

SPİNAL ANESTEZİ SONRASI TEK TARAFLI ABDUSENS PAREZİSİ: OLGU SUNUMU

Tamer KUZUCUOĞLU, Özlem DEMİRTAŞ, Hakan ERKAL, Gülten ARSLAN, Zuhul ARIKAN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Dura ponksiyonu sonrası gelişen baş ağrısı, anestezi amaçlı dura ponksiyonun nadir görülen bir yan etkisidir. Fron-to-oksipital yerleşimli bu baş ağrısı, istemsiz hareketler, bulantı, fotofobi, hipoakuzi ile beraber görülebildiği gibi ba-zen de kraniyal sinirlerin etkilenmesi ile beraber olabilir. Bu yazıda elektif pilonidal sinüs ameliyatı için 25 G Atrokan iğne ile spinal anestezi uygulandıktan sonra sağ gözde VI. sinir parezisi gelişen bir olgu sunulmuş ve mevcut li-teratür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Abdusens sinir hastalıkları/etyoloji; anestezi, spinal/yan etki.

UNILATERAL VITH CRANIAL NERVE PARESIS AFTER SPINAL ANESTHESIA: A CASE REPORT

Postdural puncture headache (PDPH) is an infrequent side effect of anesthetic dura mater puncture. This fronto-occipital headache can be accompanied by wambles, emesis, photophobia, hypoacusia and sometimes involve-ment of cranial nerves. In this paper, we present a case of right VIth cranial paresis that appeared after a spinal anesthesia performed with a 25 G Atraucan needle for elective pylonidal sinus operation. The case has been dis-cussed regarding the relevant literature.

Key Words: Abducens nerve diseases/etiology; anesthesia, spinal/adverse effects.

Santral nöral blok olarak adlandırılan spinal aneste-zi tekniği, son yıllarda anestezi uygulamasında yay-gın biçimde kullanılmaktadır. Bu tekniğin üstünlük-leri yanında nörolojik komplikasyonlar gibi yan et-kileri de mevcuttur.^[1] Özellikle genç hastalarda spi-nal anestezi sonrası gelişen nadir komplikasyonlar-dan birisi de baş ağrısı ve buna eşlik eden abducens sinir parezisisidir.^[2] Abdusens sinir parezisi, tek veya iki taraflı olabilmekte ve hastalar diplopiden şikayet etmektedirler.

OLGU SUNUMU

Elektif olarak, genel cerrahi kliniği tarafından piloni-dal sinüs ameliyatı planlanan 25 yaşında, 72 kg ağır-lığında erkek olgu ameliyat için hazırlandı. Hastaya, spinal anestezi uygulanması planlandı. Premedikas-

yon uygulanmadan ameliyathaneye alınan olguya prehidrasyonu takiben steril koşullarda L₃₋₄ spinal aralıktan 25 G Atrokan iğne kullanılarak tek seferde spinal aralığa girildi. Beyin omurilik sıvı akışı görüldükten sonra 3 ml (15 mg) hiperbarik bupivakain in-tratekal uygulandı. Duysal blok *pin-prick* testi, motor blok Bromage skalası ile değerlendirildi. Duysal blok T₁₀ düzeyine geldiğinde ameliyat başlatıldı. Hemodi-namik parametreleri stabil seyreden hasta 45 dakika süren ameliyatı takiben derlenme odasına alındı.

Ameliyattan sonra üçüncü günde oksipitalden başla-yan frontale yayılan şiddetli baş ağrısı yakınması ile hastanemize müracaat eden hasta yatırılarak takibe alındı. Dördüncü günde sağ gözde diplopi şikayetleri gelişen hastaya nöroloji ve göz muayeneleri yaptırıldı. Bilgisayarlı beyin tomografisinde herhangi bir pa-

Başvuru tarihi: 7.12.2004 Kabul tarihi: 6.9.2005

İletişim: Dr. Tamer Kuzucuoğlu, Soyak Yenişehir Manolya A3 Blok, No: 40, Ümraniye, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 441 39 00 / 1295 e-posta: tkuzucu@superonline.com

toloji saptanmayan hastada sağ abducens parrezisi saptandı ve spinal anestezi komplikasyonu kabul edilerek tedaviye başlandı. Baş ağrısı tedavisi olarak izotonik sıvı hidrasyonu, yatak istirahati, analjezik (parasetamol, NSAİD) ve karın bandajı önerildi. Diplopinin meydana getirdiği aşırı rahatsızlığı önlemek için şikayetleri geçinceye kadar göz tampon kullanılarak kapatıldı ve tiamin uygulandı. Hasta 10. gün sonunda kontrollere gelmek şartıyla taburcu edildi. Üçüncü ayın sonunda yapılan kontrolde olgunun şikayetlerinin tümünün ortadan kalktığı saptandı.

TARTIŞMA

Post dural baş ağrısı (PDBA) diyagnostik, terapötik, kaza sonucu ve spinal anesteziye bağlı ancak sık olarak görülmeyen yan etki olarak kabul edilir.^[3] Baş ağrısının; spinal iğnenin durada oluşturduğu delikten serebrospinal sıvı kaybına neden olarak, serebrospinal sıvı basıncı azalması ve beynin hidrolik süspansiyonunun kaybı sonucu geliştiği düşünülmektedir.^[3] PDBA; kusma, hipoakuzi, fotofobi şikayetleri ile seyrederken, kraniyal sinir tutulumları ile birlikte de görülmektedir. Bu kraniyal sinirler içerisinde en sık tutulan boyunun uzun olması nedeniyle abducens siniridir. Gelişebilecek diğer kraniyal sinir parrezilerinden intrakraniyal hipotansiyona neden olan aynı mekanizma sorumlu tutulmaktadır.^[4] VI. kraniyal sinir tutulumunun en sık görülmesinin nedeni ise kafa kadesi seyrinin uzun olması nedeniyle gerilme sonucu kolayca fonksiyonel değişim göstermesidir.^[5]

Spinal anestezi sonrası kraniyal sinirlerde fonksiyon bozuklukları gelişmesinin insidansı bilinmemektedir. Romero ve ark.,^[6] lomber spinal anestezi uygulanan olgularda insidansın %0.012 ile %0.020 arasında değişmekte olduğunu bildirmişlerdir. İnce uçlu iğne kullanımının; PDBA ve dolayısı ile nörolojik komplikasyon gelişme insidansını azalttığı bilinmektedir.^[7]

Bu hastalarda, aynı zamanda diğer patolojilerin varlığının da araştırılması gerekir. Dura delinmesi dışında VI. kraniyal sinir parrezisinin diğer iyatrojenik nedenleri; vaskülopatiler, tümörler, multipl skleroz, inflamasyon, travma, hidrosefali ve intravenöz nitrogliserin kullanımı olarak bilinmektedir.^[8,9] VI. kraniyal sinir parrezisinde değerlendirmede aksiyal tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gerekli radyolojik yöntemlerdir.^[10] Olgumuzda çekilen beyin tomografisi normal olarak kabul edilmiş,

yapılan göz muayenesinde sağ göz dış kaslarda atrofi saptanmıştır. Parezi gelişen hastalarda kalıcı kusur kalma korkusu önemli bir sorundur. Bu nedenle ilk yapılması gerekenlerden birisi de, hastaların bu rahatsızlığının geçici olduğu konusunda ikna edilip rahatlatılmasıdır.

Parezi tedavisinde epidural yama uygulamasının etkisiz olduğu, sıklıkla iyileşmenin spontan olduğu gösterilmiştir.^[11] Biz de epidural yama kullanmadık. Hasta 10. günde taburcu edilerek 15 gün sonra kontrole çağırıldı. Aralıklı olarak yapılan kontroller sırasında üçüncü ayda olgunun yakınmalarının tamamen ortadan kalktığı saptandı.

Sonuç olarak; VI. kraniyal sinir parrezisinin, spinal anestezi uygulanmasından sonra nadir olarak görülen, ancak hastanın endişe ve korku duymasına neden olan, sıklıkla spontan düzelen bir komplikasyon olduğu hatırdta tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kayhan Z. Klinik anestezi. İstanbul: Logos Yayıncılık; 1997. p. 163-74.
2. Day CJ, Shutt LE. Auditory, ocular, and facial complications of central neural block. A review of possible mechanisms. *Reg Anesth* 1996;21(3):197-201.
3. Johnson R, Lyons G, Bamford J. Visual problems following dural puncture. *Postgrad Med J* 1998;74(867):47-8.
4. Salazar F, Villalonga A Luis M, Anglada T, Gonzalez JL, Nalda MA. Paralisis del VI par craneal tras anestesia intradural. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1985;32(4):193-4.
5. Moster ML, Savino PJ, Sergott RC, Bosley TM, Schatz NJ. Isolated sixth-nerve palsies in younger adults. *Arch Ophthalmol* 1984;102(9):1328-30.
6. Romero Aroca P, Domenech Calvet J, Martínez Salcedo I, Salvat Serra M, Perena Soriano F, Del Castillo Dejardin D. Paresia del VI par craneal tras raquianestesia por intervención de hernia inguinal. *Rev Clin Esp* 2000;200:109-10.
7. Vial F, Bouaziz H, Adam A, Buisset L, Laxenaire MC, Battaglia A. Oculomotor paralysis and spinal anesthesia. *Ann Fr Anesth Reanim* 2001;20:32-5.
8. Szokol JW, Falleroni MJ. Lack of efficacy of an epidural blood patch in treating abducens nerve palsy after an unintentional dura puncture. *Reg Anesth Pain Med* 1999;24(5):470-2.
9. Dunbar SA, Katz NP. Failure of delayed epidural blood patching to correct persistent cranial nerve palsies. *Anesth Analg* 1994;79(4):806-7.
10. Advani RM, Baumann MR. Bilateral sixth nerve palsy after head trauma. *Ann Emerg Med* 2003;41(1):27-31.
11. Gaul C, Pfau M, Huk WJ, Heckmann JG. Bilateral paresis of the abducens nerve: report of two cases. *Eur J Neurol* 2002;9(6):698-700.