

## Manajemen Anestesi pada Gravida Skoliosis dengan *Tetralogy of Fallot* yang dilakukan Seksio Sesarea

Jeffri Prasetyo Utomo, Isngadi, Ruddi Hartono

Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya–RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

### Abstrak

Insiden penyakit jantung pada kehamilan terjadi sekitar 0,2–3% dari seluruh kehamilan. *Tetralogy of Fallot* merupakan salah satu dari penyakit jantung sianotik dan diperkirakan terjadi sebesar 5% dari seluruh kelainan jantung bawaan pada kehamilan. Manajemen anestesi pada pasien operasi *noncardiac* dengan *tetralogy of fallot* merupakan tantangan bagi seorang anesthesiolog dan memerlukan pemahaman pada patofisiologi, kejadian dan efek obat-obatan yang dapat memperberat besarnya *shunting* dari kanan ke kiri. Pada kasus ini, wanita berusia 19 tahun, G1P1000Ab000 usia kehamilan 32–34 minggu dipersiapkan seksio sesarea elektif akibat penyakit jantung bawaan *tetralogy of fallot* yang belum dikoreksi dan dextroskoliosis. Untuk mengurangi resiko pada operasi dan pembiusan dilakukan tindakan anestesi *combined spinal epidural* dengan *regimen spinal bupivacaine heavy* 0,5% 7,5 mg dengan adjuvant morfin 0,15 mg dan fentanyl 25 mcg dengan lama operasi 1 jam 30 menit. Dilahirkan bayi laki laki berat lahir 1200 gram, dengan skor Apgar 6/8. Pascaoperasi diberikan epidural ropivacaine 0,1 % total volume 8 cc dengan adjuvant fentanyl 50 mcg setiap 8 jam untuk mengurangi nyeri pascaoperasi. Pascaoperasi dirawat di ruang ICU dan tidak ada komplikasi. Anestesi regional *low dose* spinal terbukti aman untuk pasien gravida dengan *tetralogy of fallot*. Pemberian analgesia dengan epidural terbukti aman dan dapat digunakan untuk analgetik pascaoperasi pada pasien seksio sesarea dengan *tetralogy of fallot*.

**Kata kunci:** Anestesi, tetralogy of fallot, skoliosis, seksio sesarea, penyakit jantung bawaan

## Anesthetic Management of Tetralogy of Fallot in Pregnancy with Scoliosis for Cesarean Section

### Abstract

The incidence of heart disease in pregnancy occurs around 0,2–3% of all pregnancies. Tetralogy of Fallot is a type of cyanotic heart disease and estimated to occur in 5% of all congenital heart defects in pregnancy. Anesthesia management in surgery for noncardiac patients with tetralogy of fallot is a challenge for anesthesiologist and requires an understanding of the pathophysiology, occurrence and effect of drugs that can increase the shunting from right to left. In this case, a 19 year old woman, G1P1000Ab000 gestational age around 32-34 weeks was prepared for elective cesarean surgery due to uncorrected tetralogy of fallot and dextroscoliosis. To reduce the risk of surgery and anesthesia, combined spinal epidural anesthesia was performed with a spinal regimen of bupivacaine heavy 0,5% 7,5 mg with adjuvant morphine 0,15 mg and fentanyl 25 mcg with an operating time of 1 hour 30 minutes. A baby boy was born, weighing 1200 grams, with Apgar score 6/8. After surgery, epidural ropivacaine 0,1% total volume 8 cc was given with adjuvant fentanyl 50 mcg every 8 hours to reduce postoperative pain. After surgery, he was treated in the ICU with no complication. Low dose spinal regional anesthesia has been proven safe for gravida patients with tetralogy of fallot. Providing analgesia with and epidural has been proven to be safe and can be used for post operative analgesia in caesarean section patient with tetralogy of fallot.

