

Vertebral Hemanjiomlu Hastada Anestezi Uygulaması

Anesthesia Management of A Case with Vertebral Hemangioma

¹Semih Arıcı, ¹Serkan Karaman, ¹Ziya Kaya, ¹Mustafa Süren, ²Esra Doğan

¹ Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi Anesteziyoloji
ve Reanimasyon AD

²Tokat Devlet Hastanesi
Anesteziyoloji ve
Reanimasyon Kliniği

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Semih Arıcı

Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi Anesteziyoloji
ve Reanimasyon AD

Tel: 05333135614

E-mail:semiharici@gmail.com

Özet

Vertebral hemanjiomlar; benign, sıklıkla asemptomatik, sıklıkla başka sebeplerle çekilen radyolojik tetkiklerle saptanan malformatif vasküler tümördür. asemptomatik vertebral hemanjioması saptanan, astım bronşiale tanısı olan 64 yaşındaki kadın hastanın anestezi uygulaması sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Vertebral hemanjiom, anestezi, nöroaksiyel blok

Abstract

Vertebral hemangiomas, those are benign, frequently asymptomatic and detected by an incidentally used radiological examinations, are malformative tumours. In this case report, we presented the airway management of a 64 years-old patient with asymptomatic vertebral hemangioma and bronchial asthma.

Key Words: Vertebral hemangioma, anesthesia, neuraxial block

Giriş

Vertebranın malformatif vasküler tümörü olan vertebral hemanjiom, benign özellik gösterir. Vertebral kolonda hemanjiomlar oldukça sık görülür ve bunların birçoğu asemptomatiktir. Orta yaşlardaki kadınlarda ve torakolomber bölgede meydana gelir (1). Sıklıkla başka sebeplerle çekilen manyetik rezonans (MR) görüntüleme ile tesadüfen saptanırlar (2,3). Bu olguda spondilolistezis nedeniyle çekilen MR'da vertebral hemanjiom saptanan hastadaki anestezi uygulaması sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Diz artroskopi cerrahisi geçirecek olan 64 yaşında kadın hastanın preoperatif değerlendirmesinde hipertansiyon ve astım tanıları ile düzenli ilaç kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde tansiyon arteriyel 120/80 mmHg kalp tepe atımı 72 atım/dk, Elektrokardiyografi normal sinus ritminde, akciğer oskültasyonunda bilateral ronkusleri mevcuttu. Arteriyel kan gazında pH:7.44 pO₂: 68 pCO₂: 36 SPO₂: 91 olması üzerine hastanın göğüs hastalıkları tarafından değerlendirilmesi sonucu astım bronşiale ve ileri derecede obstruktif akciğer hastalığı tanısı teyid edilerek medikal tedavisi düzenlendi. Hastaya ait vertebral kolon MR görüntüleri incelendiğinde üçüncü lomber vertebra korpusunda hemanjiom ve buna bağlı olarak öne kaymanın olduğu tespit edildi. Hastanın mevcut akciğer problemlerinin varlığı düşünülerek ve hastanın isteği üzerine spinal anestezi uygulaması tercih edildi. Sağ lateral dekübit pozisyonunda L5-S1 seviyesinden subaraknoid aralığa 25 Gauge quincke spinal iğne ile ilk denemede girildi. Errak BOS akışı gözlenmesinin ardından 15 mg %0.5 bupivakaine ile spinal anestezi sağlandı ve operasyon sorunsuz şekilde tamamlandı. Peroperatif ve postoperatif takiplerinde herhangi bir komplikasyon yaşanmadı.

Tartışma

Nöralaksiyel anestezinin major kontrendikasyonları arasında lomber vertebra anatomisindeki değişiklikler yer almamasına rağmen klinisyenler tarafından çoğu kez anamnezde veya fizik muayenede disk hernisi, skolyoz, spondilestezis gibi bozukluklar olduğunda tercih edilir. Spinal ve epidural anestezi uygulamaları ile cerrahi stres azalır. İntraoperatif kan kaybını ve postoperatif tromboembolik komplikasyonları azaltırlar. Buna bağlı olarak hastalarda morbidite ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir (4-7).

