

Multipl Skleroz Tanılı, Mastektomi Operasyonuna Alınan Olguda Anestezi Yönetimi

17. BÖLÜM

Naime YALÇIN¹

ÖZET

İnvaziv meme kanseri teşhisi ile sol total mastektomi, aksiller diseksiyon ve protez operasyonu planlanan hastanın, preoperatif anestezi değerlendirilmesinde Multipl Skleroz (MS) tanısı aldığı, takipli ve son iki yıldır ise remisyon aşamasında olduğu öğrenildi. Nöroloji konsültasyonunda, taraf bulgusuna rastlanılmadığı, hastanın opere olmasında sakınca olmadığı belirtildi. Ameliyathane odasına alınan hasta elektrokardiyografi (EKG), non invaziv kan basıncı (KB), puls oksimetre, sağ orta parmak ve özofagial bölgeye yerleştirilen ısı problemleri ile monitörize edildi. Isıtıcı blanket kullanılmadı. Anestezi induksiyonu, 0.03 mg kg⁻¹ midazolam, 1 µg kg⁻¹ fentanil, 2 mg kg⁻¹ propofol bolus infüzyonunu takiben 0.6 mg kg⁻¹ rokuronyum ile sağlandı. İdamesine volatil anestezi olarak desfluran ve ortalama 0.1 µg kg⁻¹ dk⁻¹ remifentanil infüzyonu ile devam edildi. Postoperatif analjezi amacıyla hastaya 1000 mg parasetamol ve 1mg kg⁻¹ tramadol hidroklorür infüzyon şeklinde uygulandı. Operasyon süresince hastanın vital bulguları stabildi. Ek doz rokuronyum kullanılmadı. Nöromusküler blokaj 2 mg kg⁻¹ sugammadex ile antagonize edildi. Oksijenizasyonu, hemodinamik verileri ve sözlü uyarılara yanıtı iyi olan hasta, postoperatif takip amacıyla derlenme ünitesine ekstübe edilmiş olarak transfer edildi. Postoperatif 15. günde telefonla yapılan görüşmede herhangi bir alevlenme bulgusuna rastlanılmadı.

Preoperatif Dönem

Genel cerrahi polikliniğine başvuran, 37 yaşında, dört yıldır sol memede ele gelen kitle ve ağrı şikayeti olan kadın hastanın, yapılan görüntüleme yöntemleri sonucunda alınan biopsi materyalinde invaziv meme kanseri ile uyumlu gelmesi üzerine; elektif şartlarda sol total mastektomi, aksiller diseksiyon ve protez operasyonu planlanmıştır. Operasyon öncesi hazırlık aşamasında, preoperatif anes-

¹ Uzm.Dr., İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman E.A.H, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, naimeyalcin@hotmail.com

öneriler doğrultusunda servise taburcu edildi. Servis yatışı beş gün olan hastanın, servis takiplerinde ve postoperatif 15. gününde telefonla yapılan görüşmede herhangi bir alevlenme bulgusuna rastlanılmadı.

MS'li hastalar, postoperatif dönemde hipertermi, otonomik disfonksiyon sonucu gelişen hipotansiyon, gelişebilecek hipoventilasyon ve ateletaksi, nöromüsküler blokajda uzama ve nörolojik kötüleşme gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilmesi için dikkatle izlenilmelidir (10). Wasey ve ark. kronik ağrı tedavisi nedeniyle tramadol başladıkları hastada, on gün sonra gelişen myoklonusu tariflemişlerdir. Gabapentin ve pregabalin kadar yaygın olmasa da tramadolün terapötik dozda bile miyoklonusu indükleyebileceği, klinisyenlerin bu yan etkilerin farkında olması gerektiği bildirilmiştir (21). Olgumuzda, tramadol hidroklorür tedavisi sonrası nörolojik komplikasyon gözlenmedi.

SONUÇ

Literatürde belirtildiği gibi, öncelikle, MS hastalarının elektif cerrahi prosedürlerinin her zaman hastalık remisyon aşamasında iken yapılması tercih edilmelidir. Alevlenmelerinin stresli koşullarda tetiklenebilmesi nedeniyle, perioperatif dönemde hastalar etkili ve güvenilir bir premedikasyon, anestezi yönetimi ve postoperatif analjezi ile özen gösterilerek hazırlanmalıdır. MS'li hastalarda, tüm ilaçlar titre edilerek en düşük dozda kullanılmalı, gereksiz ilaç kullanımından kaçınılmalı ve dikkatli bir izlem perioperatif anestezi yönetiminde amacımız olmalıdır. Perioperatif komplikasyonların önlenmesinde, dikkatli bir preoperatif anestezi değerlendirmesinin önemi büyüktür.

