

CASE REPORT

Molar gebeliğin tetiklediği tiroid krizinde anestezi yaklaşımı

Anesthetic management in thyroid crisis triggered by molar pregnancy

Harun Aydoğan¹, Şaban Yalçın¹, Ahmet Küçük¹, Hasan Hüsnü Yüce¹,
Aysun Camuzcuoğlu², Mehmet Ali Eren³

ÖZET

Klinik tirotoksikoz molar gebeliğin nadir görülen komplikasyonlarından biridir. Mol hidatiformda hipertiroidi ile ilişkili semptomların sebebi; yüksek konsantrasyonlardaki β -hCG'nin tirotropik etkisidir. HCG molekülü α ve β subünitlerinden meydana gelir. α subunitesi TSH'a birebir benzerken β subunitesi kısmi olarak benzer. Bu olgu sunumunda yeterli açıklık süresi sağlanamayan dilatasyon küretajı planlanan tiroid krizindeki mol hidatiformlu hastaya anestezi yaklaşımının tartışılması amaçlandı.

Anahtar kelimeler: Mol hidatiform, hipertiroidizm, anestezi

GİRİŞ

Mol hidatiform gebeliğin nadir görülen bir formudur. Görülme insidansı bölgesel, etnik farklılıklar göstermekle birlikte yaklaşık olarak 2.39/1000'dir.¹ Mol hidatiformlu gebelerin %5'inde hipertiroidizm görülür ve nadir olarak ciddi hipertiroidizm ortaya çıkar.^{2,3,4} Mol hidatiformun cerrahi tedavisindeki gecikmeler β -hCG seviyesinde artışa neden olur. β -hCG tiroid TSH reseptörleri üzerine zayıf tirotropik etki ile hormonların serbestleşmesini uyarmakta ve hipertiroidi ile ilişkili semptomlara sebep olmaktadır. Önceki çalışmalarda mol hidatiforma bağlı hipertiroidizm sıklığı daha yüksek bildirilmişse de teknolojiye gelişmelerle birlikte erken tanı konularak hipertiroidizm insidansı azalmıştır.^{5,6} Hipertiroidide tirotoksikoz gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlar preoperatif olarak görülebilir. Bu vakada açıklık süresi tamamlanmayan, acil şartlar altında dilatasyon küretajı yapılacak mol hidatiformlu, tiroid krizindeki hastaya anestezi yaklaşımı sunulmaktadır.

ABSTRACT

Clinical thyrotoxicosis is one of the rare complications of molar pregnancy. The cause of the symptoms associated with hyperthyroidism in mol hydatiform is the thyrotrophic effects of high levels of β -hCG. The hCG molecule consists of α and β subunits; the α subunit is identical to TSH and the β subunit has a similar structure to TSH. In this case report it was aimed to discuss the anesthetic management of a dilatation and curettage case in a patient with mol hydatiform and thyroid crisis. *J Clin Exp Invest* 2012; 3 (3): 433-434

Key words: Hydatidiform mole, hyperthyroidism, anesthesia

OLGU SUNUMU

Acil servise çağrıntı, vajinal kanama, şiddetli bulantı ve kusma şikayeti ile başvuran G3P2 olan 33 yaşında kadın hasta, hipertiroidi tanısıyla düzenli olarak propranolol 40 mg ve propiltiyourasil tedavisi almaktadır. Fizik muayenesinde nabız: 159 /dk, TA: 165/101 mmHg, vücut ısısı 39,5°C olarak tesbit edildi ve ajitasyon mevcuttu. Gebelik sonrası ilk defa doktora gelen hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde β hCG >143000 mIU/ml, fT3: 14,27 pgr/ml, fT4: 5,67 ng/dl, TSH: 0,007 μ IU/ml olarak tesbit edildi ve yapılan tiroid sintigrafisi ise Graves Hastalığı ile uyumlu idi. Çekilen elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi mevcuttu. Hastanın klinik bulguları ve laboratuvar sonuçları birlikte değerlendirildiğinde tiroid kriziyle uyumlu olduğu görüldü. Kadın doğum kliniği tarafından yapılan USG'de komplet mol hidatiformla uyumlu kar yağdı manzarası tesbit edildi ve dilatasyon küretaja karar verildi.