Yavaş büyüyen primer iyi huylu bir tümör olan intra osseöz hemanjiom; kapiller, kavernöz veya venöz orjinlidir. Endoteyel hücrelerle döşeli sinüsler ve ince duvarlı damarlardan oluşur (1,2). Sıklıkla kalvaryum ve torakolomber vertebralarda görülmekle birlikte tüm kemiklerde görülebilir (1,8). Vertebral hemanjiomlar genellikle başka nedenlerle yapılan radyolojik incelemelerde rastlantısal olarak yada boyun ve sırt ağrısının araştırılması sırasında tespit edilirler (2,3,9). Vertebral hemanjiomlar klinik kriterler temel alınarak üç kategoride toplanmaktadır. Bunlar asemptomatik, semptomatik ve kompresif vertebral hemanjiomlardır. Asemptomatik vertebral hemanjiomlar genellikle intraosseöz olup, osseöz ekpansiyona neden olmazlar. En sık görüldükleri bölge torakal ve lomber vertebral kolon olup, genellikle vertebra korpusuna lokalizedirler. Spinal kord ve nöral köklerde basıya neden olan kompresif tip vertebral hemanjiomlar ise daha çok T3-T9 seviyeleri arasındaki torakal vertebralarda görülmektedir. Manyetik rezonans inceleme ile hemanjiomların agresiviteyi hakkında ilave bilgiler elde edilmektedir. Bilgisayar tomografi ve manyetik rezonans görüntülerinin karşılaştırılması ile yapılan bir çalışmada; vertebral hemanjiomları asemptomatik ve kompresif olarak ikiye ayırmada kriterler kullanılmıştır. 1) Torasik lokalizasyonu 2) Tüm vertebra korpus tutulumu 3) Pediküllere ulaşım 4) İrregüler trabekülasyon 5) Kemik konturlarında

genişleme 6)Epidural ve perivertebral uzanım kriterleri kullanılmıştır (10,11). Vertebraların stabilitesinin elastisitesi arka bölümde yer alan supraspinöz, interspinöz ligamentler ve ligamentum flavum tarafından sağlanır. Vertebra anatomisine ait oluşumlardaki degenerasyon ve anomaliler nöralaksiyal blokta zorluklara neden olabilir. Bizim olgumuz asemptomatik , agresif degenerasyon göstermeyen, kompresif olmayan vertebral hemanjyomdu ve spinal blok uygulamasında herhangi bir zorlukla karşılaşılmaı. İnteroperatif ve postoperatif tromboembolik bir olay gözlenmedi. Güvenli ve komplikasyonsuz olarak anestezi uygulanması sağlandı. Preoperatif değerlendirme ve anestezi planı geliştirme, güvenli anestezi uygulamalarının ilk basamağıdır. Hastanın cerrahi tanısı yanında yandaş hastalıklarını değerlendirmek önemlidir. Ayrıca hastaya ait olan laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinin preoperatif olarak eksiksiz incelenmesi için özen gösterilmelidir. Sonuç olarak; uygun görüntüleme yöntemleri, tüm cerrahi girişimlerde cerrahi ekibin olduğu gibi, anesteziistlerinde hastaya yaklaşımını oldukça kolaylaştırmakla birlikte anestezi yönteminin planlanmasında ve uygulamasında net bir perspektife sahip olmamızı sağlamaktadır.

Kaynaklar

1. Heredia C, Mercader JM, Graus F. Hemangioma of the vertebrae: contribution of magnetic resonance to its study. *Neurology* 1989; 9: 336-39
2. Fox M, Onofrio B. The natural history and management of symptomatic and asemptomatik vertebral hemangiomas. *J Neurosurg* 1993; 78: 36-45
3. Dagi TF, Schmidek HH. Vascular tumors of the spine. In Sunderesan N, Schmidek HH, Schiller AI (eds): *Tumors of the spine: Diagnosis and clinical management*. Philadelphia: WB Saunders, 1990:181-191
4. Modig J, Borg D, Karlström G, Maripuu E, Sahlstedt B. Thoromboembolism after total hip replacement; role of epidural and general anesthesia. *Anesth Analg* 1983; 62:174
5. Rosenfeld B, Beattie C, Christopherson R. The effects of different anesthetic regimens on fibrinolysis and the development of postoperative arterial thrombosis. *Anesthesiology*. 1993; 79: 422
6. Yeager M, Glass D, Neff R, Brinck-Johnsen T. Epidural anesthesia and analgesia in high risk surgical patients. *Anesthesiology* 1987; 66: 729
7. Moraca RJ, Sheldon DG, Thirlby RC. The role of epidural anesthesia and analgesia in surgical practice. *Ann Surg* 2003; 238: 663
8. Yochum TR, Lile RL, Schultz GD. Acquired spinal stenosis secondary to an expanding thoracic vertebral hemangioma. *Spine*. 1993; 18: 299-305
9. Resnick D, *Bone and Joint imaging 2nd ed.* Philedelphia, Sounders, 1996
10. Laredo J, Reizine D, Bard M. Vertebral hemangiomas, radiologic evaluation. *Radiology* 1990; 177: 467-72
11. Schmorl G, Junghans H. *The human spine in health and disease*. New York, Grune & Stratton, 1971