

■ Olgu Sunumu

Tirotoksikozlu hidatidiform molar gebeliği olan hastada spinal anestezi yönetimi*Management of spinal anesthesia in a patient with thyrotoxicosis due to hydatidiform mole pregnancy*Berrin GUNAYDIN*¹, Halis OZDEMIR², Zeynep DILMEN¹, Merih BAYRAM²¹Gazi Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Ankara/Türkiye²Gazi Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD (Perinatoloji), Ankara/Türkiye**ÖZ**

Hipertiroidi ve/veya tirotoksikozlu molar gebelikte anestezi seçimi ve yönetimi oldukça önemlidir. Tirotoksikozlu mol hidatidiform gebeliği olan olguda, molün boşaltılması için uygulanan spinal anestezi yönetiminin, literatür eşliğinde tartışılarak gözden geçirilmesi amaçlandı.

Anahtar kelimeler: Molar gebelik, tirotoksikoz, spinal anestezi

ABSTRACT

Choice of anesthesia method and its management in molar pregnancy associated with hyperthyroidie and/or thyrotoxicosis is quite important. We aimed to revisit management of spinal anesthesia to evacuate mole in a case with molar pregnancy by discussing it in accordance with the literature.

Key words: Molar pregnancy, thyrotoxicosis, regional anesthesia

Giriş

Gebeliğin nadir komplikasyonlarından biri olan molar gebelikte, %5 oranında gelişen klinik hipertiroidizm nadir de olsa ciddi tirotoksikozla sonuçlanabilir [1]. Molar gebeliğin asıl tedavisi dilatasyon-küretajile boşaltılmasıdır ya da bazen histerektomi bile gerekebilir. Hatta operasyon sonrası dönemde hastalık remisyona girmezse veya invazif hastalık varsa kemoterapide verilebilir [2]. Preoperatif hipertiroidi ve tirotoksikoz tablosu peroperatif ve postoperatif dönemde hayatı tehdit eden komplikasyonlara yol açabileceğinden anestezi seçimi ve yönetimi önemlidir. Literatürde hipertiroidisi olan mol

hidatiformlu iki gebede spinal anestezi ile mol boşaltılmıştır[3,4]. Tirotoksikozlu mol hidatiformu olan gebe olgumuzda, molün boşaltılması için uygulanan spinal anestezi yönetiminin literatür eşliğinde gözden geçirilerek sunulması amaçlandı.

Olgu Sunumu

Otuz beş yaşında 22 ay önce spinal anestezi ile sezaryenle doğum yapmış hasta, iki aydır varolan anormal vajinal kanama şikayetiyle hastanemizin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvurdu. Yapılan pelvik muayenede 18-19 hafta ile uyumlu ve ultrasonografide "kar yağdı manzarası" görünümünde molar gebelik mevcuttu (Şekil 1). Kavite içindeki molar gebeliğin

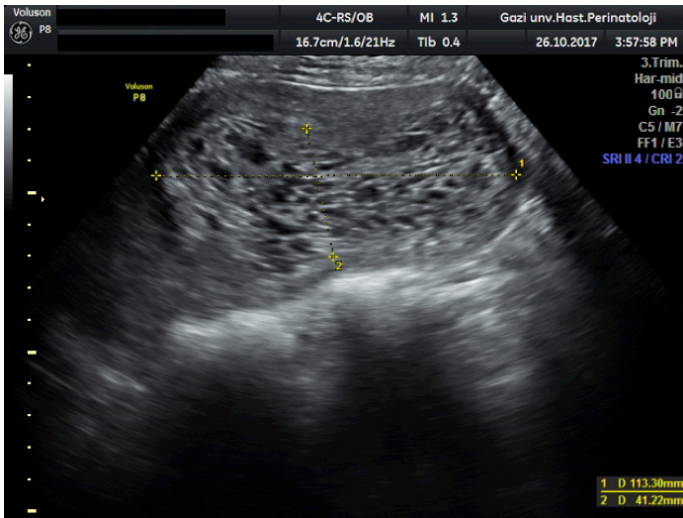
Corresponding Author*: Berrin Günaydın, Gazi Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Ankara/Türkiye

