- Güvenilir olduğu gösterilmiştir

YAŞLI OLGULAR

- Yaş ve nutrisyonel durum hastalarda post op morbidite ve mortalite bağımsız faktör değildirler
- Op öncesi olan morbidite faktörleri önem taşımaktadır
- Morbidite için : ASA3-4 Erkek olmak, rektal kanser.
- Gecikmiş Mobilizasyon için:
- ASA 3-4, ileri yaş, rektal kanser, erkek olmak uzamış hastanede kalış için risk faktörü
- Uzamış hatanede kalış için :
- İleri yaş ASA3-4 erkek olmak, rektal kanser

YAŞLI OLGULAR

ERAS yaşlı hastalarda güvenle uygulanabilir komplikasyonları düşürebilir hastanede kalış süresini kısaltır .Bir çok çalışmada mortalite morbidite ve hastanede kalış için yaşlı ve genç olgularda fark bulunamamıştır

- | | | | |
|------------|-----------------|------------|--------------|
| | Hastanede kalış | | Komplikasyon |
| • Non ERAS | 9 -13.2 gün | • Non ERAS | %58 |
| ERAS | 5 – 7 gün | • ERAS | %27.4 |
- Colorectal Dis 2014 Dec;16(12):947-56.

ACİL VAKALAR

- ERAS programı Acil Kolorektal cerrahide güvenlidir hastanede kalış süresini kısaltır daha hızlı barsak hareketi sağlar,KT başlangıcı daha hızlıdır

– Hastanede kalış

KT başlangıcı

- | | | | |
|------------|------------|------------|----|
| • Non ERAS | 7,5 (5-25) | • Non ERAS | 49 |
| • ERAS | 5,5(3-16) | • ERAS | 37 |

– Post op Komplikasyon

- | | |
|------------|-----|
| • Non ERAS | %48 |
| • ERAS | %25 |

- WJG. 2014 Oct 14; 20(38): 13950–13955.

NGS

- Özellikle elektif cerrahide, ventilasyon öncesi fasial maske ile oluşan mide havasının çıkarılması haricinde NGS kullanımının gerçekci bir desteği olmadığı bildirilmektedir.

BULANTI KUSMANIN ÖNLENMESİ

- Operasyon sonrası bulantı kusma tüm hastaların %35-25 ini etkiler
- Proflakatik anti emetik kullanımı önerilmekte (%40 etkili)
- Apfel Skoru ile proflaktik kullanım için pre op isk belirlenmesi yapılabilir.

ORAL ANALJEZİ UYGULAMALARI

- NSAIDs ve COX2 inhibitörleri analjezi için iyi bir tercihtir, opioid analjezisi ihtiyacını azaltır
- Asetaminofen (parasetamol) post op analjezide yeterlidir.
- IV parasetamol opioid ihtiyacını azaltır
- Post op bulantı kusma riskini azaltır

POST OPERATİF ANALJEZİ

- Açık cerrahide Epidural anestezi en seçkin (post op 72 saat) analjezi tekniğidir.
- Barsak hareketi başlayıncaya kadar ilk 48-72 saat de kateter çıkartılmalıdır

ERKEN MOBİLİZASYON

- Uzamış yatak istirahati artmış tromboemboli riski ile beraberdir
- Mobilizasyonun olmaması
İnsülin resistansı, kas kaybı, kas gücü kaybı, pulmoner depresyon, azalmış doku oksijenizasyonu, azalmış doku antioksidan üretimi ile beraberdir.
- Hastanın ağrı ve ileus dan korunması için önerilir.
- Hasta taburculuğuna kadar cerrahi sonrası 2 saat hastanın taburcu olmasına kadar 6 saat boyunca yatak dışında olmalıdır.
- Colorectal Dis.2012;14:1001–1008.

İDRAR SONDASI UYGULAMALARI

- İdrar sondası için transuretral kateterler yaygın olarak uygulanmakta
- Suprapubik kateterlerin daha az bakteriüri ve daha az rahatsızlık oluşturduğu gösterilmiş

BARSAK HAREKETLERİNİN UYARILMASI

- Mobilizasyon
- Sakız
- IV lignocaine , Magnesium
- Düşük doz sıvı uygulamaları
- Normovolemik sıvı uygulamaları.
- Tercihen dengeli elektrolit solusyonlarının uygulamaları

GLİKOZ KONTROLÜ VE İNSÜLİN REZİSTANSI

- Erken post op dönemde glikoz kontrolü için yüksek ve orta düzey hiperglisemide insülin tedavisi uygulamaları önerilmektedir

ERKEN POST OP DÖNEMDE BESLENME

- Erken beslenme preop beslenme uygulamalarının bir komponentidir
- Enerji protein defisiti ve ihtiyacının karşılanması ve yerine konmasında en azından ilk 4 gün boyunca kararlılık gösterilmesi tavsiye edilmektedir.
- Nitrojen dengesinin sağlanması, eksojen insülin gereksinimi ve insülin rezistansının minimize edilmesinde etkili olduğu gösterilmiş

GIDA ALIM

- Sıvıların alımı 25-35 ml/kg/gün (1.75-2.75 lt/gün)
- Postoperatif dönemde 1200 -1500 kcal/ gün alım önerilmektedir.
- Tolere eden olgularda katı gıda alımının başlanması
- Gerekmeyen olgularda sıvı tedavisinin devamının kesilmesi düşünülebilir
- Klor restriktif tedavi uygulaması kritik hastalarda

DRENAJ GEREKLİLİĞİ

- 8 Randomize kontrollü klinik çalışmada 1390 olguda **elektif kolorektal** cerrahide
- 3-7 günlük kapalı drenajın, klinik radyolojik anastomoz kaçağı, yara yeri enfeksiyonu, reoperasyon, ekstraabdominal komplikasyon ve mortalitede etkisinin olmadığı **gösterilmiştir.**

STOMALI OLGULAR

- ERAS uygulamaları açısından drenaj ve stoma uygulaması hastanede kalış süresini artıran göreceli faktörlerdir,
- Stoma varlığının ERAS uygulamalarına negatif etkisi gösterilememiştir

RESPIRATUAR FİZYOTERAPİ

- Seçilen cerrahi biçim açık vs lap gibi
- Üst ve alt abdomen oluşu
- Yaş
- Transvers insizyon seçimi
- Ağrı kontrolü
- Pre op artmış fiziksel hazırlık
- Respiratuar fizyoterapi seçimi başarıyı etkileyebilir

KALİTE

“Ölçülmeyen değerler iyileştirilemez “

- Tanımlanmış standart bakış sadece uygulama kolaylıkları değil, sorunun derinlik ve çapının ortaya koyulmasında yardımcıdır

DENETLEME

- ERAS uygulaması aktif sistematik bir süreçtir
- Multimodal tedavi ve multidisipliner tedavi protokolleri
- Uyum
- Eğitim
- Ortak karar ve takip mekanizmalarının gerekli oluşu nedeni ile sürekli denetleme gerektirebilir

SONUÇ

- Kolorektal cerrahide erken postoperatif dönemde ERAS programları fayda sağlayabilir
- Uyum ve denetleme standart kalitenin sürdürülmesinde önemli faktörlerdir
- Hali hazırda ülkemiz sosyo - kültürel düzey ve alışkanlıkları süreçte mutlaka göz önüne alınmalıdır

SBÜ-Kanuni Sultan Süleyman E A Hastanesi Genel Cerrahi Kliniđi



Teşekkürler

