

**OLGU SUNUMU****KORONER ARTER GREFT CERRAHİSİ SONRASI  
HİPOFİZ APOPLEKSİSİNE BAĞLI GELİŞEN  
BİLATERAL 3. KRANİAL SİNİR PARALİZİSİ****Döndü İYİCAN, Levent ÖZTÜRK, Aslı YILMAZ,  
Tülin GÜMÜŞ, Orhan KANBAK****Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği****ÖZET**

Koroner arter greft cerrahisi (KABG) uygulanan hastalarda hipofizde ani kanama veya infarktüs sonucu gelişen hipofiz apopleksisi nadir görülen bir komplikasyondur. Ani gelişen baş ağrısı, bulantı, oftalmopleji, görme semptomları, komaya kadar giden mental durum değişiklikleri, hormonal disfonksiyon gibi farklı klinik tablolarla kendini gösterir. Hipofiz apopleksisinde tedavinin başarısı erken tanı ve etkin müdahaleye bağlıdır. Dekompresyonda gecikilirse kalıcı görme hasarı ve endokrinopatiler oluşabilir. Biz 47 yaşında üç damar değişimi için KABG cerrahisi geçiren, ameliyat sonrası erken dönemde hipofiz apopleksisine bağlı bilateral 3. kranial sinir paralizisi gelişen ve cerrahi olarak tedavi edilen bir olguyu literatürde az sayıda gözlenen benzer olgularla birlikte kayda geçmesi amacıyla sunduk.

**ANAHTAR KELİMELELER:** Hipofiz apopleksisi; Kardiopulmoner bypass; Oftalmopleji.

**SUMMARY****BILATERAL THIRD CRANIAL NERVE PALSYP DUE TO PITUITARY APOPLEXY FOLLOWING CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY**

Pituitary apoplexy after coronary artery bypass surgery is a very rare perioperative complication, caused by acute hemorrhage or infarction of the pituitary gland. It is with variable clinical presentations, including ophthalmoplegia, vision change, visual field deficit, endocrine deficit, mental status deterioration, or even coma. The successful management of pituitary apoplexy depends on early diagnosis and effective intervention. If decompression is delayed permanent visual damage and endocrinopathies may develop. We present 47 years old man who underwent coronary artery bypass graft surgery and developed third nerve palsy at early post operative period because of pituitary apoplexy and treated with surgical decompression.

**KEYWORDS:** Pituitary apoplexy; Cardiopulmonary bypass; Ophthalmoplegia.

**GİRİŞ**

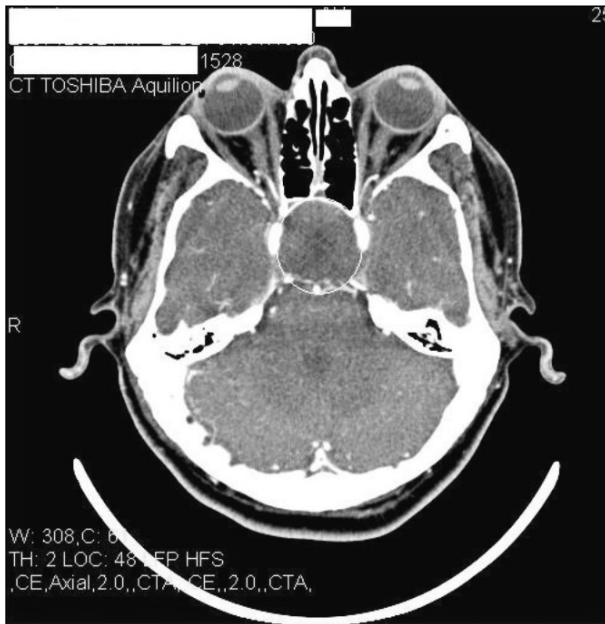
Koroner arter greft cerrahisi (KABG) uygulanan hastalarda hipofizde ani kanama veya infarktüs sonucu gelişen hipofiz apopleksisi nadir görülen bir komplikasyondur. Ani gelişen baş ağrısı, bulantı, oftalmopleji, görme semptomları, komaya kadar giden mental durum değişiklikleri, hormonal disfonksiyon gibi farklı klinik tablolarla kendini gösterir (1). Biz KABG cerrahisi sonrası erken dönemde hipofiz apopleksisine bağlı bilateral 3. kranial sinir paralizisi gelişen bir olguyu sunuyoruz.

