

## Olgu Sunumu

# Oral Kavite Uzanımlı Üst Dudak Hemanjiyomu Olan Hastada Anestezi Yönetimi

Salih Yıldırım\*, Mehmet Bayram\*\*, Yılmaz Apaydın\*, Fatih Özkan\*\*\*, Fikret Özkan\*

\*Sivas Numune Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Servisi, \*\*Göğüs Hastalıkları Servisi, \*\*\*19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

## ÖZET

Multinodüler guatr nedeniyle opere olacak üst dudaktan sert ve yumuşak damağa uzanan hemanjiyomu ve sol mandibular kitlesi olan bir hastada, zor entübasyonda alternatif bir yaklaşım olarak gum elastik buji (GEB) kullanımı sunuldu. Hasta, dikkatli bir preoperatif değerlendirme sonucu zor entübasyon olarak değerlendirildi. Başarısız bir entübasyon denemesinden sonra trakea halkaları hissedilerek gum elastik buji itildi. Sonrasında da entübasyon tüpü trakeaya kolaylıkla yerleştirildi. Orofasiyal hemanjiyom gibi konjenital anomaliye bağlı zor entübasyon durumlarında gum elastik buji başarılı bir şekilde kullanılabilir.

**Anahtar kelimeler:** Orofasiyal, hemanjiyom, guatr, entübasyon, zor hava yolu

## SUMMARY

### *Anaesthetic Management in a Patient with Hemangioma of Upper Lip Lying to Oral Cavity (Case Report)*

We report an alternative approach to intubation which a gum elastic bougie (GEB) is used to facilitate an anticipated difficult endotracheal intubation in a patient undergoing thyroidectomy due to nodular goitre in a patient with hemangioma of upper lip lying to hard and soft palate and left mandibular mass. It was considered as difficult intubation after a careful preoperative evaluation. GEB was inserted through to the trachea with palpations tracheal cartilages after an unsuccessful try of intubation. Hereby intubation tube was easily placed to trachea. GEB can be used effectively in difficult intubation due to congenital anomalies like orofacial hemangioma.

**Key words:** Orofacial, hemangioma, goiter, intubation, difficult airway

*J Turk Anaesth Int Care 2011; 39(5):276-280*

**Alındığı Tarih:** 03.04.2010

**Kabul Tarihi:** 15.07.2010

**Yazışma adresi:** Dr. Mehmet Bayram, Sivas Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları, Sivas  
**e-posta:** drmehmetbayram@yahoo.com

## GİRİŞ

Gum elastik buji (GEB) beklenmedik zor entübasyon da sıklıkla kullanılan trakeal entübasyon yardım yöntemidir.<sup>(1,2)</sup> Bu makalede multinodüler guatr nedeniyle operasyon yapılacak 53 yaşında üst dudaktan ağız içine uzayan hemanjiyomu ve sol mandibular bölgesinde büyük bir yumuşak doku kitlesi olan kadın hastada zor hava yolu ve zor entübasyon nedeniyle gum elastik buji yardımıyla entübasyon deneyimimizi sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

Boyun ön tarafındaki şişlik, yutma sırasında takılma hissi ve özellikle efor sırasında ve gece uykudan uyandıran nefes darlığı yakınmaları ile genel cerrahi polikliniğine başvuran 53 yaşında, 78 kg ağırlığındaki kadın hastaya evre 4 ötiroid multinodüler guatr tanısı konularak cerrahi tedavi planlandı. Hastanın öyküsünde; boyun ön tarafındaki şişliğin 5 yıldır var olduğu ve son 6 aydır büyüdüğü, üst dudakındaki hemanjiyomun ise doğumdan itibaren var olduğu öğrenildi. Öyküsünde başka önemli bir özellik olmayan hasta sistemik muayenesi sonucu fiziki durumu ASA II olarak kabul edildi. İncelemeyle üst dudak, ağız içinde yumuşak damağı ve sert damağı tamamen kapladığı görülen

hemanjiyomun hastanın ağız açıklığını kısıtladığı görüldü (Resim 1a). Ayrıca sol mandibular bölgede yaklaşık 10x12 cm genişliğindeki yumuşak doku kitlesi ve gözle görülebilen tiroid bezi büyümesi mevcuttu. Sol mandibular bölgedeki kitlenin temporomandibular eklemden hareket kısıtlılığına neden olduğu görüldü (Resim 1b). Mallampati klas 3 olarak değerlendirilen hastanın, tiromental mesafesi 6 cm olarak ölçüldü. Bu bulgularla hastada güç entübasyon olabileceği ve entübasyona bağlı komplikasyonların yüksek oranda görülebileceği düşünülerek preoperatif hazırlık yapıldı.

