



BEHÇET HASTALARINDA ANESTEZİ UYGULAMASI: OLGU SUNUMU

Gülşen BOSNA¹, Neşe AYDIN¹

İlk kez 1937'de tekrarlayıcı iritis, oral ve genital ülserasyonlar triyadı ile tanımlanan Behçet hastalığının, daha sonra kalp, damarlar, akciğer, merkezi sinir sistemi, gastrointestinal sistem, böbrekler, cilt ve eklemleri de tutan bir multisistem hastalığı olduğu ortaya konmuştur. Bu olgu sunumunun amacı, Behçet hastalarındaki anestezi yaklaşımı gözden geçirmektir.

Anahtar kelimeler: Behçet Sendromu, anestezi, genel

ANESTHETIC MANAGEMENT IN BEHÇET'S DISEASE: CASE REPORT

Behçet's disease, originally described in 1937 as a symptom triad of recurring iritis, ulceration of the mouth, and ulceration of the genitalia, is now recognized to involve additional organ systems, including the skin, central nervous system, heart, any part of the vasculature, lungs, and joints. The purpose of this case report is to review the anesthetic approach in Behçet's disease.

Key words: Behçet Syndrome, anesthesia, general

İlk defa 1937 yılında Hulusi Behçet tarafından tarif edilen Behçet hastalığı, patogenezi tam olarak bilinmeyen, oral ve genital bölgede aftöz ülserasyon, gözde tek veya çift taraflı hipopiyonlu iritis ile karakterize, çok sayıda sistemi ilgilendiren iltihabi bir hastalıktır^{1,2,3,4}. Cildi ve mukozayı, genital organları, gözü, eklemleri, damarları, merkezi sinir sistemini ve gastrointestinal sistemi tutabilir. Tutulan bütün organlardaki histopatolojik değişiklik vaskülit şeklindedir. Genellikle yirminci yaştan sonra ortaya çıkar ve erkeklerde görülme oranı kadınlara göre iki kat daha fazladır¹. En çok Japonya, Türkiye ve İsrail'de görülür.^{1,3}

Behçet hastalığı çok sayıda sistemi tutan bir hastalık olduğundan, anestezi uygulamaları yönünden önem arzeder. Bu çalışmada bir olgu nedeniyle hastalığın anesteziindeki özellikler gözden geçirilmiştir.

OLGU

Otuzüç yaşında, 2 seneden beri Behçet hastalığı nedeniyle izlenen erkek hastanın sağ inguinal herni nedeniyle operasyona alınmasına karar verildi. Hastanın rutin laboratuvar tetkiklerinde, nöroloji ve kardiyoloji konsültasyonlarında ve fizik muayenesinde patolojiye rastlanmadı. Hasta diz artriti nedeniyle 1x0.5 mg/gün kolşisin draje ve 2x4 mg/gün metilprednizolon tablet kullanıyordu. 15 seneden beri sigara içtiğini belirten hastanın fizik statusu ASA II olarak belirlendi.

Operasyon masasına alınan hastaya anestezi uzmanı tarafından, dominan olmayan el sırtından, 22 G IV kanül ile travmatize edilmeden damar yolu açıldı. EKG, non-invaziv sistolik ve diastolik arter basıncı, SpO₂ monitörize edildi. 0.5 mg atropin ve 100 µg fentanil ile premedikasyonu takiben 130 mg metilprednizolon IV yapıldı. Genel anestezi induksiyonu için 7 mg/kg tiyopental sodyum verilmesini

takiben 0.1 mg/kg vekuronyum bromür ile endotrakeal entübasyon yapıldı. Anestezi idamesi %50 N₂O: O₂ içinde izofluran ile sağlandı. Per ve postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmeyen hasta, operasyonun üçüncü günü şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Çok sayıda sistemi ilgilendiren iltihabi bir hastalık olan Behçet hastalığında hastaların %80 kadarında papül, püstül, vezikül ve follikülit şeklinde olan çeşitli deri lezyonları vardır¹. Deriye steril iğne batırıldığında küçük püstüller oluşabilir⁵. İltihabi deri lezyonlarını teşvik edebileceğinden hastaya enjeksiyon yapmaktan kaçınmak gerekir^{1,5}. Bu nedenle olguya parenteral preoperatif medikasyon yapılmamıştır. Behçet hastalığındaki olası emilim bozukluğu nedeniyle, oral preoperatif medikasyon yetersiz kalabileceğinden⁶, hastanın premedikasyonunun ameliyathanede açılan damar yolundan yapılması uygun görülmüştür.

