

ANKILOZAN SPONDİLİTLİ GEBEDE ANESTEZİ YÖNETİMİ*The Management of Anaesthesia in a Pregnant with Ankylosing Spondylitis***Hasan ŞAYAN¹, Erdinç KOCA¹**¹ Malatya Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, MALATYA**ÖZ****ABSTRACT**

Ankilozan spondilit seronegatif spondiloartropatiler grubundan ağrılı, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Ankilozan spondilit'li hastalarda zor entübasyon ihtimali, eşlik eden hastalıkların varlığı ve nöroaksial blok uygulama zorluklarını hatırlamak çok önemlidir.

Biz bu olgu sunumunda 32 yaşında, 165 cm boyunda ve 96 kg ağırlığında 40 haftalık gebe hastayı inceledik. Ağız açıklığı 4 cm, tiromental mesafe 7 cm ve mallampati skoru 2 idi. Hastanın 4 yıldır ankilozan spondilit tanısı mevcuttu. Hastanın boyun ekstansiyonunda ve lomber bölge fleksiyonunda kısıtlılık tespit edildi. Gebelik esnasında gestasyonel diyabet tanısı ile takip edildiğini öğrenildi. Hastaya oturur pozisyonda tek seferde sağ paramedian yaklaşımla spinal anestezi uygulandı. İşlem sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon olmadı.

Ankylosing spondylitis is a painful, chronic, inflammatory disease in the group of seronegative spondyloarthropathies. It is very important to remember the possibility of difficult intubation, the presence of concomitant diseases and neuraxial block implementation challenges in AS patients.

In this article we presented a case report 32-year-old, 165 cm tall, 96 kg, 40 weeks pregnant patient. The mouth opening was 4 cm, mallampati score was II and the thyromental distance was 7cm. The patient was diagnosed as ankylosing spondylitis for 4 years. Limitations were identified in the patient's neck extension and flexion of the lumbar region. It is learned that she was being followed with diagnosis of gestational diabetes during pregnancy. Spinal anesthesia was administered to the patient in seated position with right paramedian approach at once. There were no complications during and after the procedure.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, spinal anestezi, gebelik

Keywords: Ankylosing spondylitis, spinal anesthesia, pregnancy



Yazışma Adresi / Correspondence: Dr. Erdinç KOCA
Malatya Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, MALATYA
Telefon: +90 0530 223 9625 **E-posta:** drerdinckoca@hotmail.com
Geliş Tarihi / Received: 19.01.2016 **Kabul Tarihi / Accepted:** 12.02.2016

GİRİŞ

Ankilozan spondilit (AS) inflamatuvar seronegatif spondiloartropati grubunda yer alan kronik, ilerleyici özellikle omurga ve sakroiliak eklemleri tutan sistemik romatizmal bir hastalıktır. Hastalık, özellikle 20-45 yaşları arasında ve %0,1-1,4 oranında görülür. Erkeklerde bayanlardan 5 kat daha fazla görülmektedir (1,2). Eklem tutulumu ve sistemik hastalıkların eşlik etmesi nedeniyle AS hastalarında genel anestezi uygulaması ayrı bir öneme sahiptir. Zor entübasyon riskine karşın spinal anestezi bir avantajdır. Fakat bu hastalarda interspinal ligamentlerdeki kalsifikasyonlar, omurga kemiklerinin tutulumu spinal anesteziyi de zorlaştırmaktadır (1). Hem havayolu yönetiminde karşılaşılabilecek zorluklar hem de nöroaksiyal bloktaki zorluklar nedeniyle bu hasta grubu anesteziist açısından ayrı bir öneme sahiptir (3).

Bu makalede AS'li bir gebede nöroaksiyel blok deneyimimizi sunmayı amaçladık.

