



# Atan Kalpte Koroner Arter Baypas Geçiren Behçet Hastasında Anestezi Yönetimi

Tülay Örki, Deniz Avan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

## ÖZET

Otuz iki yaşında, 13 yıldır kolşisin ve salozoprin tedavisi alan Behçet hastasına elektif şartlarda atan kalpte koroner arter baypas ameliyatı için genel anestezi planlandı. Nöroloji, dermatoloji ve dahiliye bölümlerince konsülte edilerek kolşisin ve salozoprin tedavisi operasyondan bir hafta önce kesildi. Operasyon standart sternotomi ve heparinizasyonu takiben atan kalpte gerçekleştirildi. Postoperatif dönemde invaziv girişimlere ve entübasyona bağlı ciltte ve orofarenkste yeni lezyonlara rastlanmadı. Hasta postoperatif 4. gün komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Sonuç olarak, Behçet hastalarında anestezi öncesi yapılan dikkatli bir preoperatif değerlendirme, istenen konsültasyonlar, seçilen anestezi yöntemi ve ilaçlar ve postoperatif takip ile atan kalpte koroner arter baypas operasyonu güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı; atan kalp; koroner arter baypas; anestezi yönetimi

## Anesthetic Management of a Patient with Behçet's Disease Undergoing Beating Heart Coronary Artery Bypass Grafting

### ABSTRACT

General anesthesia was planned for elective beating heart coronary artery bypass grafting in a 32-year-old patient with Behçet's disease receiving colchicine and salazopyrin therapy for 13 years. After consultation with neurologists, dermatologists, and internal medicine physicians, the colchicine and salazopyrin therapy was terminated a week before surgery. The surgery was performed with the beating heart technique following standard sternotomy and heparinization. Postoperatively, there were no new lesions of the skin and oropharynx due to invasive procedures. The patient was discharged without any complications on postoperative day 4. In conclusion, the choice of the anesthetic method and medications as well as postoperative follow-up beating heart coronary artery bypass grafting can be safely performed in patients with Behçet's disease via meticulous preoperative evaluations and consultations.

**Key Words:** Behçet's disease; beating heart; coronary artery bypass grafting; anesthetic management

### GİRİŞ

Hulusi Behçet tarafından 1937 yılında tanımlanan Behçet hastalığı; kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, ürogenital, kas ve iskelet sistemi, deri ve sinir sistemini etkileyen, otoimmün, kronik bir vaskülitir<sup>(1,2)</sup>. Bu hastalarda operasyonun tipine göre uygulanacak anestezi yöntemi, kullanılacak ilaçlar, zor entübasyon ve invaziv girişimler hastalığı alevlendirebilmesi nedeniyle anestezi açısından büyük önem arz eder. Bu yazıda, atan kalpte koroner baypas ameliyatı planlanan Behçet hastasında anestezi yönetimi sunuldu.

### OLGU SUNUMU

Behçet hastalığı olan 32 yaşındaki erkek hasta elektif şartlarda koroner arter bypass ameliyatı olmak için anestezi polikliniğine başvurdu. Öyküsünde 13 yıldır Behçet hastalığı nedeniyle düzenli olarak kolşisin ve salozoprin tedavisi aldığı, tanı konduğu dönemde sağ dizinden operasyon geçirdiği, son 3 yıldır romatoid artrit tanısında eklendiği ve sigara kullanmadığı öğrenildi. Fizik muayenede her iki el ve ayak parmaklarında doğumsal eklem deformasyonu mevcuttu. Küçük çene, kısa boyuna sahip olan hastanın yapılan ağız muayenesinde yüksek damak bulgusu saptandı. Oral aft ve skar dokusuna rastlanmadı. Mallampati skoru 3 olarak belirlendi (Mallampati skoru olası zor entübasyonu önceden belirlemede kullanılır. I: Yumuşak damak, uvula ve pilikalar görülebilir. II: Yumuşak damak ve uvula görülebilir. III: Yumuşak damak ve uvulanın tabanı görülebilir. IV: Yumuşak damak görülemez). Sırt ve göğüs bölgesinde yer yer papülo püstüler lezyonlar mevcuttu. Hemogram ve biyokimya değerleri normaldi. Yapılan ekokardiyografi (EKO)'sinde ejeksiyon fraksiyonu (EF) %50, apeks

