

PAPER DETAILS

TITLE: Sizofrenik Hastaya Anestezi Yaklaşım

AUTHORS: Funda DURMAZ, Dursun Firat ERGÜL

PAGES: 97-100

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/404379>

Şizofrenik Hastaya Anestezik Yaklaşım

Anesthetic Management of Schizophrenic Patient

¹Funda Durmaz, ¹Dursun Fırat Ergül

¹Amasya Ünv. Sabuncuoğlu Ş.
Eğt. ve Arşt. Hastanesi

²Gümüşhacıköy Devlet
Hastanesi

Yazışma Adresi:

Dr. Funda Durmaz

Amasya Ünv. Sabuncuoğlu
Ş. Eğt. ve Arşt. Hastanesi

60100 Tokat, Türkiye

Tel: +90 356 212 9500-1283

GSM: +90 5058348701

Fax: +90 356 2133179

E-mail:

dfundadurmaz@gmail.com

Özet

Şizofreni tanısı konulan 43 yaşında kadın hastaya akut kolesistit nedeni ile kolesistektomi operasyonu planlandı. Son zamanlarda psikiyatrik hastalığı olan kişilerin acil veya elektif cerrahi olma olasılığı yükselmiştir. Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların farmakolojik profilini, yan etkilerini ve ilaç etkileşimlerini bilmek başarılı bir anestezi yönetimi için gereklidir. Bu olguda antipsikotik tedavi alan hastalarda güvenli anestezi yönetimi için gerekli preoperatif , peroperatif ve postoperatif özellikleri vurgulamayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Kolesistektomi, şizofreni, antipsikotikler, anestezi yönetimi

Abstract

The 43 year-old female patient diagnosed with schizophrenia as a result of acute cholecystitis cholecystectomy was planned. Recently, people with psychiatric disorders has increased the probability of an emergency or elective surgery. Knowing pharmacological profile, side effects and drug interactions of drugs used to treat schizophrenia are required for a successful anesthetic management. In this case, we aimed to emphasize preoperative, intraoperative, and postoperative characteristics of safe anesthesia in patients receiving antipsychotic treatment.

Key Words: Cholecystectomy, schizophrenia, antipsychotic drugs, anesthetic management

Giriş

Psikolojik bozukluklar ve psikiyatrik hastalıkların son üç dekatta görülme sıklığı artmıştır (1). Şizofreni; düşünce bozuklukları, sanrı ve halüsinasyonlar ile karakterize olan tüm akıl hastalıklarının yaklaşık olarak %20 sini oluşturan en yaygın psikotik rahatsızlıktır (2). Son zamanlarda aktif veya remisyon fazında psikiyatrik hastalığı olan kişilerin acil veya elektif cerrahi olma olasılığı da yükselmiştir. Bu tip hastalarda anestezi yönetimi özellik taşımaktadır (3).

Olgu Sunumu

Kırküş yaşında, 72 kg kadın hasta 1 yıldır artan saldırgan davranışlar sebebi ile psikiyatri polikliniğine başvurdu. Hastanın yaklaşık 20 yıldır psikiyatrik şikayetlerinin olduğu fakat düzenli tedavi görmediği, kardeşi ve dayısında da aynı şikayetlerin mevcut olduğu tespit edildi. Şizofreni tanısı ile hospitalize edilen hastanın yatışında WBC: 7.0 HGB:10.8 HCT:33.2 PLT:337 AKŞ:135 BUN:14 Kreatinin:0.9 LDH:188 AST:30 ALT:29 Na:144 Cl:105 K:3.9 olarak ölçüldü. Hastada özellikle sağ üst kadranda belirgin olan karın ağrısı da mevcut olduğundan genel cerrahi konsültasyonu yapıldı. Batın USG yapılan hastaya akut kolesistit tanısı ile operasyon planlandı. Öyküsünde başka özellik yoktu. Hastanın preoperatif değerlendirmesinde; psikiyatri tarafından, amisülpirid (Solian 400 tablet) 800 mg/gün, biperiden 4 mg/gün, olanzapin 10 mg/gün başlandığı tespit edildi. Anestezi öncesi görüşmede eşi ve kızı ile birlikte yapılan hastada ek patoloji saptanmadı. Hastanın antipsikotik tedavisine operasyondan önceki güne kadar devam edildi. Operasyon günü hastanın ilk vaka olarak alınması planlandı. Premedikasyon sonrası ameliyat masasına alınan hastaya kalp hızı (KH), saturasyon (SpO2), non-invaziv arteriyel kan basıncı ve vücut ısısı (VI) monitörizasyonu yapıldı. Sol ve sağ el üzerinden 20 G intraket ile iki adet periferik damar yolu açılarak, 1000 cc % 0.9 serum fizyolojik takıldı. Hasta 2 dakika boyunca preoksijenize edildi. Anestezi induksiyonu propofol 200mg iv, fentanil 75 mcg iv ile yapılarak maske ventilasyonunun rahat olması üzerine 50 mg rokuronyum bromür ile kürarizasyon uygulandı. İndüksiyonu takip eden 90 saniye sonunda hasta 7.0

