

Meltem TÜRKAY AYDOĞMUŞ
Gülistan AKTAŞ



OLGU SUNUMU

GERİATRİK HASTADA SADDLE BLOK SONRASI GELİŞEN 6. SİNİR PARALİZİSİ: OLGU SUNUMU

Öz

Altıncı sinir paralizi, diyagnostik amaçla ya da anestezi sağlamak için spinal aralığa girişim yapılması sonucunda nadiren görülen reversibl bir komplikasyondur. Postspinal baş ağrısı ve 6. kranial sinirde paralizi gelişme insidansı, genç yaş, kadın cinsiyet, kullanılan spinal iğnenin şekli, çapı ve multiple girişim yapılması ile direkt bağlantılıdır. 6. sinir paralizi beyin omirilik sıvısı (BOS) sızıntısına bağlı sinir traksiyonu ve lateral rektus kasında paralizi gelişmesi sonucu ortaya çıkar. Küçük çaplı ya da atravmatik spinal iğnelerle spinal anestezi uygulanması ya da diğer anestezi yöntemlerinin kullanılması ile abducens paralizi insidansı azaltılabilir. Bu olguda risk grubunda olmayan geriatrik bir hastada spinal anestezi sonrasında gelişen 6. sinir paralizisini sunmayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Anestezi, Spinal; Diplopi; Abducens Sinir Hasarı.



CASE REPORT

PARALYSIS OF ABDUCENS NERVE AFTER SADDLE BLOCK IN A GERIATRIC PATIENT: CASE REPORT

ABSTRACT

Paralysis of abducens nerve is a very rare reversible complication of lumbar puncture, which is a common procedure most often used for diagnostic and anesthetic purposes. The incidence of postdural puncture headache and paralysis of abducens nerve is related with younger age, female gender, and the diameter and shape of the needle used, and also with multiple insertions of the needle into the subarachnoid space. Traction on the sixth cranial nerve due to cerebrospinal fluid leak leads to lateral rectus muscle palsy. Alternative types of anesthesia or performing spinal anesthesia using smaller diameter or atraumatic spinal needles may help to decrease the incidence of abducens palsy. We aimed to present a case of 6th nerve paralysis after spinal anaesthesia in a geriatric patient who was not in the risk group.

Key Words: Anesthesia, Spinal; Diplopia; Abducens Nerve Injury.

İletişim (Correspondance)

Meltem TÜRKAY AYDOĞMUŞ
Antalya Özel Andeva Yıldız Hastanesi Anesteziyoloji ve
Reanimasyon ANTALYA

Tlf: 444 21 12
e-posta: meltem72_3@hotmail.com

Geliş Tarihi: 18/01/2011
(Received)

Kabul Tarihi: 22/06/2011
(Accepted)

Antalya Özel Andeva Yıldız Hastanesi Anesteziyoloji ve
Reanimasyon ANTALYA



GİRİŞ

6. sinir paralizisi, diagnostik amaçla ya da anestezi sağlamak için spinal aralığa girişim yapılması sonucunda nadiren görülen reversibl bir komplikasyondur. Postspinal başağrısı ile birlikte 6. sinir paralizisi insidansı, genç yaş, kadın cinsiyet, kullanılan spinal iğnenin şekli, çapı ve multiple girişim yapılması ile direkt bağlantılı bulunmuştur (1). Bu olgu sunumunda risk grubunda olmayan geriatrik bir hastada gelişen 6. sinir paralizisinin sunulması amaçlanmıştır.

