



## TİROİD CERRAHİLERİNDE ANESTEZİ

Salih AKTAŞ<sup>1</sup>

### PREOPERATİF DEĞERLENDİRME

Rutin preoperatif anestezi değerlendirmesinin bir bölümünü de oluşturan tiroid fonksiyon bozuklukları sıkça karşılaşılan, genellikle operasyona engel olmayan fakat dikkatten kaçmaması gereken bir durumdur. Hafif ve orta düzeyde tiroid fonksiyon bozuklukları genellikle peroperatif pek bir sorun teşkil etmemektedir (1,2). Hipotiroidi-hipertiroidi semptomları hasta yaşının ilerlemesiyle daha zor tanı alabilir. Anamnezde hipertiroidi hastaları taşikardi, aritmiler, çarpıntı, tremor, kilo kaybı ve diyare gibi semptomlar ile karşımıza çıkarken, hipotiroidide hipotansiyon, bradikardi, letarji, kilo alımı, perikardiyal effüzyon gibi bir tablo çizebilir. Hastalar ayrıca guatr ilişkili olarak yutma güçlüğü, dispne, ortopne, wheezing tarifleyebilir. Daha önceden tiroid açısından değerlendirilmemiş yukarıda sayılan semptomlara sahip hastalardan tiroid fonksiyon testleri istenmesi gerekir. Hasta 6 ay içerisinde değerlendirildi ve ötiroid haldeyse mevcut tedavisinin devamı uygundur. İleri tetkike gerek bulunmamaktadır. Ancak tiroid cerrahisi geçirecek, özellikle hipertiroidik hastalarda yeni tiroid fonksiyon testlerinin görülmesi uygun olur. Ayrıca multiple endokrin neoplazi (MEN) nedenli opere olacak hastaların mutlaka endokrinoloji birimine konsültasyonu ve multidisipliner bir preoperatif hazırlık sürecinden geçmesi gerekmektedir (3).

Preoperatif değerlendirmede bir diğer aşama mevcut medikasyonların düzenlenmesidir. Stres, cerrahi veya hastalık tiroid değerlerini bozabilmekte, mik-södem veya tiroid fırtınasına sebep olabilmektedir. Cerrahi elektif ise hastanın ötiroid hale gelmesi beklenmelidir. Eğer acil ise hipertiroidi hastaları  $\beta$ -blokör ( $T_4$ - $T_3$  dönüşümünü baskıladığı göz önünde bulundurulmalı), anti-tiroid ilaçlar

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, salihaktasch@gmail.com

niden değerlendirilmesini gerektirebilir. Yara içerisinde oluşabilecek hematoma gibi durumlar kolayca sinire bası yapılıp hasarı taklit edebilir. Operasyon bitiminde venöz doluşu daha iyi görebilmek adına anesteziden sıklıkla 10-20 saniyelik int-ratorasik basıncı artırması istenir (Valsalva manevrası) ve hemostaz sağlanır (6). Buna rağmen hematoma, hayati tehlike arz eden komplikasyonlar arasında önemli bir yere sahiptir. Hematoma bası etkisiyle havayolunu kapatabilir ve acil müdahale gerektirir. Bu tip durumlarda cerrahi alan hızlıca açılmalı ve hematoma boşaltılmalıdır. Postoperatif takip sırasında anestezi ekibi cerrahın orada bulunmama ihtimaline karşı böyle bir müdahaleye hazır olmalı, cerrahi sütürleri açabilmelidir.

Tiroid cerrahisi sonrası karşılaşılan başka bir durum ise hipoparatiroidizmdir. 4 paratiroid bezinin çıkarılması 12-72 saat içerisinde hipokalsemiye neden olur (7). Bu açıdan cerrahi servisleri ve yoğun bakımlarda dikkatli olunmalıdır. Az gelişen başka bir komplikasyon ise genellikle boyun diseksiyonlarına sekonder olabilen pnömotorakstır. Postoperatif hastada dispne ve takipne geliştiğinde vokal kord ilişkili durumlar yanında unutulmamalıdır.

Risk açısından daha az önemli fakat hasta konforu açısından önemli durumlar arasında postoperatif bulantı kusma ve cerrahi işlem sırasındaki hiperekstansiyon nedeniyle oluşan boyun ağrısı dikkati çekmektedir. Cerrahi alan ağrısı minimal olup genellikle tolere edilebilir fakat boyun ağrısı için sıklıkla ek analjezik ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Analjezi amacıyla steroid dışı antiinflamatuvarlar ile parasetamol kombine edilerek kullanılabilir. Bulantı kusmaya karşı granisetron ve deksametazon oldukça etkili olmaktadır (8).

## KAYNAKLAR

1. Glassenberg R. Anesthesia for Otolaryngologic Surgery. *Anesthesiology*. 2014;121(5):1133-33.
2. Komatsu R, You J, Mascha EJ, Sessler DI, Kasuya Y, Turan A. The effect of hypothyroidism on a composite of mortality, cardiovascular and wound complications after noncardiac surgery: A retrospective cohort analysis. *Anesth Analg*. 2015;121(3):716-726. DOI: 10.1213/ANE.0000000000000805
3. Wijesundera DN. Preoperative Evaluation In: *Miller's Anesthesia, Ninth Edition*. edn. Philadelphia: Elsevier.
4. Bacuzzi A, Dionigi G, Del Bosco A, et al. Anaesthesia for thyroid surgery: perioperative management. *Int J Surg*. 2008;6:82-85. DOI: 10.1016/j.ijsu.2008.12.013
5. Arora N, Dhar P, Fahey TJ. 3rd: Seminars: local and regional anesthesia for thyroid surgery. *J Surg Oncol*. 2006;94(8):708-713. DOI: 10.1002/jso.20694
6. Ready AR, Barnes AD. Complications of thyroidectomy. *Br J Surg*. 1994;81(11):1555-56. DOI: 10.1002/bjs.1800811103
7. Lee NJ, Blakey JD, Bhuta S, Calcaterra TC. Unintentional parathyroidectomy during thyroidectomy. *Laryngoscope*. 1999;109(8):1238-40. DOI: 10.1097/00005537-199908000-00010
8. Fujii Y. Retraction Notice: The Benefits and Risks of Different Therapies in Preventing Postoperative Nausea and Vomiting in Patients Undergoing Thyroid Surgery. *Curr Drug Saf*. 2008;3(1):27-34. DOI: 10.2174/157488608783333934