

Ankilozan Spondilit ve Romatoid Artrit Birlikteliği Olan Hastada Kombine Siyatik-Femoral Sinir Bloğu

Onur PALABIYIK^a, Ayça TAŞ TUNA, Fikret BAYAR, Hazel CAN, Yaşar TOPTAŞ

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Sakarya, Türkiye

ÖZET

Ankilozan spondilit (AS) ve romatoid artrit (RA) progresif seyirli kronik romatizmal hastalıklardır. AS ve RA birlikteliği nadir görülen bir durumdur. Bu hastalıklarda zor hava yolu ve başarısız nöroaksiyel blok olasılığı artmıştır. AS ve RA birlikteliği olan 65 yaşındaki hastaya total diz protezi için rejyonel anestezi planlandı. Başarısızlıkla sonuçlanan nöroaksiyel blok sonrasında, hastaya kombine siyatik-femoral sinir bloğu başarıyla uygulandı. Sonuç olarak AS ve RA birlikteliğinde, alt ekstremitte cerrahisinde periferik sinir blokları genel anestezi ve nöroaksiyel bloğa göre alternatif bir anestezi yöntemi olarak uygulanabilir.

Anahtar Sözcükler: Ankilozan spondilit, Romatoid artrit, Siyatik sinir bloğu, Femoral sinir bloğu.

ABSTRACT

Combined Sciatic-Femoral Nerve Block in Patient with Coexisting Ankylosing Spondylitis and Rheumatoid Arthritis

Ankylosing spondylitis (AS) and rheumatoid arthritis (RA) are progressive chronic rheumatic diseases. Coexisting AS and RA is a rare condition. In these diseases, the possibility of a difficult airway and failed neuraxial block is increased. A 65-year-old female patient coexisting AS and RA, which is scheduled for regional anesthesia for total knee arthroplasty. After neuraxial block was failed, the patient was successfully applied a combined sciatic-femoral nerve block. As a result, in coexisting AS and RA, peripheral nerve blocks can be applied an alternative anesthetic method to general anesthesia and neuraxial block for lower extremity surgery.

Key words: Ankylosing spondylitis, Rheumatoid arthritis, Sciatic nerve block, Femoral nerve block.

Ankilozan spondilit (AS) ve romatoid artrit (RA), eklemlerde hasara ve fonksiyon kaybına neden olan, ilerleyici tipte kronik inflamatuvar hastalıklardır. AS, omurga ve sakroiliak eklem tutulumu ile karakterize iken; RA'da genellikle periferik eklem tutulumu ön planda olmakla birlikte atlantookspital ve sakroiliak eklem tutulumu da görülebilir. AS ve RA'nın aynı hastada bulunması nadiren görülebilen bir durumdur (1).

Ankilozan spondilit ve RA'da baş-boyun hareketlerinde ve ağız açıklığında kısıtlılık nedeniyle bu hastalarda zor entübasyon olasılığı artmıştır. Ayrıca, omurga tutulumu varlığında santral nöroaksiyel blok uygulamalarında zorlukla karşılaşılabilir (2, 3).

Periferik sinir blokları hemodinamik stabilizeyi ve pulmoner fonksiyonları daha iyi koruduğundan, komplikasyon riskini azalttığından ve postoperatif dönemde daha iyi analjezi sağladığından yüksek riskli hastalarda iyi bir alternatif anestezi yöntemi olarak ön plana çıkmaktadır (4).

Ankilozan spondilit ve RA birlikteliği bulunan, gonartroz tanısı nedeniyle sol total diz protezi planlanan, ASA IV risk grubunda, başarısız santral nöroaksiyel blok hikayesi nedeniyle daha önce operasyonu ertelenen hastadaki kombine siyatik-femoral sinir bloğu (KSFSB) uygulamamızı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Altmış beş yaşında, 80 kg ağırlığında, 174 cm boyunda, kadın hastaya sol gonartroz nedeniyle total diz protezi operasyonu planlandı. Kalp kapak hastalığı, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği bulunan ve 10 yıldır AS ve RA tanısı nedeniyle prednizolon, sülfasalazin ve metotreksat tedavisi altında olmasına rağmen son 4 aydır artan yürüme güçlüğü bulunan hastanın fizik muayenesinde sol omuz, kalça ve diz ekleminde şiddetli ağrı ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Baş-boyun hareketlerinde (ekstansiyon-fleksiyon) ileri derecede kısıtlılık saptandı. Mallampati III, ağız

