

Kaudal Epidural Steroid Enjeksiyonu Sonrası Gelişen Nadir Bir Komplikasyon: İnatçı Hıçkırık

A Rare Complication after Caudal Epidural Steroid Injection: Persistent Hiccup

Ayhan Kaydu¹, Erhan Gökçek¹, Cem Kıvılcım Kaçar², Mahir Kuyumcu³

ÖZET

Lomber kaudal epidural steroid enjeksiyonu(LKESE) bel ağrılarının cerrahi dışı tedavi yöntemlerinden birisidir. Bu olgu sunumunda; kronik bel ağrısı nedeniyle yapılan LKESE sonrası nadiren gelişen bir inatçı hıçkırık olgusunun sunumunu ve tedavisini anlatmaya çalıştık.

Anahtar kelimeler: Steroid, inatçı hıçkırık, lomber enjeksiyon, bel ağrısı

ABSTRACT

Lumbar caudal epidural steroid injection (LKES) is one of the non-surgical treatment of back pain. In this case report; we presented persistent hiccup after lomber caudal epidural steroid injection for chronic low back pain and treatment of this case.

Key words: Steroid, persistent hiccup, lomber injection, low back pain

GİRİŞ

Lomber kaudal epidural steroid enjeksiyonu (LKESE) bel ağrılarının cerrahi dışı tedavi yöntemlerinden birisidir. İlaç tedavisi, yatak istirahati ve fizik tedavi gibi konservatif yöntemlerle düzelme sağlanamayan, nörolojik defisiti olmayan, disk kaynaklı bel ve bacak ağrılarında tercih edilir [1]. LKESE komplikasyonları nadirdir. Baş ağrısı, enfeksiyon, yanlılıkla dura delinmesi, hipotansiyon, geçici hiperkortisizm, su-tuz tutulumuna bağlı konjestif kalp yetmezliği, epidural apse ve hematoma, nadir olarak inatçı hıçkırık görülebilir.

Hıçkırık ani bir inspirasyon ve hemen ardından glottisin kapanmasıyla oluşur. Havayı çekmemizle birlikte, ses telleri kapanır ve hıçkırık sesi oluşur [2]. Kortikosteroidlerin beyinde sinaptik ileti eşliğini düşürerek ve hıçkırık refleksi arkının efferent dalındaki reseptörlere bağlanarak hıçkırığın oluşmasına neden olduğu düşünülmektedir [3-5].

Bu yazıda kronik bel ağrısı nedeniyle yapılan LKESE sonrası nadiren gelişen bir inatçı hıçkırık olgusunun sunumunu ve tedavisini anlatmaya çalıştık.

OLGU

Kırk dört yaşında erkek hasta yaklaşık 5 yıldır devam eden bel ağrısı şikayeti ile ağrı polikliniğimize başvurdu. Beyin cerrahisi tarafından takip edilen hastanın lomber MR'ında L5-S1 disk hernisi mevcut olup operasyon düşünülmeyi ve medikal tedavi sonrası ağrılarında değişiklik olmadı. Yapılan muayenesinde sol bacağına vuran ağrısı vardı. Hastaya LKESE yapılmasına karar verildi ve yapılacak işlem anlatıldı. Hastadan işlem yapılabilmesi için onam alındı. Laboratuvar bulguları normal, ek hastalığı olmayan, ASA 1 risk sınıfında olan hastada işlem için herhangi bir kontrendikasyon saptanmadı. Hasta işlem yapılmak amacıyla operasyon odasına

¹ Diyarbakır Selahaddin Eyyübi Devlet Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD Diyarbakır, Türkiye

² Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji AD Diyarbakır, Türkiye

³ Diyarbakır Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD. Diyarbakır, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Ayhan Kaydu,

Diyarbakır Selahaddin Eyyübi Devlet Hast.i Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD Diyarbakır, Türkiye Email: akaydu@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 19.02.2016, Kabul Tarihi / Accepted: 08.03.2016

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2016, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

alındı. Damar yolu açıldı, EKG (elektrokardiyogram), SpO2 (satürasyon) monitorizasyonu yapıldı. Yüzüstü pozisyonda karın altına yükselti yerleştirildi. Hastaya sedasyon amacıyla IV 2 mg. midazolam uygulandı. Kaudal bölge batikonla temizlendi ve işlem yapılacak bölge steril örtü ile örtüldü. Sakral hiatus adı verilen açıklık lokal anestezi ile uyuşturuldu. 22 gauge kaudal iğne ile girilerek 30 mg bupivakain, 6 mg betametazon ve izotonik ile toplam 15 ml'lik bir çözelti yavaşça tatbik edilerek yapıldı.

