



BÖLÜM 18

LARINGOPLASTİ ANESTEZİSİ

Esra UYAR TÜRKYILMAZ¹

GİRİŞ

Larinks, anatomik olarak kıkırdak bir iskelet, ekstrensek ve intrinsek kaslar ve mukoza dokusundan oluşan bir yapıya sahiptir. Larinksin temel fonksiyonu fonasyonun oluşturulması ve havayolunun korunmasıdır.

Laringeal çatı cerrahisi, larinksin destekleyici yapısını değiştiren ve fonksiyonel iyileşmeyi hedefleyen fono cerrahiler için kullanılan genel bir terimdir. Laringoplasti terimi laringeal çatı cerrahisi kadar kapsayıcı olmasa da rutinde laringeal çatı cerrahisi terimi yerine kullanılır. Laringeal çatı cerrahisi hedeflenen amaca göre dört ana gruba ayrılabilir (1,2).

- Yakınlaştırma laringoplastisi (yetersiz glottik kapanmanın düzeltilmesi): enjeksiyon laringoplasti, medializasyon laringoplasti, aritenoid addüksiyon, aritenopeksi
- Genişletme laringoplastisi (vokal kord hiperaddüksiyonunun veya bilateral vokal kord paralizisinin düzeltilmesi): lateralizasyon tiroplastisi, vokal kord abdüksiyonu

¹ Uzm. Dr., Ankara Şehir Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, esrauyarturkyilmaz@yahoo.com

yonlarında daha az ödemle bile havayolu obstrüksiyonu olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Operasyon odasında veya uyanma ünitesinde nebulizatörle rasemik epinefrin veya daha ciddi vakalarda trakeostomiye bile ihtiyaç duyabilen stridor meydana gelebilir (5). Ayrıca aradan yıllar geçmiş olsa bile bu hastalarda havayolu enstrümantasyonu, laringoplasti implantının çıkmasına neden olabilir (19).

Anestezist, bu hastalarda havayolu problemleri yaşayabileceğinin farkında olmalı ve havayolu travması riskini azaltmak için daha küçük bir endotrakeal tüp kullanımı düşünülmelidir. Entübasyon ve ekstübasyon çok yumuşak yapılmalı ve ekstübasyonda endotrakeal tüp kafi tamamen inik olmalıdır. Bu hastalarda postoperatif dönemde de yakın takip gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Friedrich G, de Jong FI, Mahieu HF, Benninger MS, Isshiki N. Laryngeal framework surgery: a proposal for classification and nomenclature by the Phonosurgery Committee of the European Laryngological Society. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2001;258(8):389-396. doi:10.1007/s004050100375
2. Friedrich G, Remacle M, Birchall M, Marie JP, Arens C. Defining phonosurgery: a proposal for classification and nomenclature by the Phonosurgery Committee of the European Laryngological Society (ELS). *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2007;264(10):1191-1200. doi:10.1007/s00405-007-0333-x
3. Brünings, W . Über eine neue Behandlungsmethode der Rekurrenslähmung. *Verhandl Ver Deutsch Laryngol.* 1911;8:93-151.
4. Oğuz H, Kalgın Kaytez S, Akbulut S. Enjeksiyon Laringoplasti Materyalleri. *J Clin Anal Med* 2013;4(4): 340-3
5. Benninger MS, Kopyeva T. Anesthesia for laryngoplasty. In: Abdelmalak B, Doyle J, eds. *Anesthesia for Otolaryngologic Surgery.* Cambridge: Cambridge University Press; 2012:245-254. doi:10.1017/CBO9781139088312.029
6. Arpacı AH, Bozkırlı F. Comparison of sedation effectiveness of remifentanyl-dexmedetomidine and remifentanyl-midazolam combinations and their effects on postoperative cognitive functions in cystoscopies: A randomized clinical trial. *J Res Med Sci.* 2013;18(2):107-114.
7. Jense RJ, Souter K, Davies J, Romig C, Panneerselvam A, Maronian N. Dexmedetomidine sedation for laryngeal framework surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2008;117(9):659-664. doi:10.1177/000348940811700905
8. Abdelmalak B, Gutenberg L, Lorenz RR, Smith M, Farag E, Doyle DJ. Dexmedetomidine supplemented with local anesthesia for awake laryngoplasty. *J Clin Anesth.* 2009;21(6):442-443. doi:10.1016/j.jclinane.2008.11.009

9. Handlogten KS, Ekbom DC, Hamre MC, Weingarten TN, Schroeder DR, Seelhammer TG. Anesthetic management for medialization laryngoplasty using concurrent infusions of dexmedetomidine, remifentanyl, and propofol versus controls. *Am J Otolaryngol*. 2019;40(2):147-151. doi:10.1016/j.amjoto.2019.01.003
10. Stevens MH, White PF. Monitored anesthesia care. In: Miller RD, editor. *Anesthesia*. 4th ed., New York, NY: Churchill Livingstone; 1994. p. 1465–80.
11. Bielamowicz S, Gupta A, Sekhar LN. Early arytenoid adduction for vagal paralysis after skull base surgery. *Laryngoscope*. 2000;110(3 Pt 1):346-351. doi:10.1097/00005537-200003000-00003
12. Griffin M, Russell J, Chambers F. General anaesthesia for thyroplasty. *Anaesthesia*. 1998;53(12):1202-1204. doi:10.1046/j.1365-2044.1998.00609.x
13. Sproson E, Nightingale J, Puxeddu R. Thyroplasty type I under general anaesthesia with the use of the laryngeal mask and a waking period to assess voice. *Auris Nasus Larynx*. 2010;37(3):357-360. doi:10.1016/j.anl.2009.07.009
14. Karmarkar A, Wisely NA, Wooldridge W, Jones P. Thyroplasty under total intravenous anaesthesia with intermittent positive pressure ventilation. *Eur J Anaesthesiol*. 2007;24(12):1041-1044. doi:10.1017/S0265021507000683
15. Hamre MC, Ekbom DC, Handlogten KS, Weingarten TN, Seelhammer TG. Anesthetic Management for Medialization Laryngoplasty Performed Under Concurrent Dexmedetomidine, Remifentanyl, and Propofol Infusions. *J Voice*. 2020;34(1):134-139. doi:10.1016/j.jvoice.2018.09.002
16. Kanazawa T, Watanabe Y, Hara M, et al. Arytenoid adduction combined with medialization laryngoplasty under general anesthesia using a laryngeal mask airway. *Am J Otolaryngol*. 2012;33(3):303-307. doi:10.1016/j.amjoto.2011.08.008
17. Tucker HM, Wanamaker J, Trott M, Hicks D. Complications of laryngeal framework surgery (phonosurgery). *Laryngoscope*. 1993;103(5):525-528. doi:10.1288/00005537-199305000-00008
18. Cotter CS, Avidano MA, Crary MA, Cassisi NJ, Gorham MM. Laryngeal complications after type 1 thyroplasty. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995;113(6):671-673. doi:10.1016/s0194-5998(95)70003-x
19. Ayala MA, Patterson MB, Bach KK. Late displacement of a Montgomery thyroplasty implant following endotracheal intubation. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2007;116(4):262-264. doi:10.1177/000348940711600407