

## Takayasu Arteriti Olan Gebede Spinal Anestezi İle Sezaryen Seksiyo: Olgu Sunumu

Elif Bombacı, Gıyasettin Fidan, Yasin Ekti, Banu Çevik, Serkan Çolakoğlu

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi II. Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul  
Yazışma Adresi : Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi II. Anesteziyoloji Ve Reanimasyon

Kliniği Kartal, İstanbul, Türkiye

Tel: 0505 299 10 89 e-mail: bombaciel@yahoo.com

### ÖZET:

Takayasu Arteriti (TA) idiyopatik, nadir görülen kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. TA olgularında anestezi, kontrol edilemeyen şiddetli hipertansiyon ve arter basıncının monitörizasyonunda güçlükler nedeniyle komplike bir işlemdir. Bu yazıda Takayasu arteritli, gebenin sezaryen seksiyon girişiminde anestezi yaklaşımımız sunulmuştur. 31 yaşındaki gebe olgu, fetal distres ve annenin karaciğer enzimlerinde yükselme gelişmesi üzerine acil sezaryen seksiyona alındı. Olgu üç yıl önce TA tanısı almıştı. Sağ kol arter kan basıncı 240 /100 mmHg, sol kol 195/90mmHg idi. Femoral arter pulsasyonları zayıf olarak palpe edilebiliyordu. kristalloid solusyonuyla hidrasyon sağlandıktan sonra % 0.5 bupivakain spinal 10 mg ile spinal blok uygulandı. Operasyon boyunca kan basınçları preoperatif değerlerde seyretti. Yenidoğanın 1. ve 5. dakika apgar skoru 7 ve 9 idi. Postoperatif dönemi sorunsuz geçiren olgu 4. günü taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu arteriti, spinal anestezi, gebe kadın

### SUMMARY:

**Caesarean section under spinal anesthesia at pregnant with Takayasu's arteritis (case report)\***  
**Caesarean section under spinal anesthesia of pregnant woman with Takayasu's arteritis (case report)**

Takayasu's arteritis is a rare, idiopathic and chronic inflammatory disease. Anesthesia for patients with TA is complicated by their severe uncontrolled hypertension and difficulties encountered in monitoring arterial blood pressure. We report the anesthetic management of pregnant woman with Takayasu's arteritis undergoing Caesarean section. 31-yr old, pregnant woman was scheduled for emergency Caesarean delivery when fetal distress and increase of maternal liver enzymes developed. She was diagnosed as TA three years before. Arterial pressure in her right arm was 240/100 mmHg and in left arm was 190/95 mmHg. Her femoral arterial pulsations were palpable poorly. After administration of crystalloid solution for hydration, a spinal block was performed with 10 mg 0.5% bupivacaine spinal. Blood pressure was maintained at preoperative levels throughout the intraoperative period. Apgar scores of the neonate were 7 and 9 at 1 and 5 minute respectively. The postoperative course was uncomplicated and the patient was discharged on the fourth postoperative day.

**Key Words:** Takayasu's arteritis, spinal anesthesia, pregnant woman

### GİRİŞ

Takayasu arteriti (TA) genellikle 40 yaş altı kadınlarda görülen, ve ana dallarını tutan sonucu vizüel bozukluklar, serebrovasküler yetersizlik bulguları, geçici iskemik atak, kollarda nabızların yokluğu gibi klinik bulgulardan oluşan bir tablosudur. İki koldan ölçülen değerleri farkının 10-20 mmHg'nın

üzerinde olması, kollarda hareket sonrası çabuk yorulma hastalığı düşündürür(1). TA, sebebi bilinmeyen, kronik ve oklüziv tipte panarteritisin nadir bir formudur. Bu hastalıkta anestezi yönteminin seçimi ve özellikle operasyon sonrası gelişen nörolojik bozukluğu değerlendirmek ile ilgili pek çok yayın vardır

(2-4). Bu sunuda bir olgu nedeniyle Takayasu hastalığı olan gebede anestezi yaklaşım tartışılmıştır.

