

Enfektif Endokarditli, Ateşi Olan Hastada Splenektomi Operasyonu İçin Anestezi Uygulaması: Vaka Sunumu

ANESTHESIA FOR SPLENECTOMY OPERATION TO THE PATIENT WITH INFECTIVE ENDOCARDITIS WHO HAVE HIGH FEVER: A CASE REPORT

İsmail Serhat KOCAMANOĞLU*, Ali Haydar ŞAHİNOĞLU*, Zahide DOĞANAY**, Murat ÖZER*, Fatih ÖZKAN*

* Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD,

** Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil ve İlyardı AD, SAMSUN

Özet

Enfektif endokardit, kalbin endokard tabakasının sistemik enfeksiyon semptomları, embolik olaylar ve endokard vejetasyonu ile kendini gösteren bakteriyel enfeksiyonudur. En belirgin klinik bulgularından biri düzensiz veya devamlı ateştir. Genel anestezinin immün sistem ve yaşlılık üzerine olumsuz etkiler oluşturabilmesi, volatil ajanların yüksek ateş durumunda malign hiperpireksiye tetikleyebilmeleri nedenleriyle enfektif endokardit tanısı almış yüksek ateşi olan 65 yaşında, bayan hastada splenektomi operasyonu için kombine spinal epidural anestezi (KSEA) uygulandı. Hafif sedasyon ve kısa dönem solunum desteği ile operasyon başarı ile gerçekleşti. Sonuç olarak riskli hastalarda üst batin girişimlerinde hafif sedasyon ve kısa dönem solunum desteği ile KSEA uygulanabilir. Bu sayede genel anestezinin oluşturacağı risklerden de sakınılmış olunur.

Anahtar Kelimeler: Kombine spinal epidural anestezi (KSEA), Enfektif endokardit, Yüksek riskli hastalarda anestezi, Üst batin cerrahisinde anestezi

T Klin Tıp Bilimleri 2001, 21:54-56

Summary

Infective endocarditis is a bacterial infection of endocardial surface of heart which shows symptoms of infection, embolism problems and endocardial vegetations. One of the major clinic findings is random or continuous fever. Because of general anesthesia's negative effects on immune system, senility and high fever which is triggering malignant hyperthermia with volatile agents, combined spinal epidural anaesthesia (CSEA) was used for splenectomy operation in a 65 year-old female patient with infective endocarditis and high fever. Operation was completed successfully with light sedation and short-time respiratory support. In conclusion; CSEA can be used in risky patients for upper abdominal surgery with light sedation and short-time respiratory support. So, we can avoid from the risks of general aneshtesia.

Key Words: Combine spinal epidural anaesthesia (CSEA), Infective endocarditis, Anaesthesia for high risky patient, Anaesthesia for upper abdominal surgery

T Klin J Med Sci 2001, 21:54-56

Enfektif endokardit, kalbin endokard tabakasının sistemik enfeksiyon semptomları, embolik olaylar ve endokard vejetasyonu ile kendini gösteren bakteriyel enfeksiyonudur. En belirgin klinik bulgulardan biri olan düzensiz veya devamlı ateş yanında titremeler ve eklem ağrıları olabilir. İlerleyici anemi, lökositoz, peteşiler ve embolik olaylar sıktır. Dalak büyümesi de sık görülen bir bulgudur.

Geliş Tarihi: 27.03.2000

Yazışma Adresi: Dr.İsmail Serhat KOCAMANOĞLU
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD
SAMSUN

Dalak enfarktüsleri karın üst sol kadranda çoğunlukla plevral tip akut ağrılara, ateş yükselmesine ve lökosit sayısının artmasına yol açar. Splenomegali nedeniyle opere edilecek hastalara ise anestezi vermek gerekecektir (1).

Bu yazıda enfektif endokardit, beyin absesi, dalak absesi ve splenomegali tanıları almış hastaya yapılan splenektomi operasyonu sırasında uygulanan anestezi yönteminden bahsedilecektir.