İşlemden 1 saat sonra hastanın değerlendirilen VAS (vizüel analog skoru) 9 dan 1'e düştü. Yaklaşık 4 saat takip edilen hastanın herhangi bir şikayeti olmaması üzerine şifa ile taburcu edildi. Hastada yaklaşık 16 saat sonra hıçkırık gelişti. Hıçkırığın 3 gün devam etmesi üzerine nöroloji ve göğüs hastalıkları konsültasyonları istendi. Bu bölümlerce yapılan fizik muayene, çekilen Toraks ve kraniyal MR sonuçlarının normal saptandı. Nörolojik açıdan hıçkırığa neden olabilecek (ensefalit, menenjit, iskemik inme, intrakranial kitle, multiple skleroz vs.) durum saptanmadı. Hastamızın hıçkırığa neden olabilecek gastroözefageal reflü, gastrit, peptik ülser, hepatit, safra kesesi hastalıkları, guatr, dış kulak yolunda sorun, akciğer patolojisi, kardiyak sorun (miyokard iskemisi vs.), kan tetkiklerinde elektrolit düzensizliği (hiponatremi, hipokalsemi, hipopotasemi vs.) ve ilaç kullanım (steroidler, benzodiazepinler, antibiyotikler, anti-parkinson ve psikiyatrik ilaçlar) öyküsü saptanmadı.

Etyolojik faktör bulunamaması üzerine 25 mg tablet klorpromazin tek doz verildi. Hastanın tek doz klorpromazin verilmesinden sonra hıçkırık şikayeti düzelmesi ve tekrarlaması üzerine ek doz klorpromazin verilmedi.

TARTIŞMA

Kaudal epidural steroid enjeksiyonu komplikasyonları arasında lokal anesteziğin aşırı yayılması, sinir hasarı, ağrının devam etmesi, geçiçi olarak idrar yapamama, enfeksiyon, nörolojik yan etkiler sayılabilir. Çok nadir görülen komplikasyonlardan biriside hıçkırıktır [1]. Hıçkırık yaygın görülen bir olgudur ancak nedeni iyi anlaşılmamıştır [6,7]. Hıçkırık etyolojisinde birçok neden sorumlu tutulmuştur. Bunların çoğu gastrik dilatasyon ve gasroözefageal reflü gibi gastrointestinal orjinlidir [1]. Metabolik bozuk-

luklar ve ilaçlar da hıçkırığın sık görülen nedenlerindedir [2,8,9]. Hıçkırığa neden olan ilaçların başlıcaları: kortikosteroidler, antidepresanlar, nörolojik ilaçlar ve antibiyotiklerdir [10].

Kaudal epidural steroid enjeksiyonu sonrası hıçkırığın olası mekanizmalarından birisi olarak hacim etkisi ile olabileceği düşünülmektedir. Epidural boşluğa enjekte edilen çözeltinin hacmi bos hacmi, debisi ve basıncının dengesini değiştirebilir ve beyin omurilik sıvısı dengesindeki ani değişikliklere tepki olarak hıçkırık oluşmuş olabilir. Dural kese bu enjeksiyonların bir sonucu olarak sıkışabilir [11].

İkinci olarak epidural steroid kullanımına bağlı gelişmiş olabilir. Steroidlerin beyin sapı ve nörotansmitterler üzerinden bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir [12]. Kortikosteroidlerin beyinde sinaptik ileti eşliğini düşürerek ve hıçkırık refleksi arkının efferent dalındaki reseptörlere bağlanarak hıçkırığın oluşmasına neden olduğu düşünülmektedir [3-5].

Epidural lokal anestezi uygulamaları şimdiye kadar hiçbir çalışmada -olgu sunumları hariç- hıçkırığın primer sebebi olarak gösterilmemiştir ancak meydana gelen hıçkırık epidural mesafedeki fiziksel etkisine bağlanabilir [13]. Beyaz'ın [14] olgu sunumunda algoloji kliniğinde yaptığı tek doz lomber steroid enjeksiyonu sonrasında hastada bizim olgumuzda olduğu gibi inatçı hıçkırık gelişmiştir. McAllister RK'in [15] olgu sunumunda aynı endikasyon ve yöntemle hıçkırık gelişmesine rağmen tekrarlayan seanslarda bupivakaini eklemeyen yaptığı enjeksiyonlarda hıçkırık saptamamıştır. Bu bize yeterli kanıt olmamasına rağmen bupivakain'in de hıçkırık etkeni olabileceğini düşündürmektedir.

