Skleroderma Ve Anestezisi

Beyhan KARAMANLIÖGLU 1, Cavidan ARAR 2, Fatma KAVAK3, Cüneyt GÜRELER3, Zafer PAMUKÇU 4

ÖZET
Skleroderma yaygın enfalamsyon, vasküler skleroz ve organ fibrozisi ile karakterize bir hastalıktır. Bu makede, sklerodermaic iki olguyu ve anestezite uygulamasını literatür içindeki irdeleyerek sunduk.

Anahtar Sözcükler: Skleroderma, genel anestezisi.

SUMMARY

SCLERODERMA AND ANAESTHESIA
Skleroderma is a disease characterized by generalized inflammation, vascular sclerosis and organ fibrosis.
In this report, we presented two cases with skleroderma of which anaesthetic management evaluation under the light of the present literature.

Key words: Scleroderma, general anaesthesia

GİRİŞ
Skleroderma (sistemik skleroz) derinin yaygın, simetrik kahınlaması, deri altı dokularının atrofi göstergesi ve birçok organ fibrozisi ile birlikte olan bir hastalıktır (1-5). Hastalarda ağzın ve cenenenin açılmasındaki restriksiyona bağlı zor entübasyonu gözlemlenir.
Akcığerler, diyafagma ve göğüs duvarı derisinde oluşan fibrozis, skleroz ve gerilme sonucu solunum problemleri ile kardiyak ve renal tutulumaya bağlı semptomlar görülür. Gastrointestinal sistem (GIS) sklerodermada en sık tutulan organ sistemidir. Bu nedenle, hastalarda regürlüğün yaklaşımını izleyebilmek (1.4-9).

Bu makede, özofagus alt uç dağlıği nedeniyle operasyon, ağrılı yumuşaklığı.RELATED analizinin nedeniyle özofagoskop planlanan ve çalışma için Tip Fakültesi Etik Kurulundan izin alınan sklerodermalı iki hasta ile ilgili anestezide deneyimiz, literatürü karşılaştıraların sumunmuştur.

OLGULARIN SUNUMU


Laboratuar bulgusu olarak, gözüş duvarı biyopsisinde; yüzeyde hiperkeratöz gösteren çok katlı yassı epitel, üst derimde ödem, özellikle damarlar çevresinde yoğunlaşan mononükleer inflamasyonu, lenfositlerin kaybi ve kollajen liferde artırma saptandı. Preoperatif solunum fonksiyon testleri hafif restriktif bozukluk bulguları gösterdi [zoru vital kapasite (ZVK): 2.41 L, 1. saniye zoru ekspirasyon volümü (ZEV1): 1.84 L, ZEV1 / ZVK: %76.35].

Hazırlık odasına alınan hastada ekstremiteklerin soğuk, venlerin belirsiz olduğu görüldü. Koltuk altı cilt ısıs 35.7-35.9°C olarak belirledi. Ekstremitekler iritasyon için sicak kompressler uygulandı. Gökçüklen venöz damar yolu bulum v. brakialisten ringer laktatlı %5 deksstro infüzyonu yapılan hasta EKG, noninvaziv arter basını ve periferik oksijen saturasyonu (SpO2) (BCI International microSpan 3040 Oximeter) yoğunlukta monitöre edildi. Preoperatif dönemde; ortalama sistolik arter basını (SAB): 118 mmHg, diastolik arter basını (DAB): 76 mmHg, kalp atım hızı (KAH): 76/dak., SpO2: %93-95 bulundu.

Hastaya premidyakasyon için operasyonda 2 saat önce, oral 20 mg omeprazol

1. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tip Fakültesi Anestizioloji ve Reanimasyon A.D.
2. Yrd. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tip Fakültesi Anestizioloji ve Reanimasyon A.D.
3. Araş. Gör. Dr Trakya Üniversitesi Tip Fakültesi Anestizioloji ve Reanimasyon A.D.
4. Prof. Dr. Trakya Üniversitesi Tip Fakültesi Fakülteleri Anestizioloji ve Reanimasyon A.D.
kapsül ve 45 dak. önce 2 mg midazolam intramuskuüler (I.M.) uygulandı.