**OLGU**

47 yaşında, kronik stabil anjina şikayeti olan erkek hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, peptik ülser ve bir ay önce geçirilmiş miyokard infarktüsü (MI) öyküsü vardı. Üç damar koroner arter hastalığı tanısıyla elektif KABG cerrahisine alındı. Preoperatif fizik muayenesin-

de nörolojik ve endokrin de dahil olmak üzere bütün sistemler normaldi. Operasyondan bir gece önce 5 mg diazepam po ve yarım saat önce 0.1mg kg<sup>-1</sup> morfin intramusküler (im) premedikasyonundan sonra operasyona alındı. Rutin kardiyovasküler cerrahi anestezisi monitörizasyonunu takiben anestezisi indüksiyonunda; midazolam 0.1 mg kg<sup>-1</sup>, fentanil 10 mg kg<sup>-1</sup>, vekuronyum 0.1 mg kg<sup>-1</sup> intravenöz (iv) olarak uygulandı. Endotrakeal entübasyondan sonra tidal volüm 8 mL kg<sup>-1</sup>, solunum sayısı 10-12/dakika olacak şekilde, %50 oksijen hava karışımıyla kontrollü mekanik ventilasyon uygulandı. Anestezisi idamesinde sevofluran, gerektiğinde bolus 5 mg kg<sup>-1</sup> fentanil ve 0.02 mg kg<sup>-1</sup> vekuronyum kullanıldı. Kardiopulmoner bypass'a (KPB) girmeden önce 350 Ü kg<sup>-1</sup> heparin yapıldı ve aktive edilmiş pıhtılaşma zamanı (ACT) 450 saniyenin üzerinde tutuldu. KPB'ye girilerek

beş damar bypass yapıldı. KPB sırasında 29°C'ye kadar hipotermi uygulandı ve hematokriti %24'e kadar düştü. Hasta, 36°C'nin üzerine ulaşıldığında KPB'den çıkarıldı. KPB sonrası her 100 Ü heparin için 1 mg protamin yapılarak ACT normal düzeyine çekildi. İntraoperatif hipertansif, hipotansif veya hipoksik bir dönem olmadı. Operasyon süresi 3.5 saati ve olgu entübe olarak kardiyovasküler cerrahi yoğun bakımına alındı. Postoperatif 4. saatte bilinci açık olan hastanın sol göz kapağında düşüklük, sol göz pupilde dilatasyon, sol göz hareketlerinde dışa bakış hariç kısıtlılık olduğu görüldü. Bunun dışında nörolojik bir sorun yoktu. Nöroloji konsültasyonu istenen hastaya izole 3. kranial sinir hasarı tanısıyla antiödem tedavi başlandı ve beyin bilgisayarlı tomografisi (BBT) istendi. BBT'de sellada ekspansiyona neden olan, dorsum sellayı erode eden, bilateral kavernöz sinüslerde ve karotid arter kavernöz segmentinde itilmeye neden olan, hipofiz lokalizasyonunda 36x34mm boyutlarında, düzgün kontürlü solid kitlesel hipofizer makroadenom ile uyumlu lezyon olduğu görüldü. Kitlenin optik kiazmaya belirgin bası yaptığı dikkati çekti (Şekil 1,2). Postoperatif 3. gün baş ağrısı olan hastada solda daha fazla olmak üzere bilateral ptozis, midriazis, her iki gözde dışa bakış hariç göz hareketlerinde kısıtlılık ve gözlerde dışa deviasyon mevcuttu. Endokrinolojik testleri normal olan hasta o gün acil operasyona alındı ve transsfenoidal yolla tümör rezeksiyonu yapıldı. Postoperatif kısmen düzelen hasta halen takip edilmektedir.



Şekil 1: Transvers kesit; sellada genişlemiş alan.

## TARTIŞMA

1960'dan bu yana kardiyak cerrahi sonrası gelişen 20'nin üzerinde hipofiz apopleksi vakası bildirilmiştir. Apopleksi vakalarında hipofizdeki genişlemenin patofizyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber histolojik olarak iskemik nekroz veya hemoraji, bazen de her iki durum birden gözlenmiştir. Hipofiz kitleleri hipotalamusu etkileyerek kan basıncı regülasyonunda, vücut ısı regülasyonunda, kalp ritminde ve bilinçte bozulmaya yol açabilir (1,2). Bu bulgular yanırlıkla cerrahi ve genel anestezinin iatrojenik etkileri olarak değerlendirilebilir. Düzgün tedavi yapılmadığında hipofiz apopleksisi hayati olabilir veya kalıcı nörolojik endokrin problemler yaratabilir. Ani görme kaybında ve mental durumda şiddetli ve ani bozulma durumunda acil dekompresyon için cerrahi girişim en yaygın tedavi yöntemidir. Hormonal replasman tedavisi cerrahi öncesi ve sonrasında gerekli olabileceği gibi cerrahiye alternatif olarak da kullanılabilir. Ancak devam eden görme kaybı, mental durum bozukluğu ve oküler motor fonksiyon bozukluğu cerrahiye gerektirebilir. Bizim olgumuzda da başlanan antiödem tedaviye rağmen göz bulgularının devam etmesi üzerine cerrahi tedavi uygulandı. Genel anestezi ve cerrahi özellikle kardiyak cerrahi, hipofiz tümöründe apopleksi gelişmesinde risk faktörlerine yol açabilir. Cerrahi sırasında gelişebilecek hipotansiyon, hipoksi, serebral hipoperfüzyon, antikoagülasyon, mikroemboli, tromboz gibi sebeplerin tümü kesin olarak tanımlanmasa da hipofiz dokusunda anormalliklere sebep olabilir. Kardiyak cerrahide antikoagülasyona bağlı veya perioperatif dönemde olabilecek iskemik dönemlerde, fragil doku yapısına sahip hipofiz adenomunda veya hipofiz dokusunda hemorajiler olabilir ve buna bağlı çevre dokulara bası geli-



Şekil 2: Sagittal kesit; kanama alanıyla uyumlu görüntü.

şebilir (2-5). Olgumuzda operasyon öncesinde ve esnasında hipoksik veya hipotansif bir dönem olmadı. Postoperatif 4. saatte ilk olarak göz bulguları ortaya çıktı. Oftalmopleji sellar kitleler için anlamlı bir bulgudur ve basit adenomdan daha çok apopleksiyi düşündürür. Çünkü laterale kavernöz sinüsün içine uzanan kitleler daha çok oftalmoplejiye yol açabilir. Akut gelişen hipofiz lezyonları papil ödem veya optik atrofiye neden olmayabilir. Apopleksi bulguları perisellar yapılara ani baskıya bağlı ortaya çıkar ve sunulan beş hastanın dördünde görme alanı defekti gözlenmektedir (6). Çoğunlukla major cerrahi geçiren bu tip hastalarda yatak başında yapılacak basit görme keskinliği, göz hareketi ve görme alanı muayenesi erken tanıda önemlidir. Kardiyak cerrahi sonrası 3. kranial sinir paralizisinin ayırıcı tanısında; tanı konmamış intrakraniyal tümör, intrakraniyal anevrizma rüptürü ve küçük damar iskemisi de düşünülebilir (2,7). BBT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) hızlı teşhise ve ayırıcı tanıya yardımcı olur. Hipofiz apopleksisinde tedavinin başarısı erken tanı ve etkin müdahaleye bağlıdır. Dekompresyonda gecikilirse kalıcı görme hasarı ve endokrinopatiler oluşabilir (1). Biz KABG cerrahisi sonrası erken dönemde hipofiz apopleksisine bağlı bilateral 3. kranial sinir paralizisi gelişen ve cerrahi olarak tedavi edilen bir olguyu literatürde az sayıda gözlenen benzer olgularla birlikte kayda geçmesi amacıyla sunduk.

#### KAYNAKLAR

1. Abbott J, Kirkby GR. Acute visual loss and pituitary apoplexy after surgery. BMJ 2004; 329: 218-9.
2. Zongfu Chen, Anddrew W Murray, Joseph J Quinlan. Pituitary apoplexy presenting as unilateral third cranial nerve palsy after coronary artery bypass surgery. Anesth Analg 2004; 98: 46-8.
3. Alzetani A, Fisher C, Costa R, Ohri SK. Ptosis postcardiac surgery: a case of pituitary apoplexy. Ann Thorac Surg 2002; 73: 300-1.
4. Meek EN, Butterworth J, Kon ND, Zvara DA, Ash GE, Martin TJ. Pituitary apoplexy following mitral valve repair. Anaesthesiology 1998; 89: 1580-2.
5. Matke AF, Vender JR, Anstadt MR. Pituitary apoplexy presenting as Addisonian crisis after coronary artery bypass grafting. Tex Heart Inst J 2002; 29: 193-9.
6. McFadzean RM, Doyle D, Rampling R, Teasdale E, Teasdale G. Pituitary apoplexy and its effect on vision. Neurosurgery 1991; 29: 669-75.
7. Bills DC, Meyer FB, Laws ER, et al. A retrospective analysis of pituitary apoplexy. Neurosurgery 1993; 33: 602-9.

#### Yazışma Adresi: Dr. Levent ÖZTÜRK

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi  
Alparslan Türkeş Cad. No:57 Emek/ Ankara  
Tel: 0312 203 51 70  
Faks: 0312 221 36 70  
E-posta: drsafinaz@yahoo.com

