



Popliteal blok sonrası hematoma oluşumu

Hematoma of thigh as popliteal block complication

Cennet TOR KILIÇ, Yavuz GÜRKAN

Özet

Plastik cerrahi bölümü tarafından sol ayak tabanında malign melanoma nedeni ile cerrahi eksizyon planlanan 92 yaşındaki, ASA III, erkek olguda ultrason rehberliğinde uygulanan popliteal blok sonrası karşılaştığımız bölgesel hematoma komplikasyonu ile ilgili deneyimimizin paylaşılması amaçlandı.

Anahtar sözcükler: Hematom; komplikasyon; popliteal siyatik blok; rejyonal anestezi.

Summary

This report was submitted to share an experience of the development of a local hematoma as a complication following ultrasound-guided popliteal block performance in a 92-year-old, American Society of Anaesthesiologists class III, male patient undergoing surgical excision of a malignant melanoma lesion in the base of the left foot performed by the plastic surgery department.

Keywords: Complication; hematoma; popliteal sciatic block; regional anesthesia.

Giriş

Rejyonal anestezi uygulamaları ve özellikle selektif distal periferik sinir bloklarının genel olarak genel anesteziye ve santral nöroaksiyal bloklara oranla yüksek riskli hastalarda daha güvenli olduğu genel olarak düşünülür. Selektif distal blokların, hastanın bilincinin açık olması, spontan solunumunun devam etmesi, havayolu reflekslerinin korunması, hemodinamik etkilerinin olmaması, postoperative dönemde analjezinin devam etmesi ve erken mobilizasyon gibi önemli avantajları vardır.^[1] Ultrasonografi genel olarak blok uygulamalarında başarı oranını arttırırken, komplikasyonların da azalmasına yardımcı olur.

Siyatik sinir bloğu popliteal bölgede ultrason rehberliğinde kolaylıkla görüntülenebilir yüzeysel alanlardandır ve ayak tabanında gerçekleştirilecek cerrahi için tek başına yeterli anestezi sağlayabilir.^[2]

Periferik sinir bloklarında eğitimli anestezistler tarafından usulüne uygun olarak yapıldığında komplikasyonlar nadirdir.^[3] Lokal anestezik toksisitesi, sinir

hasarı, enfeksiyon ve nadir olarak vasküler yaralanmalar bu komplikasyonlar arasındadır. Bu olgusuna popliteal blok sonrası oluşan dammar yaralanması deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Sol ayak tabanında malign melanoma nedeni ile cerrahi eksizyon planlanan plastik cerrahi kliniği tarafından operasyonu planlanan 92 yaşında ASA III grubundan erkek bir hastada anestezi yöntemi olarak popliteal blok uygulaması planlandı. Hastaya dammar yolu açılarak izotonik infüzyon başlandı. Hasta EKG, noninvaziv arter basıncı ve pulsoksometre ile monitörize edildi. Popliteal bölgede siyatik sinir "dört pozisyonunda" görüntülenerek hastanın blok yapılacak bölgesi povidon iyot ile dezenfekte edildikten sonra ultrason rehberliğinde siyatik sinirin her iki dalının net olarak görüntülediği popliteal katlantının yaklaşık 6 cm proksimalinden 22-G bir iğne ile linear prob (Esaote My Lab 5, Floransa, İtalya) kullanılarak in-plane teknikle popliteal blok uygulandı. Enjeksiyon öncesinde aspirasyonda kan gelmediğinden

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Kocaeli
Department of Anesthesia and Reanimation, Kocaeli University Faculty of Medicine, Kocaeli, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 01.01.2017 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 21.08.2017 Online yayımlanma tarihi (Available online date) 11.10.2018

İletişim (Correspondence) Dr.CennetTorKiliçKocaeliÜniversitesiTıpFakültesiHastanesi,AnesteziyolojiReanimasyonAnabilimDalı,AmalyathaneSekreterliği,Umuttepe,İzmit,Kocaeli,Turkey.
Tel (Phone): +90 - 544 - 373 32 91 e-posta (e-mail): cennetmfk34@gmail.com

© 2019 Türk Algoloji Derneği



Şekil 1. Sol bacakta blok uygulama bölgesinde ekimoz ve bacak çapında göreceli bir artış gözlenmektedir.