^a Yazışma Adresi: Dr. Onur PALABIYIK, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Sakarya, Türkiye

Tel: 0 264 444540

Geliş Tarihi/Received: 28.04.2014

e-mail: mdpalabiyikonur@yahoo.com

Kabul Tarihi/Accepted: 29.06.2014

açıklığı 2,5 cm, tiromental mesafe 5 cm idi. Bir ay öncesinde aynı operasyon için başka bir merkezde planlanan operasyonun, santral nöroaksiyel blok uygulamasında başarısız olunması ve sonrasında genel anestezinin de verilemeyeceği söylenerek iptal edildiği öğrenildi. Preoperatif laboratuvar tetkiklerinde üre: 80 mg/dL, kreatinin: 1,9 mg/dL, hemoglobin: 10,2 g/dL, hematokrit:%34,3 dışında anormal değer saptanmadı. Ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu %50, ileri derecede aort ve mitral yetmezlik, pulmoner hipertansiyon (50 mmHg) saptandı. Hasta, anestezi için önce santral nöroaksiyel blok uygulamasının yapılacağı, başarısızlık durumunda alternatif olarak periferik blok uygulaması yapılacağı hakkında bilgilendirildi. Rejyonal anestezide başarısızlık veya bir komplikasyon gelişmesi halinde genel anestezi uygulamasına dönme ihtimali göz önünde bulundurularak ve zor hava yolu olabileceği düşünülerek fiberoptik bronkoskopi dahil zor entübasyon hazırlığı yapıldı.

Operasyon odasına alınan hastaya elektrokardiyografi, noninvazif kan basıncı ve pulse oksimetreden oluşan rutin anestezi monitörizasyonu uygulandı. Kan basıncı 150/90 mmHg, kalp atımı 74 atım/dk, SpO₂: %95 idi. Hastaya sedasyon amacıyla 3 mg midazolam ve 50 µg fentanyl intravenöz uygulandı. Kalça ve diz eklemlerinde ağrı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle oturamayan hasta, spinal blok için lateral dekübit pozisyona alındı. L3-L4 intervertebral aralıktan orta hat ve lateral yaklaşımla spinal blok uygulamalarında başarısızlık sonrasında periferik sinir bloğu uygulamasına karar verildi. Lumbosakral blok uygulamasının da başarısız olması üzerine posterior yaklaşımla siyatik sinir bloğu için anatomik işaret noktaları belirlendikten sonra bölge asepsisi sağlandı. Nörostimülatör (Stimuplex HNS 12, B.Braun, Germany) eşliğinde 21G, 100 mm'lik blok iğnesi (SonoPlex, Pajunk, USA) ile belirlenen işaret noktasında cilde dik olarak girildi. Başlangıç akımı 1,5 mA ayarlandı. Plantar fleksiyon mevcudiyeti 0,3-0,4 mA düzeylerinde sağlandığında negatif aspirasyonu takiben 20 mL lokal anestetik karışımı (10 mL % 0,5 bupivakain+10 mL % 2 lidokain) aralıklı negatif aspirasyonla birlikte enjekte edildi. Hasta supin pozisyona alınıp femoral blok için bölge asepsisi sağlandı. Belirlenen anatomik işaret noktasından 22G, 50 mm'lik blok iğnesi (SonoPlex, Pajunk, USA) ile cilde dik olarak girildi. Patella hareketi 0,3-0,4 mA düzeylerinde sağlandığında negatif aspirasyonu takiben aynı lokal anestetik karışımından 20 mL aralıklı olarak enjekte edildi. Pinpirik testi ile yeterli duyuşal bloğun sağlandığı görüldükten sonra hasta cerrahi ekibe devredildi. Peroperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmeyen; 1500 mL kristalloid ve 500 mL kolloid replasmanı yapılan hasta, 85 dk süren cerrahiye takiben sorunsuz olarak postoperatif bakım ünitesine alındı. Vital bulguları stabil olan ve ağrı yakınması olmayan hasta cerrahi servisine nakledildi.