endotrakeal tüp ile tek seferde sorunsuz entübe edildi. Entübasyon her iki akciğerin dinlenmesi ve kapnografi ile doğrulandı. Hastaya gastrik dekompresyon için nazogastrik sonda takıldı ve serbest dreneja bırakıldı. Operasyon 60 dakika sürdü. Hastanın peroperatif KH: 110-94 /dk, SpO2: 99 %, TA: 126/88 - 93/67 mmHg, VI: 37.1 – 36.5 C, etCO2 : 36-32 arasında seyretti. Postoperatif ağrı kontrolü için oksamen 20 mg yapıldı. Operasyon bitiminde hastanın spontan solunumu başladıktan sonra 0.5 mg atropin ve 1 mg neostigmin ile dekürarizasyon yapılarak hasta ekstübe edildi. Hasta postoperatif bakım ve olası komplikasyonlar nedeni ile yoğun bakım ünitesine alınarak takip edildi. Postoperatif olarak oral alımı başlayana kadar psikiyatri rekonsültasyonu ile nörodol damla 2*5 mg başlanan hastanın uykusuzluk ve ajitasyon halinde olanzapin 5 mg önerildi. Yoğun bakımda takibinde sorun olmayan hasta cerrahi ertesi gün servise gönderildi. Postoperatif 2. gün gaz gaita çıkışı olan hastanın preoperatif antipsikotik tedavisine devam edildi.

Tartışma

Psikotik hastaları anestetize ederken veya yoğun bakım ünitesinde tedavi ederken; dezoryante mental durum, düşük biliş düzeyi ve psikotropik tedavi ile olası ilaç etkileşimleri gibi birçok durum ile karşılaşılabilir.

Biz daha önceden psikotik hastalık ve düzensiz ilaç kullanımı öyküsü olan; artan saldırgan davranışları nedeniyle psikiyatri polikliniğe başvuran hastada, elektif kolesistektomi operasyonu için uygun anestezi yönetimini planladık. Bu hastaların anestezi yönetimi preoperatif değerlendirme ile başlamaktadır (3). Tıbbi öykü ve fizik muayene tam olarak yapılmalıdır. Biz hastamızın anestezi öncesi değerlendirmesini halüsine ve dağınık olduğundan eşi ve kızı ile birlikte yaptık. Kesin tanısı, hastalığının seyri ve mevcut antipsikotik tedavisi psikiyatri doktoru ile görüşülerek tıbbi durumunu değerlendirdik. Pre ve postoperatif sorunlar ile başa çıkmanın en iyi yolu kesin tanının konulması ve anestezi planlamasının kesin olarak yapılmasıdır (4).

Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar, dopamin reseptör blokörü olan nöroleptik ilaçlardır.

Değişik antipsikotik ilaçların farmakolojik profilini, yan etkilerini ve ilaç etkileşimlerini bilmek başarılı bir anestezi yönetimi için önemlidir. Bu tip hastalarda perioperatif ve postoperatif dönemde sorun yaşamamak için iyi ve açık bir anestezi planlaması yapmak gerekir. Mental rahatsızlığın olması, antidepresan, anksiyolitik, major tranklizanlar, antikonvülzan gibi ilaçların kullanımı nörokimyasal, davranışsal, kognitif ve emosyonel faktörler cerrahi görevi kompleks hale getirmektedir (1).

Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar birçok yan etki ile beraber olabilir. Antipsikotikler anestetikler ile etkileşebilir ya da hastanın postoperatif durumunu etkileyebilir. Antipsikotiklerin preoperatif kullanımı hastayı genel anestezinin hipotansif etkisine duyarlı hale getirebilir. Ortalama olarak antipsikotik alan şizofrenik hastaların %20 si anestezi indüksiyonundan sonra hipotansiyon atakları geliştirir (5). Dopaminerjik nörotransmitter dengesizliği, parasempatik sinir sistemi ve sempatik sinir sisteminin alfa adrenerjik stimülasyonu antipsikotik tedavi sırasında görülebilecek yan etkilerin görülmesinde major olarak sorumludur. Anesteziyolog hipotansiyon, taşikardi, uzamış QT intervali, ventriküler fibrilasyon ve torsades pointes gibi cerrahi suresince görülebilecek kardiyojenik yan etkilere karşı uyanık ve dikkatli olmalıdır (6). Muhtemel hipotansiyon ataklarına karşı yeterli damar yolu sağlanmalı ve monitörizasyon dikkatli olarak yapılmalıdır.

