

Sayın Editör,

“Myastenia Gravis ve Anestezi Yönetimi” başlıklı makalemiz hakkında yazılan mektubu okuduk.

Timektomi ameliyatlarında artan bir sıklıkta video destekli torakoskopik cerrahi uygulamalarının kullanıldığı bilinmektedir. Çok deneyimli merkezlerde özellikle bu cerrahi yöntem tercih edilmektedir. Bununla birlikte bu cerrahi sternotomiyle de yapılabilmektedir. Bu derlemede sadece timektomi yapılan cerrahi teknik üzerine yoğunlaşmamış olup Myastenia Gravis tanılı hastaların geçirebilecekleri tüm cerrahi işlemlere yönelik anestezi yönetimine dair bir yaklaşımdan bahsedilmiştir.

Myasthenia Gravis olgularında mivakuryumun güvence kullanılabildiği güncel çalışmalarla ortaya konulmuştur (1). Ancak halen anestezi kitaplarında verilen bilgilerin değişmemiş olması ve buna yönelik çalışmalar sonucu oluşturulmuş bir kılavuzun olmaması nedeniyle kas gevşeticilere ait bilgiler bu derlemede yerini almıştır. Mivakuryum plazma kolinesterazı tarafından bir monoestere ve bir amino alkole hidrolize olmakta, ardından da idrar ve safra yoluyla atılmaktadır. Pridostigmin gibi antikolinesteraz tedavi ile kolinesteraz aktivitesinde azalmaya yol açan durumlarda süksinil kolin veya mivakuryumla oluşturulan nöromusküler bloğun sıklıkla uzadığı bilinmektedir (2).

Rokuronyumun etkisini geri döndürmek için kullanılan sugammadexin doz aralığı iyi bilinmektedir (3). Bu derlemede eleştirmenlerin de belirttiği gibi ilaç dozları hakkında bilgi verilmesi okuyucu tarafından konunun daha iyi anlaşılmasına yol açabilirdi. Ancak Myastenik hastalar için karşılaştırılmalı çalışmalar neticesinde ortaya konulmuş özel bir sugammadex dozu bulunmamaktadır. Bir derlemede kullanılan tüm ilaçlara ait doz bilgisinin verilmesi zorunlu olmayıp okuyucunun da konuyla ilgili araştırılmaya sevk edilmesinin yerinde olduğu düşünülmektedir.

Atrakuryum, vekuronyum ve rokuronyum orta etki süreli kas gevşeticiler grubundan olup benzer yarılanma ömrüne sahiptirler (20-50 dk). Eleştiride ifade edildiği üzere Myastenik hastalarda kas gevşetici kullanımında en önemli faktör ilacın etki süresidir. Ancak varolan non-depolarizan nöromusküler blokerler arasında mivakuryumdan sonra orta etki süreli ajan olan atrakuryumun farmakolojik özelliğine dair Hoffman eliminasyonu ile yıkılmasından bahsedilmesinde bir sakınca yoktur. Üstelik böbrek ya da karaciğer yetmezliği gibi eşlik eden bir sistemik hastalığın var olması durumunda da tercih edilebileceğinin vurgulanmaya değer olduğunu düşünmekteyiz.

Makalede Osserman sınıflamasından preoperatif değerlendirme bölümünde bahsedilmektedir.

Bu derlemede Juvenil Myastenia Gravis'ten söz edilmemektedir. Bir derlemenin yazım aşamasında her konuya detaylı olarak yer verilemeyebilmektedir. Ancak önemli görülen alt başlıklar üzerine ayrı bir derleme yazılabilmesi de söz konusudur.

Bu derlemede branşımız olan Anesteziyoloji ve Reanimasyona ait kaynaklarla birlikte anestezi dışındaki kaynaklara da yer verilmiştir. Bunun sebebi Myastenia Gravis'in sadece anesteziistleri ilgilendirmeyen, multidisipliner bir yönetim gerektiren konu olmasıdır. Bu konuda araştırma yapan ve sonuçlarını yayımlayan bilim adamlarının nörologlar, cerrahi branşlar ya da temel ve dahili bilimlerden oluşabilmesi mümkündür. Makalemizde 2000 yılı öncesi 3 kaynak bulunmaktadır. Bunlar 13, 19 ve 20. kaynaklardır. On üçüncü kaynaktaki yıllardır tedavide yeri olan steroid uygulamalarından bahsedilmekte olup 19. kaynaktaki yıllar öncesinde belirlenen postoperatif Myastenik kriz için risk faktörleri hakkında bilgi verilmiştir. Son olarak daha önceki yıllarda tanımlanmış olan Osserman evreleme sistemi hakkında bilgiler 20. kaynaktaki verilmektedir. Diğer yandan derginin yazarlara bilgi formunda sadece anestezi kaynaklarından oluşması gerektiğini vurgulayan bir bölüm yer almamaktadır, ayrıca bunun bilimsel bir gerçeğe dayandırılması da düşünülemez. Yazımızda hem anestezi hem de diğer cerrahi branşlara ait kaynaklara yer verilmiştir.

Yazarlar tarafından mektupta bahsedilen çalışmalar metaanaliz olmayıp bunlardan biri tek merkezde, sınırlı hasta popülasyonu ile yapılmış ancak bu konu için önem taşıyan örneklem büyüklüğüne sahip bir çalışma olup diğeri ise derleme niteliğindedir (1,4). Yazarlara ait mektupta bahsedilen 4. ve 5. kaynaklar 2015 yılına ait olduğundan bu değerli yazılara atıfta bulunulamamıştır. Ancak derlemede yer verilmemesinde herhangi bir kasıt olmayıp, derlemede yer almayan pek çok makale ile aynı kategoride değerlendirildiği düşünülebilir. Diğer yandan bu derleme 2014 yılında Anestezi Dergisi'nin değerli eleştirmenleri ve editörler kurulu tarafından revizyonsuz olarak kabul edilmiş olup bu yazımız için ek bir kaynak araştırması ihtiyacı bulunmamıştır.

Yazarların tüm eleştirileri yazarlarımız tarafından çok iyi bir şekilde anlaşılmış olup kendilerine bu değerli katkılarının dolayı çok teşekkür ederiz. Eleştiride bulunan yazarları bu konuyla ilgili literatüre kattıkları değerli tüm çalışmaları için tebrik eder, bundan sonraki yazılarımızda bizlere bu değerli bilgilerin farkındalığını sağladıkları için teşekkürlerimizi sunarız.

Ayten SARAÇOĞLU

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

KAYNAKLAR

1. Sungur Ulke Z, Yavru A, Camci E, Ozkan B, Toker A, Senturk M. Rocuronium and sugammadex in patients with myasthenia gravis undergoing thymectomy. *Acta Anaesthesiol Scand* 2013; 57: 745-748.
2. Miller RD. Millers Anesthesia. In Eriksson LI, Fleischer LA, Wiener-Kronish JP, Young WL (eds.) *Neuromuscular Disorders and Malignant Hyperthermia*. 7th Edition. Churchill Livingstone, USA 2009; 1180.
3. Fuchs-Buder T, Meistelman C, Schreiber JU. Is sugammadex economically viable for routine use. *Curr Opin Anaesthesiol* 2012; 25: 217-220.
4. Sungur Z, Sentürk M. Anaesthesia for thymectomy in adult and juvenile myasthenic patients. *Curr Opin Anaesthesiol* 2016; 29: 14-19.