**Keywords:** Anesthesia, tetralogy of fallot, scoliosis, caesarean section, congenital heart disease

## I. Pendahuluan

Mayoritas wanita dengan penyakit kardiovaskular mengalami perburukan karena diperberat kondisi kehamilan mereka.<sup>1</sup> Insiden penyakit jantung pada kehamilan terjadi sekitar 0,2–3% dari seluruh kehamilan. *Tetralogy of Fallot* merupakan salah satu dari penyakit jantung sianotik dan diperkirakan terjadi sebesar 5% dari seluruh kelainan jantung bawaan pada kehamilan.<sup>2</sup> *Tetralogy of Fallot* adalah salah satu penyakit jantung bawaan yang memiliki karakteristik defek pada septum ventrikel, *overriding aorta*, dan obstruksi *outflow* ventrikel kanan (infundibular, valvular atau keduanya), yang mengakibatkan hipertrofi ventrikel kanan. Pada kasus *tetralogy of fallot*, kehamilan tidak direkomendasikan karena berhubungan dengan peningkatan resiko signifikan pada pasien dengan defek yang belum diperbaiki seperti resiko tromboemboli dan kejadian komplikasi sianotik.<sup>3,4</sup> *Tetralogy of Fallot* yang belum diperbaiki berhubungan dengan luaran fetomaternal. Hipoksemia dan polisitemia maternal berat dapat membuat gangguan tumbuh kembang janin (36%), kematian janin (14%) dan kematian maternal (10%). Pada nilai hematokrit > 65%, kematian pada kehamilan mencapai 100%.<sup>3</sup> Pemilihan teknik anestesi bertujuan untuk mempertahankan resistensi sistemik, *venous return*, dan kontraktilitas myocardial yang adekuat. Serta menghindari peningkatan shunt dari kanan ke kiri.<sup>5</sup> Manajemen anestesi pada operasi pasien *noncardiac* dengan *tetralogy of fallot* merupakan tantangan bagi seorang anesthesiolog dan memerlukan pemahaman pada patofisiologi, kejadian dan efek obat-obatan yang dapat merubah besarnya *shunting* dari kanan ke kiri.<sup>6</sup>

## II. Kasus

Pada laporan kasus ini, penulis akan memaparkan manajemen perioperatif pada pasien hamil dengan skoliosis dan kelainan jantung *tetralogy of fallot* yang menjalani prosedur operasi seksio sesarea.

### Anamnesis

Seorang wanita usia 18 tahun dengan berat badan 55 kg dan tinggi badan 155 cm dengan diagnosis

G1P000Ab000 hamil 32–34 minggu janin tunggal hidup dan dengan komorbid penyakit jantung bawaan *tetralogy of fallot*. Pasien merupakan rujukan dari rumah sakit dengan kelainan jantung bawaan yang disarankan dirujuk ke rumah sakit tipe A. Saat ini pasien mengeluh terkadang sesak saat beraktifitas berat namun tidak ada keluhan sesak saat menjalani aktifitas sehari-hari. Pasien rutin melakukan pemeriksaan antenatal ke Dokter Spesialis Kandungan. Pasien sudah mengetahui menderita *tetralogi of fallot* sejak 2 tahun yang lalu dan rutin mengkonsumsi propranolol 3x10 mg dari poli jantung.

### Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik didapatkan laju nafas pasien 20–22 kali permenit dengan saturasi 85–90% menggunakan nasal kanul 3 liter permenit. Tekanan darah sebesar 112/64 mmHg dengan nadi 73 kali permenit. Didapatkan murmur sistolik 3/6 pada *parasternal line* ICS 2 kanan dan *midclavicular line* ICS 4 kiri. Didapatkan juga *clubbing finger* pada jari-jari pasien. Dengan denyut jantung janin berkisar 135–140 kali permenit.



Gambar 1. *Clubbing Finger*

### Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium awal didapatkan Hb 13,7 g/dL, hematokrit 40,7 %, leukosit sebesar 7,370/uL, trombosit sebesar 252.000/uL dan profil lainnya dalam batas normal. Pasien juga membawa hasil echocardiografi dengan bacaan *ventricular septal defect* (+) subaortic besar *bidirectional shunt* dengan ukuran 1,2–1,4 cm; *overriding aorta* ± 50%; Dilatasi atrium kanan dan

hipertrofi ventrikel kanan; D shape pada ventrikel kiri D; Stenosis pulmoner valvar- subvalvar berat; regurgitasi tricuspis sedang dengan kesimpulan tetralogy of fallot (McGoon Ratio 1.98). Dari hasil foto ronsen thorax didapatkan gambaran dextroscoliosis.



