DEV GLOTTİK POLİBİ OLAN HASTADA LARİNGEAL MASKE İLE HAVA YOLU KONTROLÜ (OLGU SUNUMU)

Mesut ŞENER, Sündüs ASLAN, Haluk YAVUZ, Ayda TÜRKÖZ, Gülnaz ARSLAN

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon (MŞ, AT, GA), Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Cerrahisi (SA, HY) Anabilim Dalları

ÖZET

Laringeal glottik tümörler yerleşim yerine bağlı ciddi hava yolu problemlerine yol açabilmektedir. Magnetik rezonans görüntülemesinde glottisi tıkayan lezyon saptanan 53 yaşındaki kadın hastamızın operasyonunda trakeotomi açılana kadar ve direkt laringoskopiyle glottik kitle çıkarıldıktan sonra geçici trakeotomi kapatılırken hava yolu açıklığı laringeal maske (LMA) ile sağlandı. Anestezi izofluran, fentanil ve O_2/hava ile sürdürüldü. İntraoperatif vital bulgular ve hemodinamik parametreler stabil seyreden hasta anesteziden spontan solunumda ve koopere olarak çıkarılarak izlendi. Glottik tümörlerin operasyonunda seçilmiş olgularda LMA ile hava yolu sağlanmasının diğer yöntemlere bir alternatif olabileceğini düşünüyoruz.

ANAHTAR KELİMELER: *Hava yolu kontrolü, glottik polip, trakeotomi, laringeal maske, genel anestezi*

SUMMARY

LARYNGEAL MASK AIRWAY MANAGEMENT IN PATIENT WITH GIGANT GLOTTIC POLYP RESECTION (CASE REPORT)

Laryngeal glottic tumors may cause severe airway obstruction owing to their critical anatomical position. We present a 53 year-old female patient who had a lesion obstructing the glottic area in the magnetic resonance imaging. Laryngeal mask airway (LMA) was used for airway management of the patient until the tracheotomy was obtained and during the closure of the temporary tracheotomy following the surgical excition of the lesion in the glottis. Anesthesia was maintained by isoflurane, fentanyl and O_2/air. Intraoperative vital signs and hemodynamic parameters of the patient were stable. The patient had been taken to post anesthesia care unit while in spontaneous respiration and in co-operative status. We considered that LMA is a safe and reliable alternative method for airway management in selected cases of patients with glottic tumor.

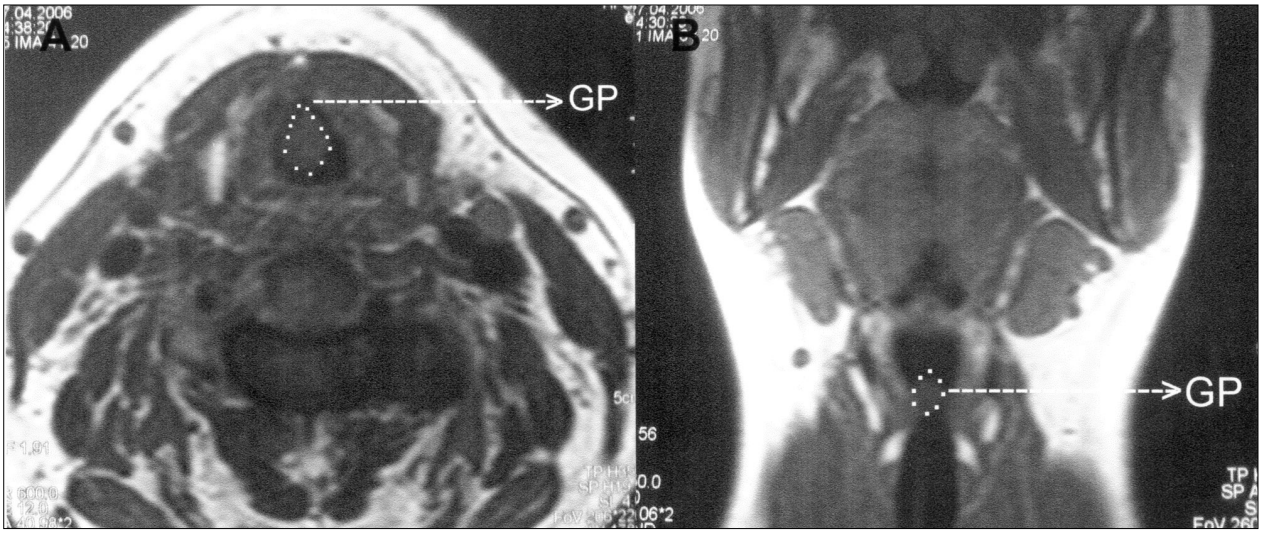
KEY WORDS: *Airway management, glottic polyp, tracheotomy, laryngeal mask, general anesthesia*

GİRİŞ

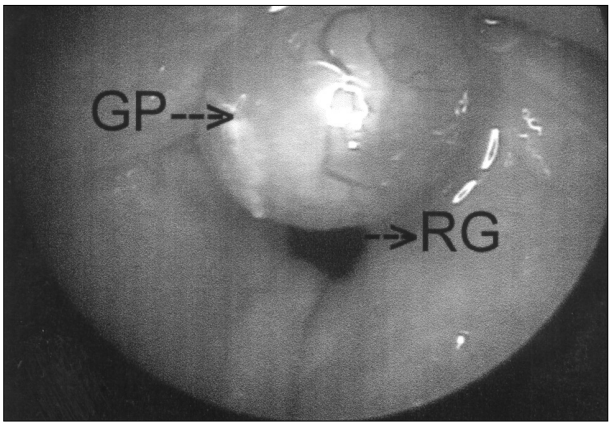
Glottik bölgede tümör yerleşimi nadir görülmekle beraber kitlenin büyüklüğü ile bağlantılı olarak ciddi hava yolu tıkanıklığına yol açabilmektedir. Laringo-trakeal tümörü olan hastalar, cerrah ve anesteziyolog için özellik taşımaktadır (1). Hava yolu kontrolünde tümörün yerleşimine göre lokal anestezi ile trakeotomi açılıp sonra genel anesteziye geçilmesi, küçük kalibreli entübasyon tüpü ile entübasyon, neloton kateter ile hava yolu kontrolü, endoskopik mikrodebridman veya jet ventilasyon yöntemleri kullanılmaktadır (1-5). Bu yöntemlerin birbirlerine göre üstünlükleri ve dezavantajları olmakla beraber bu grup olgularda kitlenin yeri, büyüklüğü ve semptomları göz önünde bulundurularak hava yolu kontrolünde uygun yöntemin seçilmesi önemlidir. Biz bu sunumda glottik yerleşimli tümoral kitlesi olan olguda laringeal maskenin (LMA) güvenli hava yolu sağlamak amacıyla başarı ile kullanımını sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

Glottik kitle nedeniyle opere edilecek 53 yaşında, 65 kg kadın hasta preoperatif olarak değerlendirildi. Hastanın anamnezinde 30 yıl önce apendektomi, 10 yıl önce histerektomi operasyonu yapıldığı, 1 yıldır ses kısıklığı olan hastanın disk hernisi operasyonu için başka bir merkezde anestezi indüksiyonu sonrası glottik kitle nedeniyle endotrakeal entübasyonunun yapılamadığı ve anestezi uygulamasına son verilip, uyandırılarak hastanemiz Kulak-Burun-Boğaz polikliniğine yönlendirildiği öğrenildi. Semptomatik olmayan hastanın magnetik rezonans görüntüleme yöntemiyle çekilen grafisinde sağ vokal kord anteriorundan kaynaklanan ve rima glottis içerisine büyüme gösteren, hava yolunda belirgin daralmaya yol açan 12 x 10 mm boyutlarında solid karakterde polipoid kitle izleniyordu (Resim 1 A ve B). Yapılan fizik muayenesinde her iki akciğerin ekspansiyonunda ve dinlemekle akciğer seslerinde azalma olduğu görül-

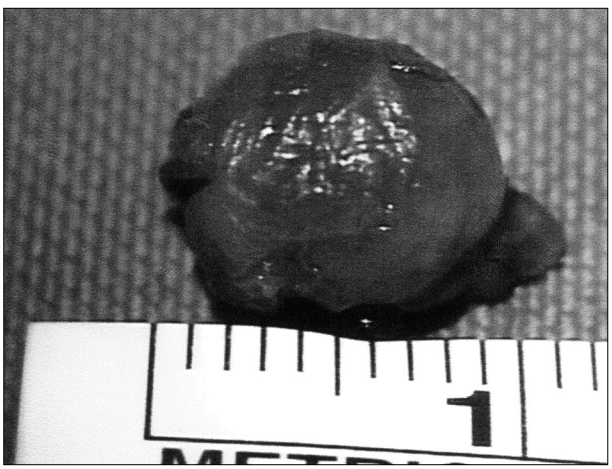


Resim 1: A, B. Hastanın magnetik rezonans grafisinde tümörün trakea çapını belirgin oranda daralttığı görülmektedir. GP: Glottik Polip