### Yazışma Adresi

Tülay Örki

E-mail: tlaykayacan@yahoo.com.tr

Submitted: 07.09.2018

Accepted: 20.09.2018

© Copyright 2018 by Koşuyolu Heart Journal.  
Available on-line at  
www.kosuyoluheartjournal.com

hipokinetik, hafif TY, PAP= 25 mmHg idi. Elektrokardiyografi (EKG) sinüs ritmi idi. Solunum fonksiyon testlerinde FEV<sub>1</sub> %73, FEV<sub>1</sub>/FVC %93 idi. Takip ve tedavi için servise yatırılan hasta nöroloji, dermatoloji ve dahiliye bölümlerince konsülte edilerek kolşisin ve salozoprin tedavisi operasyondan bir hafta önce kesildi.

Genel anestezi planlanan olgu premedikasyonsuz ameliyathaneye alındı. Periferik damar yolu, invaziv arter basıncı, periferik oksijen satürasyonu, 12 derivasyonlu EKG monitörizasyonu yapıldı. İndüksiyon öncesi arteriyel kan gazı alındı. EKG sinüs ritminde TA: 181/73 mmHg, Nb: 107/dakika, SpO<sub>2</sub>: %97 olarak tespit edildi.

Anestezi induksiyonu 3 mg.kg<sup>-1</sup> propofol, 0.6 mg.kg<sup>-1</sup> rokuronyum ve 1 µg.kg<sup>-1</sup> fentanil ile yapıp endotrakeal entübasyon kameralı laringoskop eşliğinde sorunsuz bir şekilde gerçekleştirildi. Anestezi idamesi; remifentanil 0.1-0.2 µg.kg<sup>-1</sup> dakika<sup>-1</sup> infüzyon, 0.15 mg.kg<sup>-1</sup> rokuronyum, %70 O<sub>2</sub> ile %30 hava ve desfluran (MAC %5-6) inhalasyonu ile sağlandı. İndüksiyon sonrası hastaya sağ juguler venden santral venöz kanülasyon uygulandı ve santral venöz basınç 13 mmHg olarak ölçüldü. Bütün invaziv girişimler en az travmatize şekilde anestezi uzmanı tarafından gerçekleştirildi.

İndüksiyon sonrası TA: 120/65 mmHg, kalp atım hızı: 93/dakika, SpO<sub>2</sub>: %99 idi. Standart sternotomi, sol internal mammaryan arter (LİMA) mobilizasyonu ve heparinizasyonu [intravenöz (IV) 5000 Ü heparin sonrası ACT > 200 saniye] takiben atan kalpte tek damar baypas uygulandı. Koroner anastomoz sırasında kardiyak stabilizasyonu sağlamak için "Octopus" (Medtronic Minneapolis, MN, USA) kullanıldı ve kalp atım hızını 50-60/dakika arası tutmak için 0.05 mg.kg<sup>-1</sup> esmelol IV bolus olarak yapıldı. İki saat süren operasyon süresince hemodinami stabil seyretti, bir problem yaşanmadı.