Ağrısı başlayınca 100 mg tramadol İV yapılması ve analjezi idamesinin 3x100 mg tramadol ile sağlanması önerildi. Hasta postoperatif 3. gün sorunsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Ankilozan spondilit ve RA birlikteliği olan yüksek anestezi riskli hastada alt ekstremitte cerrahisi için uyguladığımız KSFSB ile yeterli anestezi ve analjezi sağlandı.

Ankilozan spondilit ve RA gibi ilerleyici kronik inflamatuvar hastalıklara sahip hastalarda anestezi planını yaparken komplikasyon riskini en aza indirecek ve hasta konforunu arttıracak yöntemin seçilmesi önemlidir. Özellikle atlantookspital eklem olmak üzere servikal omurganın tutulumu baş-boyun hareketlerinde kısıtlılığa; temporomandibüler eklem tutulumu ise ağız açıklığının azalmasına yol açtığından genel anestezi planında zor hava yolu ile karşılaşma olasılığı artmıştır (2, 3, 5). Bu nedenle mevcut olan tüm zor entübasyon hazırlıkları yapılmalıdır. Entübasyon sırasında başın aşırı ekstansiyonu servikal omurgada kırık riskini beraberinde getirmektedir (3). Baş ve boyun hareketini en aza indirgeyerek yerleştirilebilen laringeal maske ile ventilasyon başvurulabilecek alternatif bir yöntemdir (3, 6, 7). Bu hastalarda en güvenli hava yolu sağlama yönteminin uyanık fiberoptik entübasyon olduğu bildirilmiştir (2, 3). Biz de hastamızda zor entübasyon ile karşılaşabileceğimizi düşünerek; yandaş hastalıklarının varlığı nedeniyle de perioperatif dönem komplikasyonlarını en aza indirmek ve olası postoperatif yoğun bakım ihtiyacını ortadan kaldırmak amacıyla rejyonal anestezi uygulamaya karar verdik.

Santral nöroaksiyel bloklar uygun cerrahi prosedürlerde genel anesteziye alternatif olarak ilk planda uygulanan rejyonal anestezi tekniklerindedir. Ayrıca daha iyi kas gevşemesi sağlamaları, kan kaybını ve venöz tromboemboli riskini azaltmaları santral nöroaksiyel blokların genel anesteziye göre avantajlarıdır (2). AS ve RA gibi hastalıklarda interspinöz ligamentlerin kemikleşmesi ve omurgalar arası mesafenin daralması nedeniyle santral nöroaksiyel bloklar zor hatta imkansız olabilmektedir (2, 3, 8). Epidural blok uygulamasında omurga ve çevre dokularda travma, epidural ve spinal hematoma gibi ciddi komplikasyon riskinin bu hasta grubunda daha fazla olduğu bildirilmiştir. İlâveten epidural kanalın kuvvetle ihtimal daha dar oluşu epidural blok uygulamasında uygun ilaç dozunun belirlenmesinde hatalara yol açabilir (3). Bu hastalarda orta hat yaklaşımla spinal blok uygulamaları başarısızlıkla sonuçlanabilir. Bununla birlikte lateral yaklaşımla başarılı spinal blok uygulamaları bildirilmiştir(9,10). Rejyonal anestezi uygulamasındaki en önemli sorunlardan biri de, AS ve RA hastalarında omurga ve eklemlerdeki tutulum nedeniyle uygun pozisyon

vermekteki güçlüktür (11). Daha önce santral nöroaksiyel uygulamada başarısızlık mevcut olan hastamıza, komplikasyonları göz önünde bulundurularak epidural blok denenmedi. Lateral dekübit pozisyonunda orta hat ve lateral yaklaşımla spinal blok uygulamalarımızın da başarısızlıkla sonuçlanması üzerine alternatif olarak periferik sinir bloğu uygulamasına geçtik.