OLGU

G2P2A0 olan 40 haftalık 165 cm boyunda, 96 kg ağırlığında, 32 yaşında, bayan hastaya elektif sezeryan planlandı. AS tanısı ile 4 yıldır tedavi gördüğü ve sistemik başka bir hastalığı olmadığı öğrenildi. Gebelik esnasında gestasyonel diyabet tanısı aldığı ve takip altında olduğu öğrenildi. Amerikan Anestezistler Derneği (ASA) fiziksel sınıflaması II olarak, Mallampati II, ağız açıklığı 4 cm, tiromental mesafe 7 cm olarak değerlendirildi. Hastanın boyun ekstansiyonunda ve lomber bölge fleksiyonunda kısıtlılık tespit edildi. Kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, kan serum elektrolitleri, koagülasyon değerleri normal sınırlarda bulundu. Hastanın elektrokardiyografisinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Cerrahi yapılmak üzere ameliyat odasına alınan hastaya non-invaziv kan basıncı, elektrokardiyografi, pulsoksimetre monitorizasyonu yapıldı. Zor hava yolu yönetiminde

kullanılmak üzere zor hava yolu ekipmanları hazır bulunduruldu. Hastaya premedikasyon uygulanmadı. Spinal anestezi için hastaya oturur pozisyon verildi, hastanın lomber bölgesi cilt asepsisi sağlanarak steril örtü ile örtüldü. L4-5 spinal aralıktan 22 G Quincke spinal iğne ile sağ paramedian yaklaşımla tek seferde spinal anestezi başarı ile uygulandı. Hastaya lokal anestezi olarak hiperbarik % 0.5'lik bupivakainden 2.2 mL intratekal olarak verildi. Pinprick testi ile blok seviyesi takip edildi ve blok T4 düzeyine yükseldiğinde ameliyata izin verildi. Operasyon yaklaşık 45 dakika sürdü. İntraoperatif ve postoperatif dönemde yakın hemodinamik takip yapılan hastada herhangi bir komplikasyon olmadı. Ameliyat sonrası 1. ve 4. günde yapılan nörolojik muayeneleri normal olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

AS nedeni bilinmeyen kronik, ağrılı, progresif, inflamatuvar, HLA B27 pozitif, omurga, sakroiliak ve yumuşak doku tutulumu olan bir hastalıktır (3). Erkeklerde daha sık görülür ve 20-40 yaşları arasında pik yapar. Servikal omurga ve temporomandibular eklem tutulumu olan kifozu artmış hastalarda havayolu kontrolü zordur (4). Ayrıca obstetrik olgularda 8 kat daha fazla zor entübasyon riski olduğunu gösteren çalışmaların varlığı bu hastaların yönetiminin önemini göstermektedir. Hamilelikte kilo alımı hastalarda larinks görmeyi çok zorlaştırır (5). Genel anestezi altındaki hastada boynun aşırı fleksiyonu servikal omurgada kırık riskini artırmaktadır. Laringeal maskenin baş ve boyun hareketini sınırlayarak takılabilmesi havayolunu sağlamada bir alternatiftir (4,6). Lai ve arkadaşları AS'li zor hava yolu olan 11 hastada Glidescope (Saturn Biyomedikal Sistem A. Ş. Burnaby, BC, Kanada) ile larenks görüntülemesi yaparak bu hastalardan 8'inde başarı ile nazal entübasyon yaptıklarını raporlamıştır (7). Nazal entübasyonu yapılamayan bu 3 hastada uyanık fiberoptik entübasyona ihtiyaç duymuşlardır. AS'li

hastalarda havayolunu sağlamada en iyi yöntem uyanık fiberoptik entübasyondur (4,6). Bu nedenle cerrahi yapılacak bu hasta grubunda zor havayolu gereçleri hazır bulundurulmalıdır. Litaratürde total kalça protezi nedeniyle cerrahi planlanan AS'li hastada epidural test dozu sonrasında total spinal blok gelişmiş ve hasta direkt laringoskopi ile entübe edilememiştir. Bu hastada laringeal maske ile ventilasyon sağlanıp McCoy laringoskopi kullanılarak buji yardımıyla entübe edilebilmiştir (8). Sezeryan yapılacak hastamıza öncelikli olarak rejyonal anestezi planladık. AS intervertebral diskte kemikleşme ve fibrosiz, kostavertebral ve faset eklemlerde ilerleyici hareket kısıtlılığına neden olur (9). AS'de omurganın tutulumu ligamentum flavumun ve interspinöz ligamentlerin kemikleşmesine neden olarak spinal iğnenin yerleştirilmesini zorlaştırmaktadır. Orta hattan yaklaşım yerine lateral yaklaşım spinal blok uygulama şansını artırmaktadır (4). Bizde lateral yaklaşımla tek seferde başarılı spinal blok uyguladık.