## OLGU

Üç yıl önce TA ve bilateral renal arter stenozu tanısıyla takip ve tedavi gören, daha önce bir kez 6 haftalık, bir kez de 17 haftalık intrauterin iki fetus kaybı hikayesi olan 31 yaşında, 32 haftalık gebe hastanın ilaç tedavisine rağmen hipertansiyonunun kontrol altına alınamaması, karaciğer fonksiyon testlerinin bozulması ve fetal distress gelişmesi üzerine acil sezaryen sekiyo planlandı. Yapılan preoperatif değerlendirmede şuur açık, koopere, üst ekstremiteler nabızları dolgun, noninvaziv arter basıncı sağ kol 240/100 mmHg, sol kol 190/95 mmHg, her iki alt ekstremitelerde a. femoralis, tibialis posterior ve dorsalis pedis nabızları üst ekstremitelere göre daha zayıf olmakla beraber dolgun, kalp sesleri normal, ek ses ve üfürüm yok, solunum rahat, dinlemekle her iki akciğerde solunum sesleri doğal olarak tespit edildi. Pretibial 2 +ödem mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde; 4 saat ara ile alınan kan örneklerinde AST:72- 149 U/L, ALT: 64-109 U/L ile yükselme gösterirken, üre, kreatinin, koagülasyon testleri ve hemogram değerleri normal sınırlarda bulundu. Hastanın kan basınçlarının kontrol altına alınamıyor olması nedeniyle genel anestezinin serebrovasküler olayları tetikleyebileceği yada maskeleyebileceği düşüncesiyle, ayrıca hastanın tok olması ve koagülasyon testlerinin normal sınırlarda olması nedeniyle rejyonel anestezi uygulanmasına karar verildi. Hastaya anestezi uygulaması konusunda bilgi verilip aydınlatılmış onamı alındı. Hastanın her iki el sırtına birer 20 no. intravenöz kanül yerleştirilerek damar yolu açıldı ve izotonik serum başlanarak hidrasyon ve volüm replasmanı sağlandı. Kalp atım hızı (KAH), periferik oksijen saturasyonu (SpO<sub>2</sub>), D<sub>11</sub> derivasyonunda EKG, ayrıca her iki kola tansiyon manşonu yerleştirilerek noninvaziv kan basınçları monitörize edilerek hemodinamik parametrelerin takibine başlandı. Oturur pozisyonda L3-4 aralıktan 26 numara spinal iğne ile subaraknoid aralığa girilerek berrak beyin-omurilik sıvısının akışı gözlemlendikten sonra bupivakain spinal 10 mg + fentanil 5mcg

verildi. Baş yaklaşık 40 derece yukarı pozisyonda, sağ kalça altına ince yastık yerleştirilerek pozisyon verildi. Blok uygulandıktan 7 dakika sonra T6 seviyesinde duysal bloğun yerleşmesi üzerine cerrahi başlatıldı. Apgar1 : 7, Apgar5 : 9 ile canlı kız bebek doğurtuldu. Otuzbeş dakika süren girişim boyunca kan basınçları başlangıç değerlerinde, yüksek seyretti. KAH, SpO<sub>2</sub> takiplerinde ise değerler normal sınırlarda ve stabil seyretti. Postoperatif duysal blok 2 segment gerilemesini takiben kan basıncı sağ kol 180/90 mmHg, sol kol 160/95 mmHg ile hasta ilgili servisine gönderildi. Yirmidört saat sonra bakılan tetkiklerinde AST: 50 U/L, ALT: 64 U/L, kan basınçları; sağ kol 170/80 mmHg, sol kol 150/70 mmHg idi. Hasta operasyonun 4. günü sorunsuz olarak evine taburcu edildi.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

