

Takayasu arteritli bir hastanın anestezi yönetimi

Gökçen Başaranoğlu (*), Veysel Erden (*), Selim Kocabora (**), Yusuf Kalko (***), Hamdi Delatioğlu (*), Kerem Erkalp (*), Zehra Yangın (*)

Özet

Takayasu arteriti, idiyopatik, nadir görülen ve kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu yazıda, Takayasu arteritli ve total abdominal histerektomi sonrası görme bulanıklığı gelişen 39 yaşındaki kadın hastanın genel anestezi altındaki başarılı anestezi yönetimi sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Takayasu arteriti, anestezi, komplikasyonlar

Summary

Anesthetic management of a patient with Takayasu's arteritis

Takayasu's arteritis is a rare, idiopathic and chronic inflammatory disease. We report the successful anesthetic management of a 39-year-old woman with Takayasu's arteritis, in whom visual disturbance occurred after total abdominal hysterectomy.

Key words: Takayasu's arteritis, anesthesia, complications

Giriş

Takayasu arteriti (TA), sebebi bilinmeyen, kronik ve oklüziv tipte panarteritisin nadir bir formudur. Bu hastalıkta anestezi yönteminin seçimi ve özellikle operasyon sonrası gelişen nörolojik bozukluğu değerlendirmek ile ilgili pek çok yayın vardır (1-4). TA'nde retinal vasküler değişiklikler, jeneralize vazodilatasyondan arteriyoventöz şantlara, mikroanevrizmaların oluşumuna, vazooobliterasyona ve proliferatif retinopatiye ilerler. Geri dönüşümsüz görme kaybı, neovasküler glom ve anterior optik nöropatiden kaynaklanabilir (5). Bu yazıda, operasyon sonrası görme bulanıklığı gelişen TA'li bir hastanın anestezi yönetimi, gözden geçirilerek sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Otuzdokuz yaşında, 73 kg ağırlığında, 168 cm boyunda kadın hasta, total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi ameliyatı olmak üzere kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde, altı yıl önce geçirmiş olduğu probe küretaj sırasında geç uyanma hikayesi mevcuttu. Bu nedenle araştırılan hastada TA saptandığı öğrenildi. Soygeçmişinde bir özellik olmayan hastanın yapılan muayenesinde; üst ekstremitelerde nabızların yokluğu, arteriyel kan basıncının alınmaması ve sağ gözde bir yıldır devam eden görme keskinliği kaybı dışında bir özellik saptanmadı. Tibialis posterior ve femoral arter nabızları alınabiliyordu. Nörolojik muayenede bir özellik yoktu. Hasta, altı yıldır immünsüpresif ve steroid ilaç tedavisi almaktaydı. Laboratuvar bulgularında bir özellik olmayan hastanın eritrosit sedimentasyon hızları (birinci ve ikinci saat), 17 ve 44 mm/saat ve CRP'i <0.31 mg/dL idi. Rejyonel anestezi yöntemlerini kabul etmeyen hastaya, genel anestezi planlandı. Operasyon günü, verilen steroid ilaç dozu artırıldı. Operasyon odasına alınan hastaya, alt ekstremitelerden invaziv arter basıncı takibi yapılmasına karar verildi. Yapılacak işlem anlatıldıktan sonra, lokal anestezi altında, femoral arterden invaziv monitörizasyon yapıldı. Arteriyel kan basıncı 160/120 mm Hg olarak saptanan hastaya, bir µg/kg fentanil ve iki mg midazolam uygulandı. Arteriyel tansiyonu 135/78 mm Hg olan hastaya, iki mg/kg etomidat ve 45 mg rocuronium bromür verilerek entübe edildi. Hastanın anestezi idamesi, desfluran ve N₂O-O₂ %50 karışımı verilerek sağlandı. Ameliyat sırasında 30 saniye süresince, arteriyel tansiyon, 105/60 mm Hg'ya düştü. Doksanbeş dakika süren operasyon sonunda, yoğun bakım servisine gönderilen hastanın hemodinamisi dengeli seyretti. Operasyon sonrası 48 saat, özellikle sağ gözde daha fazla olmak üzere her iki gözde görme bulanıklığı olan hastanın yapılan göz konsültasyonu sonucu, görme keskinliği; sağ göz 5/10, sol göz 7/10'du. Fundus floresan anjiyografisi (FFA), normal bulundu.

Sağlık Bakanlığı Bezmî Alem Valide Sultan Vakıf
Gureba Eğitim Hastanesi

* Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

** Göz Kliniği

*** Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

Ayrı basım isteği: Dr. Gökçen Başaranoğlu, Soğanlı Mah.
Alper Sok. No1/20, Bahçelievler-34590, İstanbul
E-mail: gbasaranoğlu@hotmail.com

Makalenin ilk geliş tarihi: 29.12.2004

Kabul edilme tarihi: 17.02.2005

Tartışma

TA, sıklıkla genç kadınlarda görülen, özellikle aortik ark dallarını tutan, nedeni bilinmeyen oklüziv bir poliarteritistir. En yaygın olarak, Asyalı kadınlarda görülür. Klinik bulguları, damar ya da damarların tutulumuna bağlı olarak geçici iskemik atak ve vizüel bozukluklar, serebrovas-küler yetersizlik bulguları, boyun bölgesi, göğüs ve omuzda zengin kollateral akımla beraber kollarda nabızların yokluğudur. Bununla beraber, en yaygın klinik bulgu, boyun üfürümüdür (6).