emin olunca aralıklı dozlar şeklinde 10 ml bupivakain %5 ve 10 ml lidokain %2 enjekte edildi. Blok uygulamasından 30 dakika sonra cerrahi alanda duyu testi yapılarak operasyonun başlamasına izin verildi. Vaka peroperatif dönemde stabil seyretti. Operasyon sorunsuz olarak tamamlandı. Yaklaşık 24 saat sonra popliteal bölgede enjeksiyon bölgesine uygun alanda ciltaltı ekimozları, uyluk posteriorda ekimoz, ciltaltı yumuşak dokuda şişlik; 48 saat sonrasında gluteal bölgede sertlik ve ekimoz gelişme nedeniyle hasta tekrar değerlendirildi (Şekil 1). Sol bacak çapı sağ bacak çapına göre artmıştı. Popliteal nabızlar alınıyordu. Nörolojik deficit yoktu. Küçük bir dammar yaralanması sonucu kompartman sendromu gelişebileceği düşünüldü. Kalp damar cerrahisi ve ortopedi bölümlerine konsültasyon istendi. Ortopedi tarafından değerlendirilen hastanın popliteal dolaşımı olması üzerine hastaya sıkı elevasyon, soğuk uygulama enoksaparin sodium stoplanması ve kalp damar cerrahi konsültasyonu önerildi. Kalp damar cerrahisi tarafından değerlendirilen hastada yapılan alt ekstremité anjiyografide sol uyluk posterior kompartmanda 8,5x6,5x25 cm boyutlu hematoma izlendi. Hasta 2 gün sonra tekrar değerlendirildiğinde sol bacak çapı artışının gerilediği, hematomun rezorbe olduğu görüldü. Hasta plastik cerrahi servisinden postoperative 8 gün sonra sorunsuz olarak taburcu edildi.

Tartışma

Popliteal sinir bloğu diz, ayak veya ayak bileği cerrahisi geçiren hastalar için etkin bir anestezi yöntemi olarak kullanılabilir. Periferik bir blok olması nedeni ile hastada hemodinamik ve solunumsal bir etkiye

sebepl olmayacağı için anestezi açısından yüksek riskli bu olguda popliteal blok kullanmayı tercih ettik.^[4]

Popliteal blok, spinal ya da epidural anestezi gibi santoral nöroaksiyal bloklarla karşılaştırıldığında peroperatif dönemde hemodinamik değişiklikler açısından daha az risk taşımaktadır. Popliteal blok sonrası komplikasyonlar nadir olarak bildirilmiştir.^[5] Blok uygulama bölgesinde popliteal arter ve ven komşuluğu ultrason vasıtasıyla görülür. Ultrason rehberliğine rağmen periferik blokları uygulama sırasında damar yaralanmaları oluşabilir.^[6] Ancak ciddi hematoma komplikasyon riski oldukça düşüktür ve bu risk daha çok derin bloklar için geçerlidir.^[7] Periferik sinir bloklarının hemorajik komplikasyonlarının çoğunluğu tedavi amaçlı antikoagulan veya antiplatelet ilaç kullanan hastalarda tarif edilmiştir. Amerikan Rejyonel Anestezi Derneği (ASRA) antikoagulan ve nöroaksiyal bloklar yerleştirme ve perinöral kateter yerleştirilmesi ya da çıkarılması "derin" periferik sinir blokları için tavsiyelerde bulunmuştur.^[8]

Sonuç

Ultrason rehberliğinde dahi nadir de olsa periferik sinir blokları sonrası vasküler yaralanma ve hematoma gözlenebilir. ASRA kılavuzu bu komplikasyonların önlenmesinde yol gösterici olabilir. Bizim olgumuzda popliteal blok sonrası gelişen hematoma ek bir tedaviye gereksinim olmadan resorbe olarak hasta şifa ile taburcu edildi.

Hasta Onamı: Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Kaynaklar

1. Çiftçioğlu M, Acar S, Gürkan Y, Solak M, Toker K. Ultrasound guided multiple peripheral nerve blocks in a high-risk patient. [Article in Turkish]. Agri 2012;24(2):90–2. [CrossRef]
2. Gürkan Y, Sarisoy HT, Cağlayan C, Solak M, Toker K. "Figure of four" position improves the visibility of the sciatic nerve in the popliteal fossa. Agri 2009;21(4):149–54.
3. Auroy Y, Benhamou D, Bargues L, Ecoffey C, Falissard B, Mercier FJ, et al. Major complications of regional anesthesia in France: The SOS Regional Anesthesia Hotline Service. Anesthesiology 2002;97(5):1274–80. [CrossRef]
4. Lee LA, Posner KL, Kent CD, Domino KB. Complications associated with peripheral nerve blocks: lessons from the ASA Closed Claims Project. Int Anesthesiol Clin 2011;49(3):56–67. [CrossRef]
5. Gnaho A, Eyrieux S, Gentili M. Cardiac arrest during an ultrasound-guided sciatic nerve block combined with nerve stimulation. Reg Anesth Pain Med 2009;34(3):278. [CrossRef]
6. Zetlaoui PJ, Labbe JP, Benhamou D. Ultrasound guidance for axillary plexus block does not prevent intravascular injection. Anesthesiology 2008;108(4):761. [CrossRef]
7. de Leeuw MA, Zuurmond WW, Perez RS. The psoas compartment block for hip surgery: the past, present, and future. Anesthesiol Res Pract 2011;2011:159541. [CrossRef]
8. Horlocker TT, Wedel DJ, Rowlingson JC, Enneking FK, Kopp SL, Benzon HT, et al. Regional anesthesia in the patient receiving antithrombotic or thrombolytic therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Third Edition). Reg Anesth Pain Med 2010;35(1):64–101. [CrossRef]