Vaka Sunumu

65 yaşında bayan hasta baş ağrısı, şuur bulanıklığı ile acil servise başvurmuş ve buradaki

ilk değerlendirme sonrası "sepsis, aspirasyon pnomonisi, idrar yolu enfeksiyonu" ön tanıları ile enfeksiyon hastalıkları servisine yatırılmış. Kan kültüründe Staph. aureus üremesi üzerine nafsilin tedavisi başlanmış. Tedavinin 18. gününde yeniden ateş yükselmesi üzerine yapılan ekokardiyografi'de mitral kapakta vejetasyon saptanmış. Bunun üzerine enfektif endokardit tanısı konularak vankomisin tedavisine geçilmiş. Ateşi subfebril devam eden hastanın kranial manyetik rezonans görüntülemesinde temporamandibüler bölgede 4 cm.lik abse ve batın bilgisayarlı tomografisinde 6 cm.lik dalak absesi saptanmış. Preoperatif dönemde hastanın, hemoglobininin 9.8 mg/dl olması dışında laboratuvar bulguları normal olarak değerlendirildi. Oryantasyon ve kooperasyonu tam değildi. Vital bulguları ise TA:110/70 mmHg; N:100/dak.; ateş:39.5°C idi. Hastanın ateşi olması, mitral kapakta vejetasyonlarının bulunması ve ileri yaşı nedeniyle rejional anestezi planlandı. Hastaya yan dekübitis pozisyonu verildikten sonra lumbal 2-3 seviyesinden aynı aralıktan spinal anestezi ve epidural kateter takma imkanı tanıyarak spinal anestezi başlaması ile hastaya istenen pozisyon verilmesi arasında geçen zamanın daha kısa olmasını sağlayan, bu nedenle spinal anesteziye bağlı arter basıncı düşüklüğünün önlenilebileceği çift lümenli kombine spinal epidural set (2) (18 G Touhy içinden 25 G spinal (pencil point) iğne) kullanılarak 10 mg bupivakain subaraknoid aralığa verildi. 22 G epidural kateter yine aynı seviyeden sefale doğru 6 cm. ilerletildi. Daha sonra hasta hızla sırtüstü pozisyona alındı. Hasta analjezi seviyesi torakal 4. segment dermatomunda oluncaya kadar 5-10° Trandelenburg pozisyonunda tutuldu. Daha sonra hasta 10-15° ters-Trandelenburg pozisyonuna alınarak operasyona başlandı. Bu sırada epidural kateterden 5 ml volüm içinde 16.25 mg bupivakain + 12.5 µg fentanil verildi. Hastaya periferik venden serum fizyolojik ve ringer laktat başlandı. Operasyonun başlarında hipotansiyon gelişmesi üzerine iki defa 7.5 mg efedrin i.v. yoldan uygulandı. Tam dalağın manipülasyonu aşamasında hastanın huzursuzluk hissetmesi üzerine 50 mg propofol i.v. yoldan yapıldı, hastanın bilincini yitirmesi üzerine solunumu maske ile %100 oksijen verilerek asiste edildi. Hastanın bilinci döndükten sonra solunum desteği sonlandırıldı. Operasyon 90 dakika sürdü. Hasta operasyon sonrasında derlenme odasına alındı, bir komplikasyon gelişmemesi üzerine de servise gönderildi.

Tartışma

Genel durumu düşük hastalarda, özellikle kardiyak rezerv de sınırlı ise endotrakeal entübasyon aşırı sempatoadrenal deşarja yol açarak ciddi komplikasyonlara sebep olabilir. Ayrıca intravenöz ve volatil anestetikler; kardiyovasküler stabiliteyi bozarak, immün sistemi baskılayarak kardiyak problemi ve enfeksiyonu olan hastalarda fatal komplikasyonlara yol açabilirler (3). Ateşi yüksek olan hastalarda özellikle halotan olmak üzere volatil anestetikler malign hiperpireksi için önemli bir risk oluşturmaktadırlar. Buna karşın rejional anestezi, özellikle kombine spinal epidural anestezi (KSEA) hem kardiyak stabiliteyi daha iyi korur, hem de genel anestezi uygulaması kadar immün sistemi baskılamaz. Rejional anestezi uygulaması olarak tek başına spinal anestezi veya sadece devamlı epidural anestezi de aynı avantajlara sahip olduğundan KSEA'ye alternatif olarak düşünülebilir. Fakat KSEA'nin diğer iki yönteme göre ilave bazı avantajları vardır: daha düşük doz ilaç kullanımı, daha az motor blok oluşması, yüksek selektif sensorial blok oluşturulabilmesi gibi. Bu avantajlar standart epidural veya spinal anestezinin yan etki ve tehlikelerini de minimize etme imkanı verir (4). Ayrıca KSEA; spinal anestezinin hızlı başlangıcı ile, epidural anestezinin segmental yayılımını birleştirmektedir (5). Hastada hem yüksek ateş olması hem de mitral kapak vejetasyonları ve senilite olması genel anestezi uygulaması için ciddi riskler oluşturmaktaydı.

