

Bölüm 3

KBB ANESTEZİSİ

Ayça Tuba DUMANLI ÖZCAN¹

GİRİŞ

Kulak Burun Boğaz (KBB) cerrahisinde en başta göz önünde tutulması gereken havayolunun güvenliğidir. Havayoluna ulaşım, cerrahi ekibin enstrümantasyonu, cerrahi alan ve patolojiler nedeniyle anesteziistler açısından zorlaşır. Postoperatif kanama ve altta yatan patolojilere bağlı da havayolu tehlike altındadır. Hastanın güvenliği için uygulanacak prosedür ve kullanılacak ekipman açısından da cerrahi ekip ve anesteziistin planlama ve iletişimi esastır. Cerrahi sırasında havayolu ile ilgili oluşan herhangi bir problemde cerrahinin durdurularak öncelikli sorunun giderilmesi şarttır. Ayrıca KBB cerrahisi sırasında larenks, farinks ve boyun manipülasyonu sonucu kardiyak disritmiler gelişebilir ve kanamaların örtüler altında olması veya mideye geçmesi nedeniyle kan kaybının tahmin edilmesi güçleşir.

Preoperatif havayolu yönetiminde, hastalar cerrahi için genellikle önce cerrah tarafından muayene edildiğinden anesteziyolog cerrah ile zor havayolu ve cerrahi çalışma alanı veya nazal ya da oral entübasyon gerekliliği konusunda iletişim halinde olmalıdır. Şüphe durumunda zor havayolu algoritması göz önüne alınarak gerekliyse uyanık fiberoptik entübasyon ya da lokal anestezi altında trakeostomi düşünülmelidir.

Anestezi sırasında havayolu yönetiminde geleneksel olarak KBB anestesizinde kafli endotrakeal

tüplerle havayolunu korumak, kan ve cerrahi debridmanın aspirasyonuna engel olmak temeldir. Anesteziyolog baş ve boyun cerrahisinde cerrahi çalışma alanını kolaylaştıracak farklı endotrakeal tüplerin kullanımına aşina olmalıdır. KBB cerrahisinde kullanılmak üzere değişik tüp ve konnektörler, oral RAE² ve nazal RAE tüpler, güçlendirilmiş tüp ve lazer prosedürler için sarılmış trakeal tüpler geliştirilmiştir. Nasal ve oral cerrahi için oral tüp kullanılabilirken, oral kavite cerrahisi için nasal tüp daha kolay cerrahi erişim sağlar.

Ekstübasyondan önce hastanın ağız içine konulan gazlı bez çıktığından ve havayolunun kandan temizlendiğinden emin olmak ve aspirasyonla cerrahi alanı travmatize etmemeye özen göstermek önemlidir. Diğer bir tehlike yumuşak damakta biriken kanın ekstübasyondan sonraya bırakılmasıdır, fatal sonuçlanabilir. Yumuşak aspiratör ile nazal aspirasyon bu duruma engel olabilir. Larenksin irritasyonu laringospazm ve öksürüğü tetikleyebilir. Cerrahi sonunda inhaler ajana devam edilerek derin ekstübasyon planlanır. Kan ve sekresyonun dikkatli aspirasyonu sonrasında airway yerleştirilip sol yan pozisyonda baş aşağı alınarak düzenli soluduğu görülen hasta ekstübe edilebilir. Pozisyon verirken nefesini tutuyor veya ıknıyorsa hastanın spontan solunumu gelene kadar beklenir. Ancak derin ekstübasyonda pıhtıya bağlı asfiksi, kan aspirasyonu, laringospazm gelişebilir. Dolayısıyla zor entübasyon olan olgularda

¹ Doç. Dr. Ankara Şehir Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Bölümü draycaozcan@gmail.com

² RAE(Ring-Adair-Elwyn) tüpleri: Önceden şekil verilmiş kavisli tüplerdir. Oral tüpler 45-60 derecelik bir kıvrımla ucu alt çene üzerinde uzanacak biçimde, nazal tüpler ise ucu yukarı bakar şekildedir. Oral,nazal ve oftalmik cerrahide cerrahi görüşü arttırıp,konnektör cerrahi sahanın dışında kaldığından da tıkanma olasılığını azaltırlar.

bilinci tam açık ve havayolunu koruyabilecek durumdayken ekstübe edilmelidir (2,3).

Miringotomi ve Kulak Tüpü

Miringotomi çocuklarda 2. sıklıktaki cerrahidir. Bu çocukların %30'unda üst solunum yolu enfeksiyonu mevcuttur. Ateş olmadıktan sonra ameliyata engel değildir. İşlem kısa süreli olduğu için sedasyon önerilmemekle beraber aşırı stresli çocuklarda sedasyon gerekebilir. Hasta entübe edilebilir veya maske ile devam edilebilir. Başın yana çevrilmesi havayolunu sıkıntıya sokmayacaksa larengeal maske de başka bir seçenek olabilir (3).

