

Editöre Mektup

Karotid Cisim Cerrahisi Sonrası Entübasyona İzin Vermeyen Servikal Hematom

Nureddin YÜZKAT*, Muhammed Bilal ÇEĞİN*, Ali Kemal GÜR**, Lokman SOYORAL*, Uğur GÖKTAŞ*, Ayhan Ertuğrul TURAN*

Sayın editör,

Hava yolu yönetimiyle ilgili istenmeyen olayların önemli bir kısmını zor trakeal entübasyon oluşturmaktadır. Zor laringoskopi ve başarısız trakeal entübasyon yaşamı tehdit eden bir dizi sorunlara neden olabilir^[1]. Literatürde zor hava yolunun standart bir tanımı yoktur. Ancak genel yaklaşıma göre, zor hava yolu; yetmişmiş bir anestezi uzmanının, klinik şartlarda maske ventilasyonu ve/veya trakeal entübasyonda zorlukla karşılaşması olarak tanımlanmaktadır^[2,3].

Bu sunuda karotid cisim cerrahisi sonrası boyunda hematom oluşmasına bağlı entübe edilemeyen ve arrest olan bir olguda karşılaştığımız zor hava yolu deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Gün içinde karotid cisim cerrahisi geçiren 54 yaşında kadın olgu, operasyondan 6-7 saat sonra boyunda şişlik ve solunum sıkıntısı ile acil ameliyathaneye getirildi. Olgunun preoperatif muayenesinde boynun sağ tarafından trakeaya uzanan geniş bir hematom olduğu görüldü. Bilinci konfüze olan olgu ajite, takipneik ve siyanozeydi. Olgu hemen monitörize edildi ve 16 gauge IV kanül ile bir damar yolu daha açıldı. Masaya alındıktan sonra ölçülen ilk vital bulguları stabil, periferik oksijen saturasyonu (SpO₂) %90 idi. Zor hava yolu beklentisi olduğundan bu amaçla gerekli tüm enstrümanlar (airway, endotrakeal tüpler, kla-

vuz tel, macintosh bleydler, laringeal mask airwaylar (LMA), video laringoskop, fiberoptik bronkoskop, quick track, fast track) hızlıca hazırlandı. Olgunun ağız açıklığı kısıtlı, mallampati skoru 4 olarak değerlendirildi. Hastaya herhangi bir anestezi ajan yapılmadığı hâlde SpO₂ değeri %45-50'ye kadar düştü. Şuuru kapanan olgunun maske ile havalandırılması başarısız olunca acil şartlarda klavuz tel ile entübasyon denendi, fakat başarılı olunmadı. Laringoskopik görüntüleme Cormack-Lahen Grade 3 olarak saptandı. İkinci defa entübasyon girişimi de boyundaki geniş hematomdan dolayı başarılı olmadı ve olgu da solunum arresti ve bradikardi gelişti. Bunun üzerine boyundaki insizyon yerinden dar bir kesi ile hematom acil olarak boşaltıldı. Olgu ancak bundan sonra entübe edilebildi. Olgunun vital parametreleri stabil hâle getirildikten sonra cerrahiye izin verildi. Yaklaşık bir saat süren operasyon sonrası hasta entübe ve sedatize hâlde yoğun bakım ünitesine devredildi. Olgu pentotal ile 8 saat sedatize edildi. Cerrahiden yaklaşık 12 saat sonra bilinci açılan ve yeterli kas gücü olduğu görülen olgu ekstübe edildi. Yoğun bakımda 24 saat ekstübe takip edilen olgu sorunsuz şekilde servise gönderildi.

Trakeal entübasyon sırasında beklenmedik zor entübasyon veya başarısız entübasyonlar anestezi ilişkili morbidite ve mortalitenin en başta gelen nedenleridir^[4]. Görülme sıklığı %2-8 arasında değişmektedir.

Hava yolu açıklığının sağlanmasında karşılaşılan sorunların derecesine bağlı olarak; hipoksi ve beyin hasarı, myokard hasarı, hava yolu travması ve ölüm görülebilir. Anesteziye bağlı ölümlerin %30'u hava yolu açıklığının sağlanamamasından kaynaklanmaktadır^[3]. "Hava yolu açıklığının sağlanması" konusunda deği-

Alındığı tarih: 14.04.2015

Kabul tarihi: 12.05.2015

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Nureddin Yüzkat, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, 65080 Van

e-mail: nyuzkat@gmail.com

şik algoritmalar önerilmekte ve kullanılmaktadır^[5]. Bu algoritmalara göre başarısız non invaziv ventilasyonda, acil invaziv yöntemlere başvurulması önerilmektedir^[6].

