

Sjögren Sendromlu Olguda Anestezik Yaklaşım (Olgu Sunumu)

ANESTHETIC MANAGEMENT WITH SJOGREN SYNDROME (CASE REPORT)

Berrin IŞIK*, Nedim ÇEKMEN**, Ayşegül Zengin KORDAN***, Mehmet AKÇABAY****

* Yrd.Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD,

** Uz.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD,

*** Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD,

**** Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, ANKARA

Özet

Ekzokrin bezlerin lenfositlerle infiltrasyonu ile karakterize olan Sjögren Sendromu (SS) kronik otoimmün bir hastalıktır. Birden çok sistemi etkilemesi nedeniyle tutulan sistemlere ait belirtiler beklenebilir. Sıklıkla beraberinde romatoid artrit de görülür. Sjögren Sendromu (SS)'lu bir hastaya anestezi uygulamak ne kadar dikkat edilmesi gerektiğini gözden geçirmek istedik.

Yüz sol yarısında bulunan yumuşak doku kitlesinin genel anestezi altında rezeksiyonu planlanan, 60 yaşında, SS'li kadın hastamızda sendromun kliniğinden kaynaklanan sorunları ve anestezi yaklaşımımızı sunarak literatür bilgileri ışığında tartışmayı amaçladık. SSde romatoid artrite bağlı entübasyon güçlükleri, renal tubuler asidoza bağlı elektrolit değişiklikleri, pulmoner fibroze bağlı solunum problemleri, gözde keratokonjoktivit beklenebilecek sorunlardır.

Preoperatif dikkatli değerlendirme, entübasyon güçlüğüne karşı hazırlık, postoperatif yakın solunum takibi olası komplikasyonları önleyecek yada azaltabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren Sendromu, Anestezi, Keratokonjoktivit

T Klin Anest Reanim 2004, 2:90-93

Summary

Sjogren Syndrome (SS) is a chronic autoimmune disease which is characterised by lymphocytic infiltration of exocrine glands. As SS affects various systems there can be signs and symptoms related to the affected system. It's seen with romatoid arthritis occasionally. Our aim is to review the anesthetic approach in patients with SS.

Female, 60-year-old patient with SS, to whom soft tissue mass resection on the left side of the face is planned under general anesthesia. We aimed to discuss the problems which are caused by the syndrome's clinic by presenting our anesthetic management according to the literatural information. In SS, intubation difficulties due to rheumatoid arthritis, electrolyte changes due to renal tubuler acidosis and respiratory problems due to pulmoner fibrosis and keratoconjunctivitis in the eye are the expected problems.

Careful evaluation in the preoperative period, preparation for difficult intubation and close observation of respiratory functions in the postoperative period can prevent or reduce the probable complications.

Key Words: Sjogren Syndrome, Anesthesia, Keratoconjunctivitis

T Klin J Anest Reanim 2004, 2:90-93

Sjögren Sendromu (SS)nun klinik bulguları ilk kez 1888 yılında tanımlanmakla birlikte, histolojik ve klinik özelliklerinin detayı 1933 yılında Henrik Sjögren tarafından bildirildiğinden aynı isimle anılmıştır.

Ekzokrin bezlerin lenfositlerle infiltrasyonu ile karakterize olan SS; kronik, otoimmün, inflamatuvar bir hastalıktır (1,2). Kuru göz, kuru ağız ve bağ dokusu hastalığının birlikte bulunduğu bu sendrom en sık romatoid artrit ile birlikte (1-4). SS %90 kadınlarda ve daha çok 20-40 yaşları arasında görülür. Sinir sistemi, gastrointestinal sistem, genitoüriner sistem, üst ve alt solunum

yolları, pankreas, ve derinin ekzokrin bezlerinde yaygın ve ilerleyici lenfosit infiltrasyonu görülebilir. Klinik olarak ise özofagusta stenoz, atrofik gastrit, pankreatit yanı sıra renal tubuler asidoz (RTA), nefrojenik diyabetes insipidus, immun kompleks glomerulonefriti gibi böbrek patolojileri de izlenebilir. RTA ile birlikte hipokalemik quadriplejiler %40 vakada da periyodik paraliziler görülebilir (5,6). Olguların %4-15'inde lenfositlerin psödolenfoma şeklinde akciğerleri infiltr etmesi nedeniyle fibrozan alveolit ve kronik obstruktif akciğer hastalığı görülür. Karaciğer fonksiyon testleri hastaların %45'inde bozuktur (1-

3,7). İmmüdepresyona bağlı malignite görülme sıklığı artmıştır (8).

Genel anestezi altında kitle eksizyonu planlanan 60 yaşındaki SS tanılı kadın hastamızda sendromun kliniğinden kaynaklanan sorunları ve anestezi yaklaşımımızı sunarak literatür bilgileri ışığında tartışmayı amaçladık.

Olgu

60 yaşında, 72 kg ağırlığında 1 yıl önce SS tanısı konulmuş olan kadın hasta. Sol kulak önünde şişlik ve yutma güçlüğü yakınması ile Kulak-Burun-Boğaz (K.B.B) kliniğine başvurmuş, sol parotis üst kenarı komşuluğundaki kitlenin eksizyonal biopsisi amacıyla operasyon planlanmıştı.

22 yaşından bu yana nonspesifik gastrointestinal yakınmaları olan hastaya minimal özofajit, gastrit, duodenit, iritabl kolon teşhisleri konulmuş. Bir yıl önce sol diz menisküsünde dejenerasyon nedeni ile spinal anestezi ile artroskopi yapılmış. Terleme, halsizlik, sıcak intoleransı yakınmaları sonrası yapılan tiroid sintigrafisinde minimal hiperplazi ve noduler guatr tespit edilmiş.

Olgunun operasyon öncesi yapılan fizik muayenesinde, sol zigoma üzerinde 5x3x3 cm büyüklüğünde lastik kıvamında kitle palpe edildi. Tiroid nonpalpabl idi. Atlanto-oksipital ve temporo-mandibuler eklem hareketlerinde kısıtlılık, omurgada torakal bölgede açıklığı sola bakan skolyoz mevcuttu. Fizik muayenede kalan diğer sistemler normal olarak değerlendirildi. Tam kan sayımında Hb: 11.3 gr.dL⁻¹ ve Hct: %33 diğer kan ve biyokimya değerleri normal sınırları içinde idi. Sedimentasyon:30 mm·sn⁻¹, Romatoid faktör: 320 IU·mL⁻¹ olarak saptandı. Preoperatif olarak çekilen PA Akciğer grafisinde kemik yapının değerlendirilmesinde torakal vertebralarda açıklığı sola bakan rotoskolyoz, akciğer parankiminde sağ tarafta fissürle uyumlu fibrotik bir görüntü ve sol hiler bölgede 1cm² kalsifiye lenfadenopati mevcuttu. Solunum fonksiyon testlerinde FEV₁: 2510 mL (%124), FVC: 2890 mL (%119), FEV₁/FVC %86 idi. Klinik tanısı nedeniyle hidrosiklorokin (Quersyl) 1x200 mg·gün⁻¹ kullanılmaktaydı.

Preoperatif 8 saat önce oral gıda ve sıvı alımı önlenen hastaya periferik damaryolu açılarak 150 mL·saat⁻¹ %0.9 sodyum klorür infüzyonuna başlandı. Özellikle atropinden kaçınılarak herhangi bir premedikasyon verilmedi. Operasyon odasına alınan hastaya noninvaziv arteriyel kan basıncı (KB), EKG, periferik oksijen saturasyonu (SpO₂), monitorizasyonu yapıldı. KAH: 110/ritmik, SpO₂: %97, KB: 110/60 mmHg olarak kaydedildi. Dörtlü uyarı (TOF: train of four) ile sinir stimülasyonu yapabilmek amacıyla (Innervator NS252F Fisher-Paykel, Baxter, France) ulnar sinir üzerine elektrotlar yerleştirildi. Atlanto-oksipital ve temporo-mandibuler eklem kısıtlılığı nedeniyle zor entübasyon düşünülerek fiberoptik laringoskopi hazırlanarak %100 O₂ ile 3 dakika preoksijenizasyon sonrası iv 5mg·kg⁻¹ sodyum tiyopental ile induksiyonu takiben 1,5mg·kg⁻¹ süksinilkolin ile kas gevşemesi sağlandı. Laringoskopide epiglotun alt ucu görülerek içerisine kılavuz tel yerleştirilmiş tüp ile (TOF 40 mA ile yanıtız iken) entübasyon gerçekleştirildi. Entübasyon sonrası anestezi %0.8-1.2 izofluran ve %50 O₂-%50 N₂O ile gaz akımı 6 L·dk⁻¹ olacak şekilde inhalasyon ile sürdürüldü. Gözlere kurumayı önlemek için suni gözyaşı (Thilotears jel) uygulandı. Süksinilkolin etkisi sonlandığında kas gevşemesi için tek doz 10 mg atrakuryum kullanıldı. Operasyon başlangıcından 30 dk sonra elektrolitlerini ve kan gazlarını değerlendirmek için kan örnekleri alındığında Na 139 mmol·L⁻¹, K 3.0 mmol·L⁻¹, arteryel kanda pH 7.35, PaCO₂ 36 mmHg, PaO₂ 123 mmHg, HCO₃ 22 mmol·L⁻¹, BE 0.1 mmol·L⁻¹, SpO₂ %99, olarak ölçüldü. Potasyumun replasmanı için seruma 20 mmol·L⁻¹ potasyum klorür (KCl) eklendi. 120 dk süren operasyon boyunca KAH 110-80·dk⁻¹, SpO₂ %97-98, KB 140/90-110/60 mmHg, EtCO₂ 30-35 mmHg arasında seyretti. Operasyon bitiminde 40 mA ile TOF 4/4 olarak değerlendirildi. İnhalasyon ajanları kapatılarak önce %100 oksijen, sonra %50 O₂+%50 hava ile ventilasyon sürdürüldü. Ancak hastanın solunumunun yetersiz olması nedeniyle ekstübasyonu anestezi gazların kesilmesini takiben 20. dakikada yapıldı. Daha sonra derlenme odasında 1 saat izlenen ve hemodinamik açıdan stabil olan hastanın postoperatif 1. saatte bakılan

arter kan örneğinde pH 7.40, PaCO₂ 36 mmHg, PaO₂ 123 mmHg, HCO₃ 23 mmol·L⁻¹, BE 1.5 mmol·L⁻¹, SpO₂ % 98, Na 140 mmol·L⁻¹, K 3.6 mmol·L⁻¹ ve KAH: 85·dk⁻¹, SpO₂ % 97, KB 130/85 mmHg olarak ölçülmesi üzerine bilinci açık, uyanık ve solunumu rahat olarak servisine gönderildi.

Tartışma

Sjogren sendromu daha çok kadınlarda ve sıklıkla 20-40 yaş arasında görülen, kronik otoimmün bir hastalıktır (1). Ekzokrin bezlerin ve epitel dokunun progresif lenfositik infiltrasyonu ile karakterize olup primer olarak gözyaşı ve tükürük bezlerini tutmaktadır (3). Hastalığın iki tipik özelliği keratokonjunktivitis sikka (göz kuruluğu) ve kserostomidir (ağız kuruluğu) (1-4).

Sinir, kas iskelet, dolaşım, gastro-intestinal, hematolojik sistemleri tutabilir. Motor veya sensoryal nöropati, aseptik menenjit, demans gelişebilir. Solunum ve böbrek fonksiyonlarını etkileyerek bu sistemlere ait belirtiler ortaya çıkarabilir (2,6,7). Laboratuvar tetkiklerinde IgM yapısında RF bulunur. Sedimentasyon hızı %60-80 olguda artmıştır. Anemi ve lökopeni görülebilir. Tedavide salisilat, indometasin, ibuprofen gibi nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ile artralji, miyalji, lenf ve tükürük bezi büyümesi gibi durumlarda hidroklorokin kullanılmaktadır (1,2).

Nonspesifik gastrointestinal yakınmaları ve eklem ağrıları 22 yıldan bu yana olan 60 yaşındaki kadın hastamıza SS tanısı 1 yıl önce konulmuştu. Klinik olarak gastrointestinal sisteme ait yakınmalarının yanısıra göz ve ağızda kuruluk, artralji, miyalji, laboratuvar tetkiklerinde de anemi, sedimentasyon hızında artış ve romatoid faktör pozitifliği vardı. Tedavide hidroklorokin kullanılmaktaydı.

Sjogren sendromu klinik olarak primer ve sekonder olmak üzere iki tiptir. Primer SS'de sadece ekzokrin bezler ile epitel dokunun lenfositik infiltrasyonu ve klinik semptomları şeklinde görülürken, sekonder SS'de klinik semptomlara ilave olarak diğer bir otoimmün hastalık da vardır. Romatoid artrit ile birlikteliği en yaygın olanıdır

(2,4). Sekonder SS olan olgumuzda romatoid artrit bağı servikal hareketlerde ve temporomandibuler eklemlerde kısıtlılık bulunmaktaydı. Zor entübasyon olasılığını düşünerek preoperatif dönemde fiberoptik laringoskopi ve acil trakeostomi şartları hazırlandı. Anestezi indüksiyonundan önce preoksijenasyon uygulandı. Ardından trakeal entübasyonun rahat ve hızlı olması için süksinilkolin verilerek orotrakeal entübasyon gerçekleştirildi.

Sjogren sendromunda antihistaminik, efedrin, epinefrin, amfetamin, fenotiyazin, propantelin, sedatif hipnotik, parkinson ilaçları ile narkotiklerin, kullanımından ve ayrıca dehidratasyon gelişmesinden kaçınmak gerekmektedir (1).

Takahashi ve arkadaşları (9) 63 yaşında pulmoner fibrozisli Sjogren sendromlu hastanın anesteziinde, atropinden ve ağız kuruluğu yapan tüm ajanlardan kaçındıklarını, göz kuruluğunu önlemek için on dakikalık aralıklarla göze serum fizyolojik damla uyguladıklarını entübasyon için süksinilkolin kullandıklarını bildirmişlerdir. Dehidratasyona yol açmamak amacıyla hastamıza ağızdan gıda alımını önlediğimiz dönemde de iv yolla sıvı verdik. Preoperatif dönemde atropin premedikasyonundan ve sakıncalı olduğu bildirilen diğer ajanların kullanımından kaçındık. Göz kuruluğunun semptomatik tedavisi için suni gözyaşı preparatı uyguladık.

Sjogren sendromlu hastalarda renal tübüler asidoz nedeniyle hipokalemi %25-40 oranda görülebilir (5). Ohtani ve arkadaşları (6) 56 yaşında, SS'lu bir kadın hastada hipokalemiye bağlı solunum arresti geliştiğini bildirmişlerdir. Preoperatif tetkiklerinde serum elektrolitleri normal olan hastamızı preoperatif hipokalemi yönünden incelediğimizde potasyum değerinin düşük olduğunu saptayarak KCl replasmanı yaptık. Bu hastalarda sıvı ve elektrolit değişikliklerinin dikkatle takip edilmesi gerektiği kanısındayız.

Urban ve arkadaşları (7) Sjogren sendromlu hastalarda trigeminal, glossofaringeal ve vagal sinirlerin tutulumuna bağlı sensoryal nöropatilerin olabileceğini ve buna bağlı semptomların sıklıkla görülebileceğini bildirmişlerdir. Olgumuzda da

yutma güçlüğü'nün olması nedeniyle ekstübasyon sonrası aspirasyon riski bulunduğundan bilincin, motor gücün ve koruyucu reflekslerin yeterli düzeyde kazanılmasını bekleyerek ekstübe ettik. Uyanma sırasında spontan solunumun yetersiz olması, reflekslerin geç dönmesi nedeniyle ekstübasyon süresinin uzadığını gözlemledik.

SS'de immun regülasyonun bozulması nedeniyle malignite insidansı artmıştır (8). Olgumuzda operasyonda çıkarılan kitlenin postoperatif yapılan histopatolojik incelemesi sonucunda diffüz B hücreli lenfoma olduğu bildirilmiştir.

Multisistemik etkileri olan SS'de sistemik organ tutulumları, sensoryal nöropatiler, sıvı-elektrolit dengesinde bozulma, immüdepresyon, romatoid artrit bağı entübasyon güçlüğü ve aspirasyon ihtimali, geç derlenme sıklıkla görülecek durumlardır. Bu hastaların anesteziinde preoperatif değerlendirmenin dikkatli yapılarak mevcut sorunların saptanması, premedikasyonda atropin ve sedatif hipnotikler gibi ajanların kullanımından kaçınılması, peroperatif sentetik göz yaşı kullanılması, elektrolit imbalansının düzeltilmesi, zor entübasyon ihtimaline karşı hazırlıklı olunması gerekir. Biz de tüm bu şartları yerine getirerek güvenli bir anestezi yaklaşım uyguladığımızı kanıtladık.

KAYNAKLAR

1. Kınıklı G. Sjögren sendromu. Temel İç Hastalıkları. Cilt 2: Güneş Kitabevi 1996;1937-41.
2. Nikitakis NG. Primary Sjögren syndrome in childhood: Report of a case and review of the literature. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 2003; 96 (1): 42-7.
3. Neville B, Damm DD, Allen CM. Salivary gland pathology. In: Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders 2002; 401-4.
4. Vitali C, Bombardieri S. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. Ann Rheum Dis 2002; 61: 554-8.
5. Siamopoulos KC. Kidney involvement in primary Sjögren's syndrome. Scand J Rheumatol 1986; (S) 61: 156-60.
6. Ohtani H: Severe hypokalaemia and respiratory arrest due to renal tubular acidosis in a patient with Sjögren syndrome. Nephrol Dial Transplant 1999; 14: 2201-3.
7. Urban PP: Sensory neuropathy of the trigeminal, glossopharyngeal, and vagal nerves in Sjögren's syndrome. Journal of the Neurological Sciences 2000;186: 59-63.
8. Ionnadis JP, Vassiliou VA, Moutsopoulos HM. Long-term risk of mortality and lymphoproliferative disease and predictive classification of primary Sjögren's syndrome. Arthritis Rheum 2002; 46: 741-7.
9. Takahashi S. Anesthetic management of a patient with Sjögren's syndrome and pulmonary fibrosis. Masui 1990; 39(10): 1393-6.

Geliş Tarihi: 23.04.2004

Yazışma Adresi: Dr.Berrin İŞİK
246. Sokak, Petek Sitesi, A-9 Blok, Daire 1
Kırkkonaklar, Çankaya, ANKARA