



# BÖLÜM 16

## KULAK BURUN BOĞAZ CERRAHİSİNDE ANESTEZİ

Elmas YILMAZ KARA <sup>1</sup>

### GİRİŞ

Kulak burun boğaz cerrahisi, çalışma alanının ortak olması sebebiyle anestezi ve cerrah arasındaki iletişim ve koordinasyonun en önemli olduğu cerrahi tipidir. Özellikle hava yolunun sağlanması ve cerrahi girişim bitene kadar korunması hususunda ilave güçlüklerle karşılaşılabilir. Bu güçlükleri en aza indirmek için detaylı bir preoperatif hazırlık, kullanılacak anestezi yönteminin ve hava yolu gereçlerinin belirlenmesi gerekir. Ayrıca cerrahi tipine göre hava yoluna intraoperatif müdahale gereken durumlar ve hastanın postoperatif bakımı konularında cerrah ile uygun bir planlama yapılmalıdır.

### HAVA YOLU ANATOMİSİ

Hava yolunun sağlanması ve korunmasında; uzman bir anestezi tarafından uygulama yapılması temel etkidir. Anormal anatomiyle karşılaşıldığında uygun yöntemin belirlenebilmesi için normal anatomiye detaylı bir şekilde hakim olmak gerekir.

Ağız ve burun yoluyla vücuda giren hava orofarinks ve nazofarinksten larinkse iletilir. Burun ve ağız boşluğundan larinkse ve bronş ana gövdesine kadar olan kısım üst solunum yolu olarak adlandırılır. Orofarinks ve nazofarinks önde damakla birbirinden ayrılır, farinkste birleşirler. Epiglot yutma sırasında orofarinksi laringofarinksten fonksiyonel olarak ayırır. Laringeal açık-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Kayseri Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, drelmaskara@gmail.com

üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) öyküsü mevcuttur. Cerrahi planlan günde de ÜSYE devam ediyor olabilir. Pürülan sekresyon ve ateş olmadığı sürece cerrahi ertelenmez. Çok kısa süreli, gününbirlik bir uygulamadır. İnhalasyon ile indüksiyon sonrası maske ventilasyonuna devam edilebilir veya laringeal maske takılabilir. Genellikle damar yolu açılması ve entübasyon gerekmeden işlem tamamlanır. Entübasyon yapılmaması laringospazm ihtimalini azaltır (1, 2).

### Tonsillektomi ve Adenoidektomi

Pediyatrik yaş grubunda sık görülen tonsil ve adenoid enfeksiyonları sık tekrarladığında lenfoid hiperplazi ve üst hava yolu obstrüksiyonuna neden olur. Burun tıkanıklığı, zorunlu ağız solunumu, iştahsızlık, gelişme geriliği, terleme, biriken nazal sekresyonlarda enfeksiyon, dirençli sinüzit ve kor pulmonaleye kadar ilerleyen bir tablo oluşturabilir. Horlama ve uyku apnesi de görülebilir. Bu çok ciddi sorunlara her zaman rastlanmasa da ameliyat planlanan tarihte çocukta burun akıntısının devam edebileceği ve intraoperatif hava yolu sorunlarına yatkın olacağı unutulmamalıdır. Preoperatif hazırlıkta akut enfeksiyon durumu yanı sıra kanama bozukluğu olup olmadığı da tetkik edilmelidir; zira en sık karşılaşılan komplikasyon kanamadır. Postop birinci haftaya kadar (sıklıkla 2-4. saat) görülebilir.

Hava yolu obstrüksiyonu şüphesi veya apne öyküsü varlığında ventilasyonun sağlandığından emin olmadan nöromusküler blokerler uygulanmaz. Faringeal sekresyonların azaltılması amacıyla antikonerjik uygulaması yapılabilir. Spiralli tüpler ve önceden şekillendirilmiş RAE tüpleri ağız açacağı uygulanırken tüp lümeninin kapanmasını ve kink yapmasını büyük ölçüde engeller. Postoperatif ödem profilaksisi için steroid uygulanması (prednizolon, 1mg/kg) önerilir. Ekstübasyon öncesinde biriken sekresyonlar ve kan yumuşak ve dikkatli bir şekilde aspire edilir. De-

rin ekstübasyon laringospazm riskini azaltırken aspirasyon riskini de artırır. Postoperatif derlenme odasında hastada halsizlik, solukluk, terleme, taşikardi, hipotansiyon gözlemlendiğinde kanama akla gelmeli ve intravenöz mayi replasmanı artırılarak gerekirse acil cerrahi müdahale uygulanmalıdır. Kanama kontrolü için yeniden ameliyata alınacak hastalar tok kabul edilir, nazogastrik tüple mide boşaltılır. Hızlı indüksiyon ve krikoid bası ile entübe edilir. Postop analjezi için sistemik analjeziklerle tedaviye başlanırken, ağrının emosyonel komponenti de unutulmamalı ve ailesi uygun bir zamanda yanına alınarak güven duygusu sağlanmalıdır (1, 2, 5).

### KAYNAKLAR

1. Butterworth, JF. Mackey, DC. Wasnick, JD. (2015). *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology* (F. Handan CUHRUK, Çev. Ed. ). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri
2. Özatamer, O. (2012). Kulak Burun Boğaz Cerrahisinde Anestezi. Yüksel Keçik (Ed. ), *Temel Anestezi* içinde (s. 599-621). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri
3. Henderson, J. Airway management in the adult. Miller, RD. (Ed). In *Miller's Anesthesia*, 7th edition, Philadelphia, Churchill Livingstone 2010; 1573-1610.
4. Peterson, GN. Domino, KB. Caplan, RA. Management of the difficult airway: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 2005; 103:33-39.
5. Özatamer, O. (2010). Kulak Burun Boğaz Cerrahisinde Anestezi. Filiz Tüzüner (Ed. ), *Anestezi Yoğun Bakım Ağrı* içinde (s. 677-702) Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri
6. Feldman, MA. Patel, A. Anesthesia for eye, ear, nose and throat surgery. Miller RD (Ed. ), In *Miller's Anesthesia*, 7th edition, Philadelphia, Churchill Livingstone 2010; 2357-2388.
7. Bhattacharya, M. Kallet, RH. Ware, LB. Negative Pressure Pulmonary Edema. *Chest* 2016 Oct, 150 (4), 927-933. Doi:10. 1016/j. chest. 2016. 03. 043
8. Turhan, KSC. Kontrollü hipotansiyon. *J of Anesth Rean* 2008; 1 (3): 44-53.
9. Sheinbein, DS. Loeb, RG. Laser surgery and fire hazards in ear, nose and throat surgeries. *Anesthesiol Clin* 2010; 28 (3): 485-496.
10. Biro, P. Jet ventilation for surgical interventions in the upper airway. *Anesthesiol Clin* 2010; 28 (3): 397-409.
11. Carney, AS. Antic, NA. Catcheside, PG. Sleep Apnea Multilevel Surgery (SAMS) trial protocol: a multicenter randomized clinical trial of upper airway surgery for patients with obstructive sleep apnea who have failed continuous positive airway pressure. *SLEEP*, 2019; 42 (6):1-8 Doi:10. 1093/sleep/zsz056.