



## EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

### Behçet hastasında reyonel anestezi uygulaması

Regional anaesthesia in patients with Behcet's disease

Çiğdem Yalçın

Mersin Şehir Hastanesi, Algoloji Polikliniği, Mersin, Turkey

*Cukurova Medical Journal 2018;43(1):248-249.*

Sayın Editör,

Behçet Hastalığının çok sayıda sistemi tutan bir hastalık olması, anestezi uygulamaları açısından önemlidir. Yineleyen ataklar sonucu orofarinks bölgesinde gelişmiş olan skar dokusu ve yapışıklıklar entübasyon ve ventilasyon sorunlarına yol açabilmektedir<sup>1,2</sup>. Behçet hastalarının %4-49'unda merkezi sinir sistemi tutulur. Nörobeçet denen spinal kordda lezyon, kauda equina sendromu, aseptik menenjit, nöbet, demans, koma ve intrakranial trombozis meydana gelebilir<sup>3</sup>. Ancak nörolojik semptom varlığının reyonel anestezi için kesin kontrendikasyon oluşturduğu söylenemez. Brock M. ve arkadaşları Charcot-Marie-Tooth hastası bir gebeye kombine spinal-epidural anesteziyi başarıyla uygulamışlardır<sup>4</sup>. Joy E. Schabel Kronik İnflamatuvar Demyelinizan Polinöropatisi olan bir gebeyi sezaryen için operasyona almış ve spinal anestezi uygulamıştır<sup>5</sup>. Her iki olguda da reyonel anestezi başarılı olmuş ve herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Bu olgu sunumunda, 2 kez spinal anestezi uygulanan ve ikisinde de spinal bloğu geç oturan bir hasta sunulmakta ve hastalığın anesteziindeki özellikler yeniden gözden geçirilmektedir.

37 yaşında, bilateral inguinal herni onarımı planlanan erkek hasta preoperatif değerlendirme amaçlı polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde 8 yıldır Behçet Hastalığı nedeniyle izlendiği öğrenildi. Hasta oral Kolşisin 0,5 mg 3×1 kullanıyordu. Sigara kullanımı da (1 paket/ gün/ 20 yıl) vardı. Fizik muayenesinde akciğer alanlarında bilateral ronküs (+) idi ve bir adet oral aftöz lezyon dışında patolojik bulgusu yoktu. Mallampati skoru I idi. Yapılan laboratuvar

tetkiklerinde hipertrigliseridemi (trigliserid 214 mg/dl ) dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Dahiliye ve Göğüs Hastalıkları değerlendirmelerinde ek patoloji yada tedavi önerisi olmadı. Hastanın anestezi planı ASA-II risk grubu ile spinal anestezi olarak yapıldı.

Operasyon odasına alınan hastaya rutin monitorizasyonu yapıldı. Hidrasyon 500 ml %0,9 NaCl ile sağlandı. Ardından 25G spinal iğne ile L<sub>3-4</sub> aralığından girilerek serbest BOS akışı gözlemlenirken sonra 2,5 ml %0,5 hiperbarik bupivakain ile spinal anestezi uygulandı. Uygulamadan sonra 20 dk. beklenmesine rağmen yapılan pinprick testinde duysal blok gerçekleşmediği gözlemlendi. Operasyon ertelenerek hasta ertesi gün tekrar alınmak üzere operasyon masasından kaldırıldı. Cerrahi servise gönderilen hastada, servise gönderildikten yaklaşık 1 saat sonra (spinal anestezi uygulandıktan yaklaşık 1,5 saat sonra) motor blok oluştuğu bildirildi. Yatağında yapılan kontrolde hastada T10 düzeyinde duysal blok ve bromage 3 motor blok tespit edildi. Ertesi gün tekrar aynı hazırlıklarla operasyon odasına alınan hastaya spinal bloğun tekrar oluşmaması olasılığı nedeniyle kombine spinal-epidural anestezi planlandı ve oda ısısında saklanan başka bir heavy bupivakain serisi ile 3 ml %0,5 hiperbarik bupivakain verilerek spinal anestezi uygulandı. Enjeksiyondan sonra 30 dk beklenmesine rağmen spinal blok gerçekleşmedi, hastaya epidural kateterden 19 cc %0,5 bupivakain ve 50 mcg fentanil verildi. 20 dk sonra yapılan pinprick testinde T<sub>7</sub> seviyesinde duysal blok ve bromage 1 motor blok gerçekleştiği saptandıktan sonra operasyon başlatıldı. Perioperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Operasyon yaklaşık 2 saat sürdü.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Çiğdem Yalçın, Mersin Şehir Hastanesi, Algoloji Polikliniği, Mersin, Turkey. E-mail: mdciğdem@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 21.06.2017 Kabul tarihi/Accepted: 14.08.2017

