

TIROIDEKTOMİ AMELİYATLARINDAN SONRA GÖRÜLEN MİNOR KOMPLİKASYONLAR

Kazım Ergin*

Hasan Acar**

Tiroidektomi ameliyatlarından sonra ortaya çıkan major komplikasyonların oranı bugün için minimal düzeye indirilmiştir. Mortalite oranı ise birçok klinikte sıfırdır. Buna rağmen ortaya çıkan hayati önemi olmayan ancak hastayı birçok yönden mağdur bırakan bazı minor komplikasyonların insidansı oldukça yüksektir. Operasyon öncesi ve operasyon esnasında dikkat edilecek bazı basit fakat çok önemli hususlar göz önüne alındığında bu komplikasyonlarında minime indirilmesi mümkündür. Konunun önemi göz önüne alınarak bu çