

Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Akut Ağrı Tedavisinde Pregabalin ve Ketaminin Karşılaştırılması

A Comparison of Pregabalin and Ketamine in Acute Pain Management After Laparoscopic Cholecystectomy

Murat HALILOĞLU¹, Beliz BİLGİLİ¹, Seniye Ülgen ZENGİN², Mehtap ÖZDEMİR³, Ahmet YILDIRIM³, Nurten BAKAN³

¹Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

²Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Bezmalem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

³Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Pregabalin ve ketamin perioperatif ağrı yönetiminde kullanılan popüler adjuvan analjeziklerdir. Bu çift kör plasebo kontrollü çalışmada pregabalin ve ketaminin elektif laparoskopik kolesistektomi sonrası akut ağrı tedavisinde preventif analjezik etkisini karşılaştırdık.

Yöntemler: Laparoskopik kolesistektomi operasyonu geçirecek yetmiş beş hasta (18-65 yaş arası) rastgele 3 gruba ayrıldı: kontrol grubuna (grup C) operasyondan 1 saat önce oral olarak plasebo kapsül verildi, induksiyonda bolus 5 ml iv serum fizyolojik sonrasında operasyon bitimine kadar serum fizyolojik infüzyonuna devam edildi. Ketamin grubuna (grup K) operasyondan 1 saat önce oral plasebo kapsül verildi. Indüksiyonda bolus 0.5 mg kg⁻¹ ketamin 5 ml serum fizyolojik içinde iv verildi sonrasında operasyon bitimine kadar 10 µg

kg⁻¹ dk⁻¹ ketamin infüzyonuna devam edildi. Pregabalin grubu (grup P) operasyondan 1 saat önce oral olarak 300 mg pregabalin kapsül verildi. Indüksiyonda bolus 5 ml iv serum fizyolojik sonrasında operasyon bitimine kadar serum fizyolojik infüzyonuna devam edildi. Anestetezi yöntemi standartize edildi. Postoperatif 24 saat boyunca toplam tramadol tüketimi, visual analog skala (VAS), postoperatif bulantı ve kusma (POBK) insidansı, sedasyon skoru, ilaçlara bağlı komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular: Postoperatif toplam tramadol tüketimi grup C'ye göre pregabalin ve ketamin grubunda anlamlı şekilde düşük bulundu (p=0.001). Tramadol gereksinimi pregabalin ve ketamin grubunda benzerdi. Postoperatif 30. dakika VAS değerleri ketamin ve tramadol grubunda grup C'ye göre anlamlı düşük bulunmuştur (p=0.001). Ek analjezik ihtiyacı, POBK insidansı ve sedasyon skoru >2 açısından üç grup benzerdi.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi sonrası ketamin ve pregabalin sedasyon düzeyi veya POBK insidansını etkilemeden tramadol tüketimini azaltarak postoperatif ağrı kontrolüne katkıda bulunur.

Anahtar Kelimeler: Postoperatif ağrı, pregabalin, ketamin, laparoskopik kolesistektomi

ABSTRACT

Objective: Pregabalin and ketamine are popular analgesic adjuvants for improving perioperative pain management. We designed this double-blind, placebo controlled study to test and compare the preventive effects of pregabalin and ketamine on postoperative pain management after elective laparoscopic cholecystectomy.

Methods: Seventy five patients (18 to 65 years of age) undergoing laparoscopic cholecystectomy were randomly assigned to one of the following 3 groups: control group (group C) received oral placebo capsule 1 h before surgery and bolus plus intravenous (iv) infusion of saline during surgery; ketamine group (group K) received oral placebo capsule 1 h before surgery and 0.3 mg kg⁻¹ iv bolus plus 0.05 mg kg⁻¹ h⁻¹ iv infusion of ketamine during the surgery; pregabalin group (group P) received oral pregabalin 150 mg 1 h before surgery and bolus plus iv infusion of saline during surgery. The anesthetic technique was standardized, total tramadol consumption, visual analog scale (VAS), incidence of postoperative nausea and vomiting (PONV), sedation score and complications related to the drugs used in the study were assessed in the postoperative 24 h period.

