

Geçirilmiş Baş-Boyun Cerrahisi ve Radyoterapi Hikâyesi Bulunan Hastada Entübasyon Sonrası Gelişen Abondan Nazofarengeal Kanama

Massive Nasopharyngeal Bleeding After Intubation in a Patient with History of Head and Neck Surgery and Radiotherapy: Case Report

Meltem GÜNER CAN,^a
Rüya GÖZ,^a
Şule TURGUT BALCI,^b
Uğur ÇINAR^c

^aAnesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği,
Kulak Burun Boğaz Kliniği,
Acibadem International Hospital,

^bAnesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği,
Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 25.03.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 05.07.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Meltem GÜNER CAN
Acibadem International Hospital,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği,
İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
drmeltemguner@yahoo.com

ÖZET Radyoterapi ve cerrahi tedavi; baş-boyun kanserlerinin tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve beklenen yaşam süresinde belirgin iyileşme sağlayan yöntemlerdir. Fakat bu tedaviler; hastanın yaşam kalitesini belirgin olarak etkileyen, birçok ciddi yan etki ile ilişkilidir. Servikal radyoterapi sonrası yumuşak dokuda meydana gelen fibrozis; trismus oluşumu ve boyun ekstansiyonunda kısıtlılığa neden olur. Bu durum larinksin görülmesini zorlaştırır ve zor entübasyona predispozisyon oluşturur. Bu çalışmada, gastrointestinal sistem kanaması nedeni ile acil cerrahi yapılacak, öz geçişinde maksiller sinüs sarkomu nedeni ile sinüs ve göz enükleasyonu ile radyoterapi bulunan, zor entübasyon beklentisi olan hastada entübasyon sonrası gelişen abondan nazofarengeal kanamaya multidisipliner yaklaşımımız sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hava yolu yönetimi; radyoterapi; kanama

ABSTRACT Radiotherapy and surgery have been widely used in treating malignant lesions on the head and neck, with improvement in patient survival rates. However, these treatment modalities are still associated with several adverse reactions that affect patient quality of life significantly. Fibrosis soft tissues may suffer after servical radiotherapy, can lead trismus and difficulty in head extension. It induces difficulty in visualising larynx and predisposes difficult intubation. In this case report, we discussed the multidisciplinary management applied for massive nasopharyngeal bleeding after intubation in a patient with history of surgery and radiotherapy for maxillar sinus sarcoma who undergone an emergent operation for gastrointestinal bleeding with intubation difficulty expectation.

Key Words: Airway management; radiotherapy; hemorrhage

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2015;23(3):302-5

Radyoterapi ve cerrahi, baş-boyun kanserlerinde sıkça kullanılan tedavi modaliteleridir. İyonize radyasyonun antitümör etkisi yanında uygulandığı bölgede normal dokular üzerine zararlı etkileri de bulunmaktadır. Mukoza, tükürük bezleri, dış-dış etleri, kemik, kas ve eklemler; erken ya da geç dönem yan etkilerinin görülebildiği yapılardır. Cerrahi rezeksiyon ve radyoterapi birlikteliğinde uzun dönem komplikasyonlar (konuşma, çiğneme ve yutmada fonksiyonel bozukluk, kronik fistül oluşumu, yumuşak doku nekrozu, ciddi şekil bozuklukları, kraniyal sinir hasarı ilişkili nörolojik defisitler gibi) oldukça sık görülmektedir. Bu komplikasyonlar hastanın yaşam kalitesini uzun dönemde oldukça kötü etkilemektedir.

doi: 10.5336/caserep.2014-39700

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

Boyun bölgesine alınan radyoterapi dil kökünde endüryasyona, ağız açıklığı ve boyun ekstan-siyonunda kısıtlılığa neden olarak larinksin görülmesini zorlaştırmakta ve dolayısıyla zor entü-basyona predispozisyon oluşturmaktadır.¹ Bu tip hastalarda preoperatif olarak değerlendirilen Mal-lampati skoru, baş ekstan-siyonu ve ağız açıklığı; zor hava yolu yönünden uyarıcı olabilir.

