

Aortik Ark Sendrom'lu- Takayasu Arterit'li bir olgu ile anestezi yaklaşım

The anesthetic management of a case with Aortic Arch Syndrome-Takayasu's Arteriti's

Kevser Peker¹, Recai Dağlı², Yıldız Babadağ³

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Anestezi Ve Reanimasyon, Ankara

²Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Anestezi Ve Reanimasyon, Kırşehir

³Özel Hilal Tıp Merkezi, Anestezi Ve Reanimasyon, Kırıkkale

Sayın Editör,

Takayasu Arteriti aorta ve ana dalları gibi geniş damar duvarlarında yaygın inflamasyonla karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Nabızsızlık hastalığı olarak ta bilinir. Kadınlarda erkeklerden daha fazla ve genellikle genç yaşlarda gözlenir (1). Anjiyografide daralan büyük damar yapılarının gözlenmesiyle tanı konur. Bu daralma stenoz olarak adlandırılır (2). Kan akımının azalması, doku ve organlara ihtiyacı olan oksijenin taşınamamasına neden olur. Böylece tüm yaşamı etkileyen problemler ortaya çıkar.

Biz taşlı kolesistit nedeniyle opere edilecek olan 61 yaşında bir olguyla, preoperatif vizite, anestezi yaklaşımına ve postoperatif komplikasyonlara dikkat edilmesi gereken Takayasu Arteriti (T.A)'ni sunmak istedik.

Altmış bir yaşında 82 kilogram (kg) ağırlığında Ahıska Türkü (Kıpçak) erkek hasta karın ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. T.A 'sı olduğu bilinen hastaya yapılan batın ultrasonografi ile taşlı kolesistit tanısı konarak operasyonu planlandı. Üç yıl önce hastanın bilgisayarlı tomografik anjiyografisinde torakal aorta, abdominal aorta, bilateral iliak arterlerde intimal kalınlaşma ile asendan aorta ve arcus aorta çapında artma gözlenmiş. American College of Rheumatology (ACR) 1990 Tanı Kriterleri kullanılarak, hastaya Aortik Ark Sendromu-Takayasu Arteriti tanısı konmuş.

Hasta metilprednizolon-metotreksat-aspirin tedavisi alıyordu. Fizik muayenesinde bilinci açık, koopere, oryante idi. Sağ radial, ulnar, brakial, aksiller nabızlar zayıf alınıyordu ve bazen alınamıyordu. Nabız hızı 84/dakika idi. Sol üst ekstremitede ölçülen invaziv kan basıncı 170/70 mmHg, alt ekstremitede ölçülen basınç

ise 180/80 mmHg idi. Hastada işitme azlığı mevcuttu ve tinnitus tarifliyordu. Temporal Arterit ön tanısıyla yapılan temporal kemik bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral mastoid hücreler skleroze görünümde idi. Akciğer solunum sesleri kabalaşmış, vizüel ve nörolojik muayene normal kabul edildi. Laboratuvar bulgularında demir eksikliği anemisi vardı. Elektrokardiyografisinde (EKG) sol ventrikül hipertrofi bulguları ve ekokardiyografisinde aort kökü ve asendan aort dilatasyonu tespit edildi.

Ameliyathaneye alınan hastaya 22 gauge intravenöz kateter takıldı. Dengeli elektrolit solusyonu başlanarak, beş derivasyonlu EKG, puls oksimetre, invaziv arter monitörizasyonu, mesane kateterizasyonu yapıldı. Anestezi induksiyonunda intravenöz 25 mikrogram fentanil, 1 mikrogram/kg remifentanil, 1mg/kg lidokain, propofol titre ederek, rokuronyum 0,6 mg/kg kullanılarak endotrakeal entübasyon gerçekleştirildi. İdamede hastaya %50 O₂ ve %50 kuru hava ile birlikte %6 desfluran ve 0,25 mikrogram/kg/dk remifentanil uygulandı. Operasyon boyunca hemodinami stabil seyretti. Kan basıncında yükselme ya da düşme olmadı. Operasyon bitiminde hasta solutularak sorunsuz ekstübe edildi. Analjezik olarak 100 mg tramadol ve 500 mg parasetamol kullanıldı. Postoperatif metilprednizolon devam edildi. Serviste 4 gün takip edilen hastada komplikasyon gelişmedi ve önerilerle taburcu edildi.

Nadir görülen T.A.' lı olgularda operasyon esnasında hemodinamik monitörizasyon önemlidir. Kullanılan anestezi yönteme göre vital bulgular hastalıkla paralel olarak etkilenmektedir. Bu olguda sol kolda iyi nabız



alındığı için invaziv monitörizasyon için bu kolu kullandık. Bu hastalarda kan basıncı takibi, arteriyel anevrizmalardan dolayı iskemik hasarlar oluşmaması için oldukça önemlidir. Bu hastaların monitörizasyonunda pulmoner arter kateteri takılan olgular da mevcuttur (3). Ancak bu olguda B.T anjiyografide pulmoner arter normaldi ve gerek duymadı.

Anestezik teknik, rejyonel ya da genel olabilir. Anestezik tekniğinin seçimi, postoperatif ve intraoperatif dönemlerde yeterli kan basıncını sürdürmeyi dikkate alınmalıdır. Rejyonel anestezi, sempatik blokla ve onu izleyen kan basıncı azalmasıyla ilişkilidir. Bu azalma, daralmış arterlerden dolayı rejyonel sirkülasyonu bozulan hastada tehlikeli olabilir (4). Biz rejyonel anestezi tekniğinde sempatik bloğun indüklediği hipotansiyondan kaçınmak için genel anestezi kullandık. Bu olgularda ani gelişen hipotansiyon ve bradikardi ne gibi sonuçlar doğurur net bilinmez ancak, yetersiz beyin perfüzyonu, miyokard infarktüsü (en sık ölümler bu yüzdendir), serebral vasküler emboli olabilecek komplikasyonlardır. Bu olguda genel anestezi altında hipertansif-hipotansif epizotlardan kaçınıldı.

Nörolojik monitörizasyon yeterli imkan olmamasından dolayı yapılamadı. Ancak nörolojik monitörizasyon yapılmadan genel anestezi altında komplikasyonsuz opere edilen hastalar bildirilmiştir (5). Bir olguda postoperatif 3. saatte infarkt olduğundan bu hastaların postoperatif takipleri oldukça önemlidir (6). Bu olguda operasyon esnasında hemodinami stabil seyretti ve postoperatif komplikasyon gelişmedi. TA' lı bir hastada postoperatif görme bulanıklığı bildirilmiştir. Bu olay, operasyon sırasında kısa süreli tansiyon düşüklüğüne bağlı geçici iskemi sonucu oluşan oftal-mik arter perfüzyon basıncı azalmasına bağlanmıştır (7). Bu olguda göz ile ilgili herhangi bir komplikasyon olmadı.

Sonuç olarak, TA' lı hastalarda uygun anestezi yöntemi seçilerek dikkatli bir preoperatif vizit, dikkatli anestezik yaklaşım ve postoperatif hasta takibi önemlidir.

Kaynaklar

- 1-Koide K. Takayasu arteritis in Japan. Heart Vessels Suppl. 1992;7:48-54
- 2-Hotchi M. Pathological studies on Takayasu arteritis. Heart Vessels Suppl. 1992;7:11-7
- 3-Winn HN, Setara JF, Mazor M, Reece EA, Black HR, Hobbins JC: Severe Takayasu's arteritis in pregnancy: The role of central hemodynamic monitoring. Am j Obstet Gynecol. 1998;159:1135-6
- 4- Kathirvel S, Chavan S, Arya VK, Rehman I, Babu V. Anesthetic management of patients with Takayasu's arteritis: a case series and review. Anesth Analg. 2001;93:60-5.
- 5-Thorburn JR, James MF. Anaesthetic management of Takayasu's arteritis. Anaesthesia. 1996;41:734-8
- 6-Fawcett WJ, Razis PA, Berwick EP. Postoperative cerebral infarction and Takayasu's disease. Eur J Anaesthesiol. 1993;10:33-5.
- 7-Başaranoğlu G, Erden V, Kocabora S, Kalko Y, Delatioğlu H, Erkalp K, Yangın Z. Takayasu arteritli bir hastanın anestezik yönetimi. Gülhane Tıp Dergisi. 2005;47:148-9

