

BÖLÜM 33

TİROİDEKTOMİ KOMPLİKASYONLARI

Serkan ERKAN¹

Guatrın ilk tarifine M.Ö.2700 yılında Çin kaynaklarında, ilk cerrahi müdahale ise M.S. 500 yılına ait kaynaklarda rastlanmaktadır (1). M.S. 500 yılına ait kaynaklarda Ebu Hasan Çelebinin bir hastada cilt insizyonu sonrası nodül ekstirpasyonu yaptığı yazmaktadır. 1855 yılında Alman Profesör Gurlt, tiroit ameliyatlarını cerrahları küçülten bir kasaplık olarak tanımlamıştır. O tarihlerde tiroid cerrahisi sadece hayati endikasyonlar için yapılmıştır. Bunun nedeni hastaların çoğunun kanama ve enfeksiyon nedeniyle kaybedilmesi idi. 1800 lü yıllarda tiroit ameliyatlarının kaçınılmaz sonuçları olarak görülenleri bugün komplikasyon olarak tartışmaktayız . 20. Yüzyılın başlarından itibaren asepsi antisepsi ve hemostaz usullerindeki gelişmeler ile birlikte mortalite oranları % 1' lerin altına düşmüştür. 19. yüzyıl ortalarına kadar yapılan tiroit cerrahisinde mortalite oranları % 40'lar gibi tehlikeli oranlardan bugün sifıra kadar inmiştir. 1920'lerden itibaren işlemin mortalitesinden çok rekürren laringeal sinir (RLS) hasarı ve postoperatif hipokalsemi gibi komplikasyonlara çözüm arandığı görülmektedir. Günümüzde artık tiroid ve paratiroid cerrahisi rutin uygulanan bir işlem

haline gelmiştir. Buna rağmen yaşamı tehdit eden cerrahi komplikasyonların meydana gelebileceği unutulmamalıdır. İstenmeyen sonuçları önlemek için komplikasyonların zamanında fark edilmesi ve erken tedavi edilmesi gerekir.

Tiroid cerrahisinde intraoperatif ve postoperatif birçok komplikasyon karşımıza çıkabilir. Yapılan cerrahinin yetersizliğine bağlı hastalık rekürrensi yanı sıra agresif cerrahi sonrasında hipotirodi ve miksödem gelişebilir. Bu komplikasyonların yanı sıra seroma, kanama, hematoma, enfeksiyon, organ ve damar yaralanmaları, superior larengeal sinir ve inferior larengeal sinir hasarı, sempatik sinir hasarı, hipokalsemi, tiroid fırtınası, vokal kord polipleri, yara problemleri meydana gelebilir.

SEROMA

Seroma, cilt flebi ve altta kalan dokular arasında seröz renkte sıvı birikimidir. Künt diseksiyonlar ve kaba cerrahi ,drenin hatalı yerleştirilmesi, erken çekilmesi veya çalışmaması nedeniyle seroma gelişebilir. Sıklıkla cerrahiden 1 hafta sonra genellikle drenler çekildikten sonra oluşur. Bu

¹ Uzm. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, drserkanerkan1973@gmail.com

evrede ise laringospazm ve nöbet geçirmeye birlikte acil müdahale gerekir.

Geçici hipokalsemi tiroidektomi sonrası %10 hastada görülürken kalıcı hipokalsemi % 1 hastada görülür. Semptomatik hipokalsemilerde nöromuskuler eksitabilite oluşmadan önce hızlıca intravenöz kalsiyum replasmanı gerekir. %10 Ca glukonat infüzyonu tekararlayan aralıklarla uygulanabilir. Serum kalsiyum seviyesini 8 mg/dl üzerinde tutmak gerekir. Oral kalsiyum preparatları da tedaviye eklenmelidir. Oral kalsiyum preparatları 4.günden sonra replasmanda tek başına yeterli olmuyorsa tedaviye vitamin D preparatları eklenir. Kalsitriol (1.25 hidroksi vitamin D) etkisinin hızlı başlayıp kısa sürmesinden dolayı ideal preparattır. Oral olarak 2 doz halinde 0.5-1 mikrogram/gün dozunda verilir. Artmış serum fosfat değerleri serum kalsiyumunu düşüreceğinden serum fosfatını düşüren alüminyum hidroksit jel tedaviye eklenir. Fosfattan fakir diyet önerilir. Serum kalsiyumu oral tedaviyle stabil hale gelince 2-3 ay sonra hasta destek tedavisinin devamı açısından tekrar değerlendirilir. Kalıcı hipokalsemide yaşam boyu kalsiyum ve D vitamini desteği almak gerekir.

