



TİROİDEKTOMİ (TEK TARAFLI /TOTAL)

Mehmet Çetin KOTAN¹
Ümit Haluk İLİKLERDEN²
Tolga KALAYCI³

GİRİŞ

Tiroidektomi, modern tıpta yaygın olan ve tiroid bezini çıkarmak için kullanılan iyi tanımlanmış bir prosedürdür. Tiroid bezi ile alakalı malignitelerde, benign hastalıkta veya tıbbi tedaviye yanıt vermeyen hormonal hastalığı tedavi etmek için tiroidektomi uygulanmaktadır (1). Billroth ve Kocher klasik tiroidektominin öncülleri olup; tiroidektominin ilk uygulandığı dönemlerde tiroidektomi mortalitesi %8 idi. Ameliyatın genel ilkeleri aynı kalırken; teknik, teşhis, göreceli anatomi anlayışı, anestezi teknikleri ve teknolojideki gelişmeler tiroidektomilerin dünyanın çoğu yerinde ölüm oranı %1'in altında olan standart, etkili ve güvenli bir prosedür haline gelmesine olanak sağlamıştır (2).

TİROİDEKTOMİ HAZIRLIĞI

Tiroidektomi için bir ameliyat cerrahı, bir cerrahi asistan, bir ameliyathane hemşiresi ve bir anestezi uzmanı gereklidir. Prosedür genel anestezi altında yapılmaktadır. Varsa ikinci bir cerrahi asistan retraksiyon için değerlidir. Malzeme olarak da baş-boyun cerrahisinde kullanılan malzemeleri içeren bir cerrahi set, varsa tekrarlayan laringeal sinir izleme endotrakeal tüp, varsa sinir monitörü veya sinir stimülatörü, cerrahın tercihinine göre dikişler ve/veya hemostatik klipsler ve cerrahın tercihinine göre enerji cihazları gerekli olarak malzemelerdir. Hastaya yarı oturur pozisyon, çene geriye dönük, boyun ve omuzların altından destekli olacak şekilde pozisyon verilir. Venöz kanlanmayı azaltmak için 30° anti-trendelenburg pozisyon uygundur.

¹ Prof. Dr., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., cetinkotan@hotmail.com

² Doç. Dr., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., umithalukiliklerden@hotmail.com

³ Doç. Dr., Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., dr.tolgakalayci@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Bible KC, Kebebew E, Brierley J, et al. 2021 american thyroid association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer: American thyroid association anaplastic thyroid cancer guidelines task force. *Thyroid*. 2021;31(3):337-86. DOI: 10.1089/thy.2020.0944
2. Giddings A. The history of thyroidectomy. *J R Soc Med*. 1998;91(33):3-6. DOI: 10.1177/014107689809133S02
3. Henry LR, Solomon NP, Howard R, et al. The functional impact on voice of sternothyroid muscle division during thyroidectomy. *Ann Surg Oncol*. 2008;15(7):2027-33. DOI: 10.1245/s10434-008-9936-8
4. Serpell JW, Grodski S, Yeung M, Swann J, Kemp S, Johnson W. Hemithyroidectomy: a heuristic perspective. *ANZ J Surg*. 2008;78(12):1122-7. DOI: 10.1111/j.1445-2197.2008.04764.x
5. Bliss RD, Gauger PG, Delbridge LW. Surgeon's approach to the thyroid gland: surgical anatomy and the importance of technique. *World J Surg*. 2000;24(8):891-7. DOI: 10.1007/s00268-001-0051-2
6. Sitges-Serra A, Lorente-Poch L, Sancho J. Parathyroid autotransplantation in thyroid surgery. *Langenbecks Arch Surg*. 2018;403(3):309-15. DOI: 10.1007/s00423-018-1654-5