

Skleroderma'da Anestezi Uygulaması (Olgu Sunumu)¶

ANESTHESIA IN SCLERODERMA (SYSTEMIC SCLEROSIS)

Ayça ATAĞLI*, Bilge KARSLI**, Neval BOZTUĞ***, Erol İÇEL****

* Araş.Gör.Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji AD,
** Doç.Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji AD,
*** Uz.Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji AD,
**** Prof.Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji AD, ANTALYA

Özet

Sistemik sklerozis (SSc), sebebi bilinmeyen bir multisistem hastalıktır. Deride, kan damarları ve visseral organlarda özellikle de gastrointestinal sistem, kalp ve böbreklerde fibrozis ile karakterizedir. Sklerodermalı hastalarda, organlardaki bozukluklardan dolayı, anestezi riski artmıştır. Kardiyak, pulmoner ve hematolojik bozukluklar nedeniyle anestezi dikkatli olmalıdır.

Biz de, lumbal disk hernisi nedeniyle opere edilen, sistemik sklerozisi olan bir hasta ile, bu multisistem bozukluğunda anestezi uygulamasının özelliklerini hatırlatmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, Anestezi

T Klin Tıp Bilimleri 2001, 21:197-199

Summary

Systemic sclerosis (SSc) is a multisystem disorder of unknown cause characterized by fibrosis of the skin, blood vessels and visceral organs, including the gastrointestinal tract, lungs, heart and kidneys. The anaesthetic risk to patients with scleroderma may be increased because of involvement of various organ systems. The anaesthetist must be aware of the patient's general state of health and must search for evidence of pulmonary, cardiac or haematological abnormalities.

We report on a 45 year old female patient with systemic sclerosis operated for lumbal disc hernia.

Key Words: Scleroderma, Anaesthesia

T Klin J Med Sci 2001, 21:197-199

Skleroderma'da anestezi uygulaması ile ilgili bir çok potansiyel sorunlar yaşanabilmektedir (1,2). Hastadaki sistemlere ait bozukluğun iyi tespit edilmesi ve anesteziye uygulanacak yöntemin planlanmasında dikkatli bir preoperatif değerlendirme önemlidir. İlaç öyküsü, preoperatif değerlendirmede ayrıntılı olarak öğrenilmelidir; çünkü bu hastalar metotreksat gibi ilaçların yanında yüksek doz steroid kullanmaktadırlar (1,2).

Biz de, 25 yıldır skleroderma tanısı ile takip edilen ve lumbal disk hernisi nedeniyle opere edilen bir olgunun preoperatif, peroperatif ve postoperatif bulguları ile anestezi uygulamasında dikkat edilecek noktaları hatırlatmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Şiddetli bel ağrısı şikayeti ile başvuran 45 yaşındaki

Geliş Tarihi: 05.07.2000

Yazışma Adresi: Dr.Ayça ATAĞLI
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji AD, ANTALYA

¶XXXIII. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon, VII.Yoğun Bakım,VII.Göğüs-Kalp-Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