Hasta acil şartlarda operasyon odasına alındı. Preoperatif nabız 157/dk, kan basıncı 159/101 mmHg, spO_2 : 95, Ateş: 36.9°C idi. Yeterli açıklık süre-

¹ Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

² Ortadoğu Sağlık Merkezi Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

³ Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Correspondence: Harun Aydoğan,

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Şanlıurfa, Türkiye Email: drharun2002@yahoo.com

Received: 10.05.2012, Accepted: 15.06.2012

Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2012, All rights reserved

si sağlanamayan hastaya genel anestezinin sebep olacağı aspirasyon riski nedeniyle rejyonel anestezi planlandı. Hastaya lateral dekübit pozisyonu verilip, steril saha temizliği yapılarak 25 G spinal iğneyle 10 mg heavy marcaine kullanılarak spinal anestezi yapıldı. Cerrahi operasyon T10 seviyesinde parestezi sağlanınca başlatıldı. İntraoperatif vital bulguları stabil seyretti.

Uterus vakum aspirasyon yöntemi ile boşaltıldı. Vaka boyunca yaklaşık olarak 400 ml kanama meydana geldi. Bu süre içerisinde hastaya 500 ml kolloid, 750 ml kristaloid ve 10 ünite oksitosin verildi. Yaklaşık olarak 45 dakika süren operasyon esnasında herhangi bir komplikasyon meydana gelmedi. Bu dönem içerisinde nabız: 115/dk, TA: 135/85 mmHg, SpO₂: % 95 olarak kaydedildi. Derlenme odasına alınan hastanın hemodinamik parametreleri stabil seyretti ve motor blok seviyesi gerilemesi üzerine jinekoloji servisine gönderildi. Servis takiplerinde nabız: 80/dk, TA: 115/65 mmHg olarak kaydedildi. Molar gebelik tanısı histopatolojik olarak doğrulandı. Operasyon sonrası serum β hCG, fT3, fT4 ve TSH değerleri gittikçe azalan hasta postoperatif 3.gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

Mol hidatiform gestasyonel trofoblastik hastalığın en sık sebebidir. Bu duruma bağlı hipertiroidi ilk olarak 1953 yılında rapor edilmiştir.⁷ Bu tarihten sonra da benzer olgular bildirilmiştir. Mol hidatiforma bağlı görülen hipertiroidi trofoblastik hücrelerden salınan β-hCG ile ilişkilidir. HCG molekülü α ve β subünitelerinden meydana gelir. α subunitesi TSH'a birebir benzerken β subunitesi kısmi olarak benzer.^{8,9} β-hCG trofoblastik hastalıklarda dramatik olarak artmakta ve tiroid TSH reseptörleri üzerine zayıf tirootropik etki ile hormonların serbestleşmesini uyarılmaktadır.¹⁰

Perioperatif en önemli klinik durum hipertiroidizmi kontrol altında tutarak tiroid krizini önlemektir. Tiroid krizi nadir görülen fakat hayatı tehdit eden önemli komplikasyonlardan biridir ve klinik olarak kontrol edilemeyen hipertiroidizm, hipertansiyon, hipertermi, deliryum ve santral sinir sistemi irritasyon bulguları mevcuttur. Tiroid krizindeki hastaya metimazol, propiltiourasil gibi antitiroid ilaçlarla birlikte beta blokerler uygulanır ve bunlara ek olarak destekleyici tedavi yapılır. Tedavide kullanılan metimazol ve propiltiourasil T3, T4 sentezini inhibe ederek beta blokerler ise sempatik aktiviteyi azaltarak etki ederler. Fakat bütün bunlara rağmen preoperatif olarak verilen tedaviler ancak cerrahi müdahale sonrası faydalı olacaktır.

