

Acil Trakeostomide Anestezi Yönetimi, Larinks Kanserli Bir Olgu

16

Hilmi DEMİRKIRAN¹
Sebat İLDOĞAN²

GİRİŞ

Zor havayolu insidansı %1-13 arasında değişmekle birlikte genellikle anesteziologların %2-3'ünde ciddi entübasyon zorluğu ile karşılaşılabilir. Zor havayolu, deneyimli bir anestezi doktorunun, hastasını maske ile havalandırmada veya trakeal entübasyonda ya da her ikisinde birden karşılaştığı zorluk olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Anestezi Doktorları Derneği (American Society of Anesthesiologists - ASA) ise zor entübasyon tanımını, deneyimli bir anestezi doktorunun endotrakeal tüpü yerleştirme işleminin 10 dakikadan fazla sürmesi ve/veya 3 ve daha fazla denemesi, direkt laringoskopi yapılamaması, yardımcı bir alet kullanmak zorunda kalınması ve dışardan bası uygulamasına karşın glottisin görülebilmesi durumlarında kullanır.(1,2) Anestezi veya başka bir nedenle havayoluna müdahale edilecek her hastadan özenli bir anamnez alınmalıdır. Böyle bir anamnezde zor havayoluna işaret eden kanıtlanmış konjenital, edinsel ve travmatik patolojiler sorgulanmalıdır (Tablo 1). (3) Bu makalede, solunum sıkıntısı ile acil servise başvuran larinks kanserli bir olguda acil hava yolu yönetimindeki anestezi yaklaşım sunulmuştur.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Van Yüzüncüyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon A.B.D., h.dkiran@hotmail.com

² Arş. Gör. Dr., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı,, sebat17@hotmail.com

cının 25 mmHg üzeri olması trakeal iskemi ve stenoza; 18 mmHg altında olması ise aspirasyon ve nazokomial enfeksiyona sebep olabilir. Düşük basınçlı ve yüksek hacimli kaf kullanılması ve barometrik basınca göre basınç ayarlanması kafa bağlı komplikasyon riskini azalttığı belirtilmiştir (8).

SONUÇ

Hastamızda mevcut zor havayolu durumunu, havayolunu korumak adına laringeal maske kullanarak yönettik. Hastanın mevcut koşulları göz önünde bulundurularak cerrahi trakestomi seçeneği ile zor entübasyon durumunun kontrolü sağlandı. Zor havayolu ve zor entübasyonda her ne kadar algoritmalar üzerinden yönetim sağlansa da, mevcut koşullar ve klinik öngörü ile algoritmanın okunması vakanın yönetimi açısından daha verimli olabilir. Bu olguda havayolu açıklığının korunmasının, girişim sayısının azaltılması ve girişim şeklinin en az invaziv olarak tercih edilmesi vakanın yönetimi açısından belirleyiciliği deneyimlenmiş oldu.

KAYNAKLAR

1. Koruk S, Tanrıverdi GÖ, Gül R at all. Bilateral Yarık Damak Yarık Dudak Olgusunda Entübasyon Deneyimimiz. Gaziantep Tıp Dergisi 2009; 15:29-32.
2. Çeliker V, Çelebi N, Uzun Ş. at all. Zor Havayolu ve Yönetimi. Türkiye Klinikleri J SurgMedSci 2006; 2:40-46.
3. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği 2015 Zor Havayolu Kılavuzu.
4. Lane S. , Saunders D. , Schofield A at all. (2005) A prospective, randomised controlled trial comparing the efficacy of pre-oxygenation in the 20° head-upvs supine position. Anaesthesia, 60(11), 1064–1067.
5. Mort TC Emergency Tracheal İntubation Complications Associated With Repeated Laryngoscopic Attempts. Anesth Analg (2004); 99: 607-13.
6. Jaber S, Amraoui J, Lefrant JY, et al. Clinical practice and risk factors for immediate complications of endotracheal intubation in the intensive care unit: a prospective, multiple-center study. CritCareMed (2006); 34: 2355-61.
7. Workeneh SA, Gebregzi AH & Denu ZA. (2017) Magnitude end predisposing factors of difficult airway during induction of general anesthesia, Anesthesiology research and practice.
8. Akdağ D,Özcengiz D. (2018) Zor Entübasyonda Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Ed:Özcengiz D.,Sungurtekin H,Esquinas M,Noninvaziv mekanik ventilasyon İçinde (343-349) Ankara,Akademisyen Kitabevi.
9. Difficult Airway Society (2015) Guidelines For Management Of Unanticipated Difficult İntubation İn Adults.
10. Jacqueline C.O'toole,C.Matthew Kinsey (2019) Trakeostomi Ve Üst Havayolu Obstruksiyonu (çeviri: Ö.Nadastepe) Yoğun Bakım Sırları içinde (s142-147)(Çeviri Ed:İşıl Özkoçak Turan) Ankara,Güneş Tıp Kitabevleri.