E-posta: gunaydin@gazi.edu.tr

Received 01.11.2017 accepted 21.11.2017

Doi: 10.18663/tjcl.396351

boyutu 113 mm x 41 mm. Laboratuvarında β -hCG>274000mIU/ml, TSH < 0,005mIU/ml ve sT4'ün 1,74ng/dl bulunması sonucunda hipertiroidi ve tirotoksikoz tablosunda olan molar gebelik tanısı konularak kliniğe yatırıldı. Preoperatif çekilen akciğer grafisi ve EKG normaldi. Endokrinoloji bölümü tarafından da değerlendirilen hastaya operasyon öncesi beta blokürve antitiroid tedavi (propranolol 3x20 mg ve metimazol 2x10 mg) başlandı. Hasta antitiroid tedavisinin 4.gününde preoperatif değerlendirmede laboratuvar sonuçlarında sadece minimal bir gerileme olmasına rağmen (TSH < 0,005 mIU/ml ve sT4'ün 1,65 ng/dl) anestezi hazırlığı yapıldı. Normotansif ancak taşikardik (121/78 mmHg, nabız 144 atım/dkSpO₂:%96) olan hastanın, ameliyathanede intravenöz (İV) 1 mg midazolam uygulamasından kısa bir süre sonra vital bulguları 119/75 mmHg, nabız 90 atım/dk, SpO₂ %95 olarak kaydedildi. Hastaya oturur pozisyonda orta hat yaklaşımıyla L3-4 seviyesinden 25 Gaugea travmatik spinal iğneyle 10 mg hiperbarik bupivakain+10 µg fentanil intratekal uygulanarak spinal blok yapıldı. Duyusal blok T10 seviyesine ulaştığında eş zamanlı tam motor blok vardı ve cerrahinin başlamasına izin verildi.



Şekil 1. Transvajinal ultrasonografi ile uterin kavitede "kar yağdı manzarası". Kavitedeki molar gebeliğin boyutu 113x41 mm.

Uterus vakum aspirasyon yöntemi ile boşaltıldıktan sonra İV infüzyonla 20 IU oksitosin/ 1000 ml izotonik başlandı. Yarım saat süren işlem sırasında hastaya 400ml izotonik ve antiemetik olarak 8 mg ondansetron verildi. Cerrahi süresince herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Derlenme odasına alınan hastanın vital bulguları stabil seyretti, duyusal blok 2 segment gerileyince hasta servise gönderildi. Motor blok yaklaşık iki buçuk saat sonra serviste ortadan kalktı. Patoloji raporunda abortus materyalinde miyometrial doku içermeyen komplet mol tanısı izlendi

Hasta postoperatif 5. günde β -hCG sonucu 6185 mIU/ml iken taburcu edildi ve haftalık β -hCG takibine alındı. Hastanın β -HCG düzeyleri postoperatif 9. haftada negatifleşti. Antitiroid tedavi ihtiyacı postoperatif 4. haftada yarı doza düştü ve betablokür tedavisi kesildi. Postoperatif 13. haftada ise hastanın antitiroid tedavisi tamamen kesildi. Halen hastanın aylık β -hCG takipleri negatif olarak devam etmektedir.

Tartışma

Mol hidatiform gestasyonel trofoblastik bir hastalıktır [5]. Trofoblastlar tarafından üretilen insan koryonik gonadotropin (hCG) hormonunun alfa (α) alt ünitesi tiroid stimule edici hormon (TSH), lüteinizan hormon (LH), folikül stimule edici hormon (FSH) ile benzer olmasına rağmen beta alt ünitesi farklıdır. Glikoprotein yapısındaki α alt ünitesi TSH reseptörüne bağlanır ve onu aktive eder. Yüksek konsantrasyondaki β -hCG, tiroid bezini uyararak difüz guatr, serbest T3 ve serbest T4 artışı yapar. TSH baskılanır ve belirgin hipertiroidizm gelişir [6].

Literatürde ilk kez 1993 yılında hipertiroidisi olan mol hidatiformlu gebede acil şartlarda İV 5 mg diazepam premedikasyonunu takiben 20 mg (4 ml %05) hiperbarik bupivakainle yapılan spinal anestezi ile mol boşaltıldığı bildirilmiştir [3]. Daha yakın tarihte 2016 yılında da yine 15 haftalık kanamayla gelen kontrolsüz hipertiroidisi olan başka bir gebede 10 mg (%0,5 2 ml) bupivakain+ 25 µg fentanille spinal blok yapılmış ve blok sonrası İV 1 mg midazolamla sedasyon uygulaması tercih edilmiştir [4]. Biz, yaklaşık olarak bu 18 haftalık gebe olgumuzda ise İV 1 mg midazolamdan sonra 10 mg (%0,5 2 ml) hiperbarik bupivakain+10 µg fentanili intratekal uyguladık. Diğer intratekal ilaç uygulamalarına göre daha düşük dozlar seçmemize rağmen T10 seviyesinde başarılı cerrahi anestezi sağlandı. Dozların daha düşük seçilmesinin nedeni gebedeki fizyolojik değişiklikler doğrultusunda lokal anestetik gereksinimindeki azalmadır. Bu seçilen dozlar optimal olup, gerek spinal anesteziye bağlı gerekse kanamaya bağlı hipotansiyon riski de azaltılmış olmaktadır.