Results: Postoperative total tramadol consumption were significantly lower in the pregabalin and ketamine group compared to the group C (p=0.001). Tramadol requirement was similar between pregabalin and ketamine groups. At 30 min postoperatively, VAS values were lower in the pregabalin and ketamine groups compared with group C (p=0.001). There was no difference between the three groups in the need for supplemental analgesia, incidence of PONV and sedation score >2.

Discussion: Pregabalin and ketamine improved postoperative pain control and decreased analgesic consumption after laparoscopic cholecystectomy with a good safety profile without any changes in sedation level or PONV.

Keywords: Postoperative pain, pregabalin, ketamine, laparoscopic cholecystectomy

Cite this article as: Haliloğlu M, Bilgili B, Ülgen Zengin S, Özdemir M, Yıldırım A, Bakan N. A Comparison of Pregabalin and Ketamine in Acute Pain Management After Laparoscopic Cholecystectomy. Bezmalem Science 2017; 5: 162-7.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Murat Haliloğlu; Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye E-mail: mrt.haliloglu@gmail.com

©Telif Hakkı 2017 Bezmalem Vakıf Üniversitesi - Makale metnine www.bezmalemscience.org web sayfasından ulaşılabilir.
©Copyright 2017 by Bezmalem Vakıf University - Available online at www.bezmalemscience.org

Geliş Tarihi / Received : 31.07.2016
Kabul Tarihi / Accepted: 20.09.2016

Giriş

Günümüzde laparoskopik cerrahi yaygın olarak uygulanmaktadır (1). Laparoskopik cerrahi geçiren hastalar postoperatif dönemde açık cerrahiye benzer, hatta daha şiddetli ağrı deneyimi yaşamaktadırlar (2, 3). Son yirmi yılda ağrı ve ağrı yönetimi konusunda bilgilerimizin artmasına, yeni farmakolojik ajanların klinik kullanıma girmesine ve uygulama yöntemlerindeki teknolojik gelişmelere rağmen, hastaların %50'sinden fazlası yeterli tedavi edilmeyen postoperatif ağrı deneyimi yaşamaya devam etmektedirler (1, 4-6).

Postoperatif ağrı multimodal, preventif yaklaşımla daha etkili kontrol edilebilir (1). Bu nedenle günümüzde yaygın olarak, opioidler nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar, lokal anestezi-ler, α^2 -adrenajik agonistler, gabapentinoidler ve ketamine ile birlikte kullanılmaktadır (7, 8).

Antikonvulsan ajan olarak kliniğe giren gabapentinoidlerin (gabapentin ve pregabalin), daha sonra anti-nosiseptif etkileri olduğu anlaşılmıştır. Pregabalin gabapentin benzeri antikonvulsan, antihiperalezik ve anksiyolitik etkileri olmasının yanı sıra daha olumlu farmakokinetik profile sahiptir. Birçok çalışmada pregabalinin ameliyat sonrası ağrı kontrolü için iyi bir analjezik profile sahip olduğu gösterilmiştir (9, 10).

N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörlerinin glutamat ve aspartat gibi eksitator nörotransmitterler tarafından aktivasyonu santral sensitizasyon, ağrı iletimi ve modülasyonunda etkili olduğu bilinmektedir. Ketamin nonkompetitif NMDA reseptör antagonistidir, depolarizasyonu azaltarak eksitator iletimi bloke eder.

Pregabalin ve ketaminin postoperatif ağrı kontrolüne etkisinin değerlendirildiği çalışmaların bazılarında preventif analjezik etkileri olduğu gösterilirken (11, 12), etkisiz olduklarının gösterildiği çalışmalar da bulunmaktadır (13, 14).

Bu çalışmanın amacı, laparoskopik kolesistektomi operasyonu öncesinde uygulanan pregabalin veya düşük doz ketaminin erken postoperatif ağrı düzeyi ve analjezik ihtiyacı üzerine etkilerini araştırmaktır.

