

Anesthesia management of patient with the history of multipl surgeries due to palate cancer

Damak kanseri nedeniyle çoklu operasyon öyküsü olan hastada anestezi yönetimi

Yonca Özvardar Pekcan, Bahattin Tuncalı

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Corresponding address: Dr. Yonca Özvardar Pekcan, yncapek@gmail.com

J Surg Arts (Cer San D), 2020(2):58-60.

ABSTRACT

Patients with oral cavity cancer have specific features for airway management during anesthesia. A 60-year-old woman who had undergone eight different surgeries including uvulectomy, tonsillectomy, maxillectomy, and reconstruction with calvarial bone graft due to a diagnosis of squamous cell palate cancer 24 years ago was scheduled for laparoscopic cholecystectomy. Standard oropharyngeal evaluation could not be performed and neck extension was found to be limited due to previous operations. Vocal cords could not be seen during laryngoscopy because of; limited mouth opening due to fibrosis and impaired anatomical structure. Endotracheal intubation was performed using difficult intubation stylet (gum elastic bougie).

Keywords: Palate cancer, general anaesthesia, airway management.

ÖZET

Oral kavite kanserli hastalar, anestezi uygulaması sırasında hava yolu yönetimi açısından özelliğlidir. Yirmidört yıl önce squamöz hücreli damak kanseri tanısı nedeniyle sekiz kez operasyon geçirmiş, uvulektomi, tonsillektomi, maksillektomi ve calvarial kemik grefti ile rekonstrüksiyon yapılmış 60 yaşındaki kadın hastada laparoskopik kolesistektomi planlandı. Havayolu değerlendirilmesinde boyun ekstansiyonunda kısıtlılık saptanan olguda, önceden geçirilmiş operasyonlar nedeniyle standart bir orofaringeal değerlendirme yapılamadı. Laringoskopi sırasında fibrozise bağlı ağız açıklığının kısıtlı olması, anatomik yapının bozulmuş olması nedeniyle vokal kordlar görülemedi. Zor entübasyon stilesi (buji) kullanılarak endotrakeal entübasyon gerçekleştirildi.

Anahtar kelimeler: Damak kanseri, genel anestezi, hava yolu yönetimi.

GİRİŞ

Oral kavite kanserli hastalar, anestezi uygulaması sırasında hava yolu yönetimi açısından özelliğlidir. Tedavi edilmemiş olgularda, mevcut tümoral yapılar nedeniyle zor entübasyon/ventilasyon ve/veya havayolu travması gelişebilmektedir. Tedavi edilmiş olgularda ise geçirilmiş cerrahi ve/veya radyoterapiye bağlı fibrozis nedeniyle boyun hareketlerinin kısıtlı olması, ventilasyon ve entübasyonda zorluklara neden olabilmektedir. Havayolu yönetimindeki bu güçlükler hastalarda hipoksi, hiperkarbi, bronkospazm, kanama, aritmi

ve hatta ölüme bile neden olabilmektedir (1). Ayrıca trakeal entübasyon denemeleri, önceki rekonstrüktif girişimlere de zarar verebilmektedir (2). Literatürde oral kavite kanserli hastalarda anestezi uygulaması ile ilişkili bilgiler bulunmasına karşın, önceden damak kanseri nedeniyle opere olan hastaların daha sonraki kulak burun boğaz dışı operasyonlarındaki anestezi yönetimi ile ilişkili bilgiler kısıtlıdır.

Hastanın izni alınarak yapılan bu olgu sunumu ile 24 yıl önce damak kanseri operasyonu hikayesi olan

ve safra kesesi taşı nedeniyle laparoskopik kolesistektomi operasyonu planlanan olguda anestezi yönetiminin ilişkili literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU

Hipertansiyon ve damak kanseri nedeniyle operasyon öyküsü olan 60 yaşında kadın hasta laparoskopik kolesistektomi operasyonu planlanması nedeniyle merkezimize başvurdu. Yirmidört yıl önce squamöz hücreli damak kanseri tanısı almış olan hastanın 8 kez operasyon geçirdiği, uvulektomi, tonsillektomi, maksillektomi ve calvarial kemik grefti ile rekonstrüksiyon yapıldığı, radyoterapi ve kemoterapi almadığı öğrenildi. Geçirilmiş operasyonlara bağlı olarak yüzde asimetri dışında fizik muayene ve laboratuvar değerleri normal idi. Havayolu değerlendirilmesinde boyun ekstansiyonunda kısıtlılık saptanan olguda, önceden geçirilmiş operasyonlar nedeniyle standart bir orofaringeal değerlendirme yapılamadı (Resim 1, 2). Hastaya gerekli bilgilendirme yapıldıktan ve onam alındıktan sonra zor havayolu hazırlıkları (zor entübasyon stilesi, laringeal maske (LMA), entübasyon laringeal maske (ILMA), fiberoptik bronkoskop, kombi tüp, krikotomi seti) sonrasında hasta operasyon odasına alındı. Yüz maskesi aracılığıyla %100 O₂ ile preoksijenizasyon (5 dk) sonrasında anestezi indüksiyonuna başlandı. İntravenöz (IV) 0.02 mg/kg-1 midazolam, 1 µgr/kg-1 fentanyl ile sedasyon uygulanan hastanın maske ile rahat ventile olduğu görüldükten sonra 2 mg/kg-1 propofol, 1 mg/kg-1 rokuronyum uygulandı. Boyun ekstansiyonunda kısıtlılık ve geçirilmiş operasyonlar nedeniyle fibrozise bağlı olarak ağız açıklığının kısıtlı olması, anatomik yapının bozulmuş olması nedeniyle vokal kordlar görülemedi. Zor entübasyon stilesi (buji) kullanılarak endotrakeal entübasyon gerçekleştirildi. Göğüs hareketleri, oskültasyon ve kapnografa EtCO₂ görüntüsü ile endotrakeal tüpün trakeada olduğu doğrulandı. Sorunsuz geçen operasyonun bitiminde antiemetik (metpamid, ondansatrom) ve analjezik (parasetamol, tilcotil) uygulandı. Kas gevşetici etkisi antikolinergik (atropin) ve neostigmin ile antagonize edildi. Yeterli uyukluk ve kas gücü sağlandıktan sonra ekstübe edilen hastada herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Hasta postoperatif 2. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.



Resim 1: Hastanın yüz görünümü.



Resim 2: Hastanın ağız açıklığı görünümü.

TARTIŞMA

Etyolojisinde Epstein bar virüsü, Human papilloma virüs, alkol kullanımı, tütün çiğneme ve sigara içme olan oral kavite kanserleri, tüm kanserler içinde dünya genelinde erkeklerde 8. ve kadınlarda 19. sırada yer almaktadır (3). Tedavisinde cerrahi girişim ve radyoterapi olan bu kanserlerde 5 yıllık sağ kalım %50 civarındadır (4). Bu olgularda, sağ kalım süresinin artmasına paralel olarak çeşitli nedenlerle cerrahi ve anestezi uygulaması da giderek artmaktadır.

Opere damak kanserli hastalarda lokal tutulumlar ve yayılımları nedeni ile direkt laringoskopi olanaksız olabilir. Bu nedenle preoperatif anestezi muayenesinde ayrıntılı hava yolu değerlendirmesi yapılmalıdır. Normal bireylere kıyasla, anatomik yapının bozulması nedeniyle bu olgularda Mallampati ve Cormack/Lehane laringoskopi derecelendirmesini içeren havayolu muayenesi güç olabilir (5,6). Bu nedenle, daha önceki anestezi kayıtlarında havayolu muayenesi bulguları, maske ventilasyonun kolaylığı, kullanılan entübasyon tekniği, kullanılan endotrakeal tüp (ETT) boyutu ve havayolu yönetiminde karşılaşılan diğer zorluklar gözden geçirilmelidir. Ayrıca, son endotrakeal entübasyondan bu yana, gerçekleştirilen operasyona ya da uygulanan radyoterapiye bağlı olarak havayolu özelliklerinin değişebileceği dikkate alınmalıdır. Anestezi uygulaması öncesinde zor hava yolu ile ilgili tüm araç-gereç hazır bulundurulmalıdır (7). Olgumuzun preoperatif değerlendirmesi anestezi polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Orofaringeal bakı (Mallampati) skoru net olarak değerlendirilememiş, daha önceki laringoskopilerinde anestezi açısından herhangi bir problem yaşanmadığı öğrenilmiştir. Olası riskler konusunda bilgi verildikten sonra hastadan onam alınarak hastaya genel anestezi uygulaması planlanmıştır.

Çeşitli çalışmalar, opere dokulara zarar vermemek açısından bu hastalarda laringoskop kullanmadan fiberoptik bronkoskopi ile entübasyonun önemini vurgulamışlardır (2,7,8). Nikhar ve ark. oral kanser cerrahisi uygulanan 156 hastanın retrospektif değerlendirmesinde olguların %14.7'sinde tümör, radyasyon fibrozisi ve sınırlı boyun hareketi nedeniyle zor entübasyon geliştiğini vurgulamışlardır (9). Uygun preoperatif değerlendirme ve hazırlık ile hastaların büyük bölümünün trakeostomi açılmadan elastik buji ve magill forsepsi ile

entübe edilebildiğini bildirmişlerdir. Patel ve ark. da 10 yıldır damak defektlili olan ve kısa süre trakeostomi ile izlenmiş, daha sonra kapatılmış nazofaringeal anjiofibrom nedeniyle opere edilen bir hastada anestezi yaklaşımı değerlendirmişler, bu hastalarda zor entübasyon gelişebileceğinin üzerinde durmuşlardır (10). Ancak bu olgular tümör nedeniyle kısa aralıklarla, yeterli doku iyileşmesi sağlanmadan yapılan operasyonlardır. Olgumuzda operasyonun 24 yıl önce olması, zor entübasyon öyküsü olmaması nedeniyle zor havayolu hazırlıkları yapıldıktan sonra endotrakeal entübasyon uygulanmasına karar verilmiş ve elastik buji ile birinci denemede entübasyon gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte, LMA, ILMA, fiberoptik bronkoskop, kombi tüp, kriko-trotomi seti gibi zor havayolu hazırlıkları hazır bulunmuşdur.