Son yıllarda özellikle alt batın ve alt ekstremitelerde operasyonlarında herhangi bir kontraendikasyon yoksa rejional anestezi de tercih edilen bir anestezi şekli olmuştur (6,7). Hem diğer avantajları hem de postoperatif analjezi uygulama imkanı sağlayan KSEA rejional anestezi teknikleri içinde üstünlüğü olabilen bir yöntemdir. Ayrıca genel anestezinin riskli olacağı kardiyak hastalıklar ve kas hastalıklarında da KSEA alt batın operasyonlarında başarıyla kullanılmıştır (8,9).

Üst batın operasyonlarında rejional anestezi uygulaması çok fazla tercih edilmemektedir. Burada üst batın operasyonlarında frenik ve vagal sinirlerin rejional anestezi ile bloke edilememesi, blok seviyesinin çok yükselebileceği, hemodi-

naminin ve solunum fonksiyonunun bozulabileceği endişesi yer almaktadır. Bu nedenlerle literatürde üst batın operasyonlarında rejional anestezi uygulamasına ilişkin yayına çok az rastladık. William ve arkadaşları (10) infantlarda majör abdominal cerrahi için KSEA kullanmışlar. İnce bağırsak operasyonlarından ürogenital bölge girişimlerine kadar tüm üst ve alt abdominal girişimlerde KSEA yeterli ve başarılı olmuş. Bir diğer uygulama da 70 yaşında, ileri derecede astım şikayeti ve kronik ağır sigara içiciliği olan bir hastada sigmoidektomi operasyonu için torakal 4 seviyesinde analjezi sağlayan KSEA deneyimidir. Bu hastada da herhangi bir komplikasyona rastlanmamış, operasyon için KSEA uygun anestezi sağlamıştır (11). Bizim hastamızda da sedasyon ve kısa dönem solunum desteği ile KSEA altında splenektomi girişimi başarıyla gerçekleştirilmiştir. Hastada postoperatif döneme yansıyan solunum yetmezliği gibi bir komplikasyona da rastlanmadı.

Sonuç

Sonuç olarak riskli hastalarda alt batın operasyonlarında olduğu gibi üst batın girişimlerinde de hafif sedasyon ve kısa dönem solunum desteği ile rejional anestezi uygulanabilir. Bu şekilde endotrakeal entübasyondan, anestezi dozunda intravenöz hipnotik ajanların ve volatil anestetiklerinin oluşturacakları birçok istenmeyen olumsuz etkilerden de sakınılmış olur. Rejional yöntemlerden de avantajları dolayısıyla en uygunu KSEA olarak görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Berrow R. The Merck Manual Teşhis/Tedavi El Kitabı.3. baskı. Çeviri: Pekus RM. İstanbul: Merk Yayıncılık, 1987; 407-10.
2. Gültekin S. Kombine Spinal-Epidural Anestezi (KSE)'de İki Farklı Tekniğin Değerlendirilmesi. Türk Anest Rean Mecmuası 1998; 26: 64-71.
3. Esener Z. Klinik Anestezi. İstanbul, Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. 1991: 221-34.
4. Rawal N, Van Zundert A, Holmstrom B, Crowhurst JA. Combined spinal - epidural technique. Reg Anesth 1997; 22(5): 406-63.
5. Özyalçın S, Çizmeçi Ç, Yücel A. Kombine Spinal Epidural Anestezi Uygulamasında Bupivakain ile Bupivakain+ Morfin ve Bupivakain+Tramadol Kombinasyonu Kullanımının Karşılaştırılması. Türk Anest Rean Mecmuası 1997; 25: 80-6.
6. Nagashima N, Fukutome T. Combined spinal - epidural anesthesia for intra - abdominal gynecological surgeries. Masui 1996; 45(9): 1153-59.
7. Guedj P, Eldor J, Gozal Y. Comparative study of conventional spinal anesthesia and combined spinal - epidural anesthesia in gynecological surgery. Ann Fr Anesth Reanim 1992; 11(4): 399-404.
8. Van Helmer T, Smedstad KG. Combined spinal epidural anaesthesia in a primigravida with valvular heart disease. Can J Anaesth 1998; 45(5 Pt 1): 488-90.
9. Abouleish E, Wiggins M, Ali V. Combined spinal epidural anesthesia for cesarean section in a parturient with moyamoya disease. Acta Anaesthesiol Scand 1998; 42(9): 1120-23.
10. Williams RK, Mc Bride WJ, Abajian JC. Combined spinal and epidural anaesthesia for major abdominal surgery in infants. Can J Anaesth 1997; 44(5 Pt 1): 511-4.
11. Yokoyama T, Arita H, Nishiyama T, Kishida K, Hanaoka K. Combined spinal epidural anesthesia for laparotomy in a geriatric patient with severe obstructive lung disease. Masui 1997; 46(3): 409-12.