Anestezi teknik, rejyonal ya da genel olabilir. Anestezi tekniğinin seçimi, post-operatif ve intraoperatif dönemlerde yeterli kan basıncını sürdürmeyi dikkate alınmalıdır. Rejyonal anestezi, sempatik blokla ve onu izleyen kan basıncı azalmasıyla ilişkilidir. Bu azalma, daralmış arterlerden dolayı rejyonal sirkülasyonu bozulan hastada tehlikeli olabilir. Epidural blok, sempatik bloğun dereceli başlangıcı ile ilişkili olabilir ve kan basıncı azalabilir (2). Genel anestezi, TA'li hastada kardiyak disfonksiyon ya da serebral hemoraji ve infarkta yol açabilen hipertansif epizodlarla ilişkili olabilir. Anestezi sırasında karotid kan akımını azaltan işlemlerden kaçınılmalıdır. Hastamızda herhangi bir nörolojik monitörizasyon yapılmadı. Literatürde serebral monitörizasyon için elektroensefalografi (7,8), serebral kan akımını monitorize etmek için transkraniyal Doppler ultrasonografi (9) kullanılmakla birlikte, özel serebral monitörizasyon yapılmayıp, genel anestezi altında komplikasyonsuz olarak opere edilen vakalar da bildirilmiştir (10-12). TA'li bir vakada postoperatif serebral infarkt bildirilmiştir (13). Bu hastanın operasyonu sırasında özel nörolojik monitörizasyon yapılmadığı ve hasta uyandıktan üç saat sonra sağ hemiparezi geliştiği

bildirilmiştir (13). Bizim hastamızda herhangi bir nörolojik bozukluk gözlenmedi. TA'de oküler bulgular, oküler iskemi ile karotidlerin obliterasyonu ya da tıkanması sonucu gelişebilir (5). Hastamızda 48 saat süren, sağ gözde daha fazla olan görme bulanıklığı oldu. Bu olay, operasyon sırasında kısa süreli tansiyon düşüklüğüne bağlı geçici iskemi sonucu oluşan oftalmik arter perfüzyon basıncı azalmasına bağlı gelişmiş olabilir. Hastamızın altı ay önce çekilmiş olan FFA'da; sağda üst nazal retinada retinokoroidal dolum defekti bulunmaktaydı. Operasyon sonrası görme bulanıklığının tespiti için çekilen FFA'da, bu defektin ortadan kalktığı görüldü.

Kan basıncı monitörizasyonu, non-invaziv osilometrik metodla yapılabilir. Bu yöntemle kan basıncı ölçülemiyorsa, nabız oksimetri sinyalleri (14), otomatik noninvaziv kan basıncı ve Doppler akım sinyalleri, bu amaçla kullanılabilir. Hastamızın üst ekstremitelerinden nabız alınamıyordu. Bu yüzden, femoral arterden invaziv kan basıncı monitörizasyonu yapıldı.

TA'li hastalarda, operasyon sırasında serebral perfüzyon basıncını korumaya yönelik girişimlerin uygulanması önemlidir. Bizim vakamız, nörolojik komplikasyonlardan farklı olarak, postoperatif görme bulanıklığı gözlenen ilk vakadır. Sonuç olarak, TA'li hastalarda anestezi seçiminde nörolojik durumun yanında, göz ile ilgili komplikasyonların da göz önünde bulundurulması gerektiği görülmüştür.

Kaynaklar

1. Hampl KF, Schneider MC, Skarvan K, Bitzer J, Graber J. Spinal anaesthesia in a patient with Takayasu's disease. *Br J Anaesth* 1994; 72: 129-132.
2. Kathirvel S, Chavan S, Arya VK, et al. Anesthetic management of patients with

Takayasu's arteritis: a case series and review. *Anesth Analg* 2001; 93: 60-65.

3. McKay RSF, Dillard SR. Management of epidural anaesthesia in a patient with Takayasu's disease. *Anesth Analg* 1992; 74: 297-299.
4. Henderson K, Fludder P. Epidural anaesthesia for caesarean section in a patient with severe Takayasu's disease. *Br J Anaesth* 1999; 83: 956-959.
5. Worrall M, Atebara N, Meredith T, Mann E. Bilateral ocular ischemic syndrome in Takayasu disease. *Retina* 2001; 21: 75-76.
6. Kerr GS. Idiopathic arteritis of Takayasu (Pulseless disease). Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA (eds). *Current Medical Diagnosis & Treatment*. 41st ed. London: Mc Graw-Hill, 2002: 499.
7. Warner MA, Hughes DR, Messick JM. Anesthetic management of patients with pulseless disease. *Anesth Analg* 1983; 62: 532-535.
8. Gozal Y, Ginosar Y, Gozal D. Combined general and epidural anesthesia for a patient with Takayasu's arteritis. *Reg Anesth* 1995; 20: 246-248.
9. Kawaguchi M, Obsumi T, Nakajima T, Kuro M. Intraoperative monitoring of cerebral haemodynamics in patients with Takayasu's arteritis. *Anaesthesia* 1993; 48: 496-498.
10. Thorburn JR, James MF. Anaesthetic management of Takayasu's arteritis. *Anaesthesia* 1996; 41: 734-738.
11. Ramanathan S, Gupta U, Chalon J, Turndorf H. Anaesthetic considerations in Takayasu's arteritis. *Anesth Analg* 1979; 58: 247-249.
12. Herrema I. Takayasu's disease and caesarean section. *Int J Obstet Anaesth* 1992; 1: 1172-1179.
13. Fawcett WJ, Razis PA, Berwick EP. Postoperative cerebral infarction and Takayasu's disease. *Eur J Anaesthesiol* 1993; 10: 33-35.
14. Chawla R, Kumarvel V, Girdhar KK, Sethi AK, Indrayan A, Bhattacharya A. Can pulse oximetry be used to measure systolic blood pressure? *Anesth Analg* 1992; 74: 196-200.