

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

**SPİNAL TÜMÖRÜ OLAN GEBEDE ANESTEZİ UYGULAMASI:
OLGU SUNUMU****ANESTHESIA MANAGEMENT IN A PREGNANT WITH SPINAL TUMOUR:
CASE REPORT****Aslınur SAGÜN, Öznur MART, Nurcan DORUK, Handan BİRBİÇER****Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İçel, Türkiye**

Mersin University Faculty of Medicine, Department of Anesthesiology and Reanimation, İçel, Turkey

ÖZET

Gebelikte tümör oluşumu nadirdir, ortalama 1:1000 veya 1:2000 gebelikte görülür. Bu olgu ile T3 seviyesinde tümöre bağlı spinal kord hasarı bulunan ve sezeryan operasyonu planlanan gebenin anestezi yönetiminin sunulması amaçlandı. Otuziki yaşında, 30. gebelik haftasında spinal tümörü olan hastaya konsey sonucu (Kadın-Doğum, Beyin Cerrahi-Anesteziyoloji) sezeryan sekiyo kararı alındı. Bebeğin çıkımını takiben uterus posteriorunda ve batin içinde multipl tümöral oluşumlar tespit edildi ve tümör rezeksiyonu için operasyona devam kararı alındı. Peroperatif bir sorunla karşılaşmadı. Operasyon sonunda kas gevşetici antagonisti uygulanarak hasta sorunsuz bir şekilde ekstübe edildi. Spinal kord hasarı; üriner sistem enfeksiyonları, dekübit ülserler, tromboflebit, anemi, azalmış respiratuvar rezerv ve otonomik hiperrefleksi gibi komplikasyonlara neden olabilen ciddi bir hastalıktır. Böyle durumlarda detaylandırılmış bir preoperatif değerlendirme ile hastaya uygun anestezi yöntemi seçimi ve yakın peroperatif takibin olası komplikasyonları önleyebileceği kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: Gebe, Anestezi, Spinal tümör**SUMMARY**

The development of tumours in pregnancy is rare, seen about 1:1000 or 1:2000 of pregnancies. Here, in this study we aimed to present the anesthesia management of the pregnant who has spinal injury due to a tumour at T3 level and planned for Caesarian section. Caesarean section of the patient who is 32 year-aged, and in her 30 weeks of pregnancy with spinal tumor was decided by council (Gynecology and Obstetrics, Neurosurgery, Anesthesiology). Following the delivery of the baby, at the posterior of the uterus and in the abdomen many tumoural formations were detected and for the resection of tumours the attendance of the operation was decided. No problems were encountered peroperatively. At the end of the operation the patient was extubated without a problem by applying the reversal of neuromuscular blockade. Spinal cord injury is a serious disease that can result in complications such as urinary tract infections, decubitus ulcers, thrombohebitis, anemia, reduced respiratory reserve and hyperreflexia. In these situations, our opinion is, the election of an anesthesia management available for the patient with a detailed preoperative assessment and close peroperative follow-up can prevent possible complications.

KEY WORDS: Pregnant, Anesthesia, Spinal tumour**GİRİŞ**

Gebelikte tümör oluşumu nadirdir, ortalama 1:1000 veya 1:2000 gebelikte görülür (1). Fakat gebeliğe bağlı hormonal değişimler tümörlerin büyümesini veya nörolojik defisit gelişimini hızlandırabilir (2-4). Ortaya çıkan nörolojik defisitler birçok sistemde değişikliğe neden olabilir. Nörolojik bulgular gelişmiş gebelerin doğum sırasındaki anestezi yönetimi de daha komplikedir. Bu olgu ile T3 seviyesinde tümöre bağlı spinal kord hasarı bulunan ve sezeryan operasyonu planlanan gebenin anestezi yönetiminin sunulması amaçlandı.

OLGU

Otuz iki yaşında, 30. gebelik haftasında spinal tümörü olan hastaya konsey sonucu olarak (Kadın-Doğum, Beyin Cerrahi, Anesteziyoloji) sezeryan sekiyo kararı alındı. Hastanın preoperatif değerlendirmesinde, gebeliğin 6. ayında T3 vertebra seviyesinde spinal tümör tespit edildiği, hastada son 15 gündür hemipleji, T5 düzeyinden itibaren duyu kaybı ve gaita-idrar inkontinansı olduğu tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde ek bir patoloji mevcut değildi. Havayolu değerlendirmesi Mallampati Sınıf I olarak saptandı. Operasyona alınan hastaya stan-

Çıkar çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir./ Authors do not report any conflict of interest.