Operasyondan 30 dk. önce iv 2 mg midazolam ile premedikasyon uygulanan hasta ameliyat odasına alındı. EKG, non invaziv arteriyel kan basıncı (AKB), oksijen saturasyonu (SpO<sub>2</sub>) monitörizasyonu yapıldı ve 5 dk. aralıklarla ölçüldü. Preoperatif AKB 138/76 mmHg, kalp atım hızı (KAH) 89 vuru dk<sup>-1</sup> ve SpO<sub>2</sub>'nin % 94 olduğu gözlemlendi. İki dk.'lık preoksijenasyondan sonra anestezi induksiyonu intravenöz 1 µgr kg<sup>-1</sup> fentanil ve 2 mg kg<sup>-1</sup> propofol verilerek yapıldı. Maske ile hastanın rahat bir şekilde havalandırıldığı görüldükten sonra 1,5 mg kg<sup>-1</sup> süksinilkolin verildi. Yeterli kas gevşemesi sağlandıktan sonra entübasyon sınırları içinde kalan vasküler yapılarla dikkat edilerek bir kez direkt laringeal



Resim 1a. Üst dudak hemanjiyomunun görünümü.



Resim 1b. Sol mandibular bölgedeki kitle.

**Tablo I. Wilson laringokopi derecelendirmesi.****Wilson derecelendirmesi**

1. Derece	Kordların tamamı görülüyor
2. Derece	Kordların yarısı görülüyor
3. Derece	Sadece arytenoidler görülüyor
4. Derece	Sadece epiglot görülüyor
5. Derece	Epiglot görülüyor

entübasyon denendi. Wilson laringoskopik görünümü IV. derece olarak değerlendirilen hastada ilk entübasyon girişiminde başarısız olundu (Tablo I). Üst dudağını kaplayan hemanjiyomun ağız üst damağını da kapladığı görüldü. Fiberoptik bronkoskopi, Laringeal mask airway (LMA)-fastrach, kombi tüp kullanımının vasküler dokuları travmatize edebileceği düşünülerek entübasyon işleminde gum elastik buji kullanılmasına karar verildi (Resim 2). Yumuşak hareketlerle gum elastik buji ilerletildi ve ilerletilmesi sırasında trakeal halkaların hissedilmesi üzerine trakeaya girildiği kararlaştırıldı ve iç çap ölçüsüne göre 7 no'lu spiralli entübasyon tüpü gum-elastik buji üzerinden kaydırılarak trakeaya yerleştirildi.<sup>(3)</sup> Tüpün trakeadaki yeri göğüs hareketlerinin görülmesi, oskültasyonu ve ETCO<sub>2</sub> ile doğrulandıktan sonra tüp ağız çevresine tespit edildi. Anestezi idamesine sevofluran % 1-3, MAC % 50 O<sub>2</sub> + % 50 kuru hava karışımı ve spontan solunumun sürdürülmesi için asiste ventilasyon ile devam edildi. Hastanın stabilizasyonu sağlanılarak cerrahisine izin verildi. Operasyon süresince vital bulgular ve oksijen satürasyonu yeterli ve stabil seyretti. Yeterli ventilasyon için ETCO<sub>2</sub> 35-45 olacak şekilde asiste solunuma devam edildi. Elli yedi dk. süren operasyon sonunda hastada yeterli uyanıklık ve ventilasyon sağlandıktan sonra endotrakeal tüp yavaş ve yumuşak bir şekilde çıkarılarak hasta ekstübe edildi. Ekstübasyon

sonrası Aldrete derlenme skoru 10 olduğunda hasta servisine gönderildi.

**TARTIŞMA**

Zor hava yolunu ve entübasyonu önceden belirlemek, olası komplikasyonları en aza indirecek, anesteziye bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır.