Yöntemler

Bu prospektif çalışmaya, Yerel Etik Kurul onayı (NO: 78, 28.04.2011; etik kurul başkanı: Prof. Dr. Ahmet GÖÇMEN) ve hastaların yazılı onayının ardından, ASAI-II sınıfında, 18-65 yaş arası ve elektif laparoskopik kolesistektomi operasyonu planlanan 75 hasta dahil edildi. Operasyondan bir gece önce çalışmaya katılacak hastalara hasta kontrollü analjezi aygıtı ve Vizüel Analog Skalası (VAS) anlatıldı. Araştırmaya katılmayı reddeden, ciddi kalp, böbrek veya karaciğer yetmezliği, kronik analjezik, ketamin, pregabalin kullanımı veya nöbet öyküsü olan, hasta kontrollü analjezi (HKA) cihazı kullanmak için yetersizliği ve iletişim zorluğu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Hastalar kapalı zarf yöntemi ile randomize edilerek 3 gruba (n=25) ayrıldı: kontrol grubu (grup C), pregabalin grubu (grup P) ve ketamin grubu (grup K). Tüm ilaçlar hastane eczanesi tarafından hazırlandı ve her hastaya uygun kot numarası verildi.

Kontrol grubu (grup C)

Anestezi induksiyonundan 1 saat önce oral olarak plasebo kapsül verildi. Indüksiyonda bolus 5 ml iv serum fizyolojik sonrasında operasyon bitimine kadar serum fizyolojik infüzyonuna devam edildi.

Pregabalin grubu (grup P)

Anestezi induksiyonundan 1 saat önce oral olarak 300 mg pregabalin kapsül verildi. Indüksiyonda bolus 5 ml iv serum fizyolojik sonrasında operasyon bitimine kadar serum fizyolojik infüzyonuna devam edildi.

Ketamin grubu (grup K)

Anestezi induksiyonundan 1 saat önce oral olarak plasebo kapsül verildi. Indüksiyonda bolus 0.5 mg kg⁻¹ ketamin 5 ml serum fizyolojik içinde iv verildi sonrasında operasyon bitimine kadar 10 µg kg⁻¹ dk⁻¹ ketamin infüzyonuna devam edildi.

Tüm hastalara operasyonda 45 dk önce premedikasyon için 0.07 mg kg⁻¹ midazolam intramusküler olarak uygulandı. Anestezi tekniği tüm gruplarda standardize edildi. Anestezi induksiyonu fentanil 2 µg kg⁻¹, propofol 2 mg kg⁻¹ ve rokuronyum 0.6 mg kg⁻¹ ile sağlandı. Endotrakeal entübasyonu takiben anestezi idamesi oksijen içinde % 70 N₂O ve sevofluran (soluk sonu sevofluran konsantrasyonu 1.2-1.3) ile BIS değeri 60 altında olacak şekilde sürdürüldü. Ventilasyonu volüm-kontrol modda, inspiratuvar: ekspiratuvar oranı 1:2, ekspiriyum sonu pozitif basınç (PEEP) 5 cmH₂O ve tidal hacim 8 ml kg⁻¹ olacak şekilde sağlandı (Primus, Draeger™, Luebeck, Germany). Solunum hızı soluk sonu karbondiyoksit (EtCO₂) 30-35 mmHg olacak şekilde ayarlandı. Hastalarda intraoperatif dönemde kan basıncı ve kalp hızı bazal değerinin % 20'sinden daha fazla artarsa ek fentanil dozu iv olarak uygulandı.

Tüm hastalara sistik arter klipslendikten sonra tramadol (Contramal 100mg/2ml, Abdi İbrahim, İstanbul, Türkiye) 1 mg kg⁻¹ iv olarak uygulandı. Operasyon sonunda rezidüel nöromusküler blok atropin 0.02 mg kg⁻¹ iv ve neostigmin 0.04 mg kg⁻¹ iv ile antagonize edildikten sonra hasta tamamen uyanık iken ekstübe edildi. Hastalara derlenme odasında 5 mg ml⁻¹ tramadol içeren solüsyon ile bolus 10 mg, kilitli kalma süresi 10 dk olacak şekilde HKA başlandı. Eğer HKA'ya rağmen yeterli analjezi sağlanamıyorsa, 75 mg diklofenak iv olarak uygulandı ve aşağıdaki parametreler bakımından 24 saat boyunca izlendi:

