

# TİROTOKSİKOZ HASTASINDA CERRAHİYE HAZIRLANMA VE PERİOPERATİF DÖNEMDE YAKLAŞIM

## 27. BÖLÜM

Leyla İRAK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Tiroid hastalıkları toplumda sık olarak görülen hastalıklardır, kadın hastalarda ve ileri yaşta prevalansı artmaktadır.

Preoperatif tiroid hastalığı taraması tüm hastalar için şart değildir. Fakat hastanın öyküsü veya fizik muayenesi tiroid hastalığını destekliyorsa TSH ölçümü yapılmalıdır. Çünkü tiroid hastalığının perioperatif olumsuz sonuçları olabilir. Bu olumsuzlukları öngörmek ve engellemek için preoperatif değerlendirmede TSH bakılır. <sup>(1)</sup>

### VAKA SUNUMU

30 yaşında, kadın hasta. Genel cerrahi tarafından lipom eksizyonu planlanıyor. Terleme, ellerde tremor, kilo kaybı, çarpıntısı olan hastadan tiroid fonksiyon testleri isteniyor. TSH: <0,015 mU/L, sT4 : 24 ng/L olarak saptanınca endokrinoloji polikliniğine yönlendiriliyor.

**Öykü:** 3 aydır çarpıntı ve terlemesi olan hasta, bu süre içinde yaklaşık 5 kilogramlık kilo kaybı tarifliyor.

**Özgeçmiş:** Bilinen bir hastalığı, operasyon öyküsü yok.

**Soygeçmiş:** Ailede tiroid hastalığı var.

**Fizik Muayene:** Kalp tepe atımı 120/dk ritmik. Kan basıncı 140/80 mmHg. Tiroid evre II palpabl. Ellerde ince tremoru var. Oftalmopatisi mevcut.

**Laboratuvar:** sT3: 9,08 ng/L (N: 2,5-4,37 ng/L), sT4: 24 ng/L (N :6,1-11,2 ng/L), TSH: <0,015 mU/L (N: 0,34-5,60 mU/L), Anti TPO: 199 IU/ml (N: 0-9 IU/mL), Tiroid Stimulan Immunglobulin (TSİ): 6 IU/L (N:<0,1 IU/L), (Graves hastalığı: >0,55 IU/L)

**Elektrokardiyografi:** Sinüzal taşikardisi var.

**Tiroid Dopler USG:** Sağ lob 16x19x43 mm; Sol lob 18x20x34 mm; İsthmus 2 mm. Her iki lob heterojen, nodül yok. Belirgin vaskülarite artışı izlendi.

**Tiroid Sintigrafisi:** Tiroid bezi normal anatomik lokalizasyonundadır. Boyutları artmış aktivite dağılımı heterojendir. Tiroid bezi uptake artmış, background aktivite tutulumu azalmıştır (Graves?). Sintigrafik olarak belirgin nodüler oluşum izlenmemiştir.

**Klinik Seyir:** Hastaya Basedow-Graves hastalığı tanısı konuldu. Hemogramı istendi, nötropenisi olmadığı görüldü, kan biyokimyasında transaminazları (ALT, AST) normalin üst sınırını 2 kat aşmıştı.

<sup>1</sup> Uzm.Dr. Leyla Irak, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD, T.C. SB Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, leylairak1@hotmail.com

normal oluncaya dek elektif cerrahi ertelenebilir çünkü tiroid fırtınası riski vardır.

- Aşikâr hipertiroidisi olan hastalar acil cerrahiye girecekse öncelikle Atenolol gibi bir beta bloker verilip kalp hızı 80 atım/dk'nın altında tutulur.
- Aşikâr hipertiroidisi olan hastalara Metimazol 20-30 mg/gün olarak verilir. Gebeliğin ilk trimestri dışında Propiltiourasil tercih edilmez.
- Aşikâr hipertiroidisi olan hastalar acil cerrahiye girecekse Potasyum iyodür solüsyonu günde 3 kez 1-5 damla arası verilebilir.
- Aşikâr hipertiroidisi olan hastalarda steroidler T4'ün T3'e dönüşümünü azalttığından dolayı preop dönemde Hidrokortizon 8 saatte bir 100 mg dozundan başlanıp postop 3 gün devam edilir.
- Aşikâr hipertiroidili hastalarda bu ilaçlara yeterli cevap alınmazsa Kolestiramin 4 gramlık dozdan günde 4 kez olmak üzere kullanılabilir.
- Aşikâr hipertiroidili hastalarda acil cerrahi öncesi plazmaferez de uygulanabilir.
- Tiroid cerrahisi öncesi oral kalsiyum ve D vitamini başlanması postoperatif dönemde hipokalsemi riskini azaltır.

SurgRes 2000; 90:161.

9. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid* 2016; 26:1343.
10. Werga-Kjellman P, Zedenius J, Tallstedt L, et al. Surgical treatment of hyperthyroidism: a ten-year experience. *Thyroid* 2001; 11:187.

## KAYNAKLAR

1. Jackson MB, Mookherjee S, Hamlin NP. The Perioperative Medicine Consult Handbook Second Edition. *Thyroid Disease Chapter 15* 2015; 97:106.
2. Frost L, Vestergaard P, Mosekilde L. Hyperthyroidism and risk of atrial fibrillation or flutter: a population-based study. *Arch Intern Med* 2004; 164:1675.
3. Woeber KA. Thyrotoxicosis and the heart. *N Engl J Med* 1992; 327:94.
4. Geffner DL, Hershman JM. Beta-adrenergic blockade for the treatment of hyperthyroidism. *Am J Med* 1992; 93:61.
5. Fischli S, Lucchini B, Müller W, et al. Rapid preoperative blockage of thyroid hormone production / secretion in patients with Graves' disease. *Swiss Med Wkly* 2016; 146: w14243.
6. Baeza A, Aguayo J, Barria M, Pineda G. Rapid preoperative preparation in hyperthyroidism. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1991; 35:439.
7. Hughes OR, Scott-Coombes DM. Hypocalcaemia following thyroidectomy for treatment of Graves' disease: implications for patient management and cost-effectiveness. *J Laryngol Otol* 2011; 125:849.
8. Palit TK, Miller CC 3rd, Miltenburg DM. The efficacy of thyroidectomy for Graves' disease: A meta-analysis. *J*