TA, sıklıkla genç kadınlarda görülen, özellikle aortik ark dallarını tutan, nedeni bilinmeyen oklüziv bir poliarteritistir. En yaygın olarak, Asyalı kadınlarda görülür. Klinik bulguları, damar ya da damarların tutulumuna bağlı olarak geçici iskemik atak ve vizüel bozukluklar, serebrovasküler yetersizlik bulguları, boyun bölgesi, göğüs ve omuzda zengin kollateral akımla beraber kollarda nabızların yokluğudur. Bununla beraber, en yaygın klinik bulgu, boyun üfürümüdür (1). TA'de çoğunlukla hipertansiyon ve buna bağlı serebrovasküler, retinal bozukluk, kalp ve böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. TA'li gebelerde retinopatinin, hipertansiyonun ve aort regürjitasyonunun şiddeti annenin sağkalımında en önemli kriterdir. Bu olgularda steroid tedavisi ile remisyon sağlanabilmektedir (1,5). TA'li hastalarda anestezi teknik, rejyonel ya da genel olabilir. Anestezi tekniğinin seçiminde, postoperatif ve intraoperatif dönemlerde yeterli kan basıncını sürdürmek son derece önemlidir. Rejyonel anestezi uygulamasında sempatik blok sonucu kan basıncında azalma, daralmış arterlerden dolayı rejyonel sirkülasyonu bozulan hastada tehlikeli olabilir (2). TA'li hastada genel anestezi uygulamalarında beklenen tehlikeler ise kardiyak disfonksiyon ya da serebral hemoraji ve infarkta yol açabilen hipertansif ataklardır. Anestezi sırasında karotid kan

akımını azaltan işlemlerden kaçınılmalıdır. Ayrıca serebral fonksiyonlar monitörize edilmelidir (5,6). Steroid tedavisi almakta olan bu olguda renal arter stenozu ile gebeliğin 26. haftasında başlayan ve son haftalarda kontrol edilemeyen hipertansiyon mevcuttu. Karaciğer enzimleri yükselmekteydi. Spinal anestezi sempatik blokajın organ perfüzyonunu daha da bozması endişesine karşın, olgunun acil müdahale gerektiriyor olması, dolayısıyla serebral dolaşım ile ilgili ileri tetkiklerin yapılamamış olması, ayrıca kan basınçlarının kontrol altına alınamaması nedeniyle genel anestezinin serebrovasküler olayları tetikleyebileceği ya da maskeleyebileceği düşünülerek, genel anesteziye kaçınılmıştır. Hastada spinal anestezi için kontrendikasyon olabilecek bir bulgunun olmaması nedeniyle, hastanın da bilgi ve onayı ile spinal anestezi uygulanmasına karar verilmiştir. Spinal anestezi uygulamasına bağlı şiddetli hipotansiyon geliştiği takdirde hastada mevcut olan renal arter stenozu nedeniyle böbrek fonksiyonlarının bozabileceği, uterus kan akımının ve bebeğin olumsuz etkilenebileceği endişesi ile anestezi uygulamasından önce yeterli sıvı replasmanı yapıldığından emin olunmuş ancak yakın kan basıncı ve kardiyopulmoner sistem muayeneleri ile aşırı sıvı yüklenilmesinden kaçınılmış, hastada aorta-kaval bası ile kan basıncı ve uterus kan akımının bozulmaması için gerekli tedbirler alınmıştır. Gerek anestezi uygulaması ve cerrahi girişim sırasında, gerekse postoperatif dönemde hastanın organ fonksiyonlarında bir bozukluk gelişmemiştir.

Sonuç olarak; TA'li gebelerin acil sezaryen sekiyo girişimlerinde spinal anestezi tekniğinin olası komplikasyonlardan korunma açısından iyi bir seçim olduğu kanaatine varılmıştır.

#### **KAYNAKLAR**

1. Kerr GS. Idiopathic arteritis of Takayasu (Pulseless disease). Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA (eds). *Current Medical Diagnosis & Treatment*. 41st ed. London: Mc Graw-Hill, 2002: 499.
2. Hampl KF, Schneider MC, Skarvan K, Bitzer J, Graber J. Spinal anaesthesia in a patient with Takayasu's disease. *Br J Anaesth* 1994; 72: 129-132.

3. Kathirvel S, Chavan S, Arya VK, et al. Anesthetic management of patients with Takayasu's arteritis: a case series and review. *Anesth Analg* 2001; 93: 60-65.

4. McKay RSF, Dillard SR. Management of epidural anaesthesia in a patient with Takayasu's disease. *Anesth Analg* 1992; 74: 297-299.

5. Henderson K, Fludder P. Epidural anaesthesia for caesarean section in a patient with severe Takayasu's disease. *Br J Anaesth* 1999; 83: 956-959.

6. Başaranoğlu G, Erden V, Kocabora S ve ark. Takayasu arteritli bir hastada anestezi yönetimi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005; 47:148-9.