Anestezi uzmanları peroperatif olarak hipertiroidizme bağlı sempatik aktivite artışını mutlaka kontrol altına almalı ve oluşabilecek diğer komplikasyonlar açısından dikkatli olmalıdır. Bu hastalara genel anestezi¹¹ ve TİVA¹² uygulanabildiği gibi rejyonel anestezi¹³ bir diğer alternatiftir.

Bizim hastamız acil şartlarda operasyon odasına alındı. Alınan anamnezinde hastanın açlık süresinin uygun olmadığı tesbit edildi. Aspirasyon riskini azaltması, sempatik blokaj etkisi ile tansiyon ve kalp atım hızını kontrol altına alabilmesi ve de inhalasyon ajanları gibi tokolitik etki yapmaması nedeniyle spinal anestezi tercih edildi.

Daha önceden tiroid hastalığı mevcut olan hastalarda meydana gelen molar gebelik sonrası hipertiroidi krizi meydana gelebileceği unutulmamalıdır. Bu hastalarda anestezi yaklaşımında sempatik tonusu artırıcı ilaçlardan kaçınılması gerektiği, bu nedenle uygun hastalarda spinal anestezinin güvenli ve etkili olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- Ozalp SS, Yalcin OT, Tanir HM. Hydatidiform mole in Turkey from 1932-2000. *Int J Gynecol Obstet* 2001;73 (3):257-8.
- Berkowitz R S, Goldstein D P, DuBeshter B, Bernstein MR. Management of complete molar pregnancy. *J Reprod Med* 1987; 32 (9): 634-9.
- Iitzkovic D. Hydatidiform mole and thyrotoxicosis. A case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1976; 83 (1): 86-9.
- Hershman JM, Higgins HP. Hydatidiform mole: a cause of clinical hyperthyroidism. *N Engl J Med* 1971; 284 (11): 573-7.
- Rajatanavin R, Chailurkit LO, Srisupandit S, Tungtrakul S, Bunyaratvej S. Trophoblastic hyperthyroidism: clinical and biochemical features of fi ve cases. *Am J Med* 1988;85 (2) :237-41.
- Kenimer JG, Hershman JM, Higgins HP. The thyrotropin in hydatidiform moles is human chorionic gonadotropin. *J Clin Endocrinol Metab* 1975;40 (3) :482-91.
- Hershman JM. Hyperthyroidism induced by trophoblastic thyrotropin. *Mayo Clin Proc* 1972;47 (12) :913-8.
- Narasimhan KL, Ghobrial MW, Ruby EB. Hyperthyroidism in the setting of gestational trophoblastic disease. *Am J Med Sci* 2002;323(5):285-7.
- Sowers JR, Hershman JM, Carlson HE, Pekary AE. Effect of human chorionic gonadotropin on thyroid function in euthyroid men. *J Clin Endocrinol Metab* 1978;47(4):898-901.
- Tomer Y, Huber GK, Davies TF. Human chorionic gonadotropin (hCG) interacts directly with recombinant human TSH receptors. *J Clin Endocrinol Metab* 1992;74 (6):1477-9.
- Matsumoto S, Shingu C, Hidaka S, et al. Anesthetic management of a patient with hyperthyroidism due to hydatidiform mole. *J Anesth* 2009;23(4):594-6.
- Erturk E, Bostan H, Geze S, Saracoglu S, Erciyes N, Eroglu A. Total intravenous anesthesia for evacuation of a hydatidiform mole and termination of pregnancy in a patient with thyrotoxicosis. *Int J Obstet Anesth* 2007;16 (4):363-6.
- Solak M, Aktürk G. Spinal anesthesia in a patient with hyperthyroidism due to hydatidiform mole. *Anesth Analg* 1993;77 (4): 851-2.