SONUÇ

Tiroidektomi ameliyatlarında komplikasyon oranını belirleyen en önemli faktör cerrahın tecrübesi ve yapılan ameliyatın genişliğidir. Günümüzde cerrahların spesifik çalışma tercihlerinden dolayı tiroidektomi ameliyatları büyük merkezlerde endokrin cerrahlar tarafından yapılmaktadır. Bu cerrahların yıllık tiroidektomi sayıları 100 ün üzerindedir. Bunun dışında gelişen teknoloji ile birlikte tiroidektomi ameliyatları esnasında kullanılan cihazlar (sinir nöromonitörizasyon vb.) komplikasyon oranlarını anlamlı ölçüde düşürmüşlerdir. Tiroidektominin en korkulan komplikasyonu olan ses ve nefes problemleri, nöromonitörizasyon cihazı sayesinde ameliyat esnasında sinir trasesi net olarak ortaya konulup yaralanma olasılığı minimale in-

dirilerek ciddi anlamda azalmıştır. Bir zamanlar komplikasyon ve mortalite oranlarının yüksekliğinden dolayı sadece zorunlu durumlarda yapılan tiroidektomi ameliyatları cerrahi tecrübe ve teknolojik gelişmeyle birlikte en sık yapılan endokrin cerrahi ameliyatlar olmuştur.

KAYNAKLAR

1. Cernea CR, Brandão LG, Hojaj FC, et al. How to minimize complications in thyroid surgery? *Auris Nasus Larynx* 2010;37:1-5
2. Yüce, İ. Güney, E. (2008). Tiroid ve paratiroid bez cerrahi komplikasyonları. Ercihan Güney (Ed.), *Tiroid ve Paratiroid Bez Cerrahi Hastalıkları* içinde (s. 247 - 275).
3. Chen, C. Y., Chiu, Y. L., Rajbhandari, et al (2019). Predictive factors of increased surgical drain output after thyroid lobectomy: a retrospective study. *Gland surgery*, 8(5), 542.
4. Salem, F. A., Bergenfelz, A., Nordenström, E., et al (2019). Evaluating risk factors for re-exploration due to postoperative neck hematoma after thyroid surgery: a nested case-control study. *Langenbeck's archives of surgery*, 404(7), 815-823.
5. Christou N, Mathonnet M. Complications after total thyroidectomy. *J Visc Surg*. 2013;150:249-256
6. Kennedy TL. Surgical complications of thyroidectomy. *Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;14:74-79.
7. Bucak A.,Ayçiçek A,(2014).Tiroid Kanseri Cerrahisinin Komplikasyonları.Hakan Çankaya (Ed.).Türkiye Klinikleri Kulak Burun Boğaz Kanseri Cerrahisi Komplikasyonları Özel Sayısı(s.57-62)
8. İşgörA. Anatomi İşgör A.(ed.)Tiroid Hastalıkları ve Cerrahisi.1.baskı.İstanbul.Avrupa Tıp Kitapçılık;2000,S:515-540
9. Smith E, Verdolini K, Gray S, et al. Effect of voice disorders on quality of life. *J Med SpeechLanguage Pathol* 1996; 4: 223-44.
10. Lee YS, Nam KH, Chung WY, et al. Postoperative complications of thyroid cancer in a single center experience. *J Korean Med Sci*. 2010;25:541-545
11. Sadler GP, Wheeler MH. The thyroid gland. In *Endocrine Surgery Farndon JR, editor, 2nd ed 2001*
12. Cady B, Rossi RL. *Surgery of the thyroid and parathyroid glands*. 3 rd ed, 1991.

13. Al-Sobhi SS. The current pattern of thyroid surgery in Saudi Arabia and how to improve it. *Ann Saudi Med* 2002;22(3-4):256-257.PMid:17159413.
14. Hartl DM, Travagli JP, Leboulleux S, et al. Current concepts in the management of unilateral recurrent laryngeal nerve paralysis after thyroid surgery. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:3084-3088.
15. . Hartl et al. Recurrent laryngeal nevre paralysis after thyroid surgery. *J Clin Endocrinol Metab*. May 2005;90(5):3084-3088
16. Willatt D, Stell PM. Vocal fold paralysis. In: Papparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. *Otolaryngology*, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1991: 2289-2306.
17. Cernea CR, Ferraz AR, Furlani J, et al. Identification of the external branch of the superior laryngeal nerve during thyroidectomy. *Am J Surg* 1992;164:634-639.
18. Sinagra DL, Montesinos MR, Tacchi VA, et al. Voice changes after thyroidectomy without recurrent laryngeal nerve injury. *J Am Coll Surg* 2004;199:556-560.
19. Friedman M, LoSavio P, Ibrahim H. Superior laryngeal nerve identification and preservation in thyroidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:296-303.
20. Cady B, Rossi RL. *Surgery of the thyroid and parathyroid glands*. 3rd ed, 1991.
21. Prinz RA, Rossi HL, Kim AW. Difficult problems in thyroid surgery. *Curr Probl Surg*. 2002;39:5-91.
22. Fewins J, Simpson CB, Miller FR. Complications of thyroid and parathyroid surgery. *Otolaryngol Clin North Am* 2003;36:189-206.
23. Shaha AR, Jaffe BM. Parathyroid preservation during thyroid surgery. *Am J Otolaryngol* 1998;19:113-8.
24. Moore FD Jr. Oral calcium supplements to enhance early hospital discharge after bilateral surgical treatment of the thyroid gland or exploration of the parathyroid glands. *J Am Coll Surg* 1994;178:11-7.