Gambar 2. Dextroskoliosis

*Pengelolaan Pra-anestesi*

Di rumah sakit perujuk, pasien mendapatkan obat rutin propranolol 3x10 mg rutin sejak 2 tahun yang lalu, dan dilanjutkan hingga sebelum operasi. Pasien diberikan oksigen nasal kanul 3 liter permenit. Tanda vital pasien adalah tekanan darah 112/64 mmHg, nadi 78 kali permenit, dan SpO<sub>2</sub> 85–90% menggunakan nasal kanul 3 liter permenit.

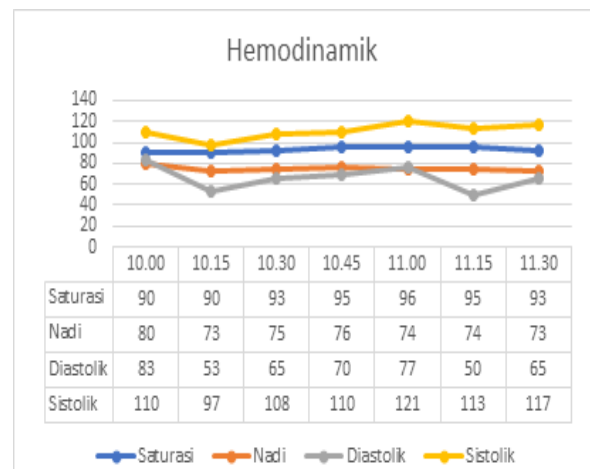
*Durante Operasi*

Saat tiba di kamar operasi, dilakukan pemasangan monitor standar non-invasif dengan pengukuran tekanan darah, saturasi oksigen, EKG, dan pemasangan monitoring tekanan darah secara invasif ABP (*Arterial Blood Pressure*), serta dilakukan pemasangan kateter urin. Didapatkan tekanan darah 110/83 mmHg, nadi 73 kali permenit, dan SpO<sub>2</sub> 90% menggunakan nasal kanul 3 liter permenit. Sebelum dilakukan tindakan pembedahan, pasien dilakukan pemberian cairan koloid gelofusin sebanyak 500 mL sebagai *co-loading* dan analgetik intravena paracetamol 1 gram. Pasien kemudian dilakukan anestesi dengan prosedur *combined spinal epidural*. Dilakukan epidural menggunakan jarum tuohy pada L2–L3 dengan teknik pendekatan **midline** dengan angulasi ke sisi konveks dengan sekali percobaan. Dilanjutkan spinal dengan

menggunakan *bupivacaine heavy* 0,5% 7,5 mg ditambah dengan morphine 0,15 mg dan fentanyl 25 mcg dengan target blok T6. Dilakukan monitoring tanda vital pasien setiap 5 menit. Dilahirkan bayi laki laki berat lahir 1200 gram, dengan skor Apgar 6/8. Setelah bayi lahir, diberikan oksitosin 20 IU, metergin 0,2 mg dan asam tranexamat 1 gram dalam RL 500 mL habis dalam 1 jam. Diberikan juga ondansentron 8 mg intravena sebagai antiemetik. Cairan kristaloid yang diberikan selama durante operasi 500 mL dan koloid 500 mL. Pascaoperasi, didapatkan cairan yang keluar dari urin sebanyak 300 mL, darah sebanyak 150 mL selama operasi 1,5 jam. Pada grafik pemantauan tidak terdapat penurunan hemodinamik yang signifikan pada pasien, *mean arterial pressure* (MAP) pasien tetap dipertahankan di atas 65 mmHg. *Phenylephrine* dan norepinefrin juga disediakan untuk tatalaksana apabila terjadi hipotensi pada pasien.

*Pengelolaan Pascabedah*

Setelah pembedahan selesai, pasien dipindahkan dan menjalani perawatan di ICU. Dilakukan observasi secara ketat terhadap klinis, tanda vital, dan laboratorium dari pasien. Saat dilakukan pemantauan di ICU, didapatkan laju nafas 20 kali permenit dengan SpO<sub>2</sub> 93% *room air*. tekanan darah sebesar 121/86 mmHg dengan nadi 73 kali permenit. Pada pemeriksaan laboratorium pascaoperasi didapatkan Hb 14,9 mg/dL, leukosit 10,840 /uL, hematokrit 45,4%,



Grafik 1. Monitoring Hemodinamik Durante Operasi

dan trombosit 238.000. Untuk nilai lain dalam batas normal. Terapi yang diberikan pada pasien adalah analgesik paskaoperasi epidural ropivacaine 0,1% dengan fentanyl 50 mcg total volume 8 mL tiap 8 jam, injeksi cefazolin 2x1 gram, injeksi ondansentron 2x8 mg, injeksi ranitidin 2x50 mg, injeksi ketorolak 3x30 mg, *drip* oksitosin 20 IU dalam RL 500 mL selama 24 jam, paracetamol per oral 4x750 mg dan propranolol per oral 3x10 mg. VAS Score dinilai setiap 8 jam, VAS Score evaluasi dalam rentang 0–1 tanpa dikeluhnya nyeri oleh pasien.

