



BÖLÜM 21

HAVA YOLU PANENDOSKOPİSİNDE ANESTEZİ

Fatma KAVAK AKELMA¹

GİRİŞ

Panendoskopi, laringoskop, mikroskop aracılığıyla yapılan mikrolaringoskopi, özefagoskopi ve bronkoskopi işlemlerinin tamamını ifade eder. Bu bölümde kulak burun boğaz cerrahisinde endoskopik yöntemin kullanıldığı, orofarenks, larinks ve hipofarinks değerlendirmeleri ve cerrahisi esnasındaki anestezi yaklaşımlarından bahsedilecektir. Transoral robotik cerrahide endoskopik yöntemler arasında sayılabilir fakat bu konu ayrı bir bölümde tartışılacaktır.

Endolaringeal cerrahi ilk olarak 1861 yılında Victor Von Bruns tarafından uygulandı. Sonrasında 1912'de Killian ilk kez süspansiyon laringoskopi kullanılarak iki elini serbestleştirip larinks patolojilerinde daha özgür hareket edebilme olanağı sağlamıştır. 1950'li yıllarda endotrakeal entübasyonun başlamasıyla hasta stabilizasyonu sağlanmış ve cerrahide başarı oranı artmıştır. 1960 yılında süspansiyon mikrolaringoskopi cerrahisinin devreye girmesi ve Kleinsasser tarafından 1974 yılında yaygınlaştırılan teknik sayesinde lezyonlar büyük mikroskopik boyutta da gözlenmeye başlamıştır. Bu teknik sayesinde lezyonlar daha net ve büyük değerlendirilebilmiş, cerrahi başarı şansı artmıştır (1). Tüm bu gelişmelerden sonra 1970'li yıllarda karbondioksit (CO₂) lazer geliştirilmiş ve endolaringeal

¹ Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, fatmakavak@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. M Tarhun Y. Basic principles of microlaryngeal surgery in benign larynx lesions. *Archives of Otolaryngology and Rhinology*. 2020;6(2):012-5. doi:10.17352/2455-1759.000114
2. Eshaq M, Chun RE, Martin T, Link TR, Kerschner JE. Office-based lower airway endoscopy (OLAE) in pediatric patients: a high-value procedure. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2014;78(3):489-492. doi:10.1016/j.ijporl.2013.12.026
3. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, et al. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2013;118(2):251-270. doi:10.1097/ALN.0b013e31827773b2
4. Nimmagadda U, Salem MR, Crystal GJ. Preoxygenation: Physiologic Basis, Benefits, and Potential Risks. *Anesth Analg*. 2017;124(2):507-517. doi:10.1213/ANE.0000000000001589
5. Nimmagadda U, Chiravuri SD, Salem MR, et al. Preoxygenation with tidal volume and deep breathing techniques: the impact of duration of breathing and fresh gas flow. *Anesth Analg*. 2001;92(5):1337-1341. doi:10.1097/00000539-200105000-00049
6. Lyons C, Callaghan M. Apnoeic oxygenation with high-flow nasal oxygen for laryngeal surgery: a case series. *Anaesthesia*. 2017;72(11):1379-1387. doi:10.1111/anae.14036
7. Lyons C, Callaghan M. Uses and mechanisms of apnoeic oxygenation: a narrative review. *Anaesthesia*. 2019;74(4):497-507. doi:10.1111/anae.14565
8. Huang L, Dharmawardana N, Badenoch A, Ooi EH. A review of the use of transnasal humidified rapid insufflation ventilatory exchange for patients undergoing surgery in the shared airway setting. *J Anesth*. 2020;34(1):134-143. doi:10.1007/s00540-019-02697-3
9. Özkan D, Ergil j, Dönmez A. High Frequency Jet Ventilation HFJ Applications For Upper Airway Surgery. *JARSS* 2016; 24:8-12
10. Ross-Anderson DJ, Ferguson C, Patel A. Transtracheal jet ventilation in 50 patients with severe airway compromise and stridor. *Br J Anaesth*. 2011;106(1):140-144. doi:10.1093/bja/aeq278
11. Anjum Ahmed-Nusrath F. Anaesthesia for head and neck cancer surgery. *BJA Education*. 2017;Volume 17:383-9. doi.org:10.1093/bjaed/mkx028,