SONUÇ

Sonuç olarak, KBB anestezi sırasında anestezi ve cerrahinin girişim alanlarının ortak olması nedeniyle vaka yönetimi açısından anesteziistin ve cerrahin işbirliği içinde çalışması ve iletişim halinde olması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Anestezi, Havayolu, Laringospazm, Stridor, Propofol, Lidokain, Sedasyon

KAYNAKÇA

1. Butterworth J.F, Mackey D.C, Wasnick J.D.(2013) Clinical Anesthesiology. 5th Edition, McGraw-Hill Medical.
2. Miller R.D, Cohen N.H, Eriksson L.I.(2015) Miller's anesthesia. 8th Edition, Philadelphia: Elsevier Saunders
3. Keçik Y.(2016) Temel Anestezi. 2. baskı, Güneş Kitapevi.
4. Atchabahian A, Gupta R. (2015). Anestezi kılavuzu. (Zekeriya Alanoğlu, Çev.Ed.) Ankara: Akademisyen Kitapevi.
5. Michelet D, Skhiri A, Greff B, Luce V, Dahmani S. Management of perioperative laryngospasm by French paediatric anaesthetists. Br J Anaesth. 2017 ;119(2):342-343. doi:10.1093/bja/aex200.
6. Morrison JD, Mirakhor RK, Craig HJL: The Larynx. In anesthesia for Eye ear nose and throat surgery, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1985, p 21.
7. Özatamer O. Kulak burun boğaz cerrahisinde anestezi. Tüzüner(ed): Anestezi Yoğun Bakım Ağrı, 2010 1. Basım, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri.
8. Biro P. Jet ventilation for surgical interventions in the upper airway. Anesthesiol Clin. 2010;28 (3):397-409.
9. Bourgain JL, Chollet M, Fischler M, Gueret G, Mayne A.; membres du conseil du club en anesthésie en ORL. Guide for the use of jet-ventilation during ENT and oral surgery Ann Fr Anesth Reanim. 2010;29(10):720-7. doi: 10.1016/j.annfar.2010.06.020.
10. Altun D, Çamcı E, Orhan-Sungur M, Sivriköz N, Başaran B, Özkan-Seyhan T. Erratum to High frequency jet ventilation during endolaryngeal surgery: Risk factors for complications. Auris Nasus Larynx 2018;45:1047-1052.
11. Rampil IJ. Anesthetic considerations for laser surgery. Anesth Analg. 1992 ;74:424-435.
12. Burgess GE III, LeJeune FE Jr: Endotracheal tube ignition during laser surgery of larynx. Arch Otolaryngol 1979, 105(9):561-562.
13. Schramm VL Jr, Mattox DW, Stool SE. Acute management of laser-ignited intratracheal explosion. Laryngoscope. 1981;91:1417-1426.
14. Johnson RE, Stewart MG. The contemporary approach to diagnosis and management of peritonsillar abscess. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2005;13(3):157-60.
15. Shih CC, Wang JC, Chen SJ, Hsu YP. Focused Ultrasound Assists in Diagnosis and Management of Difficult Airway in Ludwig's Angina. J Med Ultrasound. 2019;27(2):101-103.
16. Punjabi NM. The epidemiology of adult obstructive sleep apnea. Proc Am Thorac Soc 2008;5:136-43.
17. Gross JB, Bachenberg KL, Benumof JL, et al. Practice guidelines for the perioperative management of patients with obstructive sleep apnea: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Management of patients with obstructive sleep apnea. Anesthesiology. 2006 ;104(5):1081-1093. PMID 16645462.
18. Erbesler ZA, Bakan N, Karaören GY, Erkmen MA. A Comparison of the Effects of Esmolol and Dexmedetomidine on the Clinical Course and Cost for Controlled Hypotensive Anaesthesia. Turk J Anaesth Reanim 2013;41(5):156-61. doi: 10.5152/TJAR.2013.36.
19. Tobias JD. Controlled hypotension in children: a critical review of available agents. Paediatr Drugs 2002; 4: 439-53.
20. Kim YS, Han NR, Seo KH. Changes of intraocular pressure and ocular perfusion pressure during controlled hypotension in patients undergoing arthroscopic shoulder surgery: A prospective, randomized, controlled study comparing propofol, and desflurane anesthesia. Medicine (Baltimore). 2019 ;98(18):e15461. doi: 10.1097/MD.00000000000015461.
21. Berk Gürpınar, Güler Berkiten, Yavuz Uyar. Head and Neck Injuries . 2017; 33(1): 9-14.
22. Dupanovic M, Fox H, Kovac A. Management of the airway in multitrauma. Curr Opin Anaesthesiol 2010;23:276-82.
23. Teunkens A1, Vermeulen K, Peters M, Fieuws S, Van de Velde M, Rex S. Bupivacaine infiltration in children for postoperative analgesia after tonsillectomy: A randomized controlled trial. Eur J Anaesthesiol. 2019; 36(3):206-214. doi: 10.1097/EJA.0000000000000950.
24. Stokes W, Swanson RT, Schubart J, Carr MM. Postoperative Bleeding Associated with Ibuprofen Use after Tonsillectomy: A Meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2019 Jun 4;194599819852328. doi: 10.1177/0194599819852328.