

Delirium After Cesarean Section in Covid-19 Positive Pregnant

Covid-19 Pozitif Gebede Sezaryen Operasyonu Sonrası Gelişen Deliryum

Sema BAKİ YILDIRIM^{1,*}, Dilek YENİAY², İlknur OKUR AKŞAN¹

¹ GRÜ Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum, Giresun, Türkiye

² GRÜ Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon, Giresun, Türkiye¹

Özet

Deliryum altta yatan birçok farklı faktörün sebep olduğu, akut veya subakut gelişen ve klinikte dalgalı bir seyir gösteren beynin organik bir bozukluğudur. Bilinç, algı, düşünce, hafıza, dikkate odaklanma gibi birçok kognitif fonksiyonda bozulma ile karakterizedir. Karmaşık bir hastalık gibi görünsede basit ve etkin tedavi seçenekleri mevcuttur ve genellikle geri dönüşümlüdür. Tedavisiz hastalarda yüksek morbidite ve mortalite ile seyredildiği için erken teşhis ve tedavisi önemlidir. Bu çalışmada Covid-19 pozitif gebede sezaryen operasyonu sonrası gelişen postoperatif deliryum tablosu literatür eşliğinde değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Postoperatif deliryum, Covid-19, Sezaryen

Received: October 15, 2021

Accepted: October 29, 2021

Bu çalışma, Uluslararası Küresel Multidisipliner Çalışmalar 2021 (30-31 Ekim, 2021 /Online) kongresinde sunulmuştur

1. Giriş

Deliryum birçok faktörün neden olabildiği, akut veya subakut bir şekilde gelişen ve klinikte dalgalı seyir gösteren bir sendromdur (1,2). Başta dikkatsizlikle beraber bilinç, düşünce, algılama gibi birçok kognitif fonksiyon bozukluklarının eşlik ettiği bir durumdur. Deliryum olgularında, semptom ve bulguların ve klinik seyirin çok farklılık göstermesi, risk faktörleri ve etyolojik faktörlerin çok fazla olması, aynı zamanda nadir görülen bir durum olması nedeni ile tanı konulması zor olmaktadır. Karmaşık bir hastalık gibi

görünsede basit ve etkin tedavi seçenekleri mevcuttur ve genellikle geri dönüşümlüdür. Tanı konulamayan ve tedavi edilemeyen hastalarda iyileşmede gecikme, mortalite ve morbidite oranlarında artış, hastanedeki yatış sürelerinin uzaması gibi durumlara neden olabildiğinden erken tanı ve tedavisi çok önemlidir (2-4).

Deliryum tablosunun gelişmesinde ileri yaş, erkek cinsiyet gibi hastaya ait faktörlerden, ani çevre değişimleri, uyku bozuklukları, cerrahi girişim, hipoksi, serebrovasküler olaylar, metabolik bozukluklar, madde kullanımları, yakınlarının

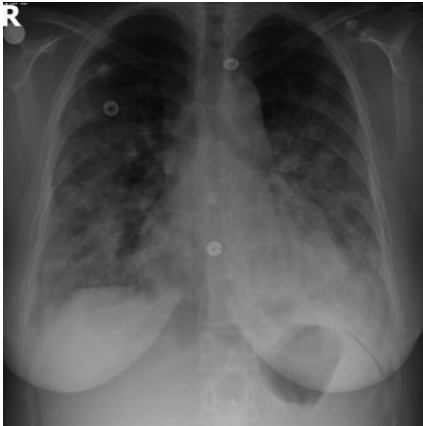
*Address for Correspondence: Sema BAKİ YILDIRIM, GRÜ Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum, Giresun, Türkiye
E-mail: drbakisema@hotmail.com ORCID: 0000-0001-5321-0739

ziyaret azlığı, uygulanan ilaçlara kadar birçok farklı risk faktörü rol oynamaktadır (1-3).

Bu yazımızda Covit-19 pozitif gebede sezaryan operasyonu sonrası postoperatif 2.gününde ani bir şekilde gelişen ve hızlı bir şekilde tedaviye cevap veren deliryum tablosunu paylaştık.

2. Olgu

30 yaşında bayan, gebeliğinin 38.haftasında öksürük, nefes darlığı ve ateş semptomlarıyla hastanemiz aciline başvurmuş. Hastanın ilk geliş vitalleri, TA:130/85 mmHg, Nabız:75/dk, periferik Spo2:98, SS:35/dk, İlk çalışılan kan değerleri; Glu:122 mg/dl, Cre: 0.90 mg/dl, ALT/AST:7/15 U/L, CRP:88 mg/dl, WBC: 5.8 x10³/μL, NE%: 83, LY%: 13.2, Hb:8.6 g/dL, Htc:26.4 %, PLT:170 5.8 x10³/μL, Prokalsitonin:0.2 ng/ml, D-dimer:2837 ng/ml, Ferritin:49 ng/ml, venöz kan gazında pH:7.39, pCO2:30, pO2:66 sO2:93, HCO3:20, INR:0.98 şeklindeydi ve hastadan alınan PCR (Polymerase chain reaction) örneği sonucu pozitif çıkması üzerine hasta Covit-19 tanısı ile enfeksiyon servisine yatırıldı. Annenin karnı üzerine kurşun gömlek konularak çekilen röntgende Covit-19 ile uyumlu bilateral yaygın infiltrasyonlar mevcuttu (Görüntü1).



Görüntü 1. Hastanın Covit-19 ile uyumlu röntgen görüntüsü

Rezervuarlı oksijen maskesi ile takip edilmeye başlandı. Periferik Spo2:90-94 arasında seyretmekteydi. Enfeksiyon hekimlerinede

danışılarak 40 mg/gün metilprednizolon ve düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Bebeğin durumu ve kalp atımları her gün kadın doğum hekimi tarafından USG ile kontrol edildi. Yatışının 3.gününde oksijen ihtiyacında artma olan hastaya pulse metilprednolon (250 mg/gün-3 gün) yapılması planlandı. Karnı korunarak yüzüstü yatırılmaya çalışıldı. Yatışının 3.günü, pulse prednol tedavisinin 1.gününde olan hastada çalışılan venöz kan gazında pH:7.29, pCO2:45, pO2:26 sO2:34, HCO3:19 olması ve nefes darlığının artması üzerine eski sezaryen öyküsü olan hastaya sezaryen yapılması planlandı. Tüm Covit-19 önlemleri altında ve oksijen eşliğinde ameliyathaneye getirilen hastaya oturur pozisyonda L4-5 aralığından 25G iğne ile tek seferde spinal anestezi uygulandı ve sorunsuz bir şekilde bebeğin doğumu gerçekleştirildi. Bebek Apgarı 1 ve 5.dk da 8-9 olarak değerlendirildi. Hastanemiz bünyesinde alınan kararlar gereği Covit-19 enfekte anne bebeği doğum sonrası temiz bir yoğun bakımda takibe alındı. Hasta postop tekrar enfeksiyon servisine yatırıldı. Pulse prednol ve düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisine devam edildi. Kontrol kan gazı ve biyokimya parametreleri normal aralıklardaydı. Oksijen ihtiyacı ve nefes darlığı gerilemeye başlayan hastanın postoperatif 2.gününde ani bir şekilde ajitasyon ve huzursuzluğu başladı. Bulanık gördüğünü hatta ardından göremediğini söyleyerek amaçsız, kendine ve çevresine zarar verecek şekilde kontrolsüz hareketler yapmaya başladı. Hiçbir şekilde verilen komutlara uymuyordu, kooperasyon kurulamıyordu. Sakinleştirmek için hızlıca 30 mcg/kg midazolam uygulandı. Ancak yanıt alınamaması üzerine psikiyatri önerisi ile postoperatif deliryum düşünülerek 1/2 ampul intravenöz haloperidol uygulandı. Yarım saat kadar sonra hasta sakinleşmez ise aynı dozun tekrarlanması ve 3x10 damla peroral olarak order edilmesi önerildi. Haloperidol sonrası sakinleşen ve uyuyan hastada aynı şiddette ajite durum tekrarlamadı. Hasta aynı zamanda nörolojide konsulte edildi. Hızlı bir

şekilde bilgisayarlı tomografi (BT) ve difüzyon manyetik görüntüleme (MR) istenildi. Tetkik sonuçlarında akut gelişen tabloyu açıklayacak bir patoloji saptanmadı. Haloperidol tedavisi 3.gününde yine psikiyatri önerisi ile stoplandı. Nefes darlığı düzelen, oksijen ihtiyacı kalmayan hasta bakılan kontrol PCR negatif gelmesi ile bebeğiyle beraber yatışının 12.gününde şifa ile evine taburcu edildi.

3. Tartışma

Deliryum, odaklanma, sürdürme veya dikkati kaydırma yeteneğinin azalmasıyla birlikte bilinç bozukluğu ile karakterize tıbbi bir durumdur. Akut başlangıç, dalgalı seyir, değişen bilinç ve bilişsel gerilemeye özellikle dikkat edilmesi ile deliryum, depresyon, psikotik hastalık ve demanstan kolayca ayırt edilebilir. Şüpheye düşüldüğünde, en kullanışlı kural, deliryum olduğunu varsaymak ve yaygın tıbbi etiyojileri ekarte etmeye çalışmaktır. Bu durum, bilinen psikiyatrik hastalığı (demans gibi) olan hastalar için bile geçerlidir, çünkü onlar da akut hasta olduklarında deliryuma duyarlıdır (1,2).

Deliryum, farklı klinik tablolarda görülebilmektedir. %25 oranda hiperaktif (ajitasyon), %50 hipoaktif (sessiz ya da laterjik) veya %25 oranda her ikisi arasında git gel yapan bir klinik seyir izleyen karışık tipte olabilir. Hiperaktif deliryumda genellikle halüsinasyon ve delüzyonlar görülürken, hipoaktif deliryum sedasyon ve konfüzyon ile karakterize bir durumla ortaya çıkmaktadır (1-3,5). Hipoaktif deliryum, hiperaktif türe göre daha yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir çünkü tanı konması güçtür (1,2,5). Postoperatif deliryum çoğunlukla cerrahiden sonraki 24-72 saat içinde ortaya çıkmakta fakat standart bir tanımı yoktur. Bazı yazarlara göre hastaneden taburcu edilene kadar görülen deliryum postoperatif deliryum olarak tanımlanmaktadır (5).

