

Behçet hastalığında anestezi uygulaması

Hakan ERKAL (*), Yaman ÖZYURT (*), Feriha TEMİZEL (*), Gülten ARSLAN (*), Zuhal ARIKAN (**)

SUMMARY

Anesthetic management in Behçet's disease

Behçet's disease, originally described in 1937 as a chronic relapsing triad of recurring iritis, aphthous oral ulceration, genital ulceration and a uveitis leading to blindness. It's now recognized to involve additional organ systems, including the skin, central nervous system, heart, any part of the vasculature, lungs, and joints. In this report, we aimed to present a 33 year old male patient undergoing general anesthesia with Behçet's disease and emphasize important issues about the anaesthetic management of these patients. With appropriate measures during anesthesia, there was no complications during preoperative and postoperative period.

Key words: Anesthesia, Behçet's disease, complication

Anahtar kelimeler: Anestezi, Behçet hastalığı, komplikasyon

İlk defa 1937 yılında Hulusi Behçet tarafından tanımlanan Behçet hastalığı, aftöz oral ülserasyonlar, genital ülserasyonlar ve körlüğe neden olan üveit ile karakterizedir. Patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Bu klasik triada ek olarak, çok sayıda organ sistemini ilgilendiren iltihabi bir hastalıktır (1). Cildi ve mukozayı, genital organları, gözü, eklemleri, damarları, santral sinir sistemini ve gastrointestinal sistemi tutabilir. Tutulan bütün organlardaki histopatolojik değişiklik vaskülit veya perivaskülit şeklindedir. Genellikle yirminci yaştan sonra ortaya çıkar ve erkeklerde görülme oranı kadınlara göre iki kat fazladır (2). En çok Akdeniz ülkeleri ve Japonya'da görülür (3). Behçet hastalığı çok sayıda sistemi tutan bir hastalık olduğundan, anestezi uygulamaları yönünden önem arzeder. Bu çalışmada bir olgu nedeniyle hastalığın anestezi uygulamasındaki özellikler gözden geçirilmiştir.

OLGU

Otuz üç yaşındaki erkek hasta, yaklaşık dört yıl önce ağzında

saptanan aftöz lezyonların araştırılması sonucunda, hastaya Behçet sendromu tanısı konmuştu. Beyin cerrahisi kliniği tarafından lomber disk hernisi nedeniyle ameliyatı planlanan hastanın, rutin incelemelerinde, nöroloji konsültasyonunda ve fizik muayenesinde patolojik sonuç saptanmadı. Son bir yıldır metilprednizolon (8 mg gün⁻¹) tedavisi görmekteydi. Vücut kütle indeksi 26 kg m² olan hastanın, fizik statusu ASA II olarak belirlendi.

Premedikasyon uygulanmadan ameliyathaneye alınan hastaya, kullanmadığı el sırtından, 22 G iv. kanül ile travmatize edilmeden damar yolu açıldı. Non-invaziv diastolik, sistolik ve ortalama arter basıncına bakıldı, EKG ve SpO₂ monitorizasyonu uygulandı. Genel anestezi uygulamasında induksiyonda sodyum tiyopental (7 mg kg⁻¹), fentanil (1.5 µg kg⁻¹) ve vekuromyum bromür (0.1 mg kg⁻¹) kullanıldı. Hastaya 7.5 mm'lik endotrakeal tüp ile sorunsuz olarak orotrakeal entübasyon uygulandı. Anestezi idamesinde % 1-2 isofluran, % 50 O₂ + % N₂O ve gerektiğinde 50 µg fentanil iv bolus kullanıldı. Ameliyat bitiminde, neostigmin ve atropin yapıldıktan sonra hasta ekstübe edildi.

İlgili servisteki takiplerinde herhangi bir sorun gelişmeyen hasta, ameliyat sonrası üçüncü günde iyileşerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Çok sayıda sistemi ilgilendiren iltihabi bir hastalık olan Behçet hastalığında, olguların % 80 kadarında papül, püstül, vezikül ve follikülit şeklinde olan çeşitli deri lezyonları vardır (4). Önkolda, deriye steril iğne batırıldığında 24-48 saat sonra küçük püstül veya nodül oluşumu hastalık için tipiktir, ancak olguların % 25-75'inde görülür (5). Bu nedenle, iltihabi cilt lezyonlarının gelişimine neden olabileceğinden hastalara enjeksiyon yapmaktan kaçınmak gerekir (6). Biz de, olguya ameliyat öncesi dönemde, parenteral premedikasyon yapmadık. Behçet hastalığında ağız içinde yerleşim gösteren aftların ve bağırsaklarda yerleşen ülserlerin neden olabileceği olası emilim bozukluğu sonucunda, oral uygulanacak premedikasyon yetersiz kalabileceğinden, olgunun premedikasyonunun ameliyat odasında, steril koşullarda, iv. olarak yapılması uygun görüldü.

