

Spinal Anestezi Sonrası Diplopi Gelişimi

Development of Diplopia After Spinal Anesthesia

Soner Demirel¹, Ercan Özsoy², Elvin Güner³, Ahmet Yegenoğlu⁴, Neslihan Avcı⁵

¹İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Göz Hastalıkları AD, Malatya

²Siirt Devlet Hastanesi, Siirt

³Elvin Güner, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Kahta Devlet Hastanesi, Adıyaman

⁴Ahmet Yegenoğlu, Genel Cerrahi, Kahta Devlet Hastanesi, Adıyaman

⁵Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul

Özet

Spinal anestezi, birçok cerrahide yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Ancak, kranial sinir parezileri gibi bazı nörolojik komplikasyonları da bildirilmektedir. Beyin omurilik sıvısının (BOS) kaçacağına bağlı olarak, VI. kranial sinir hasarına ve çift görmeye yol açabileceği ifade edilmektedir. Diğer kranial patolojilerinden ayrımı yapıldıktan sonra, hasta çift görmesi hakkında bilgilendirilmeli ve bol sıvı alması önerilmelidir.

Anahtar kelimeler: Spinal anestezi, diplopi, VI. kranial sinir parezisi

Abstract

Spinal anesthesia is a widely used method in many surgeries. However, some neurological complications are reported including cranial nerve paresis. The cerebrospinal fluid (CSF) leakage was defined may lead to VI th cranial nerve damage and diplopia. After distinction from other cranial pathologies, the patient must be informed about the prognosis of diplopia and should be offered take plenty of fluids.

Key words: Spinal anesthesia, diplopia, VI. cranial nerve paresis

GİRİŞ

Spinal anestezi tekniği, son yıllarda anestezi uygulamasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Tekniğin üstünlüklerinin yanında bazı nörolojik komplikasyonları da mevcuttur (1). Diplopi, spinal anestezinin çok nadir bir komplikasyonudur. Bazı vakalarda beyin omurilik sıvısının (BOS) kaçacağına bağlı olarak gelişen intrakraniyal hipotansiyonun VI. kranial sinirin hasarına ve böylece diplopiye neden olabildiği bildirilmektedir (2).

OLGU

Pilonidal sinüs tanısıyla, spinal anestezi altında opere edilen 26 yaşındaki erkek hasta, ameliyat sonrası birinci gün baş ağrısı ve çift görme şikayeti ile göz hastalıkları kliniğimize ve nöroloji kliniğine konsülte edildi. Oftalmolojik muayenesinde her iki gözde görme keskinliği tam, ön segment ve fundus muayeneleri doğal, pupilleri izokorik, direkt ve indirekt ışık refleksleri normal olarak değerlendirildi. Horizontal eksende diplopi tespit edildi. Bilateral dışa bakışta minimal kısıtlılık ve primer pozisyonda ezotropyta saptandı. (Resim 1).

Ek bir hastalık öyküsü olmayan hastamızın peoparatif hidrasyon sağlandıktan sonra, L3-4 intervertebral aralıktan 25 numara Quinke spinal iğne ile % 0,5'lik 15 mg marcaïn ile spinal anestezi sağlanarak opere edildiği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde ilave saptanmadı. Kontrastlı beyin MRG incelemesi normal sınırlarda izlendi. Bu muayene ve görüntüleme yöntemlerinin sonucunda hastada izole her iki VI. kranial sinir bir parezisi tanısı konuldu. Yapılan literatür incelemesinde spinal anestezi uygulamasının oldukça ender bir komplikasyonu olarak VI. kranial sinir parezilerinin gelişebileceği görülmektedir. Edinilen bilgiler

işığında hastaya bol sıvı alımı önerildi ve bu durumun geçici olduğu anlatıldı. Sık aralıklarla takip edilen hastanın çift görmesinin, 75. günde tam olarak düzeldiği görüldü (Resim 2).

TARTIŞMA

Spinal anestezi sonrası diplopi gelişimi nadir görülen bir komplikasyondur. Lomber ponksiyona sekonder diplopi gelişimi ilk olarak 1900'lerde bildirilmiştir (iyileşme). Spinal anestezi sonrası diplopi gelişim insidansı 1/300-1/8000 arasında değişmektedir (3). Eskiden kullanılan spinal iğnelere göre, daha az travmatik iğnelerin üretilmesiyle, bu insidansın daha da azaldığı söylenmektedir (4). Hastaların % 80'inden fazlasında, diplopinin 2 hafta ile 8 ay içerisinde spontan olarak düzeldiği bildirilmektedir (5). Gelişen intrakraniyal hipotansiyonun, genel olarak I - IX ve X kranşal sinirlerin dışındaki tüm kranial sinirleri etkileyebileceği söylenirse de, intrakraniyal alandaki uzunluğu nedeniyle, VI. kranial sinirin en çok etkilenen sinir olduğu belirtilmiştir (6,7). Oluşum mekanizması, intrakraniyal hipotansiyonun sinirde gerilmeye bağlı lokal iskemi ve fonksiyon bozukluğuna yol açtığı şeklinde açıklanmaktadır (8).