### III. Pembahasan

*Tetralogy of Fallot* adalah salah satu penyakit jantung bawaan yang memiliki karakteristik defek pada septum ventrikel, *overriding* aorta, dan obstruksi *outflow* ventrikel kanan (infundibular, valvular atau keduanya), yang mengakibatkan hipertrofi ventrikel kanan. Pada kasus *tetralogy of fallot*, kehamilan tidak direkomendasikan karena berhubungan dengan peningkatan resiko signifikan pada pasien dengan defek yang belum diperbaiki seperti resiko tromboemboli dan kejadian komplikasi sianotik.<sup>3,4</sup> *Tetralogy of fallot* memiliki beberapa sub tipe yang dibedakan dari derajat sianosis yang terjadi seperti pada gambar 3. Pada kasus ini, pasien merupakan *tetralogy of fallot* dengan sub tipe “blue” *tetralogy of fallot*.<sup>7</sup>

#### *Pengelolaan Pra-anestesi*

Pada pasien dengan kelainan jantung bawaan, evaluasi preanestesi melingkupi detail evaluasi echokardiografi penting untuk mengevaluasi fungsi dan struktur kardiak.<sup>3</sup> Pada pasien dengan *tetralogy of fallot* yang belum diperbaiki atau *tetralogy of fallot* dengan residual patologis, seorang anesthesiolog harus menghindari penurunan *systemic vascular resistance*, dimana dapat memperparah derajat *shunting* dari kanan ke kiri. Penting juga untuk menjaga volume intravaskular dan *venous return* yang adekuat. Pada kondisi gagal ventrikel kanan, tekanan high filling dibutuhkan untuk meningkatkan performa ventrikel kanan dan memastikan aliran darah ke pulmoner.<sup>8</sup>

Target Perioperatif (i) memastikan status



**Gambar 3. Representasi Korelasi Anatomi dan Patofisiologi pada *Tetralogy of Fallot*.**<sup>7</sup>

hidrasi cukup. Pasien dengan polisitemia tidak boleh dehidrasi. Durasi puasa preoperatif harus seminimal mungkin, atau pemberian infus intravena dimulai sedini mungkin untuk mencegah dehidrasi. (ii) Hindari gelembung udara di infus pada pasien dengan *shunting* kanan ke kiri. (iii) mempertahankan tekanan darah arterial sistemik. (iv) meminimalisir penambahan resistensi aliran darah pulmoner dan (v) mencegah peningkatan kebutuhan oksigen sistemik yang mendadak (menangis, gelisah, derajat anestesia yang tidak adekuat).<sup>8</sup> Penggunaan obat kardiovaskular pada kehamilan dengan kelainan jantung bawaan juga perlu dipertimbangkan efek samping dan mekanismenya. Pada kasus ini, propranolol tetap diberikan saat preoperatif. Beta bloker seperti propranolol atau esmolol dapat memperbaiki spasme infundibular. Propranolol dianggap aman dan efek samping seperti janin kecil, bradikardi pada neonates dan hipoglikemia lebih sering terjadi pada metoprolol dengan dosis diatas 50 mg.<sup>4,6</sup>