OLGU

Yetmiş üç yaşında erkek hasta genel cerrahi kliniği tarafından internal hemoroid tanısı ile operasyona hazırlandı. Hastanın preoperatif değerlendirilmesinde hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Oral antihipertansif kullanan hastanın tansiyonu regüle idi. Bilgilendirilmiş olur alınarak Amerikan Anestezi Derneği'nin skorlamasına göre ASA II riski ile operasyona alınan hastaya 25 G spinal iğne ile, tek girişte, L4-L5 aralığından girilerek 7.5 mg hiperbarik bupivakain verildi, 5 dakika oturur pozisyonda tutularak saddle blok yapıldı. 2 mg intravenöz midazolam ile sedasyonu sağlandı. Litotomi pozisyonunda opere edilen hasta, 30 dakika süren operasyon sırasında stabil seyretti. Hastaya intraoperatif 1000 cc %0.9 izotonik sodyum klorür verildi. Operasyon sonrası serviste 1 gün takip edilen hasta tam iyilik haliyle taburcu edildi. Postoperatif 7. gün şiddetli baş ağrısı ve baş dönmesini takip eden çift görme şikayeti ile nöroloji polikliniğine başvuran hasta anamnezinde 3. gün başlayan ve şiddetlenen başağrısı ve çift görme tarifledi. Hastanın nörolojik muayenesi ve göz dibi bulguları normaldi. Yapılan kranial manyetik rezonans görüntüleme (MR)'de senil değişiklikler dışında bir patoloji saptanmadı. Nöroloji servisine yatırılan hastaya 2 gün oral ve intravenöz sıvı replasmanı yapıldı, parasetamol 4x500 mg peroral verildi. 3. gün semptomların gerilemesi üzerine taburcu edildi. Diplopi tam olarak 3 hafta sonra düzeldi.

TARTIŞMA

Abducens sinir paralizisi intrakraniyal neoplazmlar, infiltratif ve inflamatuvar lezyonlar, enfeksiyon ve vasküler patolojilere bağlı olarak gelişebilir. Ancak diagnostik amaçla ya da anestezi sağlamak amacı ile spinal aralığa girişim yapılması sonucunda da nadiren görülebilir. Reversibl bir komplikasyondur. Diagnostik lomber ponksiyon dışında myelografi ve hidrosefali nedeni ile ventriküler şant uygulanan hastalarda da abducens sinir paralizisi görülebilir (1). Mekanizmalar tam

anlaşılamamış olmakla birlikte, olası nedenler tartışılmıştır (2). Lomber ponksiyon sonrası görme ile ilgili semptomlar, işitme problemleri ve başağrısı triadını içeren intrakranial hipotansiyon sendromu gelişebilir. Lomber ponksiyon sonrasında başağrısı ile birlikte 6. kranial sinir yanında 4. kranial sinir hasarı da rapor edilmiştir. Abducens paralizisinin başlamasından önce sık olarak başağrısı görülür. Bizim olgumuzda da diplopi öncesi başlayan başağrısı öyküsü mevcuttu. Özellikle geç başlayan paralizisi, genellikle başağrısı ve bulantı ile birlikte dir. BOS sızıntısına bağlı sinir çekilmesi nedeni ile lateral rektus kasında paralizisi gelişmesi sonucu ortaya çıkar (3).

Spinal anestezi sonrası kranial sinir paralizisi 1/300 ile 1/8000 arasında rapor edilmiştir. 1, 9 ve 10. kranial sinir hariç tüm kranial sinirler etkilenebilir ancak intrakraniyal yolu daha uzun olduğu için 6. sinir daha sık olarak etkilenir (4).

Küçük çaplı, atravmatik spinal iğnelerle spinal anestezi uygulanması ya da diğer anestezi yöntemlerinin kullanılması ile abducens paralizisi insidansı azaltılabilir. Hasta operasyon sonrası yatar pozisyonda tutularak serebrospinal sıvının sızması ve intrakranial hipotansiyon gelişimi engellenebilir. Bu özellikle postspinal başağrısı ile birlikte olan hastalarda önemlidir. Postspinal başağrısı insidansı genç yaş, kadın cinsiyet, kullanılan spinal iğnenin şekli ve çapı ile direkt bağlantılı bulunmuştur. Subaraknoid aralığa spinal iğne ile multiple girişim yapılması da postspinal başağrısı ve abducens paralizisi insidansını artıran olası nedenlerdendir (1). Bizim olgumuz, risk grubunda olmayan geriatrik erkek hasta idi ve 25 G spinal iğne ile tek girişte spinal anestezi uygulanmıştır.