Bu hastalarda mutlaka beyin içi kanaması gibi patolojilerin dikkate araştırılması gerekmektedir. Bu durumu değerlendirmede bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gerekli ve faydalı radyolojik yöntemlerdir (9). Bu nedenle kontrastlı MRG çekirtilen olgumuzun incelemesi normal sınırlarda bulunmuştur. Tanıyı kesin olarak koyduktan sonra, öncelikle bu durumun birkaç ay içerisinde geçeceği anlatılarak hastanın bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca bu



Şekil 1. Operasyon sonrası 1. gün, ezotrope ve bilateral dışa bakışta minimal kısıtlılık izlenmekte (Bilateral VI. kranial sinir parezisi).



Şekil 2. Operasyondan sonra 75. Gün, hastanın kliniğinin tam olarak düzeldiği görülmektedir.

süre zarfında çift görmesi olacağı için, hastaya bir gözünü kapatması söylenebilir veya prizmatik camlarla geçici bir düzeltme uygulanabilir. Dirençli ve şiddetli vakalarda erken zamanda dural kan yamasının faydalı olduğu belirtilmektedir (10-12). Biz olgumuza bir gözü kapatmasını ve bu durumun geçici olduğunu bilmesini ve bol sıvı alarak istirahat etmesini önerdik. Takipler sonrası, yaklaşık 10. Haftada, hastanın kliniğinin tam olarak düzeldiği görüldü. Hastanın öyküsü, muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleri bir araya getirildiğinde, hastamızda spinal anestezi uygulaması sonucunda oluşan BOS kaçağının, kafa içi basınç azalmasına yol açtığı ve bunun da VI. kranial sinir hasarına neden olarak, diplopi ile sonuçlandığı kanaatine varılmıştır.

Sonuç olarak, çoğunlukla geçici bir durum olsa da, spinal anestezi sonrası diplopi gelişen olguların, beyin içi kanaması ve bası nedenleri açısından mutlaka inceleme yapılmalıdır. Tanıdan emin olduktan sonra, hastaya bu durumun geçici olduğu anlatılarak hasta rahatlatılmalı ve bol sıvı alımı önerilerek takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kayhan Z. Klinik Anestezi. İstanbul: Logos Yayıncılık; 1997. p. 163-74.
2. Béchar P, Perron G, Laroche D, Lacroix M, Labourdette A, Dolbec P. Case report: epidural blood patch in the treatment of abducens palsy after a dural puncture. *Can J Anaesth* 2007;54:146-50.
3. Greene NM. Neurological sequelae of spinal anesthesia. *Anesthesiology* 1961;22:682-98.

4. Nishio I, Williams BA, Williams JP. Diplopia: a complication of dural puncture. *Anesthesiology* 2004;100:158-64.
5. Niedermüller U, Trinka E, Bauer G. Abducens palsy after lumbar puncture. *Clin Neurol Neurosurg* 2002;104:61-3.
6. Vandam LD, Dripps RD. Long-term follow-up of patients who received 10,098 spinal anesthetics. Syndrome of decreased intracranial pressure (headache and ocular and auditory difficulties). *JAMA* 1956;161:586-91.
7. Thömke F, Mika-Grüttner A, Visbeck A, Brühl K. The risk of abducens palsy after diagnostic lumbar puncture. *Neurology* 2000;54:768
8. Barsoum WK, Mayerson J, Bell GR. Cranial nerve palsy as a complication of operative traction. *Spine* 1999;24:585-6.
9. Advani RM, Baumann MR. Bilateral sixth nerve palsy after head trauma. *Ann Emerg Med* 2003;41:27-31.
10. Vial F, Bouaziz H, Adam A, Buisset L, Laxenaire MC, Battaglia A. Sixth cranial nerve palsy and spinal anaesthesia. *Ann Fr Anesth Réanim* 2000;20:32-5.
11. Dunbar SA, Katz NP. Failure of delayed epidural blood patching to correct persistent cranial nerve palsies. *Anesth Analg* 1994;79:806-7.
12. Szokol JW, Falleroni MJ. Lack of efficacy of an epidural blood patch in treating abducens nerve palsy after an unintentional dura puncture. *Reg Anesth Pain Med* 1999;24:470-2