#### *Durante Operasi*

Skoliosis merubah secara signifikan mulai geometri dari dada, gerakan dinding dada saat bernafas, hingga gangguan dari otot pernafasan. Hal ini sangat merugikan dan berpengaruh pada penurunan komplians paru. Adanya skoliosis thorakal, kesulitan jalan nafas pada ibu hamil, dan infeksi saluran nafas aktif dapat meningkatkan resiko komplikasi respiratorik dan hemodinamik yang fluktuatif apabila menggunakan anestesi umum. Dengan anestesi umum, hipoksia, hiperkarbi, asidosis atau hipotermia maupun

efek dari penggunaan tekanan ventilasi positif intermittent dapat menurunkan aliran darah pulmoner dengan meningkatkan resistensi pulmoner.<sup>8</sup> Oleh karena itu pada pasien dipilih teknik anestesi regional. Ada 3 teknik neuraksial yang digunakan pada pasien gravida dengan skoliosis, pendekatan paramedian pada sisi konveks, pendekatan midline dengan angulasi ke sisi konveks, dan penggunaan teknik ultrasound.<sup>9</sup> Pada skoliosis yang belum dikoreksi, penggunaan blok neuraxial dapat terjadi blok *patchy*, asimetris, atau unilateral (masing masing 8%) dan percobaan berkali kali atau gagal pemasangan (masing masing 4%).<sup>3</sup> Teknik anestesi pada persalinan maternal dengan penyakit jantung bawaan lebih banyak disukai dengan teknik anestesi regional (59%). Pasien yang dilakukan anestesi umum memiliki resiko mortalitas maternal 4 kali lebih besar karena efek depresi kardiovaskular dari obat anestesi dan terjadinya peningkatan resistensi pulmoner akibat pemberian *positive end expiratory pressure* (PEEP).<sup>10</sup> Blok spinal membuat penurunan *Systemic Vascular Resistance* secara drastis yang dapat membuat dekompensasi cardiopulmoner dengan cepat. Oleh karena itu pilihan anestesi pada operasi sesarea dengan gangguan jantung bawaan adalah epidural murni atau *combined spinal epidural* karena dapat diberikan secara titrasi sehingga menurunkan resiko peningkatan katekolamin dan hemodinamik yang tidak stabil. *Combined spinal epidural* menggunakan fentanyl dan morfin terbukti berhasil dengan monitoring hemodinamik parameter kardiak.<sup>3,11</sup> Bupivacaine 5 mg dikombinasi dengan fentanyl 50 mcg dapat digunakan pada ibu hamil dengan komorbid penyakit jantung karena *onset* cepat, ketinggian blok dan durasi analgesia yang adekuat, hemodinamik yang stabil dan luaran janin yang baik.<sup>1</sup> Bupivacaine intratekal 5–7 mg efektif untuk seksio sesarea dan dapat menghindari hipotensi maternal.<sup>12</sup>

Penurunan *systemic vascular resistance* dapat diberikan terapi dengan agonis alfa adrenergik seperti phenylephrine atau norepinefrin dan cairan intravena. Phenylephrin merupakan vasopressor pilihan karena obat ini merupakan agonis alfa 1 murni dan dapat mempertahankan

tekanan darah dengan meningkatkan *systemic vascular resistance* tanpa menimbulkan takikardi. Selain itu, peningkatan tekanan darah karena phenylephrine berhubungan dengan peningkatan aliran darah pulmonal dan memperbaiki oksigenasi pada pasien dengan *tetralogy of fallot*.<sup>6,12</sup> Penggunaan obat uterotonik masih kontroversial pada pasien dengan *tetralogy of fallot* yang belum diperbaiki karena oksitosin dapat menurunkan *systemic vascular resistance*.<sup>3</sup> Pemberian oksitosin dapat diberikan bolus pelan atau intramuskular karena dapat menimbulkan hipotensi dan takikardi.<sup>12</sup> Dosis pemberian oksitosin sendiri 0,3–0,9 IU/menit melalui infus kristaloid, sedangkan metergin 0,2 mg setiap 2 sampai 4 jam. Pada kasus ini oksitosin 20 IU dan metergin 0,2 mg tetap diberikan dalam 500 mL cairan kristaloid diberikan setelah bayi lahir habis dalam 1 jam dengan tujuan untuk mengurangi resiko pendarahan.<sup>3</sup>

#### *Pengelolaan Pascabedah*

Lebih dari 76% ibu postpartum dengan seksio sesarea mengalami nyeri berat hingga 2 hari setelah operasi. Hal ini disebabkan karena reaksi inflamasi pada *nerve ending* hingga 48 jam pascaoperasi yang menimbulkan sensasi nyeri disekitar area operasi.<sup>13</sup> Pada pasien, epidural kateter dipertahankan sebagai analgetik postoperatif. *Low dose* epidural dapat menjadi alternatif untuk meminimalisir penurunan *systemic vascular resistance*.<sup>12</sup>

