

Tonsillektomi Sonrası Geç Kanama - Olgu Sunumu

Secondary Haemorrhage after Tonsillectomy - A Case Report

Bengi Arslan Mutlu¹, Hatice Güzelküçük¹, Rahmi Kılıç¹

¹ Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Kırıkkale

ÖZET

Post operatif kanama tonsillektomi sonrası görülen en yaygın ve en korkutucu komplikasyonlardan birisidir. İlk 24 saatte görülen primer kanamalar daha siktir ve genellikle yetersiz hemostaza bağlıdır. Sekonder kanamalar ise daha az görülür; ancak daha korkutucudur.

Postoperatif dönemde kanama çocuk popülasyonda erişkinlere oranla daha az sıklıkta görülmektedir. Preoperatif dönemde tam kan sayımı, hemostaz parametreleri, kanama ve pıhtılaşma süreleri incelenmelidir.

Onbir yaşında adenotonsillektomi operasyonu yapılan ve preoperatif hematolojik parametreleri normal olan erkek hasta, postoperatif 19. günde abondan kanama ile başvurdu. Hastanın muayenesinde sağ tonsil lojunda aktif kanama ve ağız içinde yoğun pıhtı mevcuttu. Hastaya genel anestezi altında lokal Ankaferd tampon uygulanması, elektrokoterizasyon ve plika sutureasyonu uygulamaları yapıldı ve kanama kontrolü sağlandı. Traneksamik asit ve K vitamini uygulandı. 1 ünite eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma ile replasman yapıldı. Klinik durumu stabil olduktan sonra Pediatrik Hematoloji tarafından faktör düzeyleri istenen hastanın Faktör 7 ve 13 düzeyleri düşük olarak değerlendirildi.

Minör faktör eksiklikleri preoperatif dönemde rutin olarak incelenen hematolojik tetkiklere yansımamasına rağmen tonsillektomi sonrası geç kanamaya neden olabilmektedir. Bu nedenle tonsillektomi sonrası sekonder kanamayla başvuran olgu, kanama başlama zamanı, hematolojik parametreler ve klinik yaklaşım açısından literatür eşliğinde sunulmuştur.

ABSTRACT

Post operative haemorrhage is the most common and frightening complication after tonsillectomy. Primary haemorrhage seen in the first 24 hours is more common and generally related with inadequate hemostasis. Secondary haemorrhage is rare, but more frightening. Post operative haemorrhage is less common in pediatric population than in adult population. Complete blood count, hemostatic parameters, bleeding and coagulation time should be examined before surgery. An eleven-year old male patient was admitted to the hospital with abundant haemorrhage who had undergone adenotonsillectomy operation 19 days before admission. His hematological values were normal preoperatively. Active bleeding in the right tonsil bed and conglomerated clot in the oral cavity were seen in the physical examination. The patient was taken to surgery in general anesthesia and local Ankaferd blood stopper dressing, electrocauterization and plika suturation were performed and eventually bleeding was stopped. Tranexamic acid and vitamin K were administered also. 1 unit of erythrocyte suspension and fresh frozen plasma were also transfused. After achievement of clinical stability, coagulation factor levels were examined by the Pediatric Hematology department and Factor 7 and Factor 13 levels were found lower than normal. Although minor coagulation factor deficiencies do not effect the hematological tests performed before surgery, it can cause late post-tonsillectomy haemorrhage. Therefore, this case with secondary haemorrhage after tonsillectomy was presented focusing the initiation time of bleeding, hematological parameters and clinical management with the light of recent literature.

Anahtar kelimeler: Kanama, tonsil, komplikasyon

Keywords: Haemorrhage, tonsil, complication

GİRİŞ

Tonsillektomi sonrası kanama, tonsillektomi komplikasyonlarının en sık görüleni ve en korkulanıdır (1,2). Postoperatif kanama, tonsillektominin komplikasyonları arasında %0,1 ile %9,3 arasında değişen oranlarda yer almaktadır. Tonsillektomi sonrası meydana gelen kanamalar primer (ilk 24 saatte) ve sekonder (24 saatten sonra) kanamalar olarak sınıflandırılmıştır (3). Sekonder kanamaların sıklığı son yayınlarda %2-4 arasında bildirilmekle birlikte değişik çalışmalarda %0,8-18 arasında değişen kanama oranları bildirilmiştir.

Tonsillektomi sonrası sekonder kanamaların etyolojisinde yaş, cinsiyet, cerrahi teknik ve tecrübe, son zamanlarda geçirilmiş enfeksiyonlar, hematolojik parametreler, operasyon sırasındaki kan kaybı, postoperatif dönemdeki kan basıncı gibi faktörler suçlanmıştır (4). Kanama kontrolü için oksimetazolin hidroklorid tampon, traneksamik asit, tannik asit, topikal trombin, bizmut subgallat, bağlama ve elektrokoter gibi hemostaz yöntemleri bildirilmiştir (5).

