

OLGU SUNUMU – CASE REPORT

PEMFIGUS VULGARİSLİ HASTADA
SPİNAL ANESTEZİ UYGULAMASISPINAL ANESTHESIA APPLICATION IN A PATIENT WITH
PEMPHIGUS VULGARIS

Derya ÖZKAN, Jülde ERGİL, Coşkun TAŞ, Haluk GÜMÜŞ

Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Ankara

Dışkapı Training and Research Hospital, Department of Anesthesiology and Reanimation, Ankara, Turkey

ÖZET

Pemfigus vulgaris, cilt ve mukoza yüzeyinde sürtünme, basınç gibi hafif temaslarda bile yeni lezyonların oluştuğu otoimmün bir hastalıktır. Anestezi açısından ise tedavisinde steroid ve immünsüpresif tedavi uygulanması ve girişimsel işlemlerin oluşturacağı komplikasyonlar nedeniyle önem taşır. Uygun cerrahilerde rejyonal teknikler, özellikle spinal anestezi uygulama tekniği açısından daha az invazif oluşu nedeniyle tercih edilir. Bir vaka nedeniyle pemfigus vulgarisli hastada anestezi yönetimini tartışmak istedik.

ANAHTAR KELİMELELER: Pemfigus Vulgaris; Anestezi, Spinal; Monitörizasyon

SUMMARY

Pemphigus vulgaris is an autoimmune disease characterized with easily formation of new lesions with friction and pressure on skin and mucous membranes. Because of the treatment is consisting of steroid and immunosuppressive therapies and complications due to invasive procedures, anesthesia management is important in pemphigus. Spinal anesthesia especially benign on invasive than other regional techniques is the appropriate choice in proper surgeries. Therefore we want to discuss anesthesia management in a patient with pemphigus vulgaris.

KEY WORDS: Pemphigus Vulgaris; Anesthesia, Spinal; Monitoring

GİRİŞ

Pemfigus vulgaris, cilt ve müköz membranlarda bül-löz erüpsiyonlarla karakterize otoimmün bir hastalıktır (1). Cilt yüzeyinde sürtünme veya basınç gibi hafif temaslarda bile yeni lezyon oluşabilir. Ayrıca pemfigus vulgaris tedavisinde steroid ve immunsüpresif tedavi uygulanır (2). Bu nedenlerle pemfigus vulgarisli hastaların cerrahi girişimlerinde uygulanacak anestezi şekli önem taşır. Biz de pemfigus vulgaris tanısı olan ve benign prostat hipertrofisi için transüretal prostat insizyonu (TUİP) operasyonu planlanan hasta nedeniyle anestezi yönetiminin özelliklerini gözden geçirmek istedik.

OLGU

Altmış altı yaşında pemfigus vulgaris tanısıyla takip edilen, benign prostat hipertrofisi nedeniyle TUİP operasyonu geçirecek olan hasta anestezi açısından değerlendirildi. Hastanın hikayesinde 4 yıldır göğüs, sırt ve saçlı derideki bül-löz lezyonları nedeniyle pemfigus vulgaris tanısı aldığı ve Cildiye kliniği tarafından takip edildiği öğrenildi. Bu nedenle son 1 yıldır prednizolon 10 mg gün⁻¹ ve ranitidin 150 mg gün⁻¹ oral kullandığı öğ-

renildi. Son 1 ayda ağız içinde damakta ve oksipital saçlı deride bül şeklinde lezyonları geliştiğinden prednizolon dozunun günlük 100 mg 'a kadar artırıldığı kaydedildi (Resim 1). Aynı zamanda diabetes mellitus Tip 2 nedeniyle metformin 1500 mg gün⁻¹ oral kullanan hastanın yapılan sistemik muayenesinde başka bir anormallığe rastlanmadı. Anestezi öncesinde bakılan laboratuvar değerlendirmede kan sayımı, biyokimyasal değerler, aPTT, PT, INR değerleri normal sınırlardaydı.

Spinal anestezi yapılması planlanan hastaya premedikasyon verilmedi. Hasta operasyon odasına geldiğinde EKG, puls oksimetre ve non invazif kan basıncı ile monitörize edildi. Basınç etkisiyle ciltte oluşabilecek bül lezyonlarını önlemek için EKG paletlerinin çapı küçültüldü ve tansiyon manşonu jel sürülmüş gazlı bez ile sarıldı. Ölçüm sıklığı 10 dk olarak ayarlandı. Aynı nedenle operasyon süresinin kısalığı ve preoperatif kan şekeri regülasyonu sağlandığı için intraoperatif kan şekeri takibi yapılmadı. El sırtından 20 G intraket ile periferik damar yolu açıldı. 20 mg metilprednizolon ve 50 mg ranitidin intravenöz bolus olarak verildi.



