

Multipl Skleroz ve Anestezi

Vedat EMİR (*), Süleyman DEMİRYAS (*), Aydemir YALMAN (*), Melek ÇELİK (*)

SUMMARY

Multiple Sclerosis and Anesthesia

Multiple sclerosis (MS) is a chronic disease that begins most commonly in young adults and is characterized clinically by relapses, remissions and in few cases rapid progressive course and shows a variety of neurological deficits. Cesarean section under general anesthesia was planned for 40th week pregnant patient aged 30. In patients with MS, factors such as, hyperthermia, postpartum period, trauma, surgery and anesthesia are known to relapse the symptoms of the disease. In this case report, a MS case with application of cesarean section operation under general anesthesia is presented.

Key words: Multiple sclerosis, anesthesia, perioperative complications

Anahtar kelimeler: Multipl skleroz, anestezi, perioperatif komplikasyonlar

Multipl skleroz (MS), daha çok genç erişkinlik döneminde başlayan, klinik olarak relaps ve remisyonlarla veya daha az oranda hızlı progresif bir seyirle ilerleyen ve farklı klinik tablolar sergileyen kronik bir hastalıktır. Patogenezi henüz bilinmemektedir, ancak genetik, virolojik ve immünolojik çalışmalara dayanılarak, birden çok etmenle şiddetlenebilen, immün regulasyon bozukluğu sergileyen, kronik bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (1).

MS'li olguların yaklaşık 2/3'ünde başlangıç yaşı 20-40 yaş aralığıdır. Klinik bulgular, santral sinir sisteminde demiyelinizasyonun yer aldığı spesifik alanları yansıtır. Optik nörit, görme keskinliğinde azalma, diplopi, nistagmus, motor güçsüzlük, paresteziler, ataksi ve mesane disfonksiyonu en sık izlenen klinik bulgulardır (2). Bu çalışmada, genel anestezi altında sezaryen seksiyon uygulanan MS tanılı bir olgu özellikleri nedeni ile literatür bilgileri ışığında sunulmaya değer bulunmuştur.

OLGU

Doğum ağrılarının başlaması üzerine Kadın Doğum kliniğine yatırılan 30 yaşında 40 haftalık gebe olguda, özgeçmişinde MS olması nedeni ile sezaryen girişiminin genel anestezi altında yapılması planlandı. 1992 yılında stres ile ortaya çıkan ani görme kaybı nedeni ile başvurduğu klinikte, klinik ve elektrofizyolojik bulgularla (*vizüel uyarılmış potansiyeller-VEP*) MS tanısı alan hastanın 1992-1999 arasında emosyonel stres ile provoke olan üç optik nörit atağı geçirdiği öğrenildi. Alınan anamnezde, bu ataklar sırasında intravenöz metilprednisolon tedavisi uygulandığı ve klinik bulgularının tama yakın düzeldiği saptandı. Son 1 yılını ataksız geçiren olgunun, takip eden hekiminin de uygun görmesi ile gebelik kararı aldığı ve sorunsuz bir gebelik geçirdiği belirlendi.

Olgunun operasyon öncesi yapılan biyokimyasal tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Operasyon masasına alınan hastaya 5 mg/kg tiyopental ve 0.6 mg/kg rocuronium bromide ile anestezi induksiyonu sağlanarak endotrakeal entübasyon yapıldı. Anestezi idamesinde N₂O-O₂ % 50 ve sevofluran % 1 uygulandı. Operasyon sırasında noninvaziv kan basıncı, kalp hızı, oksijen saturasyonu ve ateş takibi yapıldı. 3100 gr ağırlığında canlı, sağlıklı kız bebek doğumu gerçekleşti. Olgunun vital bulgularında operasyonun seyri sırasında klinik açıdan önemli bir değişim izlenmedi. Ek doz kas gevşetici gerektirmeyen olgu deküritize edilmeden sorunsuz olarak ekstübe edilerek servisine gönderildi. Postoperatif ateş takibi yapılan olguda bu dönemde de herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

TARTIŞMA

MS olgularında emosyonel stres, infeksiyonlar, travma, perioperatif cerrahi ve anestezi stresi gibi faktörlerin, semptomların alevlenmesinde rol oynadığı bildirilmiştir. Ayrıca, postpartum periyodun, fiziksel ve emosyonel yorgunluk veya hormonal dalgalanmalara neden olarak, MS semptomlarının alevlenmesine katkıda bulunduğu öne sürülmüştür. Bunun yanında, vücut ısısındaki yükselmelerin semptomların ortaya çıkmasına neden olduğu bildirilmiştir (3).