Behçet hastalığında, tüm damarlarda yaygın vaskülit vardır. Arteriyel girişim yerlerinde anevrizma, venöz girişim yerlerinde tıkanma, tromboz oluşabilmektedir (7). Bu nedenle, damarsal girişimler travmaya yol açmadan ve steriliteye dikkat edilerek yapılmalıdır.

Behçet hastalarında göz lezyonları, şiddetli artrit ve santral sinir sistemi tutulmalarında sistemik kortikosteroid tedavisi, klorambusil ve siklofosamid gibi alkille-yici sitotoksik ajanlar uygulanmaktadır (8). Bizim olgumuzda da, hasta diz eklemindeki artrit nedeniyle kortikosteroid kullanılmaktaydı. Kortikosteroid tedavisi alan hastalarda, anestezi ve cerrahinin yaratacağı stresi karşılamak için doz artırımına gidilmelidir (9). Bu nedenle, ameliyat masasına alınan olguya induksiyondan önce 2 mg kg⁻¹ metilprednizolon iv olarak uygulandı.

Behçet hastalarının ağız mukozalarındaki ülserasyonlar orofarinkste kötü nedbeleşmeye yol açarak, endotrakeal entübasyon güçlüğüne neden olabilir (10). Olgunun entübasyonunda böyle bir durumla karşılaşmadı.

Hastaların % 5-10'unda santral sinir sistemi de tutulur ve kronik meningoensefalit, beyin sapı ve omurilik lezyonları, hemiparezi, kuadriparezi, demans, kauda ekvina sendromu gibi fokal nörolojik bozukluklar ve koma meydana gelebilir (11). Bu nedenle, preoperatif dönemde olgulara mutlaka nöroloji konsültasyonu yapılarak nörolojik durum değerlendirilmelidir. Santral bölgesel anestezi uygulamaları nörolojik bozuklukların gelişimini hızlandırabileceğinden, hava yolu güvenliğini sağlanabilecek olgularda genel anestezi tercih edilmelidir. Bu olguda da bu nedenle, nöroloji konsültasyonunda herhangi bir patoloji saptanmamasına rağmen genel anestezi uygulaması tercih edildi.

Behçet hastalığı, çok sayıda sistemi tutan bir hastalık olduğundan, kardiyak, pulmoner ve renal komplikasyonların ortaya çıkma olasılığı yüksektir. Bu nedenle, preoperatif dönemdeki muayenelerinde bu sorunlar araştır-

rılmalı, sistemik vaskülit nedeniyle olgular mümkünse noninvaziv monitörize edilmelidir. Santral sinir sistemi ve eklem lezyonları göz önüne alınarak, olgulara ameliyat pozisyonu verilirken ve hasta taşınması sırasında dikkatli davranılmalıdır.

Hastalığın ağır dönemlerinde immün baskılayıcı ilaçlar kullanılmaktadır. Hem immün baskılayıcı ilaçların, hem de genel anestezinin immün depresyon yaptığı göz önüne alınarak, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası dönemde yapılan girişimler sırasında steriliteye uyulmalıdır.

Sonuç olarak, Behçet hastalığı vaskülit şeklindeki histopatolojik değişiklikleriyle yaygın, sistemik bir hastalıktır. Bu nedenle, anestezi uygulamalarında orotrakeal entübasyonun güç olabileceği, tedavide kullanılan ilaçların bilinmesinin ve invazif monitörizasyondan kaçınmasının gelişebilecek komplikasyonları önleyici nitelikte olduğu akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Berkow R: The Merck Manuel Teşhis ve Tedavi El kitabı. Çeviri. Peksus M, İstanbul, Merck Yayıncılık 905-906, 1985.
2. Kelley W, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB: In: Textbook of Rheumatology 4 th Ed W.B. Saunders, 1097-99, 1993.
3. Değerli Ü, Çalangu S, Dilmener M ve ark: Özet Tanı ve Tedavi Kitabı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi 1984: 60-64.
4. Öbek A: Behçet Hastalığı. Öbek A (ed). İç Hastalıkları. Bursa, Güneş Kitabevi 1990: 893-4.
5. Kovacova E, Salmas J, Stenova E, Bedeova J, Duris I, Bratis I: Behcet's syndrome: Lek Listy 106:386-9, 2005.
6. Suzuki KM, Suzuki N: Behcet's disease. Clin Exp Med. 4:10-20, 2004.
7. Elbirt D, Asher I, Sthoeger ZM: Behcet's disease-clinical presentation, diagnostic and therapeutic approach Harefuah 141:462-7, 2002.
8. Marshall SE: Behcet's disease Best Pract Res Clin Rheumatol 18:291-311, 2004.
9. Kansu T, Kadayıfçılar S: Visual aspects of Behcet's disease. Curr Neurol Neurosci Rep 5:382-8, 2005.
10. Seoane J, Romero M, Carrillo S, Argila F: Induction of oral aphthae after anaesthesia in a patient with Behcet's disease Acta Otolaryngol Esp 47:167-8, 1996.
11. Smith GB, Shirbman AJ: Anesthesia and severe skin disease Anaesthesia 39:443-55, 1984.