Trofoblastik hipertiroidizm hayatı tehdit eden bir durum olduğu için anestezi dikkatli olmalıdır. Çünkü acil molar gebelik tahliyesi sırasında veya sonrasında tiroid fırtınası gelişme riski vardır [7]. Kim ve ark. [8] molar gebelik tahliyesi sonrası gelişen tiroid fırtınası bildirmişlerdir. Bu nedenle perioperatif dönemde hipertiroidinin kontrol altında olması ve olası postoperatif tiroid krizinin önlenmesi gerekir. Tiroid krizindeki hastaya metimazol, propiltiourasil gibi antitiroid ilaçlarla birlikte beta blokürler başlanır. Kullanılan metimazol ve propiltiourasil T3 ve T4 sentezini inhibe ederken beta blokürler sempatik aktiviteyi azaltır. Bizim olgumuzda da endokrinoloji tarafından

bu tedaviler başlanmış ancak laboratuvar bulgularında hızlı bir düzleşme gözlenmemiştir. Zaten de molar gebelik boşaltılmadan böyle bir sonuç beklenmemelidir. Çünkü preoperatif olarak verilen tedaviler ancak cerrahi müdahale sonrası faydalı olabilmektedir. Ayrıca olgumuzda tiroid fırtınası gelişmemiştir. Molar gebeliği olan bu tip hastalarda genel anestezi seçildiğinde total intravenöz anestezi (TİVA) yapılması rejyonel anesteziye bir alternatif olabilir [9, 10]. Ancak yine de gebelerde daha sık gözlenen zor havayoluna bağlı maternal mortalite riskinin daha yüksek olması nedeniyle tercih edilen rejyonel anestezi yöntemlerinden spinal anestezi bu hastada başarıyla uygulanmıştır.

Sonuç olarak düşük doz sedasyonun eşlik ettiği düşük doz bupivakain ve fentanille yapılan spinal anestezinin, hipertiroidili mol hidatidiform gebede güvenli bir yöntem olduğu düşünülmektedir.

Maddi destek ve çıkar ilişkisi

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların herhangi bir çıkar dayalı ilişkisi yoktur.

Kaynaklar

1. Kurdi MS. Hydatidiform mole: A sour encounter with a grape case. *Indian J Anaesth* 2011; 55: 171-73
2. Jelly P, Rakesh S. Gestational trophoblastic disease (GTD). *Int J Med Paediatr Oncol* 2016; 2: 70-73
3. Solak S, Akturk G. Spinal anesthesia in a patient with hyperthyroidism due to hydatidiform mole. *Anesth Analg* 1993; 77: 851-52
4. Bhatia N, Mitharwal SM. Hydatiform mole with uncontrolled hyperthyroidism: An anesthetic challenge. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2016; 32: 537-38.
5. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 2013; 128: 3-5.
6. Davies TF, Laurberg P, Bahn RS. Hyperthyroid Disorders. *Williams Textbook of Endocrinology*. 13th ed. Philadelphia, PA: Elsevier. 2016. Chapter 12: 369-415.
7. Aydoğan H, Yalcin S, Kucuk A, Yüce HH. Molar gebeliğin tetiklediği tiroid krizinde anestezi yaklaşımı [Anesthetic management in thyroid crisis triggered by molar pregnancy] *J Clin Exp Invest* 2012; 3: 433-34.
8. Kim JM, Arakawa K, McCann V. Severe hyperthyroidism associated with hydatidiform mole. *Anesthesiology* 1976; 44: 445-48.
9. Matsumoto S, Shingu C, Hidaka S, et al. Anesthetic management of a patient with hyperthyroidism due to hydatidiform mole. *J Anesth* 2009; 23: 594-96.
10. Ertürk E, Bostan H, Geze S, Saracoglu S, Erciyes N, Eroglu A. Total intravenous anesthesia for evacuation of a hydatiform mole and termination of pregnancy in a patient with thyrotoxicosis. *Int J Obstet Anesth* 2007; 16: 363-66.