#### **IV. Simpulan**

Pasien dengan *tetralogy of fallot* dalam kehamilan berisiko tinggi untuk mengalami mortalitas saat pembiusan dan operasi. Manajemen anestesi perioperatif yang baik diperlukan untuk menjaga kestabilan hemodinamik pasien serta mencegah terjadinya mortalitas. Mulai dari evaluasi komorbid pasien dan status kardiovaskular pasien, pemilihan manajemen anestesi, penggunaan obat intraoperatif hingga pengelolaan pascaoperasi. Anestesi regional *low dose* spinal terbukti aman untuk pasien gravida dengan *tetralogy of fallot*. Pemberian analgesia dengan epidural terbukti aman dan dapat digunakan untuk analgetik pascaoperasi

pada pasien seksio sesarea dengan *tetralogy of fallot*. Pendekatan teknik *midline* dengan angulasi ke sisi konveks terbukti aman dan dapat digunakan pada pasien gravida dengan scoliosis.

#### Daftar Pustaka

1. Isngadi I, Hartono R, Husodo DP, Prasedya ES. Low dose hyperbaric bupivacaine 5 mg combined with 50 mcg fentanyl for cesarean section in maternal heart disease. *Anaesth pain & intensive care* 2019;23(3):274–78. Doi: <https://doi.org/10.35975/apic.v23i3.1135>
2. Nkuna AV. The pregnant cardiac patient and anaesthesia. *South Afr J Anaesth Analg.* 2022;28(5 Suppl 1):5–9. Doi: <https://doi.org/10.363303/SAJAA.2022.28.5.2896>
3. Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC, Ngan Kee WD, Beilin Y, Mhyre JM, Bateman BT. *Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 6th Edition*. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2019.
4. Halpern GD, Penfield CA, Feinberg JL, Small AJ. Reproductive health in congenital heart disease: preconception, pregnancy, and postpartum. *J Cardiovasc Dev Dis.* 2023; 10(5): 186. Doi: <https://doi.org/10.3390/jcdd10050186>
5. Devalkar PS, Oak SP, Salgaonkar SV, Badve M. Audit of anesthetic management of parturients with cardiac diseases posted for obstetric procedures in a tertiary care hospital. *JRIA.* 2020;5(1):1-5. Doi: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10049-0069>
6. Dwivedi P, Kumar S, Ahmad S, Sharma S. Uncorrected tetralogy of fallot's: anesthetic challenges. *Anesth Essays Res* 2020; 14(2):349–51. Doi: [https://doi.org/10.4103/aer.AER\\_65\\_20](https://doi.org/10.4103/aer.AER_65_20)
7. Wilson R, Ross O, Griksaitis MJ. Tetralogy of fallot. *BJA Educ.* 2019;19(11): 362–69. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2019.07.003>
8. Popli S, Gupta P, Verma A, Juneja A, Das N, Arya P. Anesthetic management of a case of necrotising fasciitis with uncorrected tetralogy of fallot with scoliosis posted for debridement. *Ann Int Med Den Res.* 2019; 5(5):23–6.
9. Rossi I, Varaday S, Abir G, Brown J. Neuraxial anesthesia for scoliosis and previous spinal surgery in pregnancy. *World Federation of Societies of Anesthesiologists Anesthesia Tutorial of The Week: Tutorial* 350. 2017, 1–5.
10. Isngadi, Septica RI. *Manajemen anestesi pada kehamilan dengan penyakit jantung*. Malang: UB Press. 2017.
11. Eryılmaz NC, Emmez G, Keskin B, Arabacı O, Günaydın B. Management of an uncorrected tetralogy of fallot for caesarean section using low-dose combined spinal epidural anaesthesia under advanced haemodynamic monitorization. *Turk J Anaesthesiol Reanim.* 2022;50(4):315–17. Doi: <https://doi.org/10.5152/TJAR.2022.21388>
12. Badhan A, Chandel A, Adhikari SD. Anaesthetic management of a pregnant woman with uncorrected tetralogy of fallot for caesarean section. *Int J Res Med Sci* 2019;7(7):2835–836. Doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20192929>
13. Borges NC, de Silva BC, Pedroso CF, Silva TC, Tatagiba BSF, Pereira LV. Postoperative pain in women undergoing caesarean section Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana abstract. *Eglobal.* 2017: 374–383. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>