KAYNAKLAR

1. Cotsapas C, Mitja Mitrovic M, Hafler D. Multiple sclerosis. Handbook of Clinical Neurology, Vol. 148 (3rd series) Neurogenetics, Part II. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64076-5.00046-6>.
2. Doshi A, Chataway J. Multiple sclerosis, a treatable disease. Clin Med (Lond). 2016 Dec;16(-Suppl 6):s53-s59.
3. Noseworthy JH, Lucchinetti C, Rodriguez M, Weinshenker BG. Multiple sclerosis. N Engl J Med 2000; 343:938-952.
4. Zuccolotto EB, Nunes GC, Nogueira RS, Pagnussatt Neto E, Nociti JR. Anesthetic management of a patient with multiple sclerosis- case report. Rev Bras Anesthesiol. 2016 Jul-Aug;66(4):414-7. doi: 10.1016/j.bjan.2014.03.012.
5. Hedström AK, Hillert J, Olsson T, Alfredsson L. Exposure to anaesthetic agents does not affect multiple sclerosis risk. Eur J Neurol. 2013 May;20(5):735-9. doi: 10.1111/ene.12098.
6. Lee KH, Park JS, Lee SI, Kim JY, Kim KT, Choi WJ, et al. Anesthetic management of the emergency laparotomy for a patient with multiple sclerosis -A case report. Korean J Anesthesiol. 2010 Nov;59(5):359-62. doi: 10.4097/kjae.2010.59.5.359.
7. Mutluay FK, Gürses HN, Saip S. Effects of multiple sclerosis on respiratory functions. Clin Rehabil. 2005 Jun;19(4):426-32. doi: 10.1191/0269215505cr7820a.

8. Smeltzer SC, Skurnick JH, Troiano R. Respiratory function in multiple sclerosis. Utility of clinical assessment of respiratory muscle function. *Chest* 1992; 101:479-484.
9. Tantucci C, Massucci M, Piperno R. Control of breathing and respiratory muscle strength in patients with multiple sclerosis. *Chest* 1994; 105:1163-1170.
10. Dorotta IR, Schubert A. Multiple sclerosis and anesthetic implications. *Curr Opin Anaesthesiol* 2002 Jun;15(3):365-70. doi: 10.1097/00001503-200206000-00015.
11. Drust A, Bartels C, Hachenberg T. Anesthesia and Multiple Sclerosis: What needs to be considered? *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2016 Jul;51(7-08):458-67. doi: 10.1055/s-0042-111033.
12. Uhthoff W. Untersuchungen über die bei der multiplen Herdsklerose vorkommenden Augenstörungen. *Arch Psychiatr Nervenkr.* 1889;20:55.
13. Flensner G, Ek AC, Söderhamn O, Landtblom AM. Sensitivity to heat in MS patients: a factor strongly influencing symptomology--an explorative survey. *BMC Neurol* 2011 Feb 25;11:27. doi: 10.1186/1471-2377-11-27.
14. Makris A, Piperopoulos A, Karmanioliou I. Multiple sclerosis: basic knowledge and new insights in perioperative management. *J Anesth* 2014 Apr;28(2):267-78. doi: 10.1007/s00540-013-1697-2.
15. Ohshita N, Gamoh S, Kanazumi M, Nakajima M, DDS, Momota Y, Tsutsumi YM. Anesthetic Management of a Patient With Multiple Sclerosis. *Anesth Prog* 2017 Summer;64(2):97-101.
16. Briggs ED, Kirsch JR. Anesthetic implications of neuromuscular disease. *J Anesth* 2003;17:177-85.
17. Inoue S, Furuya H. Sevoflurane is safe for anesthetic management in patients with multiple sclerosis. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2006;44:187-9.
18. Sahin L, Korkmaz HF, Sahin M, Aydin T, Toker S, Gulcan E. Desflurane anaesthesia in a patient with multiple sclerosis in total hip replacement. *Arch Med Sci* 2010;6:984-6.
19. Kulkarni LM, Sanikop C, Shilpa H, Vinayan A. Anaesthetic management in a patient with multiple sclerosis. *Indian J Anaesth* 2011;55:64-7.
20. Yılmaz R, Uzun ST, Reisli R. Sugammadex for Cesarean in a Patient with Multiple Sclerosis. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul.* 2019 Jul 5;53(2):195-198. doi: 10.14744/SEMB.2017.07108.
21. Wasey W, Aziz I, Saleh S, Manahil N, Wasey N. Tramadol Induced Jerks. *Cureus.* 2021 Aug 29;13(8):e17547. doi: 10.7759/cureus.17547.