Bazı yazarlar elektif cerrahilerde başarısız entübasyon sonrası olgunun uyandırıldığını^[7], bazıları ise alternatif hava yolu araçları ile entübasyonu gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. Olgumuzda boynun sağ tarafından trakeaya uzanan geniş bir hematom olduğu görüldü. Operasyonun LMA ile yönetilmesi, hematomun faringeal yapılara basısı nedeniyle uygun olmadığından entübasyon daha uygun bir seçenek olarak görüldü. Olgunun aciliyeti mevcut alternatif hava yolu araçlarını kullanmayı engelledi. Başarısız entübasyondan sonra yüz maskesi ile yeterli derecede ventilasyonu sağlanamayan ve kardiyak arrest riski ile karşı karşıya kalan hastada trakeostomi için yeterli zaman bulunmamaktaydı. Bu nedenle olgu entübe edilmeden hematom boşaltıldı.

Zor entübasyon beklenen olgularda zor hava yolu araçlarının hazırda bulundurulması çok önemlidir. Bununla birlikte zor hava yoluyla karşılaşılınca öncelikle olguya optimal baş-boyun pozisyonu verilmesi, farklı laringoskop bledlerinin denenmesi önerilmektedir. Tüm bunlara rağmen, entübasyon gerçekleştirilemiyorsa, LMA ve ileri hava yolu açma araçları önerilmektedir^[4,8]. Zor entübasyon yönetiminde fleksibl fiberoptik bronkoskopi endotrakeal tüpün yerleştirilmesinde hâlen altın standart olmasının yanında, son yıllarda video laringoskopi yönteminin de zor hava yolu durumlarında etkin olduğu gösterilmiştir^[9]. Fakat bu enstrumanların kullanım sıklığı diğer klasik entübasyon aletlerine kıyasla daha ender olduğundan kullanımları sırasında tecrübe eksikliğine bağlı sorunlar yaşanabilir. Zaten zor hava yolu olan ve kandaki oksijen basınçları kritik seviyelerde olabilen hastalar için bu durum ayrıca bir sorun olabilir.

Sonuç olarak, boyun bölgesi hematomlarının entübasyon güçlüğüne yol açabileceği ve hematomun insizyonel drenajının entübasyonu kolaylaştırabilecek bir yöntem olabileceği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. **Shippey B, Ray D, McKeown D.** Use of the McGrath videolaryngoscope in the management of difficult and failed tracheal intubation. *British Journal of Anaesthesia* 2008;100:116-9. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aem303>
2. **McGee JP, Vender JS.** Nonintubation Management of the airway. In: Benumof JL.(Ed.). *Clinical procedures in anesthesia and intensive care*. California: Lippincott Company 1992;89-114.
3. **Alikhani S, Roberts JT.** Airway evaluation and management, *Clinical anesthesia procedures of the Massachusetts General Hospital*; Edits: WE Hurford, MT Bailin, JK Davison KL, Haspel C. Rosow, Lippincott-Raven, Philadelphia. New York, 1998:204-22.
4. **Noppens RR, Mobus S, Heid F, Schmidtman I, Werner C, Piepho T.** Evaluation of the McGrath Series 5 video laryngoscope after failed direct laryngoscopy. *Anaesthesia* 2010;65:716-20. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.2010.06388.x>
5. **Crosby ET, Cooper RM, Douglas MJ, Doyle DJ, Hung OR, Labrecque P, et al.** The unanticipated difficult airway with recommendations for management. *Can J Anaesth* 1998;45(8):757-76. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03012147>
6. Zor Hava Yolu. Anestezi Uygulama Kılavuzları. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD). 2005.
7. **Duran FY, Özkalkanlı MY, Kılıç O.** Zor ve başarısız trakeal entübasyonda mcgrath videolarinoskop kullanımını. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2013;17:214-8.
8. **Kayhan Z.** Entübasyon güçlüğü, tanımı, nedenleri, sınıflandırılması, önceden belirlenmesi, *Anestezi Dergisi* 1998;6(3):91-6.
9. **Kılıçaslan A, Topal A, Tavlan A, Erol A, Otelcioglu S.** Effectiveness of the C-MAC video laryngoscope in the management of unexpected failed intubations. *Braz J Anesthesiol* 2014;64:62-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2013.03.001>