1. Postoperatif 30. dk, 2.,6., 12. ve 24. st VAS skorları
2. 24 saatlik tramadol tüketimi ve ek analjezik ihtiyacı
3. 4 puanlık skala ile sedasyon durumu (15): 0-uyanık; 1-hafif sedatize, 2-orta düzeyde sedatize; sarsarak uyandırılabilir; 3-derin sedatize, sarsarak zor uyandırılıyor.
4. Komplikasyonlar ve yan etkiler

Örneklem büyüklüğü hesaplama amacıyla, biz 24 saatlik tramadol tüketiminde %25 mutlak azalmayı klinik olarak önemli olduğunu kabul ettik. Pilot çalışmalara dayanarak, kontrol grubunda 24 saatlik tramadol gereksinimini 540 ± 65 mg olarak öngördük. Üç eşit büyüklükte grup içeren çalışma için grup başına 25 hasta gerekli olacağını hesapladık ($\alpha=0.05$, $\beta=0.2$)

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, medyan, frekans, oran) yanısıra normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HSD test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ ve $p < 0,01$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Çalışma toplam 75 olgu üzerinde yapılmıştır. Olguların yaşları 18 ile 65 arasında değişmekte olup ortalama yaş $44,76 \pm 11,93$ 'dür. Demografik veriler üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 1).

Postoperatif 30. dakika VAS değerleri grup K ve T'de grup C'ye göre anlamlı düşük bulunmuştur ($p=0.001$) (Tablo 2). Diğer zamanlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 2).

24 saatlik toplam tramadol tüketimi grup C'ye göre grup P ve grup K'da istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p=0.001$) (Tablo 3). Ek analjezik ihtiyacı bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 3).

İlk 24 saatlik sedasyon skoru < 2 oranı, üç grup arasında benzer bulundu ($p > 0,05$) (Tablo 3). Postoperatif 24 saatlik bulantı kusma oranları gruplar arasında farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 3). Postoperatif 24 saat boyunca diğer komplikasyonlar (baş dönmesi, görme bozukluğu, kabus, halüsinasyon) hiçbir hastada görülmedi ($p > 0,05$) (Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışmada, laparoskopik kolesistektomi operasyonundan 1 saat önce oral olarak verilen 300 mg pregabalın veya indüksiyonda 0.5 mg kg^{-1} bolus sonrası $10 \mu\text{g kg}^{-1} \text{ dk}^{-1}$ cerrahi süresince ketamin infüzyonunun postoperatif analjezik tüketimini azalttığı gözlemlendi. Ayrıca 30. dakika VAS değeri pregabalın ve ketamin grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktü. Postoperatif dönemde 30. dakika sonrası daha az analjezik ajan tüketimine rağmen benzer ağrı kontrolü sağlanabilmektedir.

Tablo 1. Hasta demografik özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması

	Grup C (n=25)	Grup P (n=25)	Grup K (n=25)	p
Yaş (Yıl)	48,36±11,96	40,84±13,71	44,36±10,53	0,165
Boy (cm)	166,48±6,44	164,80±10,75	162,28±6,55	0,261
Kilo (kg)	80,04±8,60	75,12±13,46	74,60±13,37	0,345
ASA skoru	1,52±0,51	1,44±0,51	1,44±0,51	0,784
Operasyon süresi	80,88±39,41	78,24±30,65	70,68±20,40	0,357
İnsüflasyon süresi	57,12±37,54	56,92±27,76	49,68±17,92	0,573

Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir.
ASA: American Society of Anesthesiology

Tablo 2. VAS değerlerinin karşılaştırılması

	Grup C (n=25)	Grup P (n=25)	Grup K (n=25)	p
VAS 30.dk (dinlenimde)	7.5±1.6	4.2±1.2 ^a	4.3±1.3 ^a	0.001
VAS 2. St (dinlenimde)	2.8±1.4	2.3±1.2	2.6±1.5	>0.05
VAS 6. St (hareket anında)	1.5±1.4	1.5±1.1	1.6±1.3	>0.05
VAS 12. St (hareket anında)	1.7±1.3	1.4±1.5	1.5±0.9	>0.05
VAS 24. St (hareket anında)	1±1.1	0.9±0.5	1±0.6	>0.05

Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir.

