

Retrobulber Blok Sonrası Olası Beyin Sapı Anestezisi Gelişen İki Olgu

Brainstem Anesthesia Possible after Retrobulbar Block Emerging Two Cases

Tevfik Oğurel¹

¹ Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği, Kırıkkale

ÖZET

Katarakt cerrahisi öncesinde retrobulber anesteziye bağlı olası beyin sapı anestezisi ve solunum arresti gelişen 2 olgunun sunulması ve hasta monitarizasyonunun öneminin vurgulanması.

Katarakt cerrahisi öncesi ASA I olarak değerlendirilen iki hastada analjezi ve akinezi amacıyla retrobulber alana 3 ml lidokain HCl (Jetokain ampül 20mg/mL, Adeka) enjekte edildi.

Hastalarda enjeksiyondan hemen sonra konfüzyon, tansiyon düşüklüğü, solunum güçlüğü, kontrolateral pupil dilatasyonu ve bilinç kaybı ortaya çıktı. Hastalara maske ile oksijen verildi. Oksijen saturasyonlarının yükselmesi nedeniyle entübasyon yapılmadı. Yaklaşık 15 dakika sonra spontan solunumla beraber hastaların bilinci açıldı.

Retrobulber bloğa bağlı beyin sapı anestezisi oldukça nadir görülmesine karşın bu komplikasyonun olabileceği akılda tutulmalı ve ameliyathane bu duruma her zaman hazırlıklı olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Retrobulber anestezi, beyin sapı anestezisi, solunum arresti, hasta monitarizasyonu

ABSTRACT

To report retrobulbar anesthesia-related potential brain-stem anesthesia and respiratory arrest in two patients before cataract surgery and emphasize the importance of patient monitoring .

For analgesia and akinesia, 3 ml of lidocain HCL (Jetokain flakon 20 mg/mL) was applied in retrobulbar area in two patients who were both assessed as ASA I physical status before cataract surgery.

Patients developed confusion, low blood pressure, difficulty in breathing, contralateral pupil dilatation and loss of consciousness just after injection. Oxygen was administered using an oronasal mask. As oxygen saturations were increased enough, the patients were not intubated. They became conscious and spontaneous breathing returned after 15 minutes.

Even though this is a rare complication, it should be kept in mind and the operating room should always be kept ready.

Keywords: Retrobulbar anesthesia, brain stem anesthesia, respiratory arrest, patient monitarisation

GİRİŞ

Oftalmik cerrahi öncesi gözde analjezi ve akinezi sağlamak amacıyla kullanılan en yaygın yöntemlerden biri retrobulber anestezi tekniğidir. Düşük miktarlardaki (3-5 ml) lokal anestetik madde, intrakonal retrobulber boşluğa enjekte edilmektedir. Silyer gangliyonun uzun duyuşal kökü bloke edilerek tüm trigeminal dallarda (kornea, iris, silier cisim) anestezi sağlandığından cerrah için en konforlu ve hızlı anestezi tekniğidir. Ancak beyin sapı anestezisi nedeniyle oluşan solunum arresti, glob perforasyonu, optik sinir hasarı, retinal arter oklüzyonu gibi ciddi komplikasyonlarının bulunması da dezavantajlarını teşkil etmektedir (1-7).

Burada, katarakt ameliyatı öncesi yapılan retrobulber bloğa bağlı olası beyin sapı anestezisi gelişen 2 olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUSU

Katarakt cerrahisi planlanan 55 yaşında erkek ve 61 yaşında bayan hasta preoperatif anestezi bölümüne konsülte edildi ve her iki hasta ASA I olarak değerlendirildi. Operasyon öncesi herhangi bir sistemik hastalığı bulunmayan hastalar monitörize edildi ve damar yolu açıldı. Katarakt cerrahisi öncesi analjezi ve akinezi sağlamak amacıyla 3 ml lidokain HCl (jetokain ampül 20mg/ml, Adeka) kullanılarak retrobulber blok yapıldı. Anestetik madde enjekte edilmeden hemen önce intravasküler enjeksiyondan kaçınmak için enjektörün pistonu geri çekildi ve serebrospinal sıvı ya da kan izlenmedi. Hastalarda enjeksiyondan yaklaşık 2-3 dakika sonra konfüzyon başladı. 1-2 dakika sonra ise tansiyon düşüklüğü, solunum güçlüğü ve bilinç kaybı meydana geldi.

Ardından solunum yüzeyleşti, oksijen saturasyonları düştü ve enjeksiyon yapılmayan diğer gözlerinde de pupillerin dilate olduğu gözlemlendi.