Hıçkırık tedavisinde birçok başarılı yöntem vardır. Farmakolojik ajanlar çok sayıdadır ancak en çok kullanılanlar metoklopramid, klorpromazin ve baklofendir. Ayrıca frenik sinir blokajı ve faringeal stimülasyon gibi prosedürler de tedavide uygulanmaktadır [16,17].

Olgumuzda tedavi amacıyla 25 mg klorpromazin tablet verildi. Tek doz klorpromazin ile hastanın hıçkırığı düzeldi.

Sonuç olarak, bu olguda lomber kaudal epidural steroid enjeksiyonu (LKESE) sonrası nadiren de olsa inatçı hıçkırığın gelişebildiğini hatırlatmaya çalıştık. Epidural bloklardan sonra hıçkırık gelişimi daha yakından sorgulanırsa belki de bu yan etkinin

sanılandan daha sık olduğu tespit edilebilir ve tedaviye yönelik uygulamalar daha çabuk ve etkin yapılabilir.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Weinstein SM, Herring SA; NASS. Lumbar epidural steroid injections. *Spine J* 2003;3 (3 Suppl): 37S-44S.
- Launois S, Bizec JL, Whitelaw WA, et al. Hiccup in adults: an overview. *Eur Respir J* 1993;6:563-575.
- Ratogi RB, Singhai RL. Adrenocorticoids control 5-hydroxytryptamine metabolism in the rat brain. *J Neurol Trasm* 1978;42:63-71.
- Kloet ER, Sutatanto W, Van den Berg DT, et al. Brain mineralocorticoid receptor diversity: functional implications. *J Steroid Biochem Mol Biol* 1993; 47:183-190.
- Sanchez MM, Young LJ, Plotsky PM, et al. Distribution of corticosteroid receptors in the rhesus brain: relative absence of glucocorticoid receptors in the hippocampal formation. *J Neurosci* 2000;20:4657-4668.
- Straus C, Vasilakos K, Wilson RJ, et al. A phylogenetic hypothesis for the origin of hiccough. *Bioessays* 2003;25:182-188.
- Souadjian JV, Cain JC. Intractable hiccup: etiologic factors in 220cases. *Postgrad Med* 1968;43:72-77.
- Smith HS, Busracamwongs A. Management of hiccups in the palliative care population. *Am J Hosp Palliat Care* 2003;20:149-154.
- Guelaud C, Similowski T, Bizec JL, et al. Baclofen therapy for chronic hiccup. *Eur Respir J* 1995;8:235-237.
- Thompson DF, Landry JP. Drug-induced hiccups. *Ann Pharmacother* 1997;31:367-369.
- Higuchi H, Adachi Y, Kazama T. Effects of epidural saline injection on cerebrospinal fluid volume and velocity waveform: A magnetic resonance imaging study. *Anesthesiology*. 2005;102:285-292.
- Feldman S, Todt JC, Porter RW. Beyin sapında uyarılmış potansiyeller üzerine adrenokortikal hormonların etkisi. *Nöroloji*. 1961;11:109-115.
- Cousins MJ, Veering BT. Epidural neural blockade. In: Cousins MJ, Bridenbaugh PO, eds. *Neural blockade in clinical anesthesia and management of pain*. Philadelphia: Lippencott-Raven, 1998:243-321.
- Beyaz SG. Persistent hiccup after lumbar epidural steroid injection. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2012;28:418-419.
- McAllister RK, McDavid AJ, Meyer TA, et al. Recurrent persistent hiccups after epidural steroid injection and analgesia with bupivacaine. *Anesth Analg* 2005;100: 1834-1836.
- Mangar D, Patil VU. Elimination of hiccups with a nasopharyngeal airway. *J Clin Anesth* 1992;4:86.
- Salem MR, Baraka A, Rattenborg CC, et al. Treatment of hiccups by pharyngeal stimulation in anesthetized and conscious subjects. *JAMA* 1967;202:126-130.