Geliş tarihi/Received: 21/12/2016

Kabul tarihi/Accepted: 04/01/2017

Yazışma Adresi (Correspondence):**Dr. Aslınur SAGÜN,** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Çiftlikköy, Mersin, İçel, Türkiye**E-posta (E-mail):** aslinur_aslan@hotmail.com

dart ASA monitörizasyonu uygulandı. Anestezi indüksiyonu öncesi kan basıncı 90/52 mmHg, kalp hızı 136 atım dk⁻¹, SpO₂ % 98 idi. Anestezi indüksiyonu tiyopen-tal 4 mg kg⁻¹ ve kas gevşemesi 0.1 mg kg⁻¹ vekuronyum ile sağlandıktan sonra hasta 7.5 numara endotrakeal tüp ile entübe edildi. Anestezi idamesi O₂ içinde %50 N₂O ve % 0.5-0.8 konsantrasyonda sevofluran ile sağlandı. Bebeğin çıkımını takiben uterus posteriorunda ve batin içinde multipl tümöral oluşumlar tespit edildi ve tümör rezeksiyonu için operasyona devam kararı alındı. Bunun üzerine hastaya invaziv arter monitorizasyonu ve santral venöz basınç kateterizasyonu uygulandı. İki saat süren operasyon boyunca 2 ünite eritrosit süspansiyonu, 2 ünite taze donmuş plazma, 500 mL kolloid, 2000 mL kristaloid solüsyonu verildi ve 300 cc idrar çıkışı izlendi. Peroperatif bir sorunla karşılaşmadı. Operasyon sonunda kas gevşetici antagonisti uygulanarak hasta sorunsuz bir şekilde ekstübe edildi.

TARTIŞMA

Spinal kord hasarı; üriner sistem enfeksiyonları, dekübit ülserleri, tromboflebit, anemi, azalmış respiratuvar rezerv ve otonomik hiperrefleksi gibi komplikasyonlara neden olabilen ciddi bir hastalıktır. Semptomların şiddeti hasarın seviyesine göre değişmektedir. T6 seviyesinin üstünde, ventilatöre bağımlılığa kadar ilerleyebilen respiratuvar bozukluklar görülebilir (5). Bunun yanında, gebelikte ortaya çıkan spinal kord hasarı ilave riskler taşımaktadır. Gebelerde üriner sistem enfeksiyonu görülme sıklığı önemli oranda artmıştır, ayrıca gebelikte hiperkoagülabilite olduğu için spinal kord hasarı olan hastalarda tromboemboli riski de artmıştır. Bizim olgumuzda tümöre bağlı spinal kord hasarı nedeniyle son 15 günde ortaya çıkan hemipleji, duyu kaybı ve gaita-idrar inkontinansı mevcuttu, fakat kanama testlerinde ve diğer laboratuvar parametrelerinde bozukluk yoktu.

Bu olgularda bir diğer sorun özellikle T10 seviyesinin üstünde lezyonu olan gebelerde kontraksiyonların hissedilmemesine bağlı fark edilmeyen doğum riskinin yüksek olmasıdır. Bu nedenle gebeliğin erken sonlandırılması gerekebilmektedir. Gebeliğin sonlandırılması kararı multidisipliner olmalıdır. Anestezi yönetiminde yer alacak anestezi uzmanının da bu kararın mutlak bir paydaşı olması gerektiğine inanmaktayız. Sonuçta olgumuzda T3 seviyesinde mevcut olan spinal tümör ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle oluşturulan konseyde gebeliğin 30. haftasında sonlandırılması kararı alındı.

