

Romatoid Artritli Hastada Anestezi

Anaesthesia in Patients with Rheumatoid Arthritis

Ayda BAŞGÜL, Arslan KEZER, Cengiz SİVRİKAYA, Nebahat SİVRİKAYA

Şişli Etfal Hastanesi II. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

ÖZET

Romatoid Artrit orta yaşla başlayan sinovial bir enflamasyon ve bunu izleyen fibrotik iyileşmeye bağlı eklem deformitesi ile karakterize orjini bilinmeyen bir hastalıktır.

20 gün ara ile iki kez rejyonal anestezi altında ortopedik cerrahi uygulanan bir olguyu sunarken Romatoid Artritli hastada anestezi yaklaşımı gözden geçirelim istedik.

ANAHTAR KELİMELEER: Romatoid Artrit, Anestezi.

SUMMARY

Rheumatoid Arthritis which starts at the middle age, is a disease of unknown origin characterized by synovial inflammation, follows to fibrotic healing that cause to joint deformities.

While reporting a case who has undergone orthopedic surgical interventions under regional anesthesia two times with a 20 day interval, we wanted to review the anesthesiologic approach to the patient with Romatoid Arthritis.

KEY WORDS: Rheumatoid Arthritis, Anaesthesia.

GİRİŞ

Romatoid Artrit, orjini bilinmeyen immün sistem aracılı sinovitle karakterize bir hastalıktır (1).

İlk kez 1859'da Sir Alfred Garrod tarafından tanımlanmış modern zamanların hastalığıdır (2).

Orta yaşla başlayan sinovial bir enflamasyon ve bunu izleyen fibrotik iyileşmeye bağlı eklem deformitesi ile karakterizedir. İnsidansı %2 olan kronik progresif ve simetrik bir poliartrit olup, kadınlarda üç kat fazla görülür (3, 4). Daha ileri yaşlarda (yedinci dek ve sonrası) ise kadın ve erkeklerin hastalığa tutulum oranları birbirine yaklaşır (4).

Servikal spina, kalçalar, omuzlar, diz ve dirsekler, el ve ayak bilekleri ve metakarpofalanjial eklemler tamamiyle etkilenir (1). İlerleyici ve sakat bırakan bir hastalıktır (3).

Kardiak valvüler lezyonlar, perikardit, pulmoner interstisyel fibroz var olsa da genellikle klinik olarak belirsiz sekonder bulgulardır. Diğer taraftan, olasılıkla kortikosteroid tedavisine sekonder, artmış iskemik kalp hastalığı insidansı ve kemoterapi ajanlarına sekonder kanser ve enfeksiyonlar hastaların beş yıllık sürvilerini %50 azaltır (1).

Özellikle ortopedik cerrahide Romatoid Artritli hastalar daha sık karşımıza çıkar ve genellikle birden fazla operasyon ve anestezi ihtiyacı vardır. 20 gün ara ile iki kez rejyonel anestezi altında ortopedik cerrahi uygulanan bir olguyu sunarken Romatoid Artritli hastada anestezi yaklaşımı gözden geçirelim istedik.

OLGU BİLDİRİMİ

5.12.1995'de 35 yaşında kadın hasta Romatoid Artrit + hareket kısıtlılığı nedeni ile sağ kalçaya total endoprotez tatbiki için operasyona alındı. Hasta 12 yıldır Romatoid Artritli olup ekstremitelerindeki deformite nedeniyle ağır hareket kısıtlılığı vardı. Hasta 44 kilo olup karaciğer kot kenarını 2 cm geçiyor, akciğer bazalinde kaba raller mevcuttu. Preoperatif TA: 110/70 mmHg, NDS=78/dk, ritmik olup SGOT=28 U/L, AKŞ=75 mg/dl, üre=35 mg/dl, PTZ, PTA,

Yazışma Adresi:

Ayda Başgül
Ergenekon Cad. 69/71 Kat: 4, Daire: 9,
80240 Pangaltı/İstanbul
Tel: (0212) 234 21 40

APTT normal olup RBC=5000000, WBC=11800, Hb=12.9, Htc=%37.8 olup Fluokortolon 20 mg/gün ve İndometazin 250 mg/gün, gerektiğinde ise Dipiron 250 mg kullanıyordu. Öncesinde Lorazepam 25 mg/gün kullanmakla birlikte 15 gündür ilacını almıyordu.

Operasyon salonuna alınan hastada L2-3 aralığından 22no spinocain ile sağ lateral dekübitis pozisyonunda spinal aralığa girilerek %2'lik Prilocaine'den 4cc+%0.5'lik Bupivacaine'den 3 cc verildi. Dördüncü dakikada T10'a dek duysal blokaj ve tam motor blokaj gerçekleştirildi.

Operasyon 2 saat 37 dakika, analjezi 2 saat 50 dakika, motor blok 4 saat 50 dakika sürdü. Sement konmadan 5 dakika önce 15 mg Efedrin IV yapıldı. Peroperatuar kan basıncı ve kalp hızı stabil seyretti. 3 ünite kan ve 1450 cc kristalloid sıvı verildi. Sedasyon için Midazolam IV 1 mg dozlarında dört kez yapıldı. Metil Prednizolon 120 mg ve Metoklopramid 1 amp IV verildi. Postoperatif 24 saat içinde 2000 cc kristalloid sıvı IV ve analjezik olarak bir kez Metamizol 1 amp IM yapıldı.

25.12.1995'de sol tarafa total endoprotez tatbiki için hasta operasyon salonuna alındı. TA=120 mmHg, NDS=76/dk ritmik ve laboratuar bulgularında bir özellik yoktu. Spinal aralığa L3-4 mesafesinden girilerek %2'lik Prilocaine'den 4 cc + %0.5'lik Bupivacaineden 3 cc verildi. Üçüncü dakikada T10 seviyesine dek duysal blok ve tam motor blok gerçekleştirildi.

Operasyon 2 saat 15 dakika, analjezi 3 saat 35 dakika, motor blok 3 saat 35 dakika sürdü. Sement asetabular ve medüller olarak kondu. Metil Pednizolon 240 mg operasyon başlamadan yapıldı. İntraoperatif midede yanma hisse ve bulantı-kusması olunca lamp Metoklopramid ve Ranitidine 150 mg IV yapıldı. İntraoperatif hemodinamik parametreler stabil seyretti. İntraoperatif 3 ünite kan ve 1800 cc kristalloid sıvı verildi. Postoperatif 24 saatde 1500 cc kristalloid verilen hastada analjezi ihtiyacı olmadı.

TARTIŞMA

RA'li hastada anesteziistin amacı; dikkatli bir preoperatif değerlendirme ile perioperatif riski minimize indirmektir. Hastalığın artiküler ve sistemik sonuçlarıyla birlikte, devam eden medikal tedavinin yan etkileri de anesteziyi etkileyebilir.

Romatoid Artritli hastada;

1. Özellikle atlanto-axial, servikal spinadaki immobilite veya subluxasyon;
2. Temporomandibular eklem artrit;
3. Krikoarytenoid eklem artrit, laringeal kaslardaki nöropati;
4. Böbreklerin amiloidozu;
5. Pulmoner fibroz ve obstruktif hava yolu hastalıkları;
6. Steroid tedavisi;
7. Cilt ve eklemlerin fragilitesi;
8. Perikardit ve aortik regürjitasyon;
9. Anemi;
10. Periferik nöropati gibi güçlükler anesteziye özellik verir (2).

Servikal eklemlerin, çene ve kriko-arytenoid eklem etkilenmesi ile hava yolunda ileri derecede daralma olabilir. Entübasyon girişimi sırasında atlantoaxial eklem çıkabilir. Anestezi uygulaması boyun flexionunu korumalı ve servikal spinanın stabilitesini sağlamalıdır. Bu uyanık iken hastaya pozisyon vermek ve topikal anestezi altında trakeal entübasyon yapmakla sağlanabilir.

Anestezi tekniğinin seçimi; uygulanacak cerrahinin tipi ve preoperatif değerlendirmedeki bulgulara bağlıdır.

Bu hastalarda rejyonel anestezinin avantajlarından ilki entübasyon ve havayolu manuplasyonu gerekmemesi, ikincisi genel anesteziyle ortak solunum değişikliklerinden sakınılmasıdır. Hareket kısıtlılığı ve tutulan eklemlerdeki osteofit ve ankiloz gibi değişimler rejyonel teknikleri sınırlayabilir. Ancak lomber vertebralar diğerlerinden daha az etkilenir. Pozisyon verme güçlüğü olmakla beraber, bu bölgeden spinal veya epidural anestezi yapılabilir, postoperatif analjezi için kateter yerleştirilebilir (5).

12 yıldır tutulumlu 35 yaşındaki hastamız 20 mg/gün Fluokortolon ve 1x1 İndometazin tablet kullanıyordu; premedikasyonda bu nedenle IV Metil Prednizolon ve Ranitidin tercih edildi. Steroid medikasyona bağlı cilt fragilitesi ile el bilek ve dirsek eklemlerinin ağır deformitesine bağlı intravenöz damar girişinde güçlükler mevcuttu. L3-4 seviyesinden spinal aralığa girilerek 20 gün ara ile iki kez orta hattan spinal anestezi uyguladık ve teknik güçlükle karşılaşmadık.

SONUÇ

Romatoid Artritli vakalarda preoperatif değerlendirme ile operasyonun yeri ve süresi gözönünde tutularak genel veya reyonel anestezi yöntemi tercih edilebilir. Atlanto-axial instabilite Romatoid Artritin başlangıcında erişkin hastaların çoğunda gelişir. Boyun stabilizasyonlu hastada minimal sedatizasyon ile reyonel anestezi önerilebilir bir perioperatif alternatiftir.

KAYNAKLAR

1. Miller RD: Anesthesia. In: Sharrock N, Savarese J: Anesthesia for Orthopaedic Surgery, New York: Churchill Livingstone Inc, 1990, 1951-1965.
2. Atkinson S: Lee's Synopsis of Anaesthesia: In: Rushman GB, Davies NJH: Medical Diseases Influencing Anaesthesia. Eleventh edition, Butterworth-Heineman Ltd. 1993, 407.
3. Esener Zeynep: Klinik Anestezi, Hasta İle İlgili Bazı Özel Durumlarda Anestezi, birinci basım, Samsun: Logos Yayıncılık, 1991, 518-519.
4. Andreoli E. Thomas, Plum Fred: Cecil Essentials of Medicine: Second Edition, WB Saunders Company, 1990, 956-960.
5. Skues MA, Welchew EA: Anaesthesia and Rheumatoid Arthritis. Anaesthesia, 48: 989-997, 1993.