Hastalar yaklaşık 10 dakika maskelendi ve flaş oksijen verildi. Oksijen saturasyonlarının yükselmesi nedeniyle entübasyon düşünülmedi. Yaklaşık 15 dakika sonra spontan solunumla beraber hastaların bilinci açıldı.

TARTIŞMA

Beyin sapı anestezisi retrobulber bloğun ölümcül seyredilebilen ciddi bir komplikasyonudur (8). Bu işlem sırasında uzunluğu 30 mm'nin altında retrobulber iğne kullanılmasının riski düşüreceği ifade edilmekle birlikte retrobulber alandan uzak globun ekvator bölgesine anestezik madde enjeksiyonunun yapıldığı peribulber blok sırasında da görülebilmektedir (9).

Retrobulber blok sonucunda oluşan beyin sapı anestezisinin iki yolla gerçekleştiği varsayılmaktadır. Bunlardan biri lokal anestezik maddenin oftalmik artere diğeri ise optik sinir kılıfından subaraknoid mesafeye enjeksiyonu nedeniyle (8).

Solunum arresti oftalmik anestezide oldukça nadirdir. Yapılan bir çalışmada 6000 retrobulber blok içinde sadece 16 vakada respiratuvar arrest geliştiği bildirilmiştir (8). Anestezik maddenin miktarına bağlı olarak hastalarda bilateral midriazis, konfüzyon ve sempatik hiperaktivite görülebilir. Bilinç kaybı sıklıkla apneye eşlik etmektedir. Tedavi hastanın durumuna göre %100 oksijen desteğinden, entübasyona kadar değişebilmektedir. Genellikle semptomların birkaç saatte tam düzelmesiyle iyi bir klinik seyir göstermektedir.

Bizim olgularımızda da klinik seyir lokal anestezik maddenin subaraknoid mesafeye enjeksiyonu ile uyumlu olarak değerlendirildi. Her iki hastada da bilinç kaybı ve solunum arresti gelişti.

Sonuç olarak; retrobulber bloğa bağlı beyin sapı anestezisi oldukça nadir görülmesine karşın bu komplikasyonun gelişebileceği unutulmamalı, katarakt, trabekülektomi ve şaşılık gibi sık uygulanan oftalmik cerrahilerde işlem süresinin kısa ve hasta sirkülasyonunun fazla olması gibi nedenlerle hasta monitörizasyonundan kaçınılmamalıdır. Yine retrobulber hemoraji, skleral perferasyon, optik sinir hasarı ve beyin sapı anestezisi gibi risklerin retrobulber anestezide göre çok daha düşük olduğu peribulber anestezisi veya bu risklerin izlenmediği subtenon, subkonjonktival veya topikal anestezisi gibi diğer seçeneklerde ikinci bir alternatif olarak akıldan tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Klein ML, Jampol LM, Condon PI, Rice TA, Serjeant GR. Central retinal artery occlusion following retrobulbar hemorrhage after retrobulbar anesthesia. Am J Ophthalmol 1982; 93: 573-7.
2. Hamilton RC. A discourse on the complications of retrobulbar and peribulbar blocked. Am J Ophthalmol. 2000;35:363-372.
3. Davis DB 2nd, Mandel MR. Posterior peribulbar anesthesia: an alternative to retrobulbar anesthesia. J Cataract Refract Surg. 1986; 12: 182-4.
4. Katsev DA, Drews RC, Rose BT. An anatomic study of retrobulbar needle path length. Ophthalmology. 1989; 96: 1221-4.
5. Ripart J, Lefrant JY, De la Coussaye JE. Peribulbar versus retrobulbar anesthesia for ophthalmic surgery: an anatomical comparison of extraconal and intraconal injections. Anesthesiology, 2001; 94: 56-62.
6. Freitas ACH, Espirandelli LC. Parada respiratória após bloqueio peribulbar. Relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 1997; 47: 134-7.
7. Gunja N, Varshney K. Brainstem anaesthesia after retrobulbar block: a rare cause of coma presenting to the emergency department. Emerg Med Australas. 2006; 18: 83-5.
8. Nicoll JM, Acharya PA, Ahlen K. Central nervous system complications after 6.000 retrobulbar block. Anesth Analg. 1987; 66: 1298-302.
9. Nan den Berg AA. An audit of peribulbar blockade using 15 mm, 25 mm and 37,5 mm needles, and sub-Tenons injection. Anaesthesia. 2004; 59: 775-80.

Yazışma Adresi:

Dr. Tevfik OĞUREL

Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi

Göz Hastalıkları Kliniği

Telefon: 0505 5078105

E-posta: ogureltevfik@hotmail.com