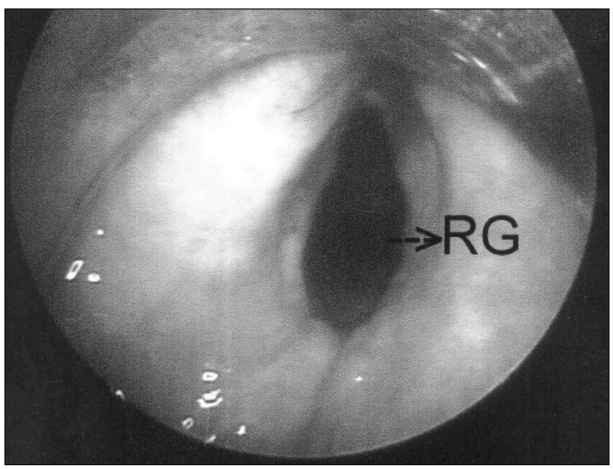


Resim 2: Hastanın endoskopik laringeal görüntüsünde glottik bölgede yerleşmiş dev laringeal polip izlenmektedir. Hava yolunu ciddi derecede daralttığı dikkat çekmektedir. GP: Glottik Polip, RG: Rima Glottis

dü. Cerrahi ekiple yapılan anestezi konsultasyonunda hava yolu güvenliğinin trakeotomi açılına kadar LMA ile sağlanmasına, trakeotomi açıldıktan sonra LMA çıkarılarak tümoral kitle eksizyonunun direkt laringoskopi ile ağız içerisinden yapılmasına karar verildi. Ameliyat odasında zor hava yolu hazırlığı (fiberoptik bronkoskop, stile, düz bleyt, LMA) ve jet ventilasyon sistemi ve acil trakeostomi seti hazır bulunduruldu. Hastaya operasyon odasında EKG, SpO_2 ve non-invaziv kan basıncı monitörizasyonu yapılıp 18 G damar yolu açıldıktan sonra tiyopental sodyum 4 mg kg^{-1} ve süksinilkolin 1 mg kg^{-1} ile intravenöz (İV) anestezi indüksiyonu yapıldı. Maske ile ventilasyonda problem olmadığı görülerek 3 numara LMA (LMATM, The Laryngeal Mask Company (UK) Ltd) yerleştirildi. Anestezi idamesi fentanil 100 µg İV, izofluran %1 ve %50 O_2/hava ile sağlandı. Asiste spontan ventilasyon ile sorunsuz şekilde takip edilen hastaya geçici trakeotomi açılması 20. dakikada tamamlanarak LMA çıkarıldı ve ventilasyon trakeotomi kanülünden sağlandı. Direkt laringoskopi ve cerrahi mikroskop ile hastanın operasyon öncesi endoskopik laringeal görüntüsünde sağ vokal korddan köken alan ve subglottik böl-



Resim 3: Cerrahi eksizyon sonrası polipoid lezyon



Resim 4: Cerrahi eksizyon sonrası glottisin endoskopik görüntüsü, RG: Rima Glottis

geye uzanan dev laringeal polip görüldü (Resim 2). Polipoid kitle cerrahi mikroskop eşliğinde sorunsuz olarak çıkarıldı (Resim 3) ve glottis seviyesindeki hava yolu tıkanıklığının tamamen düzeldiği gözlendi (Resim 4). Polipoid kitle çıkarıldıktan sonra trakeotominin kapatılması için hastada tekrar LMA ile hava yolu kontrolü sağlandı. Trakeotomi kapatıldıktan sonra hasta sorunsuz olarak uyandırıldı. Hasta ayılma odasında SpO_2 ile takibe alındı. Perioperatif komplikasyon veya sorun görülmedi. Hastanın eksizyonel biopsi patoloji sonucu iyi huylu polipoid lezyon olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Glottik tümörü olan hastalarda hava yolu obstrüksiyonu semptomları olarak ses kısıklığı, nefes darlığı, öksürük ve stridorla beraber hayat kalitesinin belirgin olarak bozulması söz konusudur. Tümör rezeksiyonu yapılacak olgularda bu aşamada cerrah ve anesteziyolog için en önemli sorun güvenli hava yolu kontrolünün nasıl sağlanacağıdır. Uygun olgularda lokal anestezi ile trakeotomi açılabildiği gibi çoğu zaman tümör yerleşiminden dolayı genel anesteziye ihtiyaç olmaktadır (6). Glottik bölgenin tümörlerinde anestezi uygulaması özellikli bir durumdur. Çünkü indüksiyon sırasında daralmış hava yolundan ventilasyon, direkt laringoskopi ve cerrahi sırasında hava yolu sağlanması problemleri ile karşı karşıya kalınmaktadır (3). Bu olgularda hava yolu kontrolüne yönelik alternatif yöntemler operasyon odasında hazır bulundurulmalıdır. Olgumuzda olduğu gibi glottik yerleşimli tümörlerde küçük kalibreli entübasyon tüpleri ile havayolu güvenliği sağlanabilirse de bu uygulamanın tümör dokusunda travma meydana getirmeden yapılması neredeyse imkansızdır. Ayrıca tümöral kitlenin yerinden koparılarak, trakea içine itilmesi düzeltilmesi daha zor olabilecek hava yolu sorunlarına yol açabilir. Trakea cerrahisi yapılacak olgularda LMA uygulamasının güvenle uygulanabileceği belirtilmektedir (2,7,8). Biz de hastamızda trakeotomi açılana kadar ve trakeotomi kapatılırken problemsiz şekilde LMA ile hava yolu kontrolü sağladık. Ancak LMA uygulamasının da tümör dokusunun yarattığı obsrüksüyona bağlı yetersiz ventilasyon gibi dezavantajları olabilir. Son yıllarda hava yolunda cerrahi uygulanan olgularda yeni kullanıma giren intravenöz anesteziklerle sedo-analjezi yöntemiyle, spontan solunum korunarak, direkt laringoskopi ve cerrahi eksizyonun güvenle yapılabileceği bildirilmiştir (9,10). Ancak bu yöntemin hastamızda güvenli olmayacağını, işlem sırasında hava yolu güvenliğinin lezyonun aşağısındaki bir seviyeden trakeotomi açılarak sağlanmasının daha güvenli ve doğru bir yaklaşım olduğunu ve olgumuzda LMA uygulamasının yeterli güvenlikte olduğunu düşündük. Buna rağmen alternatif hava yolu olarak acil trakeotomi ve jet ventilasyon setini hazır bulundurduk. Olgumuzda lokal anestezi ile trakeotomi açılıp daha sonra genel anestezi ile cerrahi eksizyon da yapılabilirdi. Ancak bu yöntemin hasta için yeterli konforu sağlayamayacağını düşünerek, trakeotomi açılana kadar LMA ile güvenli havayolunu sağladık. Trakeotomi kapatılırken entübasyonun glottis seviyesindeki cerrahi eksizyon sahasında ve trakeotominin yapıldığı trakea dokusunda mevcut travmayı daha da artırabileceğini düşünerek tekrar LMA ile hava yolu kontrolü sağladık.

Laringo-trakeal tümörlerde alternatif hava yolunu açma yöntemleri değerlendirilerek operasyon odasında gerekli hazırlıklar yapılmalıdır. Bu olgu sunumunda glottik tümörlerde seçilmiş olgularda, diğer yöntemlere alternatif olarak LMA'nın güvenle kullanılabileceği gösterilmiştir.

Yazışma Adresi: Dr. Mesut ŞENER
Başkent Üniversitesi Adana Seyhan Hastanesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.
Gazi paşa mahallesi baraj yolu
1.durak No:37, 01110 Seyhan/ADANA
Tel: 0 322 4586868-1226
Faks: 0 322 4592622
E-posta: mesutsenertr@yahoo.co.uk

KAYNAKLAR

1. Simoni P, Peters GE, Magnuson JS, Carroll WR. Use of the endoscopic microdebrider in the management of airway obstruction from laryngotracheal carcinoma. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003;112:11-3.
2. Şener M, Kılıç D, Koçum A, Şahin E, Türköz A. Subglottik trakea tümöründe nelaton kateter ile hava yolu kontrolü. GKD Anest Yoğ Dern Der 2005; 11: 120-3.
3. Mentzelopoulos SD, Romana CN, Hatzimichalis AG ve ark. Anesthesia for tracheal resection. A new technique of airway management in a patient with severe stenosis of the midtrachea. Anesth Analg 1999; 89: 1156-60.
4. Dworkin R, Benumof JL, Benumof R, Karagianes TG. The effective tracheal diameter that causes air trapping during jet ventilation. J Cardiothorac Anesth 1990;4:731-6.
5. Lin CM, Li JY, Hsu JC, Yang CY. Combined conventional and jet ventilation in airway management in tracheal tumor. Chang Gung Med J 2001; 24: 455-9.
6. Satoh M, Hirabayashi Y, Seo N. Spontaneous breathing combined with high frequency ventilation during bronchoscopic resection of a large tracheal tumour. Br J Anaesth 2002; 89: 641-3.
7. Divatia JV, Sareen R, Upadhye SM ve ark. Anaesthetic management of tracheal surgery using the laryngeal mask airway. Anaesth Intensive Care 1994; 22: 69.
8. Parmet JL, Colonna RP, Horrow JC ve ark. The laryngeal mask airway reliably provides rescue ventilation in cases of unanticipated difficult tracheal intubation along with difficult mask ventilation. Anesth Analg 1998; 87: 661-5.
9. Ramsay MA, Luterman DL. Dexmedetomidine as a total intravenous anesthetic agent. Anesthesiology 2004;101:787-90.
10. Wiel E, Davette M, Carpentier L, Fayoux P, Erb C, Chevalier D, Vallet B. Comparison of remifentanil and alfentanil during anaesthesia for patients undergoing direct laryngoscopy without intubation. Br J Anaesth 2003; 91: 421-3.