Amełyat odasına alınan hasta için zor entübasyon olasılığı nedeniyle fiberoptik laringoskop ve laringeal maske hazır bulunduruldu. İndüksiyon için 100 mg propofol, entübasyon için 25 mg atrakuryum besilat intravenöz (I.V.) verildikten sonra, dar ağız ve larinks girişsi olan hasta, 28 numaralı entübasyon tüpü ile zor da olsa orotrakeal olarak entübe edildi. Entübasyondan sonra, subklastian ven (7F Triple lumen infusion catheter, Medcomp) ve femoral arter (Arterial catheter 186 1.4x200 mm, Ohmeda) katerizasyonu yapıldı, mesaneye idrar kateteri (Ureofix 500/500 plus B/Braun) ve ısı probe yerleştirildi. EKG, noninvasif ve invaziv arter basıncı, SpO₂ ve vücud ısıtışı izlemeleri yapıldı (Dräger Cato PM 8040). Anestezi idamesi %1 isofluran + %50 azot protoksit (N₂O) + %50 oksijen (O₂) ve berektikçe 0,08 mg/kg atrakuryum besilat I.V. ile sağlandı. 6,5 saat süren cerrahi girişim sırasında anestezi yönden olumsuz gözelemedi. Cerrahi'nin bitiminden sonra anestez gazlar kesildi. Hasta motor gücün geri gelmesi ve spontan solunumun sağlanması üzerine ektübe edildi. Peroperatif dönemde; ortalama SAB: Noninvasiv 112 mmHg, invaziv 120 mmHg; DAB: Noninvasiv 72 mmHg, invaziv 84 mmHg; KAH: 69/dak., SpO₂: %98-100; mesanedan ölçülen sıcaklık ısıtısı 36,2-36,7°C arası saptandı, idrar çiğniti dengeli bulundu.

Derlenme odasında bir süre izlenen olgu, tam kooperasyon kurulması üzerine servise gönderildi (ortalama SAB: 120 mmHg, DAB: 75 mmHg; KAH: 78/dak., SpO₂: %94-96, koltuk altı ısıtısı 35.7-36.1°C). Olgu 2: (M.G.) Ağrılı yutma güçlüğü yakınmaları olan 47 yaşındaki kadın hastaya tanı amacıyla ozofagoskopı planlandı. Alınan preanestezik anamnezde; 10 yıl önce İstanbul Tip Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı tarafından erde ve ayaklarda morarına ve ağrı şıkayetleri ile başvuran hastaya Raynoud fenomeni, Dermatoloji ve Patoloji Anabilim Dalları tarafından skleroderma tanısı koyulmuştur. Aile anamnezinde; hastanın büyük oglunda skleroderma semptomlarının olduğu bildirilmiştir.


Laboratuvar bulgusu olarak; Romatoid faktör pozitifliği, eritosit sedimentasyon hızında artma (1 saatte 16, 2. saatte 28 mm.) ve protein elektroforezinde gamma globulinun fraksiyonunda artma (normal düzeyi %11-20, olgumuzda %26,1) saptandi.

Hazard odasına alınan hasta ekstremitelerin soguk, venlerin belirsiz olduğu görüldü. Koltuk altı cilt ısıtısı 35.8-36.0°C olarak saptandi. Ekstremiteleri ısıtmak ve venleri lokalize etmek için sıcak kompresler uygulandı. Hastada damar yolu güçlükle bulunup v. brakialisten %0.9' luk NaCl infüzyonu başlatıldı. Hastaya EKG, noninvasiv arter basıncı ve SpO₂ monitorizasyonu yapıldı. Preoperatif dönemde; ortalama SAB: 110 mmHg, DAB: 70 mmHg, KAH: 75/dak, SpO₂: %94-97 bulundu.

Hastaya premedikasyon olarak operasyondan önceki gece ve operasyondan 2 saat önce oral 40 mg famonitidin tablet ve 45 dak. önce 3 mg midazolam IM uygulandı.

Amełyat odasına alınan hasta için zor entübasyon olasılığı nedeniyle fiberoptik laringoskop ve laringeal maske hazır bulunduruldu. Anestezi indüksiyonu 30° lik baş yuvarak pozisyonda uygulandı. İndüksiyon için 125 mg propofol, entübasyon için 30 mg atrakuryum besilat I.V. verildikten sonra, fiberoptik laringoskop yardımıyla 26 numaralı entübasyon tüpüyle nazarotakal entübasyon yapıp hava yolu güvenliği sağlandı. EKG, noninvasiv arter basıncı ve SpO₂ monitorizasyonu yapıldı. Rектal yerleştirilen ısıtısı 36.4-36.7°C arası saptandı. Isıtıcı ile vücut ısıtısı izlendi. (Dräger Cato PM 8040). Anestezi idamesi %1 isofluran + %50 N₂O + %50 O₂ ile sürüldü. 30 dakika süre modern renal tablonun güçlenmesi üzerine ektübe edildi. Peroperatif döneminde; ortalama SAB: 105 mmHg, DAB: 70 mmHg, KAH: 78/dak., SpO₂: %99-100 bulundu. Vücut ısıtısı 36.4-36.7°C arası saptandı. Isıtıcı ile vücut ısıtısı izlendi. (Dräger Cato PM 8040). Anestezi idamesi %1 isofluran + %50 N₂O + %50 O₂ ile sürüldü. 30 dakika süre modern renal tablonun güçlenmesi üzerine ektübe edildi. Peroperatif dönemde; ortalama SAB: 105 mmHg, DAB: 70 mmHg, KAH: 78/dak., SpO₂: %99-100 bulundu. Vücut ısıtısı 36.4-36.7°C arası saptandı.

