

Dermatomiyozit hastasında anestezi yaklaşımı

Anesthetic management of a patient with dermatomyositis

Zeynep Nur Akçaboy, Erkan Yavuz Akçaboy, Sinem Yalçın Bayrakçı, Özlem Soyal, Nermin Göğüş

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Dermatomiyozit, etyolojisi belli olmayan, nadir, kaslardaki inflamasyon ve dejenerasyona bağlı olarak, proksimal kaslardaki güçsüzlükle karakterize bir hastalıktır. Hastalığın anestezi yönetimi, özellikle de kas gevşetici kullanımı ile ilgili hem az, hem de çelişkili bilgiler bulunmaktadır. Biz bu olguda, dermatomiyozit teşhis edilmiş bir hastada, anestezi yönetimi sunduk.

Anahtar Kelimeler: Dermatomyositis, anestezi yönetimi, süksinilkolin.

GİRİŞ

Dermatomiyozit (DM), etyolojisi bilinmeyen, kaslarda inflamatuvar olmayan myopatilerle giden bir multisistem hastalığıdır. Hastalarda, kas güçsüzlüğüne ek olarak karakteristik deri değişiklikleri mevcuttur. Bu deri belirtileri, üst göz kapağının renginde açılma, periorbital ödem, eritematöz malar raş ve eklemelerin ekstensör yüzeylerinde simetrik, eritematöz atrofik değişikliklerden ibarettir. İskelet kaslarında oluşan yavaş hasardan, muhtemelen, anormal immun cevaplar sorumludur. DM hastalarının %10-20'sinde malignensilerin görülmesi değişmiş immün yanıtla- rın varlığını destekler.¹

Dermatomiyozit hastalarının, anestezi yönetimi- nde özellikle pulmoner aspirasyon riski açısından dikkatli olunmalıdır. Bunun yanı sıra iskelet kasla- rında meydana gelmiş olan güçsüzlük nedeniyle anestezi sırasında kullanılan kas gevşeticilere has- tanın vereceği cevap her zaman öngörülemezdir.¹

Bu olgu sunumunda DM tanısı almış indirekt la- rengoskopi ve boyundan kitle ekzizyonu yapılacak hastaya uygulanacak anestezi yaklaşımı mevcut literatürlerle tartışarak sunmayı amaçladık.

ABSTRACT

Dermatomyositis is a rare disease of unknown etiology characterized by proximal muscle weakness as a result of inflammation and degeneration of muscles. Concerning the anesthetic management of a patient with derma- tomyositis, there is little and conflict information on the appropriate use of muscle relaxants. In this case we pres- ent an anesthetic management in a patient diagnosed as dermatomyositis. *J Clin Exp Invest* 2012; 3(2): 277-279

Key words: Dermatomyositis, anesthetic management, succinylcholine.

OLGU SUNUMU

İki yıl önce DM tanısı ile takip edilen 42 yaşındaki erkek hasta, yutma güçlüğü, halsizlik, ağızda yara, kanlı balgam ve öksürük şikayeti ile dahiliye klini- ğine başvuruyor. Hastanın hikayesinden 3 yıldır di- yabetes mellitus hastalığının da olduğunu ve tedavi için 2x1 metformin aldığı, bunun yanısıra DM teda- visi için de sabah 40 mg ve akşam 30 mg olarak metil prednizolon tedavisine devam ettiği öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde, daha çok yüz bölgesinde olmak üzere göğüs ve kollarda yaygın, eritematöz lezyonlara rastlandı. Akciğer muaye- nesinde, orta zonlara kadar yayılan bilateral ralleri mevcuttu. Diğer sistemlere ait yapılan muayeneler normal olarak değerlendirildi. Alınan kan gazı örne- ği ile çekilen EKG ve göğüs radyogramı normaldi. Yapılan ekokardiyografisinde II. derece mitral yet- mezlikten başka bir bulguya rastlanılmadı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde açlık kan şekeri 108 mg/dL, ALT 42 IU/L, AST 23 IU/L, GGT 110 IU/L, kreatinin 0,45 mg/dL, LDH 281 IU/L, potasyum 3,8 mmol/ L, sodyum 122 mmol/L, hemoglobin 9,6 g/dL, be- yaz küre 7800, kırmızı küre 2,91 10x6 /L, trombosit 193.000 olarak bulundu.

Correspondence: Dr. Erkan Yavuz Akçaboy

Numune EA Hastanesi I. Anesteziyoloji-Reanimasyon Kliniği, Ankara Türkiye Email: yavuzakcaboy@yahoo.com

Received: 10.02.2012, Accepted: 22.03.2012

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

Kulakta çınlama ve yutma güçlüğü olması nedeniyle kulak-burun-boğaz (KBB) kliniğine danışılan ve KBB muayenesinde, solda piriformis sinüsde dolgunluk ve kitle şüphesi üzerine, kitleden genel anestezi altında biyopsi yapılması planlandı.

Operasyondan bir gün önce hastaya uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili bilgi verilip onam formu imzalatıldı.

Operasyondan 30 dk önce hastaya metoklopramid (10 mg iv) ve ranitidin (50 mg iv) ile premedikasyon uygulandı. Standart monitörizasyonun (EKG, invaziv olmayan kan basıncı ölçümü, pulse oksimetre) yanında nöromusküler monitörizasyon da uygulandı (iki yüzey elektrodu ön kol ulnar sinir trasesine 2-3 cm mesafe ile, piezo-elektrik akselerasyon transdüseri baş parmak distal falanksına yerleştirildi ve el parmakları masa yüzeyine sabitlendi). Anestezi indüksiyonu 2,5 mg kg⁻¹ propofol, 1000 µg Alfentanil ve 1 mg/kg süksinilkolin (Sch) ile yapıldı. 0,2 msn süreli, 0,1 Hz frekansta her 10 saniyede bir uygulanan tekli uyarılarda kas yanıtında tam depresyon (yanıtsızlık) meydana geldikten sonra endotrakeal entübasyon uygulandı. Sch enjeksiyonundan sonra hastada herhangi bir fasikülasyon gözlenmedi. Sch enjeksiyonu bitiminden tekli uyarana tam yanıtsızlık alana kadar geçen süre (tam nöromusküler blok başlangıç süresi) 45 saniye olarak kaydedildi. İdamede sevofluran % 2-2,5 ve N₂O/O₂ (% 50/50) kullanıldı.

Operasyonun 46. dakikasında hastada soluma gayreti başladı. Bunun üzerine manuel ventilasyona geçilerek hastanın solunumu desteklendi. Operasyon toplam 70 dakika sürdü. Operasyonun sonunda bakılan tekli uyarılarda kas yanıtı tam olarak geri döndü. Bunun üzerine hasta ekstübe edildi. Derlenme döneminde herhangi bir problem yaşamayan hasta servisine gönderildi. Daha sonra incelenen spesmenin patoloji raporu boyun bölgesinde rabdomyosarkom olarak geldi.

TARTIŞMA

Dermatomyozit, çizgili kaslarda süpüratif olmayan inflamasyona bağlı yıkım ve karakteristik deri lezyonları ile karakterize, nadir görülen (2.4-10.7/100 000 kişi) bir multi-sistem hastalığıdır.² Benzer patolojik prosese sahip polimiyozitin bir çeşidi olduğu kabul edilir. Vakaların % 20'si bir neoplazm ile ilişkilidir. Neoplazi ile ilişkili DM akut başlangıçlıdır ve neoplasmin tedavisi ile hastalık geri dönebilir. Proksimal kas güçsüzlüğü, yutmada zorluk, kardiyak ve solunumsal çeşitli bozukluklarla gider. Bununla birlikte hastalığın nöromusküler kavşağı etkilediğine dair bir kanıt bulunmamaktadır.

Biz bu olgu sunumunda, aktif dermatomyoziti bulunan bir hastanın anestezi yönetimini, özellikle Sch kullanımı açısından, sunmayı amaçladık. Bir mg/kg dozda kullandığımız Sch ile entübasyonu nöromusküler monitörizasyon eşliğinde yaptık ve hastayı operasyon sonunda herhangi bir sorun yaşamadan ekstübe edip derlenme odasına gönderdik.