Periferik sinir blokları ekstremite cerrahileri için son zamanlarda popülerite kazanmış ve kolaylıkla uygulanmaya başlanmıştır. Periferik sinir bloklarının, kardiyopulmoner fonksiyonları daha az etkilemesi, komplikasyon riskini azaltması ve postoperatif analjezi sağlaması gibi genel anesteziye ve santral nöroaksiyel bloklara göre önemli avantajları vardır (4). Alt ekstremite cerrahisinde kombine siyatik-paravertebral sinir bloğu ile genel anestezinin karşılaştırıldığı bir çalışmada; periferik sinir bloğu grubunda hemodinamik instabilite ve postoperatif yoğun bakım ihtiyacının daha az, hastanede kalış süresinin daha kısa olduğu

raporlanmıştır (12). KSFSB'nin, ciddi sepsis ve yeni miyokard enfarktüsü hikayesi olan yüksek riskli hastada hemodinamik stabiliteyi en az etkilediğinden dolayı diz amputasyonu için uygun bir anestezi teknik olduğu bildirilmiştir (13). Sertöz ve ark. (14), daha önceki deneyimlerinden dolayı genel anestezi ve santral nöroaksiyel blok uygulamalarını kabul etmeyen AS tanılı bir hastada diz artroplastisi için başarılı KSFSB uygulamalarını raporlamışlardır. Biz de AS ile RA birlikteliği ve yandaş hastalıkları olan hastamızda lumbosakral bloğun da başarısızlıkla sonuçlanması üzerine KSFSB uyguladık. Operasyon sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadık.

Sonuç olarak; nadir görülen bir durum olan AS ve RA birlikteliğinde, alt ekstremite cerrahisinde periferik sinir bloklarının genel anestezi ve nöroaksiyel bloklara alternatif olarak güvenli ve etkili bir anestezi yöntemi olduğu göz ardı edilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Azevedo VF, Buiar PG. Concurrent rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis in one patient: the importance of new classification criteria. *Rev Bras Reumatol* 2013; 53: 111-9.
2. Kakar PN, Roy PM, Pant V, Das J. Anesthesia for joint replacement surgery: Issues with coexisting diseases. *J Anesthesiol Clin Pharmacol* 2011; 27: 315-22.
3. Woodward LJ, Kam PCA. Ankylosing spondilitis: recent developments and anaesthetic implications. *Anaesthesia* 2009; 64: 540-8.
4. Çiftçioğlu M, Acar S, Gürkan Y, Solak M, Toker K. Yüksek riskli bir olguda ultrason rehberliğinde çoklu periferik sinir bloğu uygulaması. *Ağrı* 2012; 24: 90-2.
5. Gil S, Jamart V, Borrás R, Miranda A. Airway management in a man with ankylosing spondylitis. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2007; 54: 128-31.
6. Göktuğ AO, Başar H, Türkyılmaz E, Bakkal K, Baltacı B. Ankilozan spondilitli olguya anestezi yaklaşımı. *Türk Anest Rean Der* 2008; 36: 182-6.
7. Lu PPL, Brimacombe J, Ho ACY, Shyr MH, Liu HP. The intubating laryngeal mask airway in severe ankylosing spondylitis. *Can J Anesth* 2001; 48: 1015-9.
8. Şendur ÖF, Turan Y. Romatoid artrit omurga tutulumu. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2008; 54: 15-9.
9. Talikoti AT, Dinesh K, Kumar A, Goolappa. Ankylosing spondylitis: A challenge to anaesthesiologists due to difficulties in airway management and systemic involvement of disease. *Indian J Anaesth* 2010; 54: 70-1.
10. Çanakçı N, Ünsal M, Aydemir A, Ateş Y. Successful Spinal Anesthesia in a Case of Ankylosing Spondylitis. *T Klin J Med Sci* 2001; 21: 307-10.
11. Saringcarinkul A. Anesthetic considerations in severe Ankylosing spondylitis. *Chiang Mai Med J* 2009; 48: 57-63.
12. Naja Z, el Hassan MJ, Khatib H, Ziade MF, Lönnqvist PA. Combined sciatic-paravertebral block vs. general anaesthesia for fractured hip of the elderly. *Middle East J Anesthesiol* 2000; 15: 559-68.
13. Chia N, Low TC, Poon KH. Peripheral nevre blocks for lower limb surgery- a choice anaesthetic technique for patient with a recent myocardial infarction? *Singapore Med J* 2002; 43: 583-6.
14. Sertöz N, Karaman S, Günüşen İ, Derbent A. Ankilozan spondilitli bir hastada periferik sinir bloğu uygulaması. *Ege Tıp Derg* 2012; 51: 65-7.