

Behçet hastasında anestezi yönetimi

Ayça Tuba DUMANLI ÖZCAN *, Cemile BALCI **, Şemsi Mustafa AKSOY **

ÖZET

Hulusi Behçet tarafından, 1937'de tanımlanan Behçet hastalığı (BH), yineleyen oral, genital ülserler ve göz bulgularının yanı sıra kas-iskelet, nörolojik ve gastrointestinal tutulumlar ile seyreden geniş dağılımlı bir vaskülitir. Anestezi seçimi açısından organ tutulumu ve kullanılan ilaçların yan etkileri nedeniyle özeldir. Bu olgu sunumunda total diz protezi planlanan Behçet hastasında anestezi yönetimini tartıştık.

Anahtar kelimeler: Anestezi, Behçet hastalığı, rejyonel anestezi

SUMMARY

Anesthesia management in a patient with Behçet's disease

Behçet's Disease, defined by Hulusi Behçet in 1937 is a systemic vasculitis characterized by repetitive oral and genital ulcers and eye symptoms in addition to musculoskeletal, neurological and gastrointestinal involvements. It is a special disease in terms of anesthesia choice due to organ involvement and the adverse effects of the related medications. In this case report we discussed the method of anesthesia application in a Behçet's disease patient who was scheduled for a total knee prosthesis.

Key words: Anesthesia, Behçet's disease, regional anesthesia

GİRİŞ

Etiyolojisi net olarak ortaya konmamakla birlikte, BH eğilim, HLA B genindeki polimorfizmle ilişkilendirilmektedir. Bunun yanı sıra çevresel faktörler, virüsler ve otoimmünite de suçlanmaktadır. Multisistemik bir hastalık olan BH'nın klinik bulgularından sorumlu olan histopatolojik lezyon özellikle venülleri tutan vaskülitir ⁽¹⁾.

İlaçlara bağlı olarak da gerek gastrointestinal sistemde, immün sistemde ve endokrinolojik sistemde karşılaşılan yan etkiler mevcuttur. Kolşisinin uzun süre kullanımında karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozulmalar oluşmaktadır. Bu nedenle genel anestezi uygulamasında ilaç tercihi hem ilaçların atılımı hem de metabolizması yönünden dikkatli değerlendirilmelidir. Steroid kullanımı da inflamatuvar yanıtı baskılamak amacıyla BH'nın tedavisinde mevcuttur. Ancak aterosklerozdan psikoza kadar birçok yan etki-

si bulunmaktadır. Bu ilaçlara immün sistemi baskılayan ilaçlar da eklenebilmektedir ⁽²⁾. Dolayısıyla bir anestezi olarak ayrıntılı anamnez alınması ve fizik muayene yapılması önem arz etmektedir. BH'na yaklaşım gerek primer nörolojik tutulum veya ilaçlara bağlı olarak seçilecek anestezi yöntemini etkilemektedir. Ender de olsa beraberinde kardiyak ve eklem tutulumları da göz önünde bulundurularak rejyonel anestezi uygulanması önerilmektedir ⁽³⁾.

OLGU

On iki yıl önce görme bozukluğu nedeniyle hastaneye başvuran ve devamında eklem ağrıları, ağızda aftöz lezyonlar ve genital ülserler ortaya çıkmasıyla BH tanısı alan 28 yaşında erkek hastaya total diz protezi operasyonu planlandı.

Fizik muayenesinde vital parametreleri normaldi. Ağızda aftöz lezyonlar mevcuttu. Laboratuvar değerle-

Geliş tarihi: 26.12.2014

Kabul tarihi: 06.02.2015

* Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Bölümü

** Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Anestezi ve Reanimasyon Bölümü

Yazışma adresi: Dr. Ayça Tuba Dumanlı Özcan, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Bölümü Bilkent, Ankara

e-mail: draycaozcan@gmail.com

ri kronik hastalık anemisiyle uyumluydu. Hasta diz artriti nedeniyle po. olarak metil prednizolon 1x16 mg, kolşisin 2x1 tablet/gün kullanmaktaydı. Nöroloji, dermatoloji bölümlerince konsülte edilerek preoperatif olarak değerlendirildi. Herhangi bir organ disfonksiyonu mevcut değildi. Artan kortikosteroid gereksinimi nedeniyle preoperatif 2 mg/kg metil prednizolon yüklemesi yapıldı.

Olgumuzda reyonel anestezi planlandı. Operasyon masasına alınan hastaya 22-gauge intraket ile damar yolu açıldı. EKG, saturasyon ve noninvaziv arter monitorizasyonu yapıldı. Oturur pozisyonda 26 gauge spinal iğneyle L3-4 aralığından 12,5 mg intratekal verilerek % 0,5 hiperbarik bupivakain ile spinal anestezi uygulandı. Bloğun seviyesi pinprick testiyle T10 dermatomuna ulaştığında cerrahiye izin verildi. Spinal anestezi uygulaması sonrasında 0.03 mg/kg intravenöz midazolam ile sedasyon sağlandı. Solunumsal, dolaşımsal veya bilişsel herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Kanama miktarı 100 cc olan hastaya, iv.1500 cc NaCl infüze edildi. Operasyon boyunca ve postoperatif uyandırma ünitesinde vital bulguları stabil seyreden hasta ortopedi servisine alındı. Sonrasında da herhangi bir komplikasyonla karşılaşılma ve postoperatif 4. gün sıhhatle taburcu edildi.

TARTIŞMA

BH'nda orofaringeal ülserle lezyonlara bağlı gelişmiş olan skar dokusu ve yapışıklıklar entübasyon ve ventilasyon sorunlarına yol açabilmektedir (4). Zor entübasyon açısından ayrıntılı bir değerlendirme ve zor entübasyon hazırlığı önerilmektedir. Aynı zamanda entübasyonunda zorlanılan olguların postoperatif yeni ağırlı ülserle lezyonlar gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Bu lezyonlar hastanın oral alımını etkilemekte ve mortalite ve morbiditede artışa neden olmaktadır. Literatürde dördüncü denemede güçlükle entübe edilen bir BH olgusunda postoperatif birinci günde dudaklar, diş etleri, dil, tonsiller, oral mukoza ve larinkste aftöz lezyonların oluştuğunu ve bunun entübasyon sırasında orofarinkste meydana gelen travma sonucu olabileceği belirtilmektedir (5).

BH deri tutulumunda çeşitlilik görülmektedir. Eriyema nodozum papülopüstüler lezyonlar ve yüzeysel tromboflebit en sık olarak karşılaşılabılır. 2. veya 3. girişimlerin yahut ilk seferde dahi cilt irritasyonu yaratabileceği bildirilmektedir (6).

Olgumuzun sırt bölgesinde yaygın papülopüstüler lezyonlar görülmekle beraber, bu lezyonlar L3-4 bölgesinde mevcut değildi. Uygulanan invaziv girişimler, damar yolu açılması, spinal anestezi uygulanması sırasında olabilen en az travmatize şekilde anestezi uzmanı tarafından uygulandı.