Hastalığın laringofarengekal bölgeyi tutmasından dolayı pulmoner aspirasyon riski mevcuttu. Bu nedenle, entübasyon koşullarını en hızlı sağlayabilecek ajan olan Sch'i tercih ettik. Dermatomyozit hastalarında Sch kullanımı ile ilgili çelişkili yayınlar mevcuttur. Hastalığın göreceli olarak az görülmesinden dolayı, diğer nadir görülen hastalıklarda da olduğu gibi geniş katımlı ve gücü yüksek, kontrollü çalışmalar yapılamamakta, bu nedenle de yayınlanan yazılar birbirleriyle çelişkili olgu sunumlarından öteye gidememektedir. Bir kısım yazar Sch kullanımından kaçınılmasını savunurken, bazı yazarlar ise DM hastalarında Sch'i sorunsuz olarak kullandıklarını bildirmişlerdir.^{3,4} Aynı çelişkili yayınlar non-depolarizan kas gevşetici kullanımı için de mevcuttur. Vekuronyum ve pankuronyum kullanımında etki sürelerinin uzadığına dair yayınlar bulunmaktadır.^{5,6} Üstelik kullanılacak antikolinesteraz ajanının da (neostigmin) DM'de kas güçsüzlüğü ve şiddetli aritmi yapıcı etkisi olduğuna dair yayınlar da mevcuttur.⁷ Buna karşılık bazı yayınlarda atrakuryum'un DM hastalarında sorunsuz olarak kullanıldığı bildirilmektedir.^{8,9} DM'i olan bir hastada vekuronyumun etkisini, uzamış olarak değerlendiren Flusche ve arkadaşlarının, yaşlı ve DM ile beraber pek çok yandaş hastalığı olan (romatoid artrit, periferik vasküler hastalık, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon, renal yetmezlik ve tedavisi için aminoglikozid aldığı üriner sistem infeksiyonu) bir hasta ile ilgili olarak yayınladıkları olgu sunumunda ve kuronyumun etkisinin uzadığını bildirmişlerdir.⁵ Ancak bu hastada vekuronyumun etkisini uzatabilecek ve DM'den bağımsız pek çok faktor bulunmaktadır. Söz konusu hastada prednison, siklosporin ve insulin kullanılması nöromusküler fonksiyonu etkileyebilmektedir.^{10,11}

Dermatomyozit'li hastalarda Sch kullanılmasının uygun olmayacağına dair yayımların dayanak noktalarından biri de, hiperpotasemidir. Oysa, hastamızdan peroperatif veya postoperatif dönemde alınan kan örneklerinde potasyum düzeyinde anlamlı bir değişiklik gözlemedik.

Sonuç olarak, DM hastalarında aspirasyon pnömonisi, aritmi, kalp yetmezliği ve steroid kullanımına bağlı olarak oluşabilecek çeşitli komplikasyonlar açısından anestezi uzmanı uyanık olmalıdır. Kas

gevşetici kullanımı ile ilgili sonuçlar henüz tam aydınlatılabilmemiş olmadığından, en iyisi, operasyonların mümkün olduğunca rejyonel anestezi veya sedo/analjezi altında yaptırılması, ancak; eğer kas gevşetici kullanılması gerekiyorsa, bunun nöromusküler monitörizasyon eşliğinde yapılmasının uygun olacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Jeffrey J. Schwartz. Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Disease. 5th Edition. Philadelphia: 2008:445-46.
2. Pasrija S, Rana R, Sardana K, et al. A case autoimmune myopathy in pregnancy. Indian J Med Sci 2005; 59(3):109-12.
3. Garg R, Bhalotra AR, Bhadoria P, et al. Muscle Disorder-Experience with two rare cases. J Anaesth Clin Pharmacol 2008; 24(3):225-8.
4. Brown S, Shupak R, Chandrakant P, et al. Neuromuscular blockade in a patient with active dermatomyositis. Anesthesiology 1992; 77(5):1031-3.
5. Flusche G, Unger-Sargon J, Lambert DH. Prolonged neuromuscular paralysis with vecuronium in a patient with polymyositis. Anesth Analg 1987; 66(2):188-90.
6. Ueki M, Tosaki Y, Ogli K, et al. Anesthetic management of a patient with dermatomyositis-clinical observation of the effect of muscle relaxants. Masui 1989; 38(11):1505-8.
7. Shikha S, Lakshmi J, Nitin S, et al. Anaesthetic management for laparoscopic cholecystectomy in two patients with biopsy proven polymyositis. Indian J Anaesth 2007; 51(1):43-6.
8. Röckelein S, Gebert M, Baar H, et al. Neuromuscular blockade with atracurium in dermatomyositis. Anaesthetist 1995; 44(6):442-4.
9. Ganta R, Campbell IT, Mostafa SM. Anaesthesia and acute dermatomyositis/ polymyositis. Br J Anaesth 1988; 60(7):854-8.
10. Meyers EF. Partial recovery from pancuronium neuromuscular blockade following hydrocortisone administration. Anesthesiology 1977; 46(2):148-50.
11. Bowyer SL, LaMothe MP, Hollister JR. Steroid myopathy: Incidence and detection in a population with asthma. J Allergy Clin Immunol 1985; 76(2):234-42.