T Klin J Med Sci 2001, 21

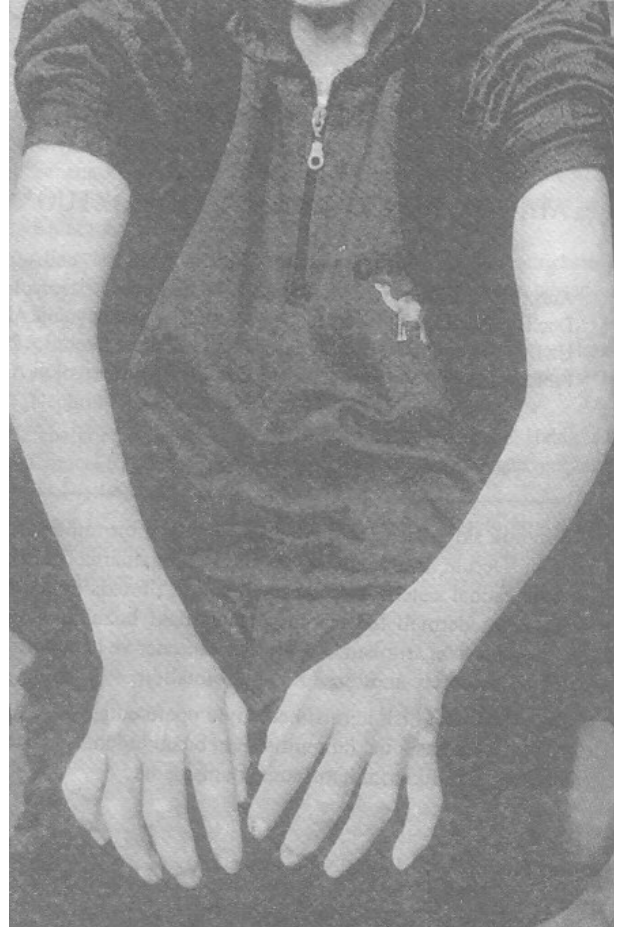
kadın hastanın fizik muayenesinde; tipik "mouse face" fare yüz görünümü (Şekil 1), sklerodaktili (Şekil 2), bütün vücutta yaygın telenjiyektazi ve Raynaud fenomeni bulguları mevcut olup, son 3 aydır metotreksat kullanmaktaydı. EKG'de sinüs taşikardisi olan hastanın kardiyoloji değerlendirmesinde, peroperatif kardiyak mortalite ve morbidite riskinin düşük olduğu bildirilmiştir. Alt ekstremitte tutulumunu gösteren EMG bulgularında, anal bölgede hipoestezi ve anal refleks kaybı mevcuttu. Lomber MR incelemesinde, L3-S1-S2 vertebra korpuslarında metastatik infiltrasyon ile uyumlu görünüm tespit edilerek L3-L4 düzeyinde de disk protrüzyonu izlendi.

Preoperatif kan basıncı 120/80 mmHg, kalp atım hızı 86 atım/dk, ritmik, periferik oksijen saturasyonu %100 olarak kaydedildi. Hasta 6 mg vekuronyum, 375 mg tiyopental sodyum ve 0.05mg fentanil ile entübe edildi. Anestezi idamesinde %50 azotprotoksit + %50 oksijen ile birlikte %0.7 sevofloran uygulandı. Operasyon süresince sistolik kan basıncı 100-110mmHg, kalp hızı 80-85 atım/dk, ritmik olarak seyretti. Entübasyonun hemen sonrasındaki kan gazı değerleri; pH:7.51, pCO₂:25.9 mmHg, pO₂:201.8 mmHg, Htc:%27, Na:146mmol/L, K:3.25 mEq/L, Cl:108 mEq/L, glukoz 111mg/dl, anyon gap 19, osmolalite 286mosm olarak kaydedildi. Bu değerlerin operasyonun 30.dakikasında ve postoperatif 15.dakikada da

197



Şekil 1.



Şekil 2.

normal sınırlarda devam ettiği gözlemlendi. Operasyon bitiminde hasta uyandırıldı, solunumu yeterli olan hasta ekstübe edilerek ilgili kliniğe gönderildi. Peroperatif ve postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gözlemlenmedi.

Tartışma

Kalp, akciğer ve böbrekler gibi vital organları tutan skleroderma bir multisistem hastalığıdır. Kadınlarda 3 kez daha sık ve şiddetli görülmektedir. Hastaların bir çoğunda başlangıç semptomu Raynaud fenomenidir ve bu da vasküler hasar sonucu kan akımındaki düzensizliğin klinik belirtisidir (1).

Çok sayıda sistemi tutan sklerodermada, organ tutulumlarının iyi belirlenmesi ve uygulanacak anestezi ilaç ile yöntem seçiminin en uygun şekilde yapılabilmesinde, iyi bir preoperatif değerlendirme önem taşımaktadır. Bu hastalar metotreksat gibi ilaçların yanında yüksek dozlarda steroid tedavisi de almaktadırlar (2,3).

Sklerodermalı hastalarda deri kontraktürleri ağzın açılmasını engelleyeceğinden entübasyonu zorlaştırabilir. Laringoskopi ve endotrakeal tübün yerleştirilmesi sırasında ağız içi mukozası kolayca travmatize olup kanayabilmekte-

dir (2-4). Hastamızda, laringoskopi ve entübasyon sırasında bir sorunla karşılaşmadan uygun endotrakeal tüp yerleştirildi.