Siemkovichz'in çalışmasında; postoperatif ateş olma-

diği durumlarda cerrahi ve anestezinin MS semptomlarında alevlenmeye neden olduğuna ait bulgu saptanmamıştır (4). Genel anestezi ajanlarının MS üzerine olumsuz etkisi yoktur. Ancak, teorik olarak antikolinergik ajanların vücut ısısını artırıcı özellikleri nedeni ile kaçınılması tavsiye edilmiştir (5). Tiyopental'in daha önceki kaynaklarda (6) MS'de kullanım konusunda sunulan olumsuz görüşler son bildirilerde doğrulanmamıştır (4). MS nedeni ile ciddi kas atrofisi olan olgularda olası bir hiperkalemik yanıtı yol açmamak için süksinilkolin önerilmemektedir. Ancak, hafif semptomlu veya remisyondaki hastalarda güvenle kullanılabileceği öne sürülmüştür. Literatürde, nondepolarizan kas gevşeticilerin olumsuz yanıtlarına dair bildiri yoktur (7). Sunduğumuz olguda kullandığımız rokuronyumla ilgili bir komplikasyon yaşamadık. Öte yandan, vücut ısısının artışı engellemek amacıyla olgumuzda antikolinergik ajan kullanılmadı.

MS'de kan-beyin bariyeri bozulduğu için rejyonel anestezi uygulanması ile ilgili farklı görüşler vardır. Tek başına tanıtılma amaçlı lomber ponksiyonun relapsları uyarmadığı gösterilmiştir. Ancak, kan-beyin bariyeri lokal anestezi ajanlara daha geçirgen olduğu için normal kişilerden daha düşük dozlarda bile toksik dozlara ulaşılabilir. Bunun yanında, spinal korddaki demiyelinizan nöral dokunun lokal anestezi histotoksitesiteye predispozisyon yaratması, spinal anesteziyi kontrendike kılmıştır. Epidural anestezide ise spinal kord ak madde-sinde lokal anestezi ajan konsantrasyonunun düşük olması bu riski azaltarak avantaj sağlamıştır, ancak tekrarlayan ve sürekli uygulamaların bu avantajı azalttığı bildirilmiştir (8). Rejyonel anestezi ajanlarının MS semptomları üzerine etkisi ile ilgili kontrollü klinik bir çalışma yapılmamıştır, ancak bir dizi olgu serisinde epidural ve/veya spinal anestezi sonrası MS atakları gözlenmediği ve atak sıklığının genel sıklığından farklı olmadığı belirlenmiştir (9).

Kronik steroid tedavisi alan MS olgularında perioperatif dönemde steroid desteğinin devam ettirilmesi önerilmiştir. Sunduğumuz olgu remisyonunda olduğu için steroid kullanılmamaktaydı. Ayrıca, olgu takibinde preoperatif ve postoperatif dönemde nörolojik muayene ile semptomların kaydedilmesi önemlidir. Sunduğumuz olguda postoperatif 3 günlük takipte nörolojik defisit saptanmadı.

Sonuç olarak, anestezi uzmanları MS'li bir olguyla karşılaştığında hastaya ve operasyona göre uygun yöntemi belirleyecek bilgiye sahip olmalı ve hangi yöntemi kullanırsa kullansın antikolinergik ajan kullanımını konusunda dikkatli olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Poser CM, Paty D, Scheinberg L ve ark: New diagnostic criteria for multiple sclerosis. *Ann Neurol* 13:227-231, 1983.
2. Bradley W, Daroff R, Fenichel G, Marsden C: *Neurology in Clinical Practice*. 2nd ed Newton. Butterworth-Heinemann p:1307-1309, 1996.
3. Runmaker B, Andersen O: Prognostic factors in a multiple sclerosis incidence cohort with twentyfive years of follow-up. *Brain* 116:117-134, 1993.
4. Siemkowicz E: Multiple sclerosis and surgery. *Anaesth* 31:1211-1216, 1976.
5. Detels R, Clark VA, Valdiviezo NL ve ark: Factors associated with a rapid course of multiple sclerosis. *Arch Neurol* 39:337-341, 1982.
6. Baskett PJ, Armstrong R: Anaesthetic problems in multiple sclerosis. *Anaesthesia* 25:397-401, 1970.
7. Benumof JL: *Anesthesia and uncommon diseases*, 4. Ed. WB Saunders, Philadelphia pp.22-24, 1998.
8. Warren T, Datta S, Ostheimer G: Lumbar epidural anaesthesia in a patient with multiple sclerosis. *Anaesth Analg* 61:1022-1023, 1982.
9. Berger J, Ontell R: Intrathecal morphine in conjunction with a combined spinal and general anaesthetic in a patient with multiple sclerosis. *Anaesth* 66:400-402, 1987.