Derlenme odasına alınan ve bir süre izlenen olgu, tam kooperasyon kurulması üzerine servise gönderildi (ortalama SAB: 115 mmHg,
SKLERODERMA VE ANESTEZİ

GİS sklerodermada en sık tutulan organ sistemidir(1,2,4,9,12). Çalışmalarda (1,2,4,6,7,9,11,12), alt özofagus sfinkter tonusu azalması, özofagusta hipomotilite ve sekresyonların yutulmasındaki güçlük sonucu gastrik içeriğin regürjitasyonunun pulmoner aspirasyona neden olduğu, H₂ reseptör blokerleri veya antasitlerin aspirasyon riskini önlemen de kullanılabileceği bildirilmektedir. Sakurai ve Hayashi (15) kollajen hastalıklarında reflü özofajit insidansını yaklaşık % 10 olarak belirlerlerken, bu oranın sklerodermada % 50’ye kadar çıkabildiğini bildirmişlerdir.

Her iki olguda da preoperatif dönemde yumta güçlüğü ve regürjitasyon bulguları saptadık. İlk olgumuzda aspirasyon pnomonis profilaksisi için operasyondan 2 saat önce oral 20 mg omeprazol kapsül, önemli regürjitasyon yakınmaları olan 2. olguya ise operasyondan önceki gece ve operasyondan 2 saat önce oral olarak 40 mg famotidin tablet verdik. Ayrıca bu olguda mide içeriğinin aspirasyonunu önlemek için indüksiyon 30° lik baş yukarı pozisyonunda uygulandı.

Pulmoner problemler sklerodermada sık olup, akciğer ve göğüs duvarındaki ciltle elastik özelliklerin değişmesi ve fibröz dokunun akciğer kaplaması ile vital kapasite, akciğer volumleri ve kompliyanta azalma meydana gelir. Solunum fonksiyon testlerinin restriktif hastalığın belirlenmesinde yararlı olduğu bildirilmektedir(1,4,6,9,12,14). İlk olgumuzda preoperatif dönemde yapılan solunum fonksiyon testleri (ZVK, ZEV, ZEV, ZVK) hafif restriktif bozukluk bulguları gösterdi. Hsue ve ark.(12) ise bu olgulara restriktif solunumsal bozuklukları daha ciddi bulunmuşlardır. Ayrıca bu olgumuzda zaman zaman aktivite ile oluşan hafif nefes darlığı anamnezi alındı.

GİS sklerodermada en sık tutulan organ sistemidir(1,2,4,9,12). Çalışmalarda (1,2,4,6,7,9,11,12), alt özofagus sfinkter tonusu azalması, özofagusta hipomotilite ve sekresyonların yutulmasındaki güçlük sonucu gastrik içeriğin regürjitasyonunun pulmoner aspirasyona neden olduğu, H₂ reseptör blokerleri veya antasitlerin aspirasyon riskini önlemen de kullanılabileceği bildirilmektedir. Sakurai ve Hayashi (15) kollajen hastalıklarında reflü özofajit insidansını yaklaşık % 10 olarak belirlerlerken, bu oranın sklerodermada % 50’ye kadar çıkabildiğini bildirmişlerdir.

Her iki olguda da preoperatif dönemde yumta güçlüğü ve regürjitasyon bulguları saptadık. İlk olgumuzda aspirasyon pnomonis profilaksisi için operasyondan 2 saat önce oral 20 mg omeprazol kapsül, önemli regürjitasyon yakınmaları olan 2. olguya ise operasyondan önceki gece ve operasyondan 2 saat önce oral olarak 40 mg famotidin tablet verdik. Ayrıca bu olguda mide içeriğinin aspirasyonunu önlemek için indüksiyon 30° lik baş yukarı pozisyonunda uygulandı.

Pulmoner problemler sklerodermada sık olup, akciğer ve göğüs duvarındaki ciltle elastik özelliklerin değişmesi ve fibröz dokunun akciğer kaplaması ile vital kapasite, akciğer volumleri ve kompliyanta azalma meydana gelir. Solunum fonksiyon testlerinin restriktif hastalığın belirlenmesinde yararlı olduğu bildirilmektedir(1,4,6,9,12,14). İlk olgumuzda preoperatif dönemde yapılan solunum fonksiyon testleri (ZVK, ZEV, ZEV, ZVK) hafif restriktif bozukluk bulguları gösterdi. Hsue ve ark.(12) ise bu olgulara restriktif solunumsal bozuklukları daha ciddi bulunmuşlardır. Ayrıca bu olgumuzda zaman zaman aktivite ile oluşan hafif nefes darlığı anamnezi alındı.

görülebilmesi nedeniyle olguların çok iyi monitörize edilmesinin, zor entübasyon olasılığı nedeniyle fiberoptik laringoskop, laringeal maske gibi hazırlıkların yapılması,
regürjitasyon ve buna bağlı olarak pulmoner aspirasyona karşı önlem alınmasının uygun olacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR