



# İnterskalen Blok Komplikasyonu: "Subdural Blok"

## Complication of Interscalene Block: "Subdural Block"

Süreyya Gültekin

Sağlık Bakanlığı Menemen Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir, Türkiye

Sayın Editör,

Başkan ve arkadaşlarına, ait derginizin son sayısında (2012; 40: 154-7) yayınlanan "Posterior İnterskalen Brakiyal Pleksus Bloğu Komplikasyonu: Subdural Blok Olgusu" başlıklı olgu sunumunu ilgi ile okudum. Olguyla ilgili küçük katkıda bulunmak ve aydınlanması gereken birkaç nokta olduğu belirtmek isterim.

Yazarlar Lubenow ve ark. (1) tarafından tanımlanan kriterlere göre hastanın takibini yapmış olmakla birlikte;

- Bilindiği gibi subdural aralık dura ile araknoid arasında çok küçük hacme sahip potansiyel bir bölgedir. Bu nedenle Stevens ve Hicks (2) lokal anestetiklerin (LA) küçük miktarlarının bile bu aralıkta yaygın olarak dağılabileceğini belirtmişlerdir. Bu açıdan bakıldığında yazarların interskalen blok için enjekte ettikleri LA hacminin (20 mL %0,25 levobupivakain) sadece bir kısmının bu aralığa geçtiği, kalan kısmının brakiyal pleksus gibi başka alanlara verilmiş olma olasılığının yüksek olduğu kanısındayım.
- Yine bilindiği gibi araknoid ve dura, dorsal sinir köklerine ayrı ayrı ancak ventral sinir köklerine birlikte bağlanırlar. Bu nedenle subdural bölge posterior ve lateral olarak daha potansiyel kapasitededir ve LA'nın subdural bölgeye enjeksiyonuyla dorsal birikim beklenmelidir. Anterior sinir kökleri motor ve sempatik kökleri taşır, sensoriyel lifler ise posterior kökler içindedir. Bu anatomik sebeplerden dolayı subdural blokta duyu ağırlıklı tutulum beklenmelidir. Motor veya sempatik blok sadece hasta lateral dekübit veya pron pozisyonda ise olasıdır oysa duyu bloğu hasta supin pozisyonda ise predominantır (1-3). Bu görüşlerin ışığı altında yazarların sol yan pozisyonda yapılan enjeksiyondan sonra hastayı hangi pozisyonda izlediklerini belirtmeleri önemli olabilir.
- Yazarlar subdural enjeksiyon için olgularının Lubenow'a ait 2 major ve 3 minör kriterine uygun olduğunu belirtmişlerdir; fakat minör kriterlerden 10 dakikadan daha

uzun sürede başlayan bloğu, olguları o sırada genel anestezi altında olduğu için belirleyemeyeceklerinden bu kriterine uygun olduğu tam olarak söylenemeyebilir.

Diğer bir minör kriter olan LA dozundan bağımsız olarak gelişen (düşük doz LA'ya rağmen) sempatik blok göstergesi olarak; pupil dilatasyonu gösterilemeyebilir.

- Asato ve ark. (4), bu kriterlere ek olarak subdural blokta; gecikmiş başlama süresi sonunda meydana gelen kısa süreli motor bloğu da tanımlamışlardır.

Sunulan olguda; hastanın spontan solunumunun dönmesi ve bilincinin açılmasına kadar geçen süreler sonunda, sağ tarafta aynı ölçüm zamanında, aynı dermatomlarda (C4-T2, L1-5) hem duyu hem motor blok saptanmasının ilginç bir bulgu olduğunu düşünüyorum.

- Son olarak; yazarlar interskalen bloğun Stimuplex iğne (Contiplex, B.Braun) ile yapıldığını belirtmekte ama her ikisi de aynı firmaya ait tek doz ve kontinü blok yapmak için kullanılan farklı iğne setleridir.

Uygulaması son derece kolay olan posterior yaklaşımla interskalen brakiyal pleksus bloğunda subdural enjeksiyon gibi ciddi bir komplikasyona dikkatleri çeken bu değerli olgu sunumunu Türkçe literatüre kazandırdığı için yazarlara ve editörlüğünüze teşekkür ederim.

Saygılarımla,

### Kaynaklar

- Lubenow T, Keh-Wong E, Kristof K, Ivankovich O, Ivankovich AD. Inadvertent subdural injection: a complication of an epidural block. *Anesth Analg* 1988; 67: 175-9. [\[CrossRef\]](#)
- Stevens RA, Stanton-Hicks MA. Subdural injection of local anesthetic: a complication of epidural anesthesia. *Anesthesiology* 1985; 63: 323-6. [\[CrossRef\]](#)
- Yılmaz N, Gültekin S, Tavlan A. Epidural Anestezide Nadir Bir Komplikasyon: "Subdural Kateterizasyon". *Türk Anest ve Rean Der Dergisi* 1994; 22: 226-8.
- Asato F, Nakatani K, Matayoshi Y, Katekawa Y, Chinen K. Development of a subdural motor blockade. *Anaesthesia* 1993; 48: 46-9. [\[CrossRef\]](#)