Otuz beş klinik çalışmanın alındığı meta-analizde anatomik, konjenital ve edinsel nedenlere bağlı zor entübasyon insidansı % 1,5-20,2 olarak saptanmıştır.<sup>(4)</sup> Fizyolojik ve konjenital nedenler dışında; romatoid artrit, osteoartrit, ankilozan spondilit, abse, epiglottit, yanığa bağlı fibrozis, büyük guatr, yumuşak doku tümörleri gibi inflamatuvar olaylar entübasyon güçlüğüne neden olabilmektedir. Yüzde ve üst hava yollarında bulunan konjenital bir anomali olan hemanjiyomlar güç hava yolu ve entübasyona neden olabilirler.<sup>(5,6)</sup> Olgumuzda üst dudağını tamamen kaplayan ve ağız içinde sert damağa uzanan büyük bir hemanjiyom, sol üst göz kapağında küçük bir hemanjiyom mevcuttu. Ayrıca bası bulguları veren nodüler guatr ve sol mandibular kitle entübasyon güçlüğüne neden olabilecek etkenler arasındaydı. Olgumuzda; entübasyon güçlüğü belirlenirken Mallampati klas 3, tiromental mesafenin 6 cm ve sternomental mesafenin ise 13 cm olduğu görüldü. Ayrıca mevcut yumuşak doku kitleleri nedeniyle



**Resim 2. Gum elastik buji.**

ağız açıklığı ve temporamandibuler eklem hareketlerinde kısıtlılık mevcuttu. Bu değerlendirmeler ışığında olguda güç entübasyon olabileceğine karar verildi. Entübasyon güçlüğü olacağı tahmin edilen hastalarda anestezi indüksiyonu öncesi zor hava yoluna yönelik ön hazırlık yapılması, entübasyon işlemi kolaylaştırır ve aynı zamanda olası komplikasyonların azaltır. Entübasyon güçlüğünde ön hazırlık olarak; her tip ve çapta entübasyon tüpleri, değişik ölçütlerde bleytler, kardiyo-pulmoner resüsitasyon için gerekli ilaç ve malzemeler, perkütan veya cerrahi trakeostomi setleri eğer mevcutsa fiberoptik bronkoskop, LMA-fastrach, kombi tüp gibi gereçler hazır bulundurulmalıdır. <sup>(7)</sup> Hava yolunun sağlanamadığı olgularda transtrakeal jet ventilasyon, tüp değişim kateteri veya elastik buji (gum elastik buji) kullanılabilecek cihazlardır.

GEB 50 yılı aşkındır beklenmedik zor entübasyonda kullanılmakta olan bir alettir. GEB kullanımının güvenilirliği birçok çalışma ve olgu sunumları ile gösterilmiştir. <sup>(8-10)</sup> Klasik olarak GEB yardımcı entübasyon için direkt laringoskop ile epiglotun

görülmesi zorunludur. Her ne kadar zor entübasyonda sık kullanılan bir yöntem olsa da konjenital anomalisi olan ve birlikte dış bası bulguları veren bir multnodüler guatrli hastada kullanımı ilk planda düşünülmemeyebilir. Bu hastada entübasyona yardımcı olarak GEB yerine fiberoptik bronkoskopi denenebilirdi. Ancak, ameliyat odamızda gerekli donanım bulunmadığı için uygulanmadı. Ayrıca fiberoptik bronkoskopi deneyim ve beceri isteyen bir işlem olmasına karşın GEB kolaylıkla temin edilebilir, daha az deneyim ve beceri gerektiren bir zor hava yolu gerecidir. Ağız içi hemanjiyom nedeniyle diğer zor hava yolu gereçlerinden LMA-fastrach, kombi tüp bu hastada uygun görülmedi.

Gum elastik buji Portex Venn trakeal tüp kılavuzu veya Eschmann Introducer'ı olarak da bilinir. Anterior larinksi veya ağız açıklığı dar olanlarda entübasyona yardımcı olarak kullanılır. Polyesterden yapılmış olup, açılı bir ucu vardır. Çeşitli boyutları mevcuttur ve 2,5-11 mm. arasında iç çapları olan entübasyon tüpleri ile kullanılabilir (Resim 2). Bu olgunun anestezi girişimi öncesi; zor entübasyon-zor

ventilasyon olasılığına karşı tüm ilaçlar ve teknik ekipmanlar hazırlanmış ve entübasyon yapılamama olasılığı göz önünde tutularak trakeostomi için KBB ekibi hazır bulundurulmuştur.