VAS: visüel analog skala

^aKontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı $p=0.001$

Tablo 2. Toplam tramadol tüketimi, ek analjezik dozu ve komplikasyonlar

	Grup C (n=25)	Grup P (n=25)	Grup K (n=25)	p
Toplam tramadol dozu (mg)	565±67.9	401.7±100.3 ^a	408.3±105 ^a	0.001
Toplam ek analjezik (diklofenak) dozu (mg)	18.5±32.2	12±25.9	17.5±32.2	>0.05
POBK	4	5	4	>0.05
Sedasyon skoru >2	0	1	0	>0.05
Baş dönmesi	0	0	0	>0.05
Görme bozukluğu	0	0	0	>0.05
Kabus	0	0	0	>0.05
Halüsinasyon	0	0	0	>0.05

Değerler ortalama±standart sapma ve sayı olarak verilmiştir.

^aKontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı $p=0.001$

Laparoskopik cerrahi geçiren hastalar özellikle postoperatif ilk 4. ve 12. saatler arasında şiddetli ağrı deneyimi yaşamaktadırlar (2, 16, 17). Bu hastalarda ağrı multifaktöryeldir, frenik sinirin gerilimine, insüfle edilen gazın sıcaklığına, rezüdü gazın hacmine, dren varlığına, insüzyonun büyüklüğüne, hastanın

sosyokültürel düzeyine bağlı olarak ağrının şiddeti değişebilir (18-20). Ayrıca laparoskopik cerrahi sonrası ligasyon bölgesinde iskemi ve nekroza bağlı ağrı da gelişebilir (1). İskemiye bağlı ağrının düşük doz geleneksel analjeziklerle kontrol edilmesi zordur (21). Yeterli tedavi edilemeyen postoperatif ağrı derin ven trombozu, pulmoner emboli, miyokard enfarktüsü, pnömoni ve kötü yara iyileşmesine neden olur (22).

Günümüzde sistemik opioid ve non-opioid analjeziklerin kombine edildiği multimodal tedavi yaklaşımı laparoskopik cerrahi sonrası postoperatif ağrıyı kontrol etmek için önerilmektedir (1). Analjezik etkisi olduğu gösterilmiş olan gabapentinoidler (gabapentin ve pregabalin) multimodal tedavi yaklaşımında kullanılmaktadır (23). Pregabalin eksitator pronosiseptif nörotransmitterlerin salınımını azaltarak hiperaljezi ve santral sensitizasyonu önler (24). Yapılan çalışmalarda gabapentine göre preoperatif tek doz kullanılan pregabalinin analjezi süresini daha etkin şekilde uzattığı gösterilmiştir (25, 26). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada spinal anestezi altında sezaryan operasyonu geçiren hastalarda perioperatif olarak kullanılan gabapentinin yüksek oranda sedasyona neden olurken klinik olarak analjezik etkinliği görülmemiştir (27).

Pregabalin oral alım sonrası pik plazma düzeyine 1 st içinde ulaştığından dolayı, çalışmamızda operasyondan 1 st önce uygulandı (28). Baidya ve ark. yaptığı çalışmada pregabalinin ilk 6 saatte etkin olduğu sonrasında yarılanma ömrü nedeniyle etkin plazma seviyesinin düştüğünü göstermişlerdir (29). Ancak biz VAS skoruna 30. dk ve 2. 6. 12. ve 24. saatte baktığımız için pregabalinin etkisinin kesin olarak ne zaman sona erdiğini saptayamadık.

Son 15 yıl içinde ketaminin postoperatif ağrı kontrolünde kullanımıyla ilgili birçok çalışma yapılmasına karşın sonuçlar çelişkilidir (30). Etkin preventif analjezi için nosispeptif uyarının ve NMDA reseptörlerinin tam olarak bloke edilmesi gerekir. Bu nedenle cerrahi uyarın boyunca sürekli analjezik uygulanmalıdır. Yapılan çalışmalarda 0.15-1 mg kg⁻¹ iv bolus sonrası intraabdominal cerrahi boyunca 0.1-0.5 mg kg st⁻¹ ketamin infüzyonunun postoperatif opioid ihtiyacını azalttığı gösterilmiştir (31, 32). Bu nedenle çalışmamızda induksiyonda 0.5 mg kg⁻¹ iv bolus sonrası operasyon bitimine kadar 10 µg kg⁻¹ dk⁻¹ iv ketamin infüzyonu uyguladık.