Bu çalışmada; geçmişte maksiller sinüs sar-komu nedeni ile sinüs ve göz enükleasyonu yapı-lan ve aynı zamanda radyoterapi öyküsü bulunan hastada zor hava yolu hazırlığı yapılarak sorunsuz gerçekleştirilen endotrakeal entübasyon sonrası beklenmedik bir komplikasyon olarak gelişen masif hemoraji sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yetmiş sekiz yaşındaki kadın hasta, hematemez şikâyeti ile acil servisimize başvurdu. Başvurduğunda tansiyon (TA): 85/60 mmHg, kalp atım hızı (KAH): 107 atım/dk ve SpO₂ değeri %89 olan hasta, vital bulguları stabil olmadığı için takip tedavi amaçlı genel yoğun bakım servisine yatırıldı. Yatışında 8,5 g/dL olan hemoglobin (Hb) değeri ve 23 000 olan beyaz küre sayısı dışında tüm kan ve biyokimya de-ğerleri normal sınırlarda idi. On gün önce femur fraktürü nedeni ile hospitalize edilen hastanın öz geçmişinde; beş yıl önce maksiller sinüs sarkomu nedeni ile geçirilmiş sinüs ve göz enükleasyonu ile flep çevrilmesi operasyonu ve aynı zamanda rad-yoterapi öyküsü de vardı.

Yoğun bakıma alınan hastada invaziv arter ve santral ven kateterizasyonu yapıldıktan sonra gas-trointestinal kanaması devam ettiği ve Hb değer-leri düştüğü (Hb 7 g/dL) için kan transfüzyonu eşliğinde acil olarak gastroskopi yapıldı, bulbusta görülen sızdırma şeklindeki kanamaya skleroterapi uygulandı, ancak fundustaki büyük odakta kanama durdurulamayarak genel cerrahi konsültasyonu ile hastanın acil cerrahiye alınmasına karar verildi. Bu arada, pulmoner emboli şüphesi ile yoğun bakıma ilk gelişinde çekilen toraks tomografisinde emboli lehine bulgu yoktu.

Preoperatif anestezi değerlendirmesinde ağız açıklığının küçük olması, Mallampati skorunun 3

olması ve geçirdiği cerrahi-radyoterapi öyküsüyle bozulan fasiyal anatomisi nedeni ile zor entübas-yon ihtimali göz önüne alınarak zor hava yolu mal-zemeleri hazırlandı. Ayrıca, devam edebilecek kanama ihtimaline karşın 6 ünite (U) B Rh negatif eritrosit süspansiyonu (ES) ve taze donmuş plazma (TDP) da hazır bulunduruldu. Daha önce yapılan kan transfüzyonları (2 U ES) ile Hb değeri 9 g/dL olan hasta operasyon odasına alınarak elektrokar-diyografi (EKG), SpO₂, invaziv arter basıncı, san-tral ven basıncı monitörizasyonu yapıldı ve vital bulgularının stabil olduğu görüldü (TA: 120/70 mmHg, KAH: 95 atım/dk, SpO₂: %95). Midesinin kanama nedeni ile dolu olduğu düşünülen hastaya hızlı seri entübasyon planlanarak 1,5 mg/kg propo-fol, 50 µg fentanil ve 0,9 mg/kg rokuronyumla in-düksiyon yapıldı. Krikoid bası uygulanan hastada beklenen entübasyon güçlüğü görülmezsizin stile kullanılarak tek seferde endotrakeal entübasyon gerçekleştirildi. Endotrakeal entübasyonun hemen ardından hastanın ağız ve burnundan abondan ka-nama gözlenmesi üzerine aktif gastrointestinal ka-namanın devam ettiği düşünülerek kan transfüzyonuna başlandı ve genel cerrahi ekibi hemen göbek üstü ve altı median insizyonu ger-çekleştirerek mideyi açtı. Midede 1 cm'lik odakta sızıntı şeklindeki kanama devam etmekle beraber, gözlenen abondan kanamayı açıklayacak başka bir odak yoktu. Lezyon koterize edilip sütüre edilirken acil kulak burun boğaz (KBB) konsültasyonu istendi. KBB uzmanı yoğun kanama olan bölgeyi as-pire ederek uzun süre görmeye çalıştı ancak kanamanın debisi nedeni ile başarılı olunamadı. Bunun üzerine iki adet foley sonda burundan so-kularak ağız içinde görüldükten sonra şişirildi ve nazofarenkse bası yapacak şekilde burundan çekildi ve kanama durduruldu. Konvansiyonel önlemlerle geçici olarak durdurulan kanamanın internal ya da eksternal karotid sistem kaynaklı olabileceği düşü-nülerek, anjiyografi ve gerekirse embolizasyon ya-pılabilmesi için girişimsel radyologla bağlantı kuruldu. Bu süreçte 6 U ES ve 6 U TDP replasmanı yapılan hastanın kan grubu B Rh negatif olduğu için daha fazla kan bulunması ile ilgili diğer hasta-nelere çağrıda bulunuldu. Hipotansif ve taşikardik seyreden hastaya noradrenalin infüzyonu başlandı

