

P-50**ZOR HAVA YOLU BEKLENMEYEN
BİR OLGUDA HAVA YOLU YÖNETİMİ**

BEŞİR A, KUTANİS D, ÖMÜR Ş,
ERTÜRK E, ŞENEL A.C

*KTÜ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE
REANİMASYON AD*

Giriş:

Zor havayolu, deneyimli bir anestezi doktorunun, hastasını maske ile havalandırmada ve/veya trakeal entübasyonda karşılaştığı zorluk olarak tanımlanmaktadır. Bu sunuda mediastinel lenfadenopati nedeniyle torakoskopik biopsi planlanan hastada laringoskopi zorluğu ve zor hava yolu yönetimi deneyimimizi paylaştık.

Olgu:

Mediastinel lenfadenopati sarkoidoz ön tanılarıyla torakoskopik cerrahi planlanan 45 yaşında, ASAII risk grubundaki hastanın preoperatif değerlendirilmesinde Mallampati skor II olarak tespit edildi. Operasyon öncesi premedikasyon uygulanan hastaya rutin münitorizasyon uygulandı. Anestezi indüksiyonunda 1µgr/kg fentanil, 6mg/kg tiyopental ve 0,1mg/kg vekuronyum kullanıldı. Yeterli kas gevşemesi sağlandıktan sonra entübasyon denendi. Laringoskopide zorlanılan hastanın epiglottisi ve vokal kordları yeterince gözlenemedi. Kör entübasyon denenen hastada ilk iki entübasyon girişiminde başarısız olundu. Diğer anestezi uzmanınca yapılan entübasyon denemesinde de başarısız olunması üzerine hastaya fastrach-LMA yerleştirilerek ventilasyonu sağlandı fakat endotrakeal tüp yerleştirilemedi. Hasta fastrach-LMA ile ventile edilirken retrograd entübasyon hazırlığı yapıldı. Retrograd entübasyon denemesinde de başarısız olunması üzerine hastaya perkütan trakeostomi açılması planlandı. LMA ile ventile edilen hastaya perkütan dilatasyonlu yöntemle trakeostomi

açılarak 8 numaralı trakeostomi kanülü yerleştirildi. Anestezi idamesi %50 oksijen, %50 hava ve %2sevofloran ile sağlandı. Operasyon yaklaşık 3 saat sürdü ve komplikasyon gelişmedi. Operasyon sonunda trakeostomi kanülünden oksijen desteğiyle spontan soluyan hasta Göğüs Cerrahisi YBÜ'ne yatırıldı. Takiplerinde bir problem yaşanmayan hastanın trakeostomi kanülü 24 saat sonra çekildi.

Tartışma:

Entübasyon güçlüğünün önceden belirlenmesinde başın ekstansiyon derecesi, boyun bölgesinin anatomik yapısının incelenmesi, sterno-mental ve tiromental mesafe ölçümleri, Mallampati skorlaması ve laringoskopik değerlendirmeler kullanılabilir. Bizim olgumuzdaki gibi preoperatif öngörülemeyen entübasyon zorluğuna karşı her ameliyathanede gerekli donanımlar hazır bulundurulmalı ve böyle bir olguyla karşılaşılması durumunda ilgili algoritmalar eşliğinde noninvazivden invazive doğru gerekli adımlar atılmalıdır. Biz de LMA kullanarak noninvaziv yöntemlerle başlayıp başarılı olamayınca giderek daha invaziv yöntemler denedik. Perkütan dilatasyonlu trakeostomi çoğu olguda basit, uygulaması kolay ve cerrahiye göre daha az invaziv bir yöntemdir. Perkütan trakeostomi zor entübasyon olgularında, başka yöntemin kalmadığı ve havayolu açıklılığının sağlanamadığı durumlarda cerrahiye alternatif bir yöntem olarak akılda bulundurulmalıdır.