

Opere Dil Skuamoz Hücreli Karsinomu, Agnatisi ve Beklenen Zor Havayolu Olan Bir Olguda Acil Retrograd Endotrakeal Entübasyon İle Zor Havayolu Yönetimi

40. BÖLÜM

Hasan ÖZAL¹
Esra MERCANOĞLU EFE²

ÖZET

Zorhavayolu, deneyimli bir anestezi uzmanının, hastayı maske ile havalandırmada ve/veya trakeal entübasyonda karşılaştığı zorluk anlamına gelmektedir (1,2).

Ventilasyon ve zor entübasyonda zorluğa sebep olanlar arasında; hastaya ait anatomik sebepler (kısa-kaslı boyun, kısıtlı boyun hareketi, ağız açıklığı vs), konjenital anomalik sebepler (koanal atrezi, yarık damak-dudak vs), inflamatuvar, dejeneratif fibrotik sebepler (abse, epiglottit vs), tümörler, endokrin sebepler, yabancı cisim olarak sayılabilmektedir (1).

Bu yazıda, dil skuamoz hücreli karsinoma sebebiyle mandibula rezeksiyonu sonrasında agnatisi olan, elektif trakeostomi planlanırken çok düşük doz sedasyon ile beklenmedik bir şekilde solunum arresti gelişen ve acil koşullar altında sadece retrograd endotrakeal entübasyon (REE) ile havayolu sağlanabilen bir olguda zor havayolu yönetimini paylaşmayı amaçladık.

OLGU

Preoperatif Dönem

55 yaşında, erkek, 70 kg, 177 cm boyunda, dil skuamoz hücreli karsinomu olan hasta trakeostomi ve ardından perkütan enteral gastrostomi (PEG) açılması planlanması üzerine preoperatif değerlendirilmeye alındı.

Anamnezde ek hastalık ve kullandığı ilaç yoktu. Dil skuamoz hücreli karsinom sebebi ile operasyon öyküsü vardı.

¹ Uzm. Dr., SBÜ, Bursa Tıp Fakültesi, Bursa Şehir Hastanesi, SUAM, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, drhozal@hotmail.com

² Doç. Dr., SBÜ, Bursa Tıp Fakültesi, Bursa Şehir Hastanesi, SUAM, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, esramercan76@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Koruk S, Tanrıverdi GÖ, Gül R, Temel M, Göksu S, Öner Ü. Bilateral Yarı Damak Yarı Dudak Olgusunda Entübasyon Deneyimimiz. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2009; 15:29-32.
2. Çeliker V, Çelebi N, Uzun Ş. Zor Havayolu ve Yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006; 2:40-46.
3. Kayhan Z. Klinik anestezi. 3. Baskı, İstanbul. Logos Yayıncılık Tic. A.Ş 2004, 254-256.
4. Toker K. Identification and approach of difficult airway. İn:Tüzüner F(ed). *Anesthesia Intensive care and pain*. 1.print Nobel Medicine Bookstore. Ankara 2010,pp 141-157.
5. Gal TJ. Airway management. In: Miller RD, ed. *Miller's Anesthesia*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p.1617-52.
6. American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. 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* 2003;98:(5)1269-77.
7. Crosby ET, Cooper RM, Douglas MJ, Doyle DJ, Hung OR, Labrecque P, et al. The unanticipated difficult airway with recommendations for management. *Can J Anaesth* 1998;45(8): 757-76.
8. Heidegger T, Gerig HJ, Henderson JJ. Strategies and algorithms for management of the difficult airway. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2005;19(4):661-74.
9. Powell F, Özdil T. A translaryngeal guide wire for tracheal intubation. *Anesth Analg* 1967;46
10. Esmaoğlu A, Güler G, Eroğlu M, Ersoy Ö, Boyacı A. [Retrograde intubation using the subcricoid region]. *Anestezi Dergisi* 1996;4(3):148-50.
11. Shantha TR. Retrograde intubation using the subcricoid region. *Br J Anaesth* 1992;68(1):109-12.
12. Waters DJ. Guided blind endotracheal intubation. For patients with deformities of the upper airway. *Anaesthesia* 1963;18:158-62.
13. Hung OR, al-Qatari M. Light-guided retrograde intubation. *Can J Anaesth* 1997;44(8): 877-82.
14. Lau HP, Yip KM, Liu CC. Rapid airway access by modified retrograde intubation. *J Formos Med Assoc* 1996;95(4):347-9.
15. Gill M, Madden MJ, Gren SM. Retrograde endotracheal intubation: an investigation of indications, complications, and patient outcomes. *Am J Emerg Med* 2005;23(2):123-6.
16. Cheng KS, Ng JM, Li HY, Hartigan PM. Vallecular cyst and laryngomalacia in infants:report of six cases and airway management. *Anesth Analg* 2002;95:1248-50.