ve hastanemiz kan merkezinde B Rh negatif ya da 0 Rh negatif başka kan bulunmadığı için hasta 2,7 g/dL Hb değeri ile yoğun bakıma transfer edildi.

Yoğun bakıma alınan hasta dış merkezden getirilen 4 U ES verildikten sonra anjiyografi ünitesine alındı ve yapılan anjiyografik çekimlerde sağ internal karotis arter kavernöz segmentinde, kavernöz sinüs ve oradan da nazofarenks içine masif kanama olduğu izlendi. Fistülize olan segmentin proksimaline girişimsel radyoloji ekibi tarafından balon yerleştirilerek fistül kapatıldı ve kanama durdurularak hasta foley tamponlar çıkarılmadan yeniden yoğun bakıma transfer edildi.

Yoğun bakımdaki takiplerinde hemodinamisi düzelen hastanın vazopresör tedavisi azaltılarak kesildi, ancak masif transfüzyon yapılan hastada ciddi trombositopeni (34 000) gelişti ve sızıntı şeklindeki kanaması için trombosit, TDP ve ES transfüzyonlarına devam edildi. Takip eden altı gün boyunca sedatize edilerek mekanik ventilatörde izlenen hastanın kanaması kontrol edilerek, postoperatif altıncı gün sol, yedinci gün ise sağ nazofarengeal tamponu çekildi. Akciğer enfeksiyonu gelişen hasta uygun antibiyotik tedavi ile altı gün daha entübe olarak izlendi ve postoperatif 13. gün ekstübe edildi. Ekstübasyon sonrası sekresyonunu atamayan, fasiyal defekti nedeni ile noninvaziv mekanik ventilasyon uygulanamayan hasta progresif olarak takipnesi arttığı için ertesi gün ameliyathaneye alınarak trakeostomi açıldı. Trakeostomi sonrası yoğun bakımda altı gün daha takip edilen hasta, oksijen desteğiyle servise çıkarılıp üç ay takip ve tedavi edildikten sonra taburcu edildi. Taburculuk sonrası altı aylık takibinde hasta sorunsuzdu.

TARTIŞMA

Zor hava yolu, genel olarak bir anestezi uzmanının maske ventilasyon ya da endotrakeal entübasyonda zorlukla karşılaşması olarak tanımlanır.² Anatomik, doğuştan veya edinsel nedeni olabilir. Çeşitli çalışmalarda %1,5-20,2 arasında değişen bir sıklıkta gözlemlendiği belirtilmektedir.³ Zor entübasyon, perioperatif morbidite ve mortalite ile doğrudan ilişkili olduğundan bu ihtimali önceden belirlemek, oluşabilecek komplikasyonları azaltmak ve anes-

tezi planını belirlemek açısından oldukça önemlidir.⁴ Bizim hastamızda geçirilmiş cerrahi ve radyoterapi nedeni ile anatomi tamamen değişmiş, ağız açıklığı çok az ve Mallampati skoru 3 olarak belirlendiğinden tüm zor havayolu ekipmanları hazırlanmış olmakla beraber hastanın aktif gastrointestinal sistem kanamasının mevcudiyeti, hızlı seri entübasyonu da gerektirmekte idi. Bu nedenle öncelikle stile kullanılarak hızlı seri entübasyon denendi ve ilk denemede sorunsuz olarak entübasyon gerçekleştirildi.

