

Diffüz Nodüler Guatr ve Trakeomalazi: Bir Olgu Nedeniyle

Dr. Fuat GÜLDOĞUŞ, Dr. Binnur SARIHASAN, Dr. Zeynep ESENER,
Dr. A.Naki ULUSOY, Dr. Deniz KARAKAYA

O.M.Ü. Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Genel Cerrahi Anabilim Dalı

✓ Boyunda şişlik ve solunum sıkıntısı yakınması olan 75 yaşında, bayan hasta. Çocukluğundan beri olan boynunda şişlik son yıllarda büyümüş ve solunum sıkıntısına neden olmuş. Preoperatif bilgisayarlı tomografisinde T1-T3 arası trakea segmenti bası ile daralmış idi. Diffüz nodüler guatr tanısı ile tiroidektomi yapılan hastada, cerrahi spesmen çıkarıldıktan sonra trakea lokal muayenesi yapıldı. Kıkırdak yapı destek özelliğini kaybedecek derecede yumuşak idi. Spontan solunumu olan hastada endotrakeal tüp glottis seviyesine çekilerek trakeada solunumla kollaps görüldü ve cerrahi bir yöntemle eksternal tespit yapıldı. Tespit sonrası değerlendirmede kollaps görülmedi ve ekstübasyon sonrası solunum sıkıntısı olmadı.

Anahtar Kelimeler: Guatr, Trakeomalazi, Trakeal kollaps.

Diffuse Nodular Goiter and Tracheomalacia: A Case Report

✓ A seventy-five years old woman referred with complaints of respiratory distress and a mass at her neck. The mass that was present since her childhood, enlarged and recently began to cause respiratory distress. On computerised tomography there was a compression on trachea between the levels of T1 and T3. After thyroidectomy the trachea was examined locally. Cartilageous structure was soft and had no supportive quality when the endotracheal tube was pulled to the level of glottis, trachea collapsed. Then an external fixation was performed surgically. After the fixation, tracheal collapse did not recur and respiratory distress was not seen after extubation.

Key words: Goiter, Tracheomalacia, Tracheal collapse.

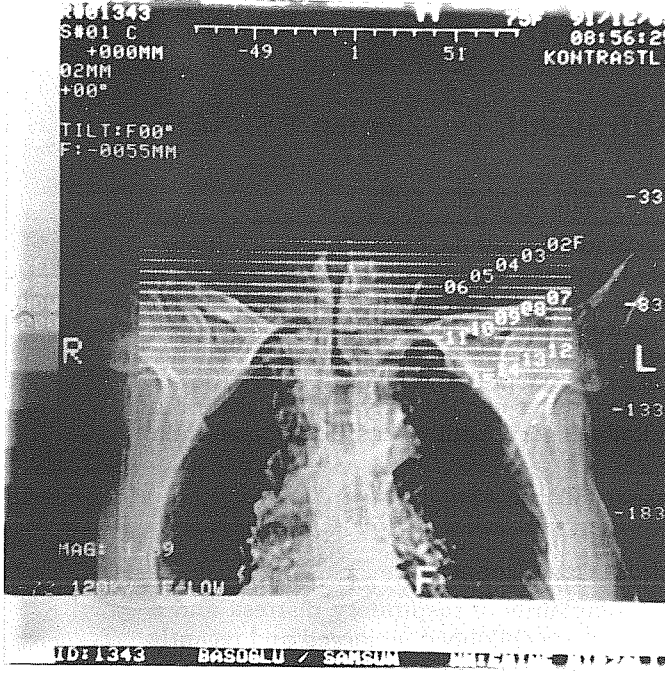
Büyük guatr trakeomalazi nedenlerinden biridir. Uzun süreli basıya bağlı olarak trakeanın kıkırdak halkalarının yapısı bozulur ve destekleyici fonksiyonu kaybolur. Bu hastalarda, tiroidektomi sonrası ani hava yolu obstruksiyonu ve solunum sıkıntısı gözlenebilir^(1,3). Trakeomalazi nedenleri arasında, trakeanın eksternal basısı, rapor edilmiş olguların yaklaşık %10'udur⁽¹⁾.

OLGU SUNUMU

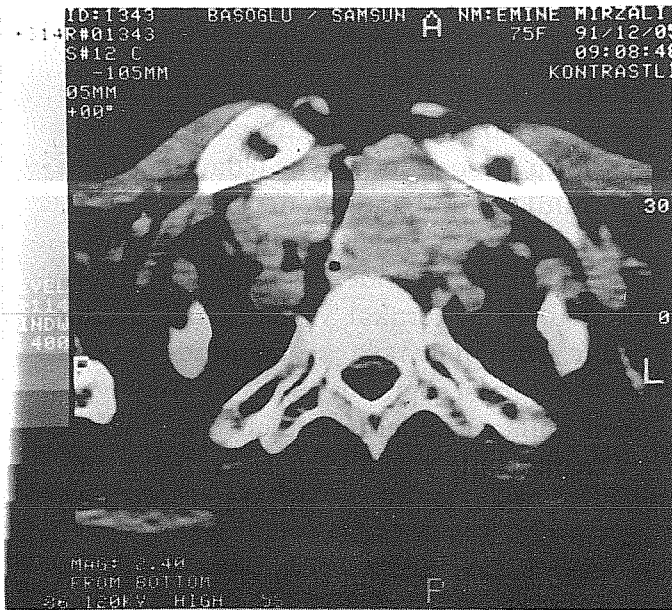
Boyunda şişlik, solunum sıkıntısı ve çarpıntı yakınmalarıyla başvuran 75 yaşında, bayan hasta. Öyküsünden, çocukluğundan beri boynunda şişlik olduğu ve bunun son 20 yıldır sol tarafında daha

fazla olmak üzere büyüdüğü öğrenildi. Son yıllarda eforla artan solunum sıkıntısı ve çarpıntı yakınmaları olduğu, uzun süre astmatiform bronşit tanısıyla tedavi gördüğü öğrenildi. Lokal muayenesinde; Tiroid, büyük, sert, nodüler ve fikse idi. Bilgisayarlı tomografisinde, 1. torakal vertebra alt ucu ile 3. torakal vertebra üst ucuna kadar uzanan trakea segmentinde basıya bağlı daralma saptandı (Şekil 1). Tomografiden alınan kesitlerde etkilenen segmentte trakeanın kitle tarafından sağa doğru itildiği ve havayolunun daraldığı görüldü (Şekil 2).

Solunum fonksiyon testleri, orta derecede hava yolu obstruksiyonu olarak değerlendirildi. Trakeaya bası yapan nodüler



Şekil-1:



Şekil-2:

guatr tanısı ile hasta operasyona alındı. Gerekli monitorizasyonu takiben, tiopental ile uyutuldu ve maske ile yeterli derecede ventile olduğu görülerek süksinilkolin ile kas gevşemesi sağlandı. Entübasyon 30 nolu endotrakeal tüple yapıldı ve idamede O_2+N_2O +İzofloran kullanıldı. Cerrahi specimen çıkarıldıktan sonra, trekeanın lokal muayenesi yapıldı ve kıkırdak dokunun destek özelliğini kaybedecek derecede zayıfladığı görüldü. Bunun üzerine, spontan solunumu devam eden hastada, endotrakeal tüp glottis seviyesine kadar geri çekilerek trakea gözlemlendi. Spontan solunum sırasında, etkilenen trakea segmentinin kollabe olduğu görüldü ve endotrakeal tüp bu bölgeyi geçecek şekilde tekrar ilerletildi. Kollabe olan trakea parçasına bilateral 3'er ve jugulumu bir sütür atılarak sternokleidomastoid adalesine tespit edildi. Bu işlemi takiben endotrakeal tüp tekrar geri çekildi ve spontan solunumla trakea gözlemlendi. Trakeomalazi gelişen ve müdahale edilen trakea segmentinde hafif çekilmeler olmasına karşın, solunum sıkıntısı yaratacak kollaps görülmedi. Postoperatif erken dönemde hasta ekstübe edildi ve koopere oluncaya kadar izlendi. İzlem süresince spontan solunum sayısı ve derinliği normal idi. Solunum sırasında hiçbir obstruktif bulgu olmadığından tekrar entübasyon veya trakeostomi düşünülmeden, yoğun bakım ünitesine nakledildi.

TARTIŞMA

Trakeomalazi, ekstübasyondan sonra obstruksiyona neden olacağından, ekstübasyon dikkatli ve yavaş olarak yapılmalı, mümkünse nedeni ortadan kaldırılıncaya kadar tüp yerinde bırakılmalıdır⁽²⁾.

Tiroidektomi sonrası hava yolu obstruksiyonu ayırıcı tanısında; Supraglottik bölgeye ait epiglottit ve aspirasyon, glottik

bölgeye ait laringospazm, larenjit ve rekürren larengeal nöropraksi, subglottik bölgeye ait hematoma, tümör gibi ekstrinsik ve trakeit, trakeal stenoz ve trakeomalazi gibi intrinsik nedenler düşünülmelidir⁽³⁾. Bizim olgumuzda preoperatif değerlendirilmede trakeomalazi olasılığı düşünüldü ve intraoperatif dönemde gerekli muayene ve müdahale yapıldı. Ekstübasyon sonrası hava yolu obstruksiyonu gelişmedi.

Büyük guatrın hava yolu obstruksiyonuna ait semptomları oluşturması oranını Shaha %85 olarak bildirmiştir⁽⁴⁾. Bu semptomatik grubun %15'inde acil müdahale gerektirecek akut hava yolu problemleri olmuş. Bizim olgumuzda da hava yolu obstruksiyonu semptomları vardı ve preoperatif dönemde geçirdiği müdahale gerektiren hava yolu sorunları semptomatik tedavilerle giderilmişti.

Trakeomalazi tedavisinde, etkilenmiş trakeanın rezeksiyonu, internal ve eksternal destekler yapılabilir⁽¹⁾. Amedee ve arkadaşlarının yaptığı 16 olguluk çalışmada⁽¹⁾; trakeostomi, tiroid basısı ve uzamış entübasyon sonucu gelişen trakeomalazi olgularının tedavisinde alüminyum oksit halkalar kullanmışlardır. Hiçbir hastada hava yolu obstruksiyonu olmadığı ve postoperatif dönemde tekrar entübasyon veya trakeostomi gerekmediği bildirilmiştir. Bizim olgumuzda uygulanan eksternal tespit yönteminden sonra da hava yolu obstruksiyonu gözlenmedi ve tekrar entübasyon veya trakeostomi gerekmedi.

Gellhoed'in yaptığı çalışmada⁽²⁾; Tiroidektomi yapılan ve postoperatif solunum sorunu olabilecek 7 olgunun, 5'i büyük guatr

nedeniyle opere olmuştu. Bu 5 olgunun 3'ünde postoperatif erken dönemde ekstübasyondan hemen sonra hava yolu obstruksiyonu saptanmış ve tekrar entübe edilmiş; 2'sinde hava yolu obstruksiyonu gözlenmemişti. Bizim olgumuzda, hava yolu obstruksiyonu intraoperatif dönemde saptandığından ve müdahale edildiğinden, ekstübasyon sonrası sorun olmadı.

Sonuç olarak; Özellikle bölgemizde çok sık gözlenen büyük ve bası yapan guatrlı hastalarda preoperatif değerlendirmenin dikkatle yapılması gerektiği; trakea basısı semptom ve bulguları olan hastalarda, intraoperatif dönemde yapılacak lokal trakea muayenesinin, yapılacak erken müdahalede ve postoperatif hava yolu problemlerinin giderilmesinde uyarıcı olacağı kanısındayız.

Geliş Tarihi: 29.12.1994

Yayına Kabul Tarihi: 17.03.1995

KAYNAKLAR

1. Amedee RG, Mann WJ, Lyons GD. Tracheomalacia repair using ceramic rings. *Otolaryn-Head and Neck Surg* 1992; 106(3): 270-274.
2. Geelhoed GW. Tracheomalacia from compressing goiter: Management after thyroidectomy. *Surgery* 1988; 104: 1100-1108.
3. Esener Z. Klinik anesteziyoloji. İstanbul, Logos Yayıncılık, 1991; 177-193.
4. Shaha AR. Surgery for benign thyroid disease causing tracheoesophageal compression. *Otolaryn Clin N Am* 1990; 23(3): 391-401.