Operasyon bitiminde remifentanil infüzyonu ve desfluran inhalasyonu kesilerek hasta entübe şekilde kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'ne transfer edildi. Yoğun bakımda hasta; hemodinamik parametreler stabil ve ekstübasyon kriterleri (TV > 10 mL/kg ve maksimum inspiratuar basınç -20 mmHg) sağlandıktan sonra postoperatif 14. saatte ekstübe edildi. Postoperatif ağrı takibinde vizüel analog skala kullanıldı ve gerektiğinde nonsteroid antiinflamatuvar bir ajan verildi. Postoperatif birinci gün toplam 500 mL drenajı olan hastaya 2 ünite taze donmuş plazma ve 2 ünite konsantre kan verildi. Postoperatif ikinci gün vital fonksiyonları normal olan hasta drenajları alındıktan sonra servise çıkarıldı. Postoperatif dönemde invaziv girişimlere ve entübasyona bağlı ciltte ve orofarenkste yeni lezyonlara rastlanmadı. Hasta postoperatif dördüncü gün dermatoloji ve nöroloji polikliniği takibi önerisiyle komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Remisyon ve alevlenmeler ile seyreden otoimmün, inflamatuvar ve kronik bir vaskülit olan Behçet Hastalığı; kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, ürogenital, kas ve iskelet sistemi, deri ve sinir sistemi gibi birden çok organ ve sistemi etkiler<sup>(1,2)</sup>. Arteriyel tutulum sıklığı %1-3.2 olarak rapor edilmiştir. Arteriyel lezyonlar, arterlerde tıkanıklık ve anevrizma oluşumuna yol açabilir. Abdominal aorta, karotis, subklavyen, femoral, serebral, popliteal hatta koroner arter tutulumu görülebilir<sup>(3)</sup>.

Behçet hastasında anestezi öncesi muayene, istenilen görüntüleme yöntemleri ve konsültasyonlar önemlidir. Hastalığın tanısı spesifik bir laboratuvar bulgusunun olmaması nedeniyle klinik bulgulara dayanılarak konur<sup>(3)</sup>. Bu nedenle ayrıntılı bir preoperatif değerlendirilme yapılmalıdır. Anamnezde; eşlik eden hastalıklar, sürekli kullanılan ilaçlar not edilmelidir. Özellikle bu hastalarda fizik muayenede ağız içi muayene dikkatli yapılmalı, aft ve skar dokusu açısından incelenmeli, hava yolu açıklığı ve entübasyon koşulları değerlendirilmelidir. Bizim olgumuzun yapılan orofarenks muayenesinde yüksek damak bulgusu saptandı, aft ya da skar dokusuna rastlanmadı. Mallampati skoru 3 olarak tespit edildi.

Gerek multisistemik organ tutulumu, gerekse hastaların kullandıkları ilaçların hepatorenal toksik etkileri nedeniyle Behçet hastasında tüm organ ve sistem muayenesi özenle yapılmalıdır. Ayrıca uygulanacak anestezi yöntemi ve seçilecek ilaçlar operasyon tipine, süresine ve eşlik eden hastalıklara göre belirlenmelidir. Hastanın öyküsünün alınmadığı durumlarda kan tetkikleri organ fonksiyonları hakkında bilgi verir<sup>(4)</sup>. Behçet hastalığında uzun süre kolşisin kullanımı karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozukluğa yol açabilir. Bunun sonucunda kas gevşeticiler, IV genel anestezi ilaçları ve diğer bazı ilaçların yıkımı ve vücuttan atılması uzayabilir. Karaciğer enzimlerinde ilaçların toksik etkisine bağlı yükseklik olabilir. Böbrek fonksiyon testleri genelde normaldir. Nadiren renal amiloidoz, glomerülofrit, interstisyel nefrit, renal ven trombozu geliştiğinde proteinüri, hematüri, piyüri, böbrek yetmezliği laboratuvar bulguları saptanabilir<sup>(4)</sup>. Karaciğer ve böbrek bozukluğu olanlarda anestetik ilaçlar ve dozları dikkatlice ve titre edilerek uygulanması önerilmektedir<sup>(5)</sup>. Bizim olgumuzun preoperatif kan tetkikleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal saptandığından anestezi induksiyonunda ilaçlar normal dozlarında uygulandı. Ancak anestezi idamesinde rokuronyum dozu azaltılarak verildi.

