

Haloperidol Kullanımı Sonrası Solunum Güçlüğü ve Akut Distoni

Respiratuar Distress and Acute Dystonia After Using Haloperidol: Case Report

Dr. Mehmet Turan İNAL,^a
Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN,^a
Dr. Aşşin ALAGÖL,^a
Dr. Zeynep ARAS,^a
Dr. Işıl GÜNDAY^a

^aAnesteziyoloji ve Reanimasyon ABD,
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi,
EDİRNE

Geliş Tarihi/Received: 16.08.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 26.11.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Mehmet Turan İNAL
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD,
EDİRNE
mehmetturainal@yahoo.com

ÖZET Endoskopik sinüs cerrahisi; kulak burun boğaz ameliyathanesinde sıklıkla uygulanan bir işlemdir. Endoskopik sinüs cerrahisi operasyonları genel anestezi altında uygulanabileceği gibi, lokal anesteziye sedasyon eklenerek de uygulanabilmektedir. Lokal anesteziye, sedasyon ve analjezi de eklenmesi hasta memnuniyetini arttırmaktadır. Kliniğimizde bu operasyonlarda rutin olarak nöroleptik analjezi kullanılmaktadır. Nöroleptik analjezi (NA), bir opioid analjezik ve bir nöroleptik ilaç kombinasyonu ile elde edilen analjezi, motor aktivitede azalma ve değişik derecelerde amnezi ile karakterize bir durumdur. Nöroleptik analjezide kullanılan ilaçlar distonik reaksiyonlara yol açabilmektedir. Bu olgu sunumunda endoskopik sinüs cerrahisi uygulanan bir hastada nöroleptik ilaç uygulanmasına bağlı gelişen akut distoni ve solunum güçlüğü aktarılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Nörolept analjezi; haloperidol; distoni; opioid

ABSTRACT Endoscopic sinus surgery is a frequently surgical process of otorhinolaryngologic surgery of operating theatre. Endoscopic sinus surgery can be done with general anesthesia or local anesthesia with sedation. The pleasure of the patient will be increased after addition of analgesia and sedation to local anesthesia in this surgery. In our instution neuroleptic analgesia is widely used for his type of surgery. The combination of opioid analgesic and neuroleptic agent produces a state characterized by analgesia, immobility and variably amnesia classically referred as neuroleptic analgesia. The agents that used in neuroleptic analgesia may cause dystonic reactions. In this report we present a case with acute dystonia and respiratuar distress due to neuroleptic agent during endoscopic sinus surgery.

Key Words: Neuroleptanalgesia; haloperidol; dystonia; opioid

Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2008, 6:49-51

Endoskopik sinüs cerrahisi; kulak burun boğaz ameliyathanesinde sıklıkla uygulanan bir işlemdir. Bu operasyonlarda genel anestezi uygulanabileceği gibi, lokal anesteziye ek olarak sedasyon ve analjezi oluşturmak gerekmektedir. Nöroleptik analjezi (NA), endoskopik sinüs cerrahisinde lokal anesteziyle birlikte uygulanan bir teknik olup, kuvvetli bir opioid analjezik ve bir nöroleptik ilaç kombinasyonu ile elde edilen analjezi, çevreye ilgisizlik, motor aktivitede azalma, otonom reflekslerin basılanması ile karakterize bir durum olarak tanımlanabilir.^{1,2} Bu yöntemde kullanılan nöroleptik ilaçlar distonik reaksiyonlara yol açabilir.³

Genel anesteziye göre daha az invaziv olduğundan kliniğimizde bu operasyonlarda rutin olarak nöroleptik analjezi kullanılmaktadır. Bu olgu su-

numunda; endoskopik sinüs cerrahisi için nöroleptik analjezi uygulanan bir hastada, tekrarlanan haloperidol uygulanması ile ortaya çıkan distoni ve buna bağlı gelişen solunum güçlüğü sunulacaktır.

OLGU SUNUMU

İki yıldır devam eden burun tıkanıklığı, horlama, aksırık ve sık solunum yolu enfeksiyonu geçirme şikayeti olan 30 yaşında erkek olguda nazal polip tespit edilerek fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi (FESS) planlanmıştır. Hastanın preoperatif değerlendirilmesinde herhangi bir medikal problem ve ilaç alerjisi, ilaç kullanımı ve operasyon öyküsü olmadığı saptandı. Olgunun operasyon öncesi fizik muayenesi, biyokimyasal ve hematolojik verileri olağandı.

Operasyon öncesinde hastaya hazırlık odasında sol antekubital bölgeden 18 Gauge kanül ile venöz yol açıldı ve izotonik sodyum klorür 5 ml/saat infüzyonuna başlandı. Olguya operasyondan bir saat önce premedikasyon amacıyla 100 mg meperidin i.m. uygulandı. Operasyon odasına alınan olguya, sedasyon amacıyla 5 mg haloperidol i.v. uygulandı. Hastaya standart anestezi monitöriзации (invaziv olmayan tansiyon arteriyel, kalp tepesi atımı, periferik oksijen satürasyonu) uygulandı. Cerrah tarafından operasyon bölgesine lokal anestezi olarak 80 mg lidokain hidroklorür (jetokain ampul) uygulandıktan 5 dk. sonra ve hastaya haloperidol uygulamasından 10 dk. sonra cerrahi işlem başlatıldı. Erken dönemde cerrahi işlem sorunsuz sürdürülürken 10. dk'da hastanın ağrıdan yakınması üzerine, izleyen anestezi uzmanlık öğrencisi tarafından 20 mg meperidin i.v. uygulandı ve hasta ağrısının azaldığını bildirdi. 30. dk'da tekrar ağrı ve birlikte ajitasyon başlaması üzerine ikinci kez 20 mg meperidin; ajitasyonun devam etmesi üzerine 5 mg daha haloperidol i.v. uygulandığı olgunun ikinci haloperidol dozundan sonra boğazında şiddetli kasılma olduğu ve nefes alamadığını tariflemesi üzerine anestezi uzmanlık öğrencisi, anestezi uzmanını çağırdı ve cerrahi işlem durduruldu. Cerrahi örtüler tamamen kaldırıldığında olguda ciddi solunum sıkıntısı olduğu görüldü. Anestezi cihazından 6 lt/dak oksijen kullanılarak maske ile ventile edilmeye çalışıldı. Mas-

ke ile ventilasyona rağmen periferik oksijen satürasyonunun %89 olması üzerine olguya 1 mg/kg propofol ve 1 mg/kg süksinilkolin i.v. verilerek olgu orotrakeal entübe edildi. Entübasyon sonrasında olgunun rahat ventile edildiği saptandı ve periferik oksijen satürasyonu %100 olarak okundu. Bu sürede anestezi kayıtlarından, 45 dk. süre içinde 2 kez 20 mg i.v. meperidin, son meperidin dozundan hemen sonra ikinci kez haloperidol uygulandığı saptandı. Yaklaşık 15 dk. asiste solunumla %100 oksijen ile ventile edildikten sonra, solunumu ve kas gücü yeterli, hemodinamik bulguları stabil olarak ekstübe edildi. Bu süre zarfında cerrahi işlem bitirildi. Hastaya verilen haloperidolün distoni yapıcı etkisini gidermek için 5 mg biperiden i.v. uygulandı. Hasta; bilinci açık, koopere, oryante ve hemodinamik olarak stabil olarak derlenme odasına alındı. Burada 1 saat monitörize edilen olguda herhangi bir komplikasyon görülmemesi üzerine servise gönderildi. Postoperatif iki gün izlenen hastada bir komplikasyon gözlenmemesi üzerine taburcu edildi.

TARTIŞMA

Nörolept analjezi, kuvvetli bir opioid analjezik ve bir nöroleptik ilacın kombinasyonu ile elde edilmektedir. Nöroleptik analjezide; nöroleptik ilaç olarak dehidrobenzperidol (DHB) ve haloperidol kullanılmaktadır.^{1,2} Bunlardan haloperidol, ekstrapiramidal ve psikiyatrik yan etkilere yol açsa da DHB temin edilemediği koşullarda kullanılmaktadır.

Haloperidol butirofenon grubuna dahil bir antipsikotik ajandır. Haloperidol, beyin sapı retiküler formasyonu ve talamokortikal projeksiyonlar üzerindeki etkileri ile motor aktiviteyi ve anksiyeteyi azaltmakta, çevreye ilgisizlikle karakterize bir sakinlik, hareketsizlik sağlamaktadır. Haloperidolün yan etkileri ekstrapiramidal reaksiyonlar, distoni, akatizi, hiperrefleksi, opistotonus, tardiv diskinezi, uykusuzluk, huzursuzluk, anksiyete, öfori, ajitasyon, letarji, vertigo, grand mal konvüzyonlar, halüsinasyonlar, hiperpireksi, taşikardi, hipotansiyon, hipertansiyon, lökopeni, lökositoz, anemi, hepatik disfonksiyon, deri döküntüleri, laktasyon, jinekomasti, mastalji, impotens, libido artışı, anoreksi, konstipasyon, daire,

dispepsi, bulantı, kusma, ağız kuruluğu ve idrar retansiyonu olarak sıralanabilir.³