Operasyonun bitiminin ardından yapılan muayenede hastada Bromage 3 motor blok gelişmişti. Operasyon sonrası yatağına gönderilen hastanın takiplerinde yaklaşık 4 saat sonra motor bloğun kalktığı gözlemlendi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmeyen hasta postoperatif 2. gün şifa ile taburcu edildi. Olgumuzda iki gün üstüste uygulanan spinal anestezide bloğun geç oturması kronik inflamasyondan kaynaklı araknoidit veya adezyonu akla getirmektedir. Bu durumun nonspesifik bel ağrısı yapması veya asemptomatik olabilmesi sonucu tanı konulamamış olabilir. Olgumuzda ikinci gün uygulanan spinal-epidural kombine santral blok ile epiduralden ilaç uygulanması sonucu blok oluşmuş ve komplikasyonsuz olarak operasyon gerçekleştirilmiştir. Bu durum erken postoperatif dönemde herhangi bir nörolojik komplikasyona sebep olmamıştır.

Salihoglu ve arkadaşları<sup>6</sup>, hemikolektomi nedeniyle opere edilecek hastalarında preoperatif yapılan muayenede, hastanın dilinde bir adet aftöz lezyon tespit etmişlerdir. Genel anestezi uygulanan ve dördüncü denemede güçlükle entübe edilen hastada postoperatif birinci günde dudaklar, diş etleri, dil, oral mukoza, tonsiller ve larinkste aftöz lezyonların oluştuğunu ve bunun entübasyon sırasında orofarinkste meydana gelen travma sonucu olabileceğini belirtmişlerdir. Bu lezyonlar hastanın beslenmesini engelleyerek morbiditeyi arttırabilir. Bu durumda rejyonel anestezi yöntemlerini kullanmak daha uygun olabilir.

Sonuç olarak, Behçet hastalarında hangi anestezi yönteminin güvenilir olduğunu kesin olarak

söylemek zordur. Ancak hastamızda fizik muayenede oral bir aftöz lezyon saptanması ve solunum seslerinde ronküs duyulması nedeniyle genel anesteziden kaçınılmıştır. 2 kez uygulanan spinal anestezi de bloğun beklenenden çok geç oturması nedeniyle olgu epidural anestezi ile operasyona verilmiştir. Behçet Hastalığı'nda, herhangi bir kontrendikasyon yoksa ve olgumuzda olduğu gibi genel anestezinin morbiditeyi arttırabileceği şüphesi varsa santral blok yöntemlerinin özellikle epidural anestezinin daha uygun bir seçenek olduğu kanısındayız.

## KAYNAKLAR

1. Turner ME. Anaesthetic difficulties associated with Behçet's syndrome: case report. *Br J Anaesth.* 1972;44:100-2.
2. Screech G. An unusual cause of respiratory obstruction during anaesthesia. a case report. *Br J Anaesth.* 1965;37:978-9.
3. Tetzlaff JE. Skin and bone disorders. In *Anesthesia and Uncommon Diseases*. 5th edition (Ed Lee A Fleisher):329-33. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2006.
4. Brock M, Guinn C, Jones M. Anesthetic management of an obstetric patient with Charcot-Marie-Tooth disease: a case study. *AANA J.* 2009;77:335-7.
5. Schabel JE. Subarachnoid block for a patient with progressive chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Anesth Analg.* 2001;93:1304-6.
6. Salihoglu Z, Dikmen Y, Demiroglu S, Hamzaoglu I, Paksoy M. Oral aphthous ulcers after difficult intubation in a patient with Behçet's disease. *Anaesthesia.* 2002;57:620-1.