Klinik pratikte yan etki profilini azaltabilmek için düşük doz ketamin (intramusküler uygulama için <2 mg kg⁻¹; intravenöz ve epidural uygulama için <1 mg kg⁻¹; sürekli iv uygulama için ≤20 µg kg⁻¹ dk⁻¹) kullanımı önerilmektedir (33). Analjezik etki için ketamin plazma konsantrasyonu ≥100 ng ml⁻¹ olmalıdır, induksiyonda uygulanan 1mg kg⁻¹ iv ketamin sonrası postoperatif ilk 1-2 st'de etkin plazma konsantrasyonu korunur (34). Çalışmamızda 0.5 mg kg⁻¹ iv bolus sonrası 10 µg kg dk⁻¹ infüzyon uygulaması ile postoperatif ilk 2 st'de analjezik etki için gerekli ketamin plazma konsantrasyonuna ulaştığımız kanısındayız. Ketamin grubunda postoperatif ilk 24 saatteki toplam tramadol tüketimi kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulunması ketaminin preventif analjezik etkisinin olduğunu düşündürmektedir.

Düşük doz ketaminin POBK oranını azalttığı gösterilmiştir, ancak çalışmamızda POBK üç grupta benzer bulunmuştur (35). Çalışmamızda ketamin grubunda diğerlerinden farklı düzeyde POBK görülmemesi cerrahi tipi kaynaklı olabileceği kanısındayız.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında başlıca VAS skorunun kullanılması gelmektedir. Ağrı; tek boyutlu ve çok boyutlu ölçüm yöntemleri kullanılarak ölçülebilir. Tek boyutlu yöntemler içinde yer alan vizüel analog skala ile daha çok ağrının şiddeti ve tedavisinin etkinliği ölçülür (36). Ancak ağrı tek boyutlu bir duygu olmayıp sonsuz sayıda niteliklere sahiptir (37). Ağrının değerlendirilmesinde çok boyutlu yöntem kullanılabilir. Postoperatif dönemde ilk 24 saati gözlemlediğimiz için, düşük doz ketamin ve pregabalinin kronik ağrı gelişimini üzerine etkilerini değerlendiremedik.

Sonuç

Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi operasyonu geçiren hastalarda yan etki oranını arttırmadan düşük doz ketamin veya 300 mg pregabalin uygulanmasının postoperatif analjezik tüketimini azalttığı ve 30. dk VAS skoru üzerine etkili olduğunu saptadık. Sonuç olarak düşük doz ketamin veya 300 mg pregabalin multimodal analjezik tedavinin bir bileşeni olarak yan etki insidansını arttırmadan güvenle kullanılabilirliği kanısındayız.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the Ümraniye Training and Research Hospital Local Ethics Committee (NO: 78, 28.04.2011).

Informed Consent: Written informed consent was obtained from the patients who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept -M.H.; Design -M.H., M.Ö., N.B.; Supervision -M.H., B.B., S.Ü.Z.; Resources -N.B.; Data Collection and/or Processing -M.H., B.B., A.Y.; Analysis and/or Interpretation -M.H., A.Y.; Literature Search -M.H., B.B., M.Ö.; Writing Manuscript -M.H., B.B., M.Ö., S.Ü.Z.; Critical Review -N.B.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yerel Etik Kurulu'ndan alınmıştır (NO: 78, 28.04.2011).

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.H.; Tasarım - M.H., M.Ö., N.B.; Denetleme - M.H., B.B., S.Ü.Z.; Kaynaklar - N.B.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - M.H., B.B., A.Y.; Analiz ve/veya Yorum - M.H., A.Y.,

Literatür Taraması - M.H., B.B., M.Ö.; Yazı Yazan - M.H., B.B., M.Ö., S.Ü.Z.; Eleştirel İnceleme - N.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını belirtmiştir.