Schelew ve Vaghadia AS olan 82 hastanın anestezi yönetimini retrospektif olarak incelemişlerdir (9). Bu hastalarda nöroaksiyel blok yapılma sıklığını %19,5 ve yapılan blokların başarı oranının ise %76,2 olarak bulmuşlardır. Bu sonuç AS'li hastalarda nöroaksiyel blok tercih edilme oranını düşük olduğunu göstermektedir. Kumar ve Mehta AS'li 3 hastada başarısız median girişim sonrasında paramedian yaklaşımla başarılı spinal blok deneyimlerini paylaşmışlardır (10). Bununla birlikte Schelew ve arkadaşları hem median hem de paramedian yaklaşımla başarılı spinal anestezi yapılabileceğini bildirmişlerdir (9). Bizde hastamıza oturur pozisyonda tek seferde sağ paramedian yaklaşımla başarılı spinal blok yaptık. Wulf ve arkadaşları spinal-epidural hematoma gelişen 51 hastayı inceledikleri çalışmada bu hastaların 5'inde AS varlığını tespit etmişlerdir (11). Hematomun tekrarlayan girişimlere bağlı olduğunu bildirmişlerdir. Spinal-epidural hematoma oluşumunun tespiti tekrarlayan nörolojik muayeneler önem arz eder. Bizim

hastamızın ameliyat sonrası 1. gün ve 4. gün yapılan nörolojik muayeneleri normal olarak değerlendirildi.

Sonuç olarak AS'li gebe hastalarda entübasyon zorluğu ve eşlik eden sistemik hastalıklardan dolayı öncelikli tercih nöroaksiyel blok olmalıdır. Nöroaksiyel blok yapılan hastalarda tekrarlayan inatçı girişimlerden kaçınılmalı, cerrahi esnasında zor hava yolu gereçleri hazır bulundurulmalı ve ameliyat sonrası komplikasyon tespiti açısından sıkı takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Oliveira CRD. Ankylosing Spondylitis and Anesthesia. Rev Bras Anesthesiol. 2007; 57(2): 214-22.
2. Inman RD. The Spondyloarthropathies. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2012: 1690-6.
3. Sivrikaya GU, Hanci A, Dobrucali H, Yalcinkaya A. Cesarean Section Under Spinal Anesthesia In A Patient With Ankylosing Spondylitis. Middle East J Anaesthesiol. 2010; 20(6): 865-8.
4. Woodward LJ, Kam PCA. Ankylosing spondylitis: recent developments and anaesthetic implications. Anaesthesia. 2009; 64(5): 540-8.
5. Alıç M, Birbiçer H, Kurku Ö. Obez Gebelerde Entübasyon Güçlüğü'nün Belirlenmesinde Prediktif Testlerin Önemi. Türk Anest Rean Der Dergisi. 2011; 39(3): 126-33.
6. Kakar PN, Roy PM, Pant V, Das J. Anesthesia for joint replacement surgery: Issues with coexisting diseases. J Anesthesiol Clin Pharmacol. 2011; 27(3): 315-22.
7. Lai HY, Chen IH, Chen A, Hwang FY, Lee Y. The use of the Glidescope _for tracheal intubation in patients with Ankylosing Spondylitis. British Journal of Anaesthesia. 2006; 97(3): 419-22.

8. Wittmann FW, Ring PA. Anaesthesia for hip replacement in ankylosing spondylitis. *J R Soc Med.* 1986; 79(8): 457-9.
9. Schelew BL, Vaghadia H. Ankylosing spondylitis and neuraxial anaesthesia-a 10 year review. *Can J Anaesth.* 1996; 43: 65-8.
10. Kumar CM, Mehta M. Ankylosing spondylitis: lateral approach to spinal anaesthesia for lower limb surgery. *Can J Anaesth.* 1995; 42: 73-6.
11. Wulf H. Epidural anaesthesia and spinal hematoma. *Can J Anaesth.* 1996; 43(12): 1260-71.