Spinal kord hasarının en ciddi komplikasyonu otonomik hiperrefleksidir, sıklıkla T6 ve daha yukarısında ki lezyonlarda görülür. Vajinal veya servikal muayene,

spekulum yerleştirilmesi veya uterin kontraksiyonlar gibi spinal kord lezyonunun altından kaynaklanan duyuusal veya ağrılı uyaranlar ile tetiklenebilir. Otonomik hiperreflekside spinal kord hasarının altında kan basıncında önemli ölçüde artışla birlikte bradikardi, piloereksiyon ve terleme, lezyon seviyesinin üstünde vazodilatasyon, pupil dilatasyonu, görme bozukluğu ve flaşing gözlenebilir (6). Otonomik hiperrefleksi gelişmesinde spinal kord hasarının seviyesi kadar süresi de önemlidir. Olgumuzda lezyon seviyesi T3 düzeyinde olmakla birlikte otonomik hiperrefleksinin görülmemesi nedeni başlangıç süresinin kısa olması olabilir. Anestezist bu olgularda otonomik hiperrefleksi konusunda bilinçli olmalı, bu bulguların preeklampsi ile karışabileceğini unutmamalı ve olguların anestezi yönetiminde buna yönelik gerekli hazırlıkları planlamalıdır.

Spinal kord hasarı bulunan gebelerde vajinal doğum önerilse de, normal popülasyondan daha az vajinal doğum oranı olduğu bildirilmektedir. Bu gebelerde hem reyonel hem genel anestezi tercih edilebilmekle birlikte nöroaksiyel blok ile otonomik hiperrefleksi tetikleyen stimulusların önlenemediği bildirilmektedir (7). Ancak nöroaksiyel blok tercih edilecekse idrar kateterizasyonundan ve servikal muayeneden önce uygulanması otonomik hiperrefleksi önlemek açısından daha faydalı olabilir. Ancak bu her olgu için geçerli değildir. Bizim olgumuzda olduğu gibi hastalığın özelliği nedeniyle genel anestezi tercih edilebilir. Eğer genel anestezi tercih edilecekse, ciddi hiperkalemiye neden olabileceği için süksinilkolinden kaçınmak önerilmektedir (8). Biz de olgumuzda non-depolarizan bir kas gevşetici olan veküronyumu tercih ettik ve peroperatif nöromusküler blokajla ilgili herhangi bir sorunla karşılaşmadık. Volatil anestezipler otonomik hiperrefleksiyeye bağlı hemodinamik bozukluklarda etkili olabilir. Biz bu olguda volatil ajan olarak sevofluranı, gebelerde minimum alveolar konsantrasyonun (MAK) azalması nedeniyle, <1 MAK olarak uyguladık. Operasyonun başlangıcında kan basıncı düşük, kalp hızı yüksek olan hastanın, peroperatif sıvı tedavisi uygulandıktan sonra kan basıncı ve kalp hızı normal aralıkta seyretti. Olgunun daha önceden bilinen preeklampsi tanısı olmaması da hemodinamik stabiliteyi açıklayabilir. Fakat batında yaygın tümöral oluşumlar nedeniyle operasyonun devam etmesi invaziv monitörizasyon uygulamamızda etkili olmuştur.

Sonuç olarak, bu tür spinal kord hasarı ile komplike olgularda reyonel veya genel anestezi seçimi ile ilgili net bir kaynak bulunmamaktadır. Böyle durumlarda detaylandırılmış bir preoperatif değerlendirme ile hastaya uygun anestezi yöntemi seçimi ve yakın peroperatif takibi olası komplikasyonları önleyebileceği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. *Oncologist* 2002; 7: 279-287.
2. Ross AE, Bojescul JA, Kuklo TR. Giant cell tumor: a case report of recurrence during pregnancy. *Spine (Phila Pa 1976)* 2005; 30: 332-335.
3. Kiroglu Y, Benek B, Yagci B, Cirak B, Tahta K. Spinal cord compression caused by vertebral hemangioma being symptomatic during pregnancy. *Surg Neurol* 2009; 71: 487-492.
4. Hayden MG, Gephart R, Kalanithi P, Chou D. Von Hippel-Lindau disease in pregnancy: a brief review. *J Clin Neurosci* 2009; 16: 611-613 .
5. Hopkins AN, Alshaeri T, Akst SA, Berger JS. Neurologic disease with pregnancy and considerations for the obstetric anesthesiologist. *Semin Perinatol* 2014; 38: 359-369.
6. Jones B, Milliken B, Penning D. Anesthesia for cesarean section in a patient with paraplegia resulting from tumour metastases to spinal cord. *Can J Anesth* 2000; 47: 1122-1128.
7. Pereira L. Obstetric management of the patient with spinal cord injury. *Obstet Gynecol Surg* 2003; 58: 678-687.
8. Reide PJ, Yentis SM. Anaesthesia for the obstetric patient with (non-obstetric) systemic disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2010; 24: 313-326.