Kaynaklar

- Sjövall S, Kokki M, Kokki H. Laparoscopic surgery: a narrative review of pharmacotherapy in pain management. *Drugs* 2015; 75: 1867-89. [\[CrossRef\]](#)
- Ekstein P, Szold A, Sagie B, Werbin N, Klausner JM, Weinbroum AA. Laparoscopic surgery may be associated with severe pain and high analgesia requirements in the immediate postoperative period. *Ann Surg* 2006; 243: 41-6. [\[CrossRef\]](#)
- Lee E, Teeple M, Bagrodia N, Hannallah J, Yazzie NP, Adamas-Rappaport WJ. Postoperative pain assessment and analgesic administration in Native American patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *JAMA Surg* 2013; 148: 91-3. [\[CrossRef\]](#)
- Gilron I. Review article: the role of anticonvulsant drugs in postoperative pain management: a bench-to bedside perspective. *Can J Anaesth* 2006; 53: 562-71. [\[CrossRef\]](#)
- Pyati S, Gan TJ. Perioperative pain management. *CNS drugs* 2007; 21: 185-211. [\[CrossRef\]](#)
- Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003; 97: 534-40. [\[CrossRef\]](#)
- Arain SR, Ruehlow RM, Uhrich TD, Ebert TJ. The efficacy of dexmedetomidine versus morphine for postoperative analgesia after major inpatient surgery. *Anesth Analg* 2004; 98: 153-8. [\[CrossRef\]](#)
- Weinbroum AA. Non-opioid IV adjuvants in the perioperative period: pharmacological and clinical aspects of ketamine and gabapentinoids. *Pharmacol Res* 2012; 65: 411-29. [\[CrossRef\]](#)
- Kumar KP, Kulkarni DK, Gurajala I, Gopinath R. Pregabalin versus tramadol for postoperative pain management in patients undergoing lumbar laminectomy: a randomized, double-blinded, placebo-controlled study. *J Pain Res* 2013; 6: 471-8. [\[CrossRef\]](#)
- Jokela R, Ahonen J, Tallgren M, Haanpaa M, Korttila K. A randomized controlled trial of perioperative administration of pregabalin for pain after laparoscopic hysterectomy. *Pain* 2008; 134: 106-12. [\[CrossRef\]](#)
- Haliloglu M, Ozdemir M, Uzturk N, Cenksoy PO, Bakan N. Perioperative low-dose ketamine improves postoperative analgesia following Cesarean delivery with general anesthesia. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016; 29: 962-6. [\[CrossRef\]](#)
- Behdad A, Hosseinpour M, Khorasani P. Preemptive use of ketamine on post operative pain of appendectomy. *Korean J Pain* 2011; 24: 137-40. [\[CrossRef\]](#)
- Reza FM, Zahra F, Esmael F, Hossein A. Preemptive analgesic effect of ketamine in patients undergoing elective cesarean section. *Clin J Pain* 2010; 26: 223-6. [\[CrossRef\]](#)
- Bauchat JR, Higgins N, Wojciechowski KG, McCarthy RJ, Toledo P, Wong CA. Low-dose ketamine with multimodal post-cesarean delivery analgesia: a randomized controlled trial. *Int J Obstet Anesth* 2011; 20: 3-9. [\[CrossRef\]](#)
- Chia Y-Y, Liu K, Liu Y-C, Chang H-C, Wong C-S. Adding ketamine in a multimodal patient-controlled epidural regimen reduces postoperative pain and analgesic consumption. *Anesth Analg* 1998; 86: 1245-9. [\[CrossRef\]](#)
- Joris J, Thiry E, Paris P, Weerts J, Lamy M. Pain after laparoscopic cholecystectomy: characteristics and effect of intraperitoneal bupivacaine. *Anesth Analg* 1995; 81: 379-84. [\[CrossRef\]](#)
- Sarac AM, Aktan AÖ, Baykan N, Yegen C, Yalin R. The effect and timing of local anesthesia in laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 1996; 6: 362-6. [\[CrossRef\]](#)
- Demco L. Effect of heating and humidifying gas on patients undergoing awake laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 2001; 8:247-51. [\[CrossRef\]](#)
- Aitola P, Airo I, Kaukinen S, Ylitalo P. Comparison of N2O and CO2 pneumoperitoneums during laparoscopic cholecystectomy with special reference to postoperative pain. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 1998; 8: 140-4. [\[CrossRef\]](#)