Antipsikotik alan hastaların kalp hızı artışı ve hipotansiyon riski artan yaşa ve tek başın anesteziklere duyarlılığından oluşur. Bunu akılda tutarak, anestezik dozu hastanın cevabına göre tedbirli uygulanmalıdır (7). Aritmi, hipotansiyon, hiperpireksi, uzamış narkoz, koma, postoperatif parolitik ileus ve postoperatif konfüzyon gibi anestezi sırasında oluşabilecek sıkıntılar akılda tutulmalıdır (2). Anestezi idamesinde sevofloran tercih ettik çünkü sevofloran ve izofloran anestezisinin hipotansiyon, aritmi veya nöbet etkisinin olmadığı ve güvenli olduğunu gösteren çalışmalar vardır (7).

Molnar ve Fava, cerrahi stresin şizofrenik hastada psikotik semptomları kötüleştirdiğini belirtmiştir (8). Şizofrenik hastaların postoperatif konfüzyon riskinin de yüksek olduğu rapor edilmiştir (9). Bundan dolayı antipsikotik ilaçların preopertif kesilmesi, perioperatif dönemde halüsinasyon ve

ajitasyon gibi psikotik semptom episodlarını artırabilir (10). Kudoh A ve ark. yaptıkları bir çalışmada, preoperatif olarak antipsikotik tedavisi kesilen hastalarda postoperatif konfüzyon insidansı ilaçlarını alanlara göre yüksek bulunmuş, kronik şizofrenide antipsikotik tedavinin perioperatif olarak devam edilmesi gerektiği belirtilmiştir (10). Bizim vakamızda da mevcut antipsikotik tedaviye cerrahi öncesi güne kadar devam edildi. Postoperatif dönemde yoğun bakım ünitesinde izlenen hastaya oral alımı başlayana kadar intramüsküler nörodol tedavisi uygulandı.

Antipsikotik ilaçların seyrek görülen yan etkisi; vücut ısısında akut yükselme, kas rijiditesi ve otonomik sinir sistem insitabilitesi ile karakterize Nöroleptik malign sendrom (NMS)'dur. Prevelansı %0.02-%2.4 'dır. NMS; nöroleptik ilaçların gerçekten nadir fakat fatal seyirli komplikasyonudur. NMS dopamin azlığı veya dopamin reseptör blokajı sonucu oluşur ve sonuç olarak santral termoregülasyon bozukluğu ve kas rijiditesi meydana gelir (11).

Kaynaklar

1. Kaye AD, Hoover JM, Ertner RA, Sutker PB. Behavioral and Psychiatric Disorders. In:Fliesher LA,editor. Anestthesia and Uncommon diseases. 5th ed. Philadelphia: Saunders Elvesier;2006;469-92.
2. Kudoh A. Perioperative management for chronic schizophrenic patients. Anesth Analg. 2005;101:1867-72.
3. Bajwa SJS, Jindal R, Kaur J, Singh A. Psychiatric diseases: Need for an increased awareness among the anesthesiologists. Journal of Anesth Clinical Pharma. 2011;440-6.
4. Dawson J, Karalliedde L. Drug interactions and the clinical anaesthetist. Eur J Anaesthesiol. 1998;15:172-89.
5. Kudoh A, Ishihara H, Matsuki A. Pituitary-adrenal and parasympathetic function of chronic schizophrenic patients with postoperative ileus or hypotension. Neuropsychobial. 1999;39:125-130.

6. Glassman AH, Bigger JT. Antipsychotic drugs: Prolonged QTc interval, torsades de pointes, and sudden death. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1774-82.
7. Chellam S, Rajwade DS, Tavri SO. Emergency anaesthetic management of a severely anaemic, chronic schizophrenic patient with history of neuroleptic malignant syndrome. *Indian J Anaesth*. 2011;55:621-3.
8. Molnar G, Fava GA. Intercurrent medical illness in the schizophrenic patients. In: Stoudemire A, Fogel BS, eds. *Principles of Medical Psychiatry*. Orlando, USA: Grune & Stratton 1987: 451.
9. Kudoh A, Kimura F, Murakawa T, Ishihara H, Matsuki A. Perioperative management of patients on long-term administration of psychotropic drugs. *Masui* 1993; 42: 1056-1064.
10. Kudoh A, Katagai H, Takazawa T. Effect of preoperative discontinuation of antipsychotics in schizophrenic patients on outcome during and after anaesthesia. *European Academy of Anaesth, European J Anaesth*. 2004;21:412-20.
11. Adnet P, Lestavel P, Krivosic-Horber R. Neuroleptic malignant syndrome. *Br J Anaesth*. 2000;85:129-35.