Hastanın baş yukarı pozisyonun engellenmesi, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, postspinal başağrısının konservatif tedavisinde etkilidir. Oral veya intravenöz hidrasyon, oral veya intravenöz yüksek doz kafein ya da yüksek doz tuz verilerek BOS volümünün artırılması amaçlanır. Teofilin, sumatriptan, desmopressin ve steroidlerin faydalı olduğu öngörülmüştür ancak bu ilaçların rutin kullanımı ile ilgili deliller yeterli değildir (4). Bizim hastamızda gelişen başağrısı parasetamol ve hidrasyon uygulamasından fayda gördü. Ancak diplopi 3 haftaya kadar devam etti.

Literatürde, obstetrik vakalarda subaraknoid ve epidural anestezi sonrasında 17 vakada nörolojik defisit geliştiği bildirilmiştir. Risk faktörleri göz önünde tutularak kranial sinir hasarının insidansının azaltılabileceği önerilmiştir (5).

Nara Medical Üniversite Hastanesinde 3 yılda, 794 hastadan 4'ünde diplopi gelişmiştir. Bu hastalardan 2'sinde postspinal başağrısı da mevcuttu. Diplopi 3 vakada spontan düzeldi, yalnızca bir vakada epidural kan yamasına ihtiyaç duyuldu (6). Diplopinin başlamasından sonraki 24 saat içinde



kan yaması yapılması ile oküler sinir paralizisi makul bir şekilde tedavi edilebilir, diplopi ve post-spinal baş ağrısı kısmen düzelebilir (7). 25 G Whitacre spinal iğne kullanılarak spinal anestezi ile yapılan ve sezaryen yapılan bir hastada boyun ağrısı, diplopi ve baş ağrısı gelişmiş, epidural kan yaması yapılmasına karşın diplopi gerilememiş ve 8 ay kadar devam etmiştir (8).

Sonuç olarak, abducens sinir paralizisi ve diplopi, en sık genç yaş grubu ve kadın cinsiyette, subaraknoid aralığa yapılan multiple girişimler sonrasında görülmektedir. Ancak, bu nadir görülen komplikasyonun ileri yaş hasta grubunda da gelişebileceği göz önünde tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kose KÇ, Cebesoy O, Karadeniz E, Bilgin S. Eye problem following foot surgery, abducens palsy as a complication of spinal anesthesia. *Med Gen Med* 2005;7(4):15. (PMID:16614637).
2. Day CJ, Shutt LE. Auditory, ocular, and facial complications of central neural block. A review of possible mechanisms. *Reg Anesth* 1996;21(3):197-201. (PMID:8744660).
3. Szokol JW, Falleroni MJ. Lack of efficacy of an epidural blood patch in treating abducens nerve palsy after an unintentional dural puncture. *Reg Anesth Pain Med* 1999;24(5):470-2. (PMID:10499762).
4. Quraishi SA. Abducens palsy following spinal anesthesia: mechanism, treatment, and anesthetic considerations. *Med Gen Med* 2005 17;7(4):16. (PMID:16614638).
5. Floka SE, Shifman EM. Cranial nerve damage after neuroaxial methods of anesthesia in puerperas. *Anesteziol Reanimatol*. 2007; Jul-Aug;(4):58-61. (PMID:17929491).
6. Egawa J, Nakahashi K, Abe R, et al. Four cases of diplopia following spinal anesthesia. *Masui* 2005;54(7):767-71. (PMID:16026058).
7. Arcand G, Girard F, McCormack M, et al. Bilateral sixth cranial nerve palsy after unintentional dural puncture. *Can J Anaesth* 2004;51(8):821-3. (PMID:15470172).
8. Vial F, Bouaziz H, Adam A, et al. Oculomotor paralysis and spinal anesthesia, *Ann Fr Anesth Reanim* 2001;20(1):32-5. (PMID:11234575).