- Mouton W, Bessell J, Otten K, Maddern G. Pain after laparoscopy. *Surg Endosc* 1999; 13: 445-8. [\[CrossRef\]](#)
- Savaris RF, Chicar LL, Cristovam RS, Moraes GS, Miguel OA. Does bupivacaine in laparoscopic ports reduce postsurgery pain in tubal ligation by electrocoagulation? A randomized controlled trial. *Contraception* 2010; 81: 542-6. [\[CrossRef\]](#)
- Carr DB, Goudas LC. Acute pain. *Lancet* 1999; 353: 2051-8.
- Imani F, Rahimzadeh P. Gabapentinoids: gabapentin and pregabalin for postoperative pain management. *Anesth Pain Med* 2012; 2: 52-3. [\[CrossRef\]](#)
- Chizh B, Göhring M, Tröster A, Quartey G, Schmelz M, Koppert W. Effects of oral pregabalin and aprepitant on pain and central sensitization in the electrical hyperalgesia model in human volunteers. *Br J Anaesth* 2007; 98: 246-54. [\[CrossRef\]](#)
- Bafna U, Rajarajeshwaran K, Khandelwal M, Verma AP. A comparison of effect of preemptive use of oral gabapentin and pregabalin for acute post-operative pain after surgery under spinal anesthesia. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2014; 30: 373. [\[CrossRef\]](#)
- Ghai A, Gupta M, Hooda S, Singla D, Wadhwa R. A randomized controlled trial to compare pregabalin with gabapentin for postoperative pain in abdominal hysterectomy. *Saudi J Anaesth* 2011; 5: 252. [\[CrossRef\]](#)
- Monks DT, Hoppe DW, Downey K, Shah V, Bernstein P, Carvalho JC. A Perioperative Course of Gabapentin Does Not Produce a Clinically Meaningful Improvement in Analgesia after Cesarean Delivery A Randomized Controlled Trial. *Am J Anesthesiol* 2015; 123: 320-6. [\[CrossRef\]](#)
- Ben-Menachem E. Pregabalin pharmacology and its relevance to clinical practice. *Epilepsia* 2004; 45: 13-8. [\[CrossRef\]](#)
- Baidya DK, Agarwal A, Khanna P, Arora MK. Pregabalin in acute and chronic pain. *J Anaesth Clin Pharmacol* 2011; 27: 307. [\[CrossRef\]](#)
- Elia N, Tramer MR. Ketamine and postoperative pain-a quantitative systematic review of randomised trials. *Pain* 2005; 113: 61-70. [\[CrossRef\]](#)
- Zakine J, Samarq D, Lorne E, Moubarak M, Montravers P, Beloucif S, et al. Postoperative ketamine administration decreases morphine consumption in major abdominal surgery: a prospective, randomized, double-blind, controlled study. *Anesth Analg* 2008; 106: 1856-61. [\[CrossRef\]](#)
- Guillou N, Tanguy M, Seguin P, Branger B, Champion J-P, Mallédant Y. The effects of small-dose ketamine on morphine consumption in surgical intensive care unit patients after major abdominal surgery. *Anesth Analg* 2003; 97: 843-7. [\[CrossRef\]](#)

33. Becke K, Albrecht S, Schmitz B, Rech D, Koppert W, SCHÜTTLER J, et al. Intraoperative low-dose S-ketamine has no preventive effects on postoperative pain and morphine consumption after major urological surgery in children. *Pediatr Anesth* 2005; 15: 484-90. [\[CrossRef\]](#)
34. Kee WDN, Khaw KS, Ma ML, Mainland P-A, Gin T. Postoperative analgesic requirement after cesarean section: a comparison of anesthetic induction with ketamine or thiopental. *Anesth Analg* 1997; 85: 1294-8. [\[CrossRef\]](#)
35. Chandrakantan A, Glass P. Multimodal therapies for postoperative nausea and vomiting, and pain. *Br J Anaesth* 2011; 107: 27-40. [\[CrossRef\]](#)
36. DeLoach LJ, Higgins MS, Caplan AB, Stiff JL. The visual analog scale in the immediate postoperative period: intrasubject variability and correlation with a numeric scale. *Anesth Analg* 1998; 86: 102-6.
37. Chapman CR, Casey KL, Dubner R, Foley KM, Gracely RH, Reading AE. Pain measurement: an overview. *Pain* 1985; 22: 1-31.