Zor entübasyon ile karşılaşılan olguların çoğunda bazı komplikasyonlar meydana gelebilir. Bunların en sık karşılaşılanları, % 85 özefageal entübasyon, % 71 hipoksi (serebral hasar ve miyokard infarktüsü), % 33 gastrik reflüdür.<sup>(11)</sup> Bu nedenle indüksiyon öncesi oksijenizasyon ve yeterli açlık süresinin sağlanması çok önemlidir. Olgumuzda indüksiyon öncesi oksijenizasyon sağlandı ve yumuşak doku lezyonlarının travmatize olmaması için özen gösterildi.

Zor entübasyon beklenen hastalarda ve hava yolu tıkanıklığı olan hastalarda hastanın paralizi edilip maskeyle pozitif basınçlı ventilasyon uygulanması yerine, uyanık veya derin anestezi altında kendiliğinden solunum korunarak entübasyon denenebilir.<sup>(12)</sup> Bu olguda hastanın maske ile rahat olarak havalandırıldığı görüldüğü üzerine paralize edilerek entübasyon denendi. İlk entübasyon girişiminin başarısız olması üzerine gum elastik buji yardımıyla yapılan ikinci entübasyon girişiminde başarılı olundu.

Sonuç olarak, anesteziğin temel görevi hava yolu açıklığının sağlanması, solunumun sürdürülmesi ve zor hava yolunu önceden tahmin ederek mortalite ve komplikasyonları azaltmaktır. Anestezi kendisine en aşina olan kolay uygulayabileceği yöntemi seçmekle beraber gum elastik bujinin, zor entübasyonla karşılaşılan durumlarda güvenle kullanılabileceğini düşüncesindedir.

## KAYNAKLAR

1. 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;98:1269-77. <http://dx.doi.org/10.1097/00000542-200305000-00032> PMID:12717151
2. Özcengiz D, Özbek H. Havayolu kontrolü. Anestezi el kitabı. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 1998: 187-208. PMID:2240543
3. Dogra S, Falconer R, Latto IP. Successful difficult intubation. Tracheal tube placement over a gum-elastic bougie. *Anaesthesia* 1990;45:774-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.1990.tb14454.x> PMID:16052126
4. 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;103:429-37. <http://dx.doi.org/10.1097/00000542-200508000-00027> PMID:19388506
5. Peiffer KM. Anesthetic considerations for the patient with hereditary hemorrhagic telangiectasia (Osler-Weber-Rendu syndrome). *AANA J* 2009;77:115-8.
6. Chen YL, Wu KH. Airway Management of Patients With Craniofacial Abnormalities: 10-year Experience at a Teaching Hospital in Taiwan. *J Chin Med Assoc* 2009;72:468-70. [http://dx.doi.org/10.1016/S1726-4901\(09\)70409-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1726-4901(09)70409-5) PMID:11939998
7. Latto IP, Stacey M, Mecklenburgh J, Vaughan RS. Survey of the use of the gum elastic bougie in clinical practice. *Anaesthesia* 2002;57:379-84. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2044.2002.02411.x>
8. Robles B, Hester J, Brock-Utne JG. Remember the gum-elastic bougie at extubation *J Clin Anesth* 1993;5:329-31. [http://dx.doi.org/10.1016/0952-8180\(93\)90129-3](http://dx.doi.org/10.1016/0952-8180(93)90129-3) PMID:1443483
9. Nolan JP, Wilson ME. An evaluation of the gum elastic bougie: intubation time and incidence of sore throat. *Anaesthesia* 1992;47:878-81. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.1992.tb03154.x> PMID:8273882
10. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları. Kasım 2005. Web sitesi: <http://www.tard.org.tr/kilavuz/4.pdf>
11. Williamson JA, Webb RK, Szekely S, Gillies ER, Dreosti AV. The Australian Incident Monitoring Study. Difficult intubation: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care* 1993;21(5):602-7.
12. Tchervenjakov A, Tchalakov P, Tchervenjakov P. Traumatic and iatrogenic lesions of the trachea and bronchi. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001;19:19-24. [http://dx.doi.org/10.1016/S1010-7940\(00\)00610-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1010-7940(00)00610-2)