Mevcut damak defektinin, hastaları regürjitasyon ve aspirasyona yatkın hale getirmesi nedeniyle bu olguların ekstübasyonunda karşılaşılan komplikasyonların, indüksiyonda karşılaşılanlardan 2.5 kat fazla olduğu bildirilmiştir (11). Bu nedenle, ekstübasyon tamamen uyanık iken yapılmalıdır. Postoperatif dönemde malnütrisyon ve anemi yara iyileşmesini geciktirebilirken, solunum yolu enfeksiyonları ve hava yolundaki aşırı aktivite laringospazm, bronkospazm ve hipoksiye yol açabilmektedir (11-13). Olgumuzun ekstübasyonu tam uyanıklık sağlandıktan ve kas gücü yeterli olduktan sonra gerçekleştirilmiştir. Sekresyon azaltıcı atropin uygulamasını takiben kolin esteraz inhibitörü (neostigmin) ile antagonizasyon sağlanmıştır. Rutin uygulamalarımızda neostigmin ile yeterli düzeyde kas gücü elde edilemeyen hastalarda sugammadex uygulanmaktadır. Sugammadex hazır bulundurulmuş, ancak gereksinim olmamıştır. Girişim sonrasında derlenme ya da serviste orofaringeal sekresyonların aspirasyonu ve/veya regürjitasyon görülmemiştir. Ayrıca, sekresyonların atılmasında ve beslenmede güçlükler nedeniyle bu olguların erken postoperatif dönemde yoğun bakımda izlenmesinin postoperatif komplikasyonları azaltmada etkin olabileceği vurgulanmıştır (10). Olgumuzda batın ameliyatı olduğu için mekanik ventilasyonda yoğun bakım takibi gerekli görülmemiştir.

Sonuç olarak, opere damak kanserli hastaların anestezi özelliğidir. Geçirilmiş cerrahi ve/veya radyoterapinin neden olduğu fibrozis nedeniyle zor ventilasyon ve zor entübasyon olabileceği, oral kavitenin frajil olması nedeniyle havayolu travması gelişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıntılı bir öykü,

önceki anestezi kayıtlarının incelenmesi ve zor havayolu hazırlıklarının yapılması önemlidir. Endotrakeal entübasyon amacıyla elastik buji kullanımı işlemi kolaylaştırabilir, nazal ve oral kavitede laringoskopi nedeniyle olabilecek komplikasyonları elimine edebilir.

KAYNAKLAR

1. Tumino R, Vicario G. Head and neck cancers: Oral cavity, pharynx, and larynx. *Epidemiol Prev* 2004;28: 28-33.
2. Ok G. Güncel Anestezi Ders Notları. Derman Tıbbi Yayıncılık 2016;298-303.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality world wide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018; 68:394-424.
4. Bhurgri Y, Bhurgri A, Usman A, Pervez S, Kayani N, Bashir I, et al. Epidemiological review of head and neck cancers in Karachi. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006;7:195-200.
5. Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, Desai SP, Waraksa B, Freiburger D. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: A prospective study. *Can Anaesth Soc J*. 1985;32:429-34.
6. Cormack RS, Lehane J. Difficult tracheal intubation in obstetric. *Anaesthesia* 1984;39: 1105-11.
7. Nath SS, Roy D, Ansari F, Pawar ST. Anaesthetic complications in plastic surgery. *Indian J Plast Surg* 2013;46:445-52.
8. Ozkan O, Coskunfirat OK, Hadimioglu N. Reconstruction of large palatal defects using the free anterolateral thigh flap. *Ann Plast Surg* 2011;66: 618-22.
9. Nikhar SA, Ramdasally ASM, Gopinath R. Airway Management of Patients Undergoing Oral Cancer Surgery: A Retrospective Analysis of 156 Patients. *TARD* 2017;45:108-11.
10. Patel H, Patel J, Raval B, Shah B. Anaesthetic Management of a Patient with Palatal Defect. *J Anesth Clin Res* 2016;7:11-2.
11. Tremlett M. Anaesthesia for cleft lip and palate surgery. *Curr Anaesth Crit Care* 2004;15:309-16.
12. Hatch DJ. Airway management in cleft lip and palate surgery. *BJA* 1996;76:755-6.
13. Kwari DY, Chinda JY, Olosoji HO, Adeosun OO. Cleft lip and palate surgery in children: Anaesthetic considerations. *Afr J Pediatr Surg* 2010;3:174-77.