Bu hastalarda, anestezi indüksiyonundan önce güvenilir bir venöz yolun sağlanması özellikle önemlidir. Damar intimasında kalınlaşma ve lümen daralma gözlenir. Biz de, bu damarsal değişiklikleri gözönünde bulundurarak, periferik kanülasyonla venöz damar yolu sağladık. Arter kanülasyonları şiddetli vazospazma ve nekroza sebep olabilmektedir. Biz de bu nedenle invaziv arter monitörizasyonundan kaçınarak, kan basıncı takibini noninvaziv yöntemle gerçekleştirdik. Bunun yanında, damarsal değişiklikler ve vazokonstriksiyonun noninvaziv yöntemlerle yapılan kan basıncı takibini güçleştirdiği de bildirilmiştir (1,2,4).

Sklerodermalı hastalarda çeşitli organların tutulumu anestezi riski arttırabilmektedir. Sol kalp yetmezliği, renal lezyonlar ve pulmoner hipertansiyon ölüme neden olabilmektedir (1-3). Vitamin K malabsorbsiyonuna bağlı olarak, indirekt kanama ve pıhtılaşma bozuklukları da görülebilmektedir (1,2,5).

Sklerodermalı hastaların 2/3'sinde pulmoner sistem tutulumu gelişebilmektedir. Bunun en sık gözlenen sempto-

mu da, dispne ve öksürüktür. Alt özofajial atoniye bağlı olarak aspirasyon pnömonisi gelişebilir. Bunların sonucunda vital kapasite ve akciğer kompliyansı azalmıştır (1,6,7). Akciğer grafisi normal görünse bile yeterli ventilasyon yönünden hastalar gözlenmelidir.

Skleroderma tanısı alan hastalarda herhangi bir nedenle bölgesel anestezi uygulanacaksa, uzamış duyuşsal ve motor blok görülebileceğinden küçük dozlarda lokal anestezi ajanların kullanılması önerilmektedir. Bölgesel anestezi, sklerodermalı hastalarda genel anestezi ve entübasyonla ilgili zorlukları ve riskleri ortadan kaldırmasına rağmen, güvenilir bir yaklaşım değildir (8).

Sklerodermalı hastalarda en sık karşılaşılan nörolojik komplikasyonlar; trigeminal nöropati, periferik nöropati, karpal tünel sendromu ve lokal anesteziye uzamış cevaptır (5,7). Olgumuzda da periferik nöropati bulguları mevcuttu.

Sklerodermada, ekstremitelerde fleksiyon ve ekspanzyon kontraktürleri gelişebilmektedir (1,2,7). Anestezi altındaki hastalara pozisyon verilirken bu bulgulara da dikkat edilmelidir. Bizim olgumuzda da, her iki el bileği ekleminde fleksiyon kontraktürü mevcuttu.

Sonuç olarak; skleroderma kalp, akciğer ve böbrekleri tutan bir hastalıktır. Genellikle kalp ve böbrek yetmezliği ile hastalar kaybedilir. Dikkatli bir preoperatif değer-

lendirme ile organ patolojilerinin ayrıntılı olarak tespit edilmesi ve genel anestezi yönteminin seçilmesi ile olası komplikasyonların en aza indirileceği görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison's Principles of Internal Medicine, Sixth edition, Copyright 1998 by The McGraw Hill Companies, Inc. Printed in the USA. 1888-96.
2. D'Eramo C, Zucconi P, Monica M, Stocchetti N, Volta F, Scandellari R. Anesthesiologic management in scleroderma patients. Presentation of clinical case. Acta Biomed Ateneo Parmense 1986; 57(1-2):33-7.
3. Roelofse JA, Shipton EA. Anaesthesia in connective tissue disorders. S Afr Med 1985; 67(9): 336-9.
4. Atkinson RS, Rushmann GB, Lee AJ. Synopsis of Anesthesia. Dictionary of none diseases of importance to the anaesthetist. 1987, Wright, Bristol England, 441.
5. Berth-Jones J, Coates PAA, Graham-Brown RAC, Burns DA. Neurological complications of systemic sclerosis a report of three cases and review of the literature. Clin.Exp Dermatol 1990; 15:91-4.
6. Hseu SS, Sung CS, Mao CC, Tsai SK, Lee TY. Anesthetic management in a parturient with progressive systemic sclerosis during ceasarean section a case report. Acta Anaest Sin 1997; 35(3):161-6.
7. Smith GB, Shribman AJ. Anaesthesia and severe skin disease. Anaesthesia 1984; 39(5):443-55.
8. Neill RS. Progressive systemic sclerosis. Prolonged sensory blokade following regional anaesthesia in association with a reduced response to systemic analgesics. Br J Anaesth 1980; 52(6): 623-5.