Gerek multisistemik organ tutulumu, gerekse hastaların kullandıkları ilaçların hepatorenal toksik etkileri nedeniyle BH'nda anesteziyoloğun yaklaşımı çok önemlidir. Karaciğer ve böbrek bozukluğu olanlarda anestezik ilaçlar ve dozları dikkatlice ve titre edilerek uygulanması önerilmektedir. Hastada hepatorenal bir patoloji tespit edilmemiştir. Ancak anestezi uygulaması seçiminde hepatorenal sistemde olumsuz etkileri olabilecek inhaler ve intravenöz genel anestezik ilaçlardan kaçınmak amacıyla reyonel anestezi tercih edilmiştir. BH'nda nörolojik tutulum, sistemik bulguların gözlemlenmesinden ortalama 5 yıl sonra tespit edilmektedir. Erkek hastalarda 3-4 kat daha sık görülmektedir. Başlıca MSS tutulumu olarak ortaya çıkar ve en sık beyin sapı tutulumuna bağlı olarak ataksi görülmekle birlikte hemiparazi sfinkter kusuru, davranış değişikliği veya kognitif fonksiyon bozukluğu, parankim dışı tutulum da ise dural sinüs trombozu, epileptik nöbet görülebilmektedir (7). Bu nedenle her açıdan anestezi öncesi muayene, istenilen görüntüleme yöntemleri ve konsültasyonlar önemlidir. Reyonel (spinal-epidural) anestezi santral sinir sistemi tutulumu ve kafa içi basıncındaki artış durumunda bazı sıkıntılara yol açabilmektedir. Aynı zamanda vertebral eklem tutulumu olan hastalarda, reyonel anestezi uygulama alanının bu anlamda da dikkatle muayene edilmesi önerilmektedir. Hastanın damar tutulumundan dolayı antiagregan veya antikoagülan ilaç kullanması veya karaciğer yetersizliğine bağlı koagülasyon defektlerinin oluşması da reyonel (spinal-epidural) anestezi için bir kontrendikasyon oluşturabilmektedir. Santral reyonel bloklarda nörobeçet gelişimini

hızlandırabileceğinden hava yolu sorunu düşünülmeden hastalarda genel anestezi tercih edilen olgular da mevcuttur ⁽⁸⁾.

Hastada orofaringeal ve fizik muayene sonucu zor hava yolu beklemememize karşın, olası bir entübasyon zorluğu veya entübasyon sırasında oluşabilecek travmaya bağlı gelişebilecek aftöz ülserasyon olasılıklarından kaçınmak amacıyla, diğer sistem muayenelerinin de uygun olması sonucu rejyonel anestezi uygulaması tercih edilmiştir. Uygulama sırasında karaciğer ve böbrek perfüzyon bozukluğuna neden olmamak amacıyla blok seviyesi hemodinamik stabilizasyonu bozmayacak şekilde düşük tutulmuştur. İntraoperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyonla karşılaşmamıştır.

Sonuç olarak, BH'nin anestezi yönetiminde zor entübasyon ve kullanılan ilaçların hepatorenal olumsuz etkileri açısından, koagülasyon parametreleri ve nörolojik muayene normal ise rejyonel anestezinin tercih edilebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Türköz A, Toprak IH, Köroğlu A, et al.** Anesthetic management and endovascular stent grafting of abdominal aortic aneurysm in a patient with Behçet's disease. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2002;16:468-70. <http://dx.doi.org/10.1053/jcan.2002.125140>
2. **Göz M1, Cakir O, Eren MN.** Behçet's Syndrome: Is Ligation an Alternative Treatment? *Vascular* 2007;15(1):46-48. <http://dx.doi.org/10.2310/6670.2007.00010>
3. **Ertürk E, Şenel AC, Koşucu M ve ark.** Behçet Hastalığında Anestezi Uygulaması-Rejyonel mi, genel mi? *Türk Anest Rean Der Dergisi* 2009;37(2):114-117.
4. **Hirose H, Takagi M, Noguchi M.** Coronary revascularization and abdominal aortic aneurysm repair in a patient with Behçet's disease. *J Cardiovasc Surg* 1998;39:751-755.
5. **Salihoglu Z, Dikmen Y, Demiroglu S, et al.** Oral aphthous ulcers after difficult intubation in a patient with Behçet's disease. *Anaesthesia* 2002;57(6):620-1. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2044.2002.265821.x>
6. **Bozkurt M1, Torin G, Aksakal B, et al.** Behçet's disease and surgical intervention. *Int J Dermatol* 1992;31(8):571-3. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4362.1992.tb02722.x>
7. **Porcu P, Chavanon O, Bertrand B, et al.** Giant aneurysm of the proximal segment of the left anterior descending artery in a patient with Behçet's disease-a combined approach. *The Canadian Journal of Cardiology* 2008;24(10):73-74. [http://dx.doi.org/10.1016/S0828-282X\(08\)70690-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0828-282X(08)70690-1)
8. **Partridge B.** Skin and bone disorders in Anesthesia uncommon disease, Benumof JL (ed). WB saunders company 1998; 423-58.