Resim 1. Pemfigus vulgarisli olguda ağız içi lezyonları

Hasta kendisi operasyon masasına geçti. Oturur pozisyonunda 24 G Whitacre spinal iğne ile L3-4 aralığından tek seferde subaraknoid aralığa girildi. Serbest BOS akışı gözlemlendikten sonra 2,5 ml (12,5 mg) hiperbarik bupivakain intratekal olarak verildi. Daha sonra hasta sırtüstü yatırıldı ve pinprick testi yapılarak motor ve duysal blok değerlendirildi. 10. dakikada duysal bloğun T₁₀ seviyesinde olduğu teyit edilip, hasta litotomi pozisyonuna getirilerek cerrahiye izin verildi. Ameliyat boyunca hemodinamik açıdan herhangi bir problemle karşılaşılmadı. Postoperatif hastanın tüm vücut cildi genel olarak değerlendirildi. Herhangi bir yeni lezyona rastlanmadı. Duysal blok seviyesi T₁₀ altına gerilediğinde hasta Üroloji servisine nakledildi. Postoperatif iki gün boyunca 6 saatte bir metilprednizolon 20 mg ve ranitidin 50 mg i.v. verilen hasta taburcu edildi. Oral steroid tedavisine postoperatif 4. günde cildiye uzmanının önerisiyle başlandı.

TARTIŞMA

Cilt ve müköz membranlarda bül formuyla karakterize pemfigus vulgaris, otoimmün bir hastalık olup immünpatolojik olarak keratinositlerin hücre yüzeyine karşı oluşan otoantikörler (IgG) nedeniyle oluşur. Bunun sonucunda hücrelerin birbiriyle adezyonu kaybolduğundan akantolizis (hücrelerde ayrılma) ortaya çıkar. Hastaların %50-70'inde mukoza tutulumu mevcuttur (3).

Sağlam deriye lateral basınç uygulandığında epidermiste ayrılma (Nikolski belirtisi) gözlenir (4). Bu nedenle deriye uygulanacak herhangi bir sürtünme veya travma yeni bül oluşumuna neden olacağından bunlardan kaçınmak gerekir. Anestezi açısından bu durum monitörizasyon gereçlerinin (EKG paleti, tansiyon aleti vb) yerleştirilmesi, damar yolu açılması gibi durumlarda önlem alınmasını gerektirir. Örneğin damar yolu açılması sırasında turnike kullanmamak için santral kateter girişi-

mi yapılabilir ya da tansiyon aletinin basıncına maruz kalmamak için arter kanülasyonu yapılabilir (2). Ancak bu invazif girişimlerin uygulanması kararını cerrahinin büyüklüğü belirleyecektir. Bizim vakamızda TUİP cerrahisinin nispeten daha az invazif bir cerrahi olması nedeniyle santral venöz girişim veya intraarteryel monitörizasyon planlanmadı. Periferik damar yolu açılarak non invazif kan basıncı ölçümü tercih edildi ve önlem olarak tansiyon aletinin manşonu jel sürülmüş gazlı bez üzerine yerleştirilip ölçüm sıklığı azaltıldı. EKG paletlerinin çapı küçültüldü ve jel kullanılarak cilt teması azaltılmaya çalışıldı. El sırtındaki damar yolu tespiti için hipoaerjik flaster kullanıldı. Operasyon esnasında ve postoperatif dönemde herhangi yeni bir cilt lezyonu gelişmedi.

Pemfigus vulgaris lezyonları ağız içinde, farinks ve larinkste mukozada olabileceğinden hava yolu yönetiminde güçlük olabilir. Laringeal pemfigus sonucu oluşan sikatriyel dokuya sekonder ciddi hava yolu obstrüksiyonu bildirilmiştir (5). Bu nedenle trakeal entübasyon, glottis çevresinde olası ülserasyon, bül ve ödem oluşumu, lezyon yerinden kanama gibi tehlikeli sonuçlara neden olabilir (6). Bu nedenle uygun cerrahilerde hava yolu manüplasyonunun yapılmayacağı epidural, spinal anestezi gibi rejyonal teknikler veya i.v. ketamin-diazepam gibi karışımlar kullanılmıştır (6-8). Epidural anestezi uygulamasında iğne çapının büyüklüğü daha fazla travmatik olabilir veya epidural kateter takıldığında cilde tespiti yeni lezyon oluşumuna neden olabilir (9). Bizim vakamızda ağız içinde damakta lezyonlar bulunduğundan hava yolunu korumak amacıyla spinal anestezi uygulandı. Spinal anestezi yapılacak bölge olası enfeksiyonu önlemek için dikkatle temizlendi. Yeni lezyon oluşması riskine karşı lokal anestezi infiltrasyonu yapılmadan doğrudan 24 G ince Whitacre spinal iğne ile L₃₋₄ aralığından girişim gerçekleştirildi.

Pemfigus vulgaris tedavisinde steroid kullanımı hipotalamo-pitüiter adrenokortikal yetmezliğe neden olabilir. Bu nedenle oluşabilecek Addison krizine yönelik önlemlerin alınması gerekir. Bizim olgumuzda preoperatif steroid kullanımı ayrıntılı sorgulanmış ve anestezi esnasında metilprednizolon i.v. ilave olarak verilmiş ve postoperatif bu tedaviye devam edilmiştir. Bizim hastamızda kullanılmamasına rağmen bazı hastalarda immünsupresif tedavi uygulanabilir. Bu ilaçları alan hastalarda enfeksiyon, kemik iliği supresyonu ve kardiyovasküler yan etkiler olabileceği unutulmamalıdır (6).

Bizim hastamızda birlikte olmamasına rağmen, pemfigus vulgaris olan hastalarda Miyastenia Graves, Sistemik Lupus gibi diğer otoimmün hastalıklar birlikte olabilir (10). Bu nedenle ayrıntılı anamnez alınıp bu hastalıklarla ilgili postoperatif mekanik ventilasyon ha-

zırlığı gibi önlemlerin alınması önemlidir. Yine ağız içindeki lezyonlara bağlı olarak yetersiz beslenme veya ciltteki geniş lezyonlar nedeniyle sıvı elektrolit dengesizlikleri gözlenebilir (11). Ancak bizim hastamızda herhangi bir beslenme yetersizliği veya sıvı elektrolit dengesizliği gözlenmedi.

Sonuç olarak pemfigus vulgaris tanısı olan hastaların preoperatif dönemde kullandığı ilaçlar ve yandaş hastalıklar yönünden ayrıntılı olarak incelenmesi, uygun cerrahilerde rejyonel anestezi seçeneğinin değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Yazışma Adresi (Correspondence):

Dr. Derya Özkan

Koru Mah Kavaklı Sok No:4/44 06810 Çayyolu/Ankara

E-posta (e-mail): derya_z@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Smith GB, Shribman AJ. Anaesthesia and severe skin disease. *Anaesthesia* 1984;39(5):443-55.
2. Mahalingam TG, Kathirvel S, Sodhi P. Anaesthetic management of a patient with pemphigus vulgaris for emergency laparotomy. *Anaesthesia* 2000;55(2):160-2.
3. Savin JA. Some factors affecting prognosis in pemphigus vulgaris and pemphigoid. *Br J Dermatol* 1981;104(4):415-20.
4. Partridge BL. Skin and bone disorders. In Benumof JL, ed. *Anesthesia and uncommon diseases*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1998;424-8.
5. Drenger B, Zidenbaum M, Resfen E, Leitersdorf E. Severe upper airway obstruction and difficult intubation in cicatricial pemphigoid. *Anaesthesia* 1986;41(10):1029-31.
6. Jeyaram C, Torda TA. Anesthetic management of cholecystectomy in a patient with buccal pemphigus. *Anesthesiology* 1975;40(6):600-1.
7. Vatahsky E, Aronson HB. Pemphigus vulgaris: anesthesia in the traumatized patient. *Anaesthesia* 1982;37(12):1195-7.
8. Prasad KK, Chen L. Anesthetic management of a patient with bullous pemphigoid. *Anesth Analg* 1989;69(4):537-40.
9. Abouleish EI, Elias MA, Lopez M, Hebert AA. Spinal anesthesia for cesarean section in a case of pemphigus foliaceus. *Anesth Analg* 1997;84(2):449-50.
10. Ruach M, Ohel G, Rahav D, Samueloff A. Pemphigus vulgaris and pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1995;50(10):755-60.
11. Dave ST, Chandrashekar V, Kamath SK, Dewoolkar LV. Anaesthetic management for paraneoplastic pemphigus. *Ind J Anaesth* 2007; 51(6):525-27.