Hemen hemen her tıbbi durum, duyarlı bir kişide deliryuma neden olabilir; sıklıkla altta yatan birden çok etken bulunur. Bunlar arasında ileri yaş, erkek

cinsiyet, ani çevre değişimleri, uyku bozuklukları, cerrahi girişim, enfeksiyonlar, solunum yetmezliği, asit-baz bozuklukları, serebrovasküler olaylar, metabolik bozukluklar, madde kullanımları, yakınlarının ziyaret azlığı, uygulanan ilaçlara kadar birçok farklı risk faktörü rol oynamaktadır(1-3).

Postoperatif deliryumun tanısı; klinikte Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV) tanı kriterleri ve mental durum değerlendirme testleri (Mini Mental State Examination) gibi testlerle konulabilir (6). Bu olguda tanı psikiyatri konsültasyonu ile klinik semptom ve bulguları eşliğinde DSM-IV kriterleri (Tablo 1) ve geçirilmiş cerrahi girişim, Covid-19 ile enfekte olma, aileden uzak kalma gibi predispozan faktörlerin varlığına bağlı olarak konmuştur.

1. Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu (çevre ile olan farkında olma düzeyinin azalması)
2. Daha önceden var olan, yerleşik ya da gelişen bunama ile açıklanamayan algı bozukluğunun ortaya çıkması ya da bilişsel değişiklik (bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi) olması
3. Bozukluğun kısa bir zaman süresi (genellikle saatler ya da günler) içinde gelişmesi ve gün içinde dalgalanmalar gösterme eğilimi
4. Öykü, fizik baki ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde, bu bozukluğun genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olduğuna ilişkin kanıtların olması

Tablo 1. Deliryum tanı kriterleri (DSM IV) (7)

Bu hastaların ilk değerlendirmelerinde belirgin bir deliryum nedeni yoksa nörogörüntüleme gerekebilir. Görüntüleme ilk olarak BT ile beyin görüntüleme tercih edilmektedir fakat, deliryumlu çoğu hasta için rutinden ziyade seçici olarak kullanılabilir. Hasta öyküsü ve nörolojik muayene bulguları ile yönlendirilmelidir. Bizim hastamızın Covid-19 virüsü ile enfekte olması, postpartum dönemde olması ve ajitasyonu yaşadığı esnada görememe şikayetinde olması nedeni ile akut iskemik bir hadiseyi ekarte edebilmek için nöroloji tarafından BT ve difüzyon MR istenilmiş ve herhangi bir patolojik bulguya rastlanmamıştır. Deliryumun tedavisinde öncelikle deliryumu başlatan etyolojik problemin tanısı ve geri döndürülebilen nedenlerin ortadan kaldırılması gerekmektedir. İkincil olarak hasta yakınları ve tedavi ekibine bilgilendirilerek hastanın güvenliğinin sağlanması gerekmektedir. Üçüncü adımda ise eğer Hastada ciddi ajitasyon varsa medikal tedavi kullanılmalıdır. Medikal olarak en

sık antipsikotikler ve benzodiyazepinler tedavide yer almaktadır (8).

Postoperatif deliryum genellikle yaşlı hastalarda ve uzun süren cerrahi işlemler sonrası görülsede, genç hastalarda ve kısa işlemler sonrası da karşımıza çıkabilmektedir. Önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olan bu organik durum doğru ve erken tanı ile komplikasyonsuz bir şekilde tedavi edilebilir.

References

1. Cavallazzi R, Saad M, Marik PE. Delirium in the ICU: an overview. *Ann Intensive Care* 2012;2:49.
2. Jackson P, Khan A. Delirium in critically ill patients. *Crit Care Clin* 2015;31:589- 603.
3. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al; American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2013;41:263-306.
4. Aslan ZE, Şentürk E, Ergin Özcan P, Orhun G, Telci L, Esen F. Sedasyon Altındaki Yoğun Bakım Hastalarında Magnezyum Düzeyleri ve Deliryum Gelişmesi Üzerine Olan Etkileri. *J Turk Soc Intens Care* 2015;13:31-6.
5. McDaniel M, Brudney C. Postoperative delirium: etiology and management. *Curr Opin Crit Care* 2012;18:372-6.
6. Steiner LA. Postoperative delirium. part 2: detection, prevention and treatment. *Eur. J. Anesthesiol.*2011 ;28(10):723-32.
7. Karaca S. Postoperatif Kognitif Fonksiyon Bozuklukları. *TARK 2004 Özet Kitabı*, 57.
8. Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, Nanni MG, Berardi MA, Caruso R, Riba M. Management of delirium in palliative care: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 Mar;17(3):550.