OLGU

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalında genel anestezi altında soğuk bıçak tekniği ile tonsillektomi operasyonu yapılan 11 yaşındaki erkek hasta, postoperatif 10. günde gece ağzından kan gelme şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde aktif kanama odağı ve lojda pıhtı gözlenmemesi ve hemoglobin (Hb) değerinin stabil olması nedeniyle hastaya ayaktan kontrol önerildi. Hasta postoperatif 19. gün ağızdan yoğun kan gelmesi şikâyetiyle acil servise başvurdu. Hastanın muayenesinde sağ tonsil lojunda aktif abondan kanama ve ağız içinde yoğun pıhtı izlendi. Hb değeri 8.9gr/dl (preoperatif 14 gr/dl) olan hastanın tam kan sayımı ve protrombin zamanı (PT), parsiyel tromboplastin zamanı (PTT) ve internal normalizasyon rate (INR) değerleri tekrar çalışıldı. Genel anestezi altında kanama kontrolü yapılan hastada sağ tonsil lojunun üst ve alt kutbunda yaygın kanama odakları izlendi. Loja Ankaferd tampon uygulandı, elektrokoterizasyon yapıldı ve plikalar arasına Surgicel yerleştirilerek plika sütürasyonu uygulandı. Operasyon sırasında 1 ünite eritrosit süspanasyonu ve 1 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Ayrıca %5'lik traneksamik asit infüzyonu ve 1 ampul K vitamini enjeksiyonu yapıldı. Takiplerinde tekrar kanama gözlenmeyen hastanın hemostaz parametreleri normal sınırlarda bulundu. Kanama diyatezi açısından Pediatrik Hematoloji Kliniği tarafından değerlendirilen hastanın pıhtılaşma faktör düzeyleri istendi. Hastanın faktör 7 düzeyi %43 (%70-130) ve faktör 13 düzeyi %66 (%70-714) olup normalden düşük olarak değerlendirildi. Takibinde tonsillektomi sonrası epitelizeasyonun ve yara iyileşmesinin geç olduğu gözlemlendi. Hastada ek komplikasyon gözlenmedi.

TARTIŞMA

İlk yapıldığı günden bu yana, pediatrik tonsillektomide farklı teknikler geliştirildi ve klasik işlemler yanında yeni tedavi teknikleri karşılaştırıldı. Geliştirilen tüm tekniklere rağmen post operatif kanama hala önemli bir morbiditedir ve yaşamı tehdit eden bir komplikasyon olarak günümüzde de yerini korumaktadır. Kanama ve pıhtılar nedeniyle azalmış lenfatik ve venöz drenajın oluşturduğu ödem gibi faktörlerden dolayı laringoskopi ve entübasyon işlemi de zor olabilmektedir (6).

Birçok çalışmada tonsillektomi sonrası gözlem süresi minimum 6-8 saat ile 24 saat arasında yeterli olduğu belirtilmiştir. Süperfisyal skarın tonsillektomi yatağından soyulması tonsillektomi sonrası

kanamalarda provoke edici faktör olarak kabul edilir. Sekonder ve geç tonsillektomi sonrası kanamadan sorumlu iki ana faktör rezidüel tonsil dokusu ve enfeksiyondur (7). Bizim olgumuzda postoperatif 19. günde sekonder kanama gözlenmiş olup enfeksiyon ve rezidüel tonsil dokusu mevcut değildi.

Kanamanın mevsimsel dağılımı ve çevre ısısı ile ilişkili olup olmadığı diğer bir tartışmalı noktadır. Roberts ve arkadaşları Mayıs ve Temmuz ayları arasında kanamanın arttığını bildirmiştir. Tine Collison ve Mattler ise ilkbahar ve yaz aylarında kanamanın daha sık olduğunu bildirmiştir. Ancak, Lee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, tonsillektomi sonrası kanamalar kış aylarında daha sık görülmüştür (8). Bizim olgumuzda ise kanama, ilkbaharda gözlenmiştir. Primer kanamaların cerrahi teknikle ilgili olduğu düşünülmekte ve aspirasyon riski, laringospazm ve kan sirkülasyonunun kollapsına yol açarak çok daha tehlikeli boyutlara ulaşabileceği bildirilmektedir. Sekonder kanamalar cerrahi teknikle ilgili olmayıp daha nadir görülmekte ve özellikle postoperatif ilk 10 günde ortaya çıkmaktadır. Wei ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tonsillektomi yapılan 4662 hastanın 90'ında (%1,93) kanama gözlenmiş olup bunlardan 1'inin primer, kalan 89'unun ise sekonder kanama olduğunu tespit etmişlerdir. Bunların sırasıyla en çok 6.gün (16/90), 5. gün (13/90), 7. günde (12/90) olduğunu ve bu serideki en geç kanamanın 23. günde olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan birçok çalışmaya göre sekonder kanamalar 14. günden sonra nadirdir ve en çok 5-10. günlerde görüldüğü bildirilmektedir (9). Bizim olgumuzda da kanama sekonder olup 19. günde görülmüştür. Tonsil kanamalarında ilk yapılması gereken tonsil lojunun temizlenip olabılırsa kanamanın lokal müdahale ile durdurulmasıdır. Pıhtı aspirasyonu, soğuk suyla gargara, topikal %0.01'lik adrenalinele bası uygulama, sıvı desteği ve yardımcı medikal tedavi ile kanama kontrolü başarılı olabilmektedir. Lokal müdahaleye rağmen devam eden kanamada genel anestezi altında müdahale gerekir. Yapılan çeşitli çalışmalarda tonsillektomi sonrası kanamalarda sütür ligasyonu, gümüş nitrat koterizasyon, elektrokoter gibi kanama kontrolü metotların kullanıldığı bildirilmektedir. Windfuhr ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada sütür ligasyonunu tercih ettiklerini, elektrokoter ile kanama kontrolünün nekroz ihtimalini artırdığından kullanmadıklarını bildirmişlerdir (10). Bizim olgumuzda da genel anestezi altında elektrokoterizasyon, lokal Ankaferd tampon uygulanması ve plikalar arasına Surgicel yerleştirilerek sütürasyon teknikleri ile kanama kontrolü sağlanmıştır.

Tonsillektomi operasyonu öncesinde rutin olarak tam kan sayımı, PT, PTT, INR, kanama ve pıhtılaşma süreleri bakılmalıdır. Ancak bu değerler normal sınırlarda olduğu halde primer ve sekonder kanamalar görülebilmektedir. Manning ve arkadaşları 994 adenotonsillektomi yapılan hastada yaptıkları çalışmada, preoperatif PT ve PTT taramasının cerrahi kanama ile ilişkili olmadığını belirlemişlerdir (11). Bizim olgumuzda da preoperatif dönemde çalışılan tüm hematolojik parametreler normal sınırlar içinde değerlendirildi.

Tonsillektomi sonrası kanamanın önlenmesi için birçok cerrahi teknik ve koterizasyon tekniği geliştirilmesine rağmen kanama insidansında belirgin bir azalma gözlenmemiştir. Kanama durumunda hastalar hospitalize edilip yakından takip edilmeli, sıvı ve kan ürünü replasmanı yapılmalı ve gerektiğinde cerrahi müdahale ile kanama kontrolüne hazırlıklı olunmalıdır. Bu komplikasyonlardan kaçınmak amacıyla preoperatif dönemde tam kan sayımı, hemostaz parametreleri, kanama ve pıhtılaşma zamanı ayrıntılı olarak incelenmelidir. Ancak minör faktör eksikliği durumunda tüm bu parametreler normal olabilmektedir. Bu nedenle tonsillektomi sonrası sekonder kanamalarda kanama diyatezi etyolojisi ayrıntılı olarak araştırılmalı ve minör faktör eksikliği olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Windfuhr JP, Schloendorff G, Baburi D, Kremer B. Lethal outcome of post-tonsillectomy hemorrhage. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2008; 265: 1527-34.
2. Werle AH, Nicklaus PJ, Kirse DJ, Bruegger DE. A retrospective study of tonsillectomy in the under 2-year old child: indications, perioperative management, and complications. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2003; 67: 453-60.
3. Krishna P, Lee D. Post-tonsillectomy bleeding: A meta analysis. *Laryngoscope.* 2001;111:1358-61.
4. Lee MS, Montague ML, Hussain SS. Post-tonsillectomy hemorrhage: cold versus hot dissection. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;131:833-6.
5. Lassaletta L, Martin G, Villafriela MA, Bolanos C, Alvarez-Vicent JJ. Pediatric tonsillectomy: post operative morbidity comparing microsurgical bipolar dissection versus cold sharp dissection. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1997; 41: 307-17.

6. Mitchell RB, Pereria KD, Friedman NR. Outpatient adenotonsillectomy. *Arch Otolaryngol.* 1997; 123: 681-3.
7. Macassey E, Baguley C, Dawes P. 15-year audit of posttonsillectomy haemorrhage at Dunedin Hospital, ANZ J Surg. 2007; 77: 579-82.
8. Howells RC II, Wax M, Ramadan H. Value of preoperative prothrombin time/partial thromboplastin time as a predictor of postoperative hemorrhage in pediatric patients undergoing tonsillectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997; 117: 628-32.
9. Randall DA, Hoffer. Complications of tonsillectomy and adenoidectomy, *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998; 118: 61- 68.
10. Windfuhr JP. Excessive posttonsillectomy hemorrhage requiring ligation of the external carotid artery. *Auris Nasus Larynx.* 2002; 29: 159-64.
11. Manning SC, Beste D, McBride T. An assessment of preoperative coagulation screening for tonsillectomy and adenoidectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1987;13: 237-44.

Yazışma Adresi:

Dr. Bengi Arslan Mutlu

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi
Anabilim Dalı

Tel: 0532 5497061

E-posta: bengi.arslan@gmail.com