Genel anestezi planlanan Behçet hastalarında tekrarlayıcı ve travmatize edici larinkoskopi müdahalelerinden kaçınılmalıdır. Aynı zamanda entübasyonunda zorlanılan olguların postoperatif yeni ağırlı ülsere lezyonlar gelişebileceği akıldan tutulmalıdır. Bu lezyonlar hastanın oral alımını etkilemekte ve mortalite ve morbiditede artışa neden olmaktadır<sup>(6)</sup>. Laringeal maskeler

orofarengal lezyonları tetiklediğinden kullanılmalıdır, endotrakeal tüpler tercih edilmelidir. Özellikle orofarenks bölgesinde skar dokusu olan hastalarda fiberoptik entübasyon önerilmektedir<sup>(7)</sup>. Yüksek damağa sahip olan olgumuzun preoperatif ağız muayenesinde aftöz lezyon ve skar dokusu saptanmamasına rağmen kanama ve orofarengal lezyonları tetiklenme riskinden dolayı endotrakeal entübasyon kameralı laringoskop eşliğinde deneyimli anestezi uzmanı tarafından tek seferde sorunsuz bir şekilde gerçekleştirildi.

Behçet hastalığında, hastaların %80 kadarında papül, vezikül ve folikülit şeklinde olan çeşitli deri lezyonları görülebilir<sup>(1,3,8)</sup>. Deriye steril iğne ya da IV kateter batırıldıktan sonra küçük püstüller oluşabilir<sup>(2)</sup>. Ayrıca genel anestezinin immüdepresif etkisinin unutulmaması, arteriyel ve venöz girişimlerin steriliteye dikkat edilerek mümkün olan en az travmayla yapılması önerilmektedir<sup>(8-11)</sup>. Olgumuzun yapılan cilt muayenesinde sırt ve göğüs bölgesinde yer yer papülo püstüler lezyonlar mevcuttu. Diğer bölgelerde lezyon bulunmamasına rağmen bütün invaziv damar yolu girişimleri steril şartlar altında ve cilt travmatize edilmeden deneyimli anestezi uzmanı tarafından yapıldı. Uygulanan invaziv girişimlere bağlı cilt lezyonlarına postoperatif dönemde rastlanmadı.

Sonuç olarak remisyon ve alevlenmeler ile seyreden otoimmün, inflamatuvar ve kronik bir vaskülit olan Behçet hastalığında multisistem organ tutulumu vardır. Bu hastalarda anestezi öncesi yapılan dikkatli bir preoperatif değerlendirme, seçilecek anestezi yöntemi, ilaç tercihleri ve postoperatif takip ile atan kalpte yapılan koroner arter baypas gibi major operasyonlar sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar önlenir.

## KAYNAKLAR

1. Hulusi B, Matteson EL. On relapsing, aphthous ulcers of the mouth, eye and genitalia caused by a virus. 1937. Clin Exp Rheumatol 2010;28(4 Suppl 60):S-5.
2. International Study Group for Behçet's Disease. Criteria for diagnosis of Behçet disease. Lancet 1990;335:1078-80.
3. Özbalkan Z, Bilgen ŞA. Behçet hastalığı. Hacettepe Tıp Dergisi 2006;37:14-20.
4. Düzgün N. Behçet's disease. Romatoloji Kitabı. Ankara Üniversitesi 2014;378-88.
5. Ertürk E, Şenel AC, Koşucu M, Kaya F, Erciyes N. Behçet hastalığında anestezi uygulaması- rejyonel mi, genel mi? Türk Anest Rean Derg 2009;37:114-7.
6. Özcan AT, Balcı C, Aksoy ŞM. Behçet hastasında anestezi yönetimi. Medeniyet Medical Journal 2015;30:60-2.
7. Gupta A, Banerjee N, Sharma J, Sood R. Repeated surgeries in a patient with Behçet's disease, what changes to expect? Anesth Essays Res 2013;7:279-81.
8. Bosna G, Aydın N. Behçet hastalarında anestezi uygulaması: Olgu Sunumu. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2002;13:39-40.
9. Turner ME. Anesthetic difficulties associated with Behçet's syndrome, case report. Br J Anaesth 1972;44:100-2.
10. Salihoglu Z, Dikmen Y, Demiroglu S, Hamzaoglu I, Paksoy M. Oral aphthous ulcers after difficult intubation in a patient with Behçet's disease. Anesthesia 2002;57:620-1.
11. Esener Z. Klinik anestezi. İstanbul: Logos Yayıncılık, 1991;15-6.