Bu tür zor hava yolu beklentisi olan hastalarda yapılması gereken önemli başlıklardan biri KBB konsültasyonudur. Hastanın farenksinde radyoterapi öyküsüne bağlı olarak gelişmiş frajil bir bölgenin var olup olmadığı ve entübasyon zorluk derecesi KBB uzmanınca yapılan laringoskopi sonrasında daha net görülebilir ve hazırlıklar ona göre şekillendirilebilir. Bizim hastamızda acil cerrahi gereksinimi nedeni ile KBB konsültasyonu preoperatif olarak istenmemiştir. Bu nedenle entübasyon sonrası gelişen nazofarengeal kanamanın önceden var olan frajil bir mukoza bölgesinden mi, endoskopi işleminin meydana getirdiği travmadan mı, yoksa bizim laringoskopimizden mi kaynaklandığı tam olarak bilinmemektedir.

Zor hava yolu ihtimali yüksek olan hastamızda endotrakeal entübasyon zorlukla karşılaşmadan yapılabilmeye olmasına karşın radyoterapinin geç komplikasyonları; entübasyon sonrası hastada masif bir kanama gelişmesine yol açmıştır. Radyoterapinin geç komplikasyonları; vasküler yapı, mukoza ve bağ dokuda oluşan kronik hasar sonucu ortaya çıkmaktadır.⁵⁻⁷ Mukozal değişiklikler; epitelyal atrofi, vaskülaritede azalma ve submukozal fibrozisi içerir ve bu değişiklikler atrofik ve frajil bir bariyer oluşumuna neden olur. Nitekim endotrakeal entübasyon esnasında farenkse temas eden laringoskopumuz da böylesine atrofik ve frajil olan bir bölgeden internal juguler artere fistül oluşumuna ve kanamaya neden olmuş olabilir. Literatürde radyoterapinin uygulandığı yerle ilişkili çeşitli kanama örnekleri olmasına rağmen endotrakeal entübasyon ilişkili bu derece masif, geç bir komplikasyona rastlanmamıştır. Hastamızda var olan aktif gastrointestinal sistem kanama nedeni ile hazır bulundurulmuş kan ürünleriyle hızlı

replasmanın yapılabildiği olması, multidisipliner ve hızlı bir organizasyonla KBB ve girişimsel radyoloji ekiplerinin hastaya doğru müdahalesiyle katastrofik sonuçlar engellenmiş, fatal olması muhtemel olan bu komplikasyon tedavi edilmiştir.

Sonuç olarak baş-boyun bölgesine alınan radyoterapi ve cerrahi tedavi; anestezi uzmanları açısından özelliğindedir ve oldukça ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Anestezistin temel görevi; gerekli tüm hazırlıkları yapmak, uygun bir anestezi planı hazırlayarak olası komplikasyonları ve mortalite-

morbiditeyi azaltmak olmalıdır. Bizim hastamızda var olan akut gastrointestinal kanama nedeni ile uygun olmamakla birlikte, eğer mümkünse bu hastaların anestezi yönetiminde öncelikle hava yolunu travmatize etmeyecek olan rejyonal anestezi teknikleri mutlaka akılda bulundurulmalı, böyle özellikli hastalarda beklenmedik komplikasyonlar göz önünde bulundurularak gereken durumlarda müdahale edebilecek diğer branşlar haberdar edilmeli, hasta ve yakınları detaylı şekilde bilgilendirilerek onamları alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Norton ML. Soft tissue considerations in the difficult airway. In: Norton ML, Brown ACD, eds. Atlas of the Difficult Airway. 1st ed. St Louis: Mosby Year Book Inc; 1991. p.104-17.
2. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, Blitt CD, Connis RT, Nickinovich DG, Hagberg CA, et al; 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 2013;118(2):251-70.
3. Shiga T, Wajima Z, Inoue T, Sakamoto A. Predicting difficult intubation in apparently normal patients: a meta-analysis of bedside screening test performance. Anesthesiology 2005; 103(2):429-37.
4. Janssens M, Hartstein G. Management of difficult intubation. Eur J Anaesthesiol 2001;18 (1):3-12.
5. Silverman S Jr. Complications of treatment. Oral Cancer. 5th ed. Hamilton, Canada: BC Decker Inc; 2003. p.113-28.
6. Myers RA, Marx RE. Use of hyperbaric oxygen in postradiation head and neck surgery. NCI Monogr 1990;(9):151-7.
7. Epstein JB, Wong FL, Stevenson-Moore P. Osteoradionecrosis: clinical experience and a proposal for classification. J Oral Maxillofac Surg 1987;45(2):104-10.