Behçet hastalığında yaygın vaskülit vardır. Arteriyel girişim yerlerinde anevrizma, ven girişim yerlerinde tromboz oluşabilmektedir⁶. Bu nedenle damarsal girişimler travmaya yol açmadan ve steriliteye dikkat edilerek yapılmalıdır.

Behçet hastalarına göz lezyonları, şiddetli artrit ve merkezi sinir sistemi tutulmalarında sistemik kortikosteroid tedavisi uygulanmaktadır^{1,2}. Bizim olgumuzda da hasta diz eklemindeki artrit nedeniyle kortikosteroid kullanmaktaydı. Kortikosteroid tedavisi alan hastalarda anestezi ve cerrahinin yaratacağı stresi karşılamak için doz artırımına gidilmelidir⁷. Bu nedenle ameliyat masasına alınan hastaya induksiyondan önce 2 mg/kg metilprednizolon IV olarak uygulanmıştır.

Behçet hastalarının ağız mukozasındaki ülserasyonlar orofarinksde kötü nedbeleşmeye yol açarak, endotrakeal

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği



entübasyon güçlüğüne neden olabilir⁶. Olgunun entübasyonunda böyle bir durumla karşılaşmamıştır.

Hastaların %18'inde merkezi sinir sistemi de tutulur ve nörobeçet denen kronik meningoensefalit, beyin sapı ve omurilik lezyonları, hemiparezi, kuadriparezi, demans, kauda ekuina sendromu ve koma meydana gelebilir^{1,5,6}. Bu nedenle preoperatif dönemde hastalara nöroloji konsültasyonu yapılmalıdır. Santral reyonel bloklar nörobeçet gelişimini hızlandırabileceğinden, havayolu güvenliği sağlanabilecek hastalarda genel anestezi tercih edilmelidir⁶. Bu olguda da bu nedenle, nöroloji konsültasyonunda herhangi bir patolojiye rastlanmamasına rağmen, genel anestezi tercih edilmiştir.

Behçet hastalığı çok sayıda sistemi tutan bir hastalık olduğundan, kardiyak, pulmoner ve renal komplikasyonların ortaya çıkma olasılığı yüksektir^{1,6,8}. Bu nedenle preoperatif dönemdeki muayenelerde bu sorunlar iyi araştırılmalı, sistemik vaskülit nedeniyle hastalar mümkünse noninvaziv monitörize edilmelidir⁶. Merkezi sinir sistemi ve eklem lezyonları göz önüne alınarak, hastalar uyuduktan sonra pozisyon verilirken dikkatli davranılmalıdır.

Hastalığın ağır dönemlerinde immünsüpresif ilaçlar kullanılmaktadır^{1,2}. Hem immünsüpresif ilaçların, hem de genel anestezinin immün depresyon yaptığı⁷ göz önüne

alınarak, per ve postoperatif dönemlerde steriliteye çok dikkat edilmelidir. Behçet hastalığı vaskülit şeklindeki histopatolojik değişiklikleriyle yaygın, sistemik bir hastalıktır. Bu nedenle hasta hangi sebeple opere edilirse edilsin, preoperatif dönemde çok dikkatli inceleme yapılmalı, peroperatif dönemde de gelişebilecek komplikasyonlar göz önüne alınarak, mümkünse noninvaziv monitörizasyonla yakından izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Berkow R. The Merck Manuel Teşhis ve Tedavi El Kitabı. Çeviri. Pekus M, İstanbul, Merck Yayıncılık 1985: 905-906.
2. Değerli Ü, Çalangu S, Dilmener M ve ark. Özet Tanı ve Tedavi Kitabı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi 1984: 60.
3. Öbek A. Behçet Hastalığı. Öbek A(ed). İç Hastalıkları. Bursa, Güneş Kitabevi 1990: 893-894.
4. Murat A. Klinik Dermatoloji ve Veneroloji. İstanbul, Mısırlı Matbaacılık 1982: 56-58.
5. Aleksanyan V. Semptomdan Teşhise. İstanbul, Filiz Kitabevi 1985: 1194.
6. Partridge BL. Skin and bone disorders. In: Anaesthesia and uncommon diseases. Benumof JL (ed). California, W.B. Saunders Company 1998: 431-432.
7. Esener Z. Klinik Anestezi. İstanbul, Logos Yayıncılık 1991: 15-16.
8. Ekmekçi A. Elektrokardiyografi ve Vektorkardiyografi. Özcan R (ed). Kalb Hastalıkları. İstanbul, Bayda AŞ 1983: 105-174.