Kliniğimizde NA uygulamalarında analjezik olan meperidin kullanılmaktadır. Meperidin santal sinir sisteminde farklı opioid reseptörlerini etkileyerek analjezik etkisini gösteren bir opioid agonisttir. Analjezik etkinliği morfinden daha hızlı başlar, etki süresi morfinden kısadır. Meperidin'in yan etkileri solunum depresyonu, kardiyak depresyon, baş dönmesi, görme bozukluğu, mental bulanıklık, depresyon, sedasyon, koma, öfori, güçsüzlük, ajitasyon, sinirlilik, konfüzyon, deliryum ve insomnia olarak sayılabilir.^{3,4}

Bu olgu sunumunda tekrarlanan haloperidol kullanımı sonrası gelişen distonik reaksiyon ve solunum yetmezliği anlatılmıştır. Akut distoni, antipsikotik ilaçların bir yan etkisidir. Genelde ilaç kullanımının erken evrelerinde ortaya çıkan bu etkinin görülme sıklığı %2-90'dır. Değişik derecelerde distoni oluşması, değişik antipsikotik ilaçlarla bazal ganglionlardaki dopamin asetilkolin oranının değişmesine bağlıdır. Dopamin asetilkolin oranını yükselten ilaçlarla distoni gelişme oranı daha yüksektir.⁵ Haloperidol ile yapılan çalışmalarda akut distoni görülme riskinin, bu ilaçta diğer antipsikotiklere göre daha fazla olduğu anlaşılmıştır.^{5,6} Genelde distonik reaksiyonlar yüksek doz uygulandığında ya da hızlı doz artışlarında gözlenmektedir.⁶

Distoni vücutta tüm kas gruplarında gözlenebilir de en fazla baş ve boyun kaslarında ortaya çıkmaktadır. Distoni; tortikolis, trismus, dizatri, ble-

ferospazm ve çiğneme güçlüğü şeklinde görülebilmektedir. Hayatı tehdit edici distoni çok nadiren görülmektedir. Bu tip distonide laringospazm neticesinde ciddi solunum güçlüğü oluşabilmektedir.⁷⁻⁹

Akut distoninin tedavisinde antikolinergik ajanlar kullanılmaktadır.⁵⁻⁷ Ayrıca operasyon esnasında böyle bir komplikasyon geliştiğinde oksijen verilmesi, gerekirse solunum yollarının güven altına alınması gerekmektedir.

Olgumuzda 5 mg başlangıç dozundan sonra ikinci kez haloperidol uygulanması ile farinks-larinks kaslarında distoni ve buna bağlı solunum yetmezliği ortaya çıkmıştır. Bu durum anestezi tarafından ikinci kez haloperidol kullanımı ile, yüksek doz haloperidol uygulamasına bağlanabilir. Bu uygulamanın meperidini takiben yapılmış olması da, solunum güçlüğü riskini artırmış olabilir.^{5,6}

SONUÇ

Nörolept analjezide haloperidol kullanımı, vital bulguların monitörize edilmesini ve doz sınırlarına dikkat edilmesini gerektirir. Bu olgu sunumu ile NA uygulaması sırasında ağrının yetersiz tedavisi, yüzün örtülü olması, cerrahi manüplasyonun verdiği baskı ve rahatsızlık hissi vb nedenleriyle oluşabilen ajitasyonun tedavisinin, haloperidol dozunun tekrarlanması için bir endikasyon olmadığı yönünde, anestezi asistanlarının uyarılması ve anestezi kayıtlarının düzenli tutulması gerektiğini vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Kayhan Zeynep. Klinik Anestezi 2. Baskı 1997. p.92.
2. Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ. Clinical Anesthesiology 3rd ed. 2002. p.175.
3. Brunton LL, Parker KL, Lazo JS. Goodman and Gilman's The pharmacological basis of therapeutics, 11th ed. Pharmacotherapy of psychosis and mania 2005. p.461-500.
4. Kornitzer BS, Manace LC, Fischberg DJ. Prevalence of meperidine use in older surgical patients. Arch Surg 2006;141:76-81.
5. Neuroleptic-induced acute dystonia. In: Lang AE, Weiner WJ, eds. Drug-induced movement disorders. Mt Kisco (NY): Futura Publishing; 1992. p.21-40.
6. Casey DE. Neuroleptic-induced acute dystonia. In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, First MB, Ross R, Davis W, eds. DSM-IV source book. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994. p.545-59.
7. Van Harten PN, Hoek HW, Kahn RS. Acute dystonia induced by drug treatment. BMJ 1999;319:623-26.
8. Keepers GA, Casey DE. Prediction of neuroleptic-induced dystonia J Clin Psychopharmacol 1987;7:342-5.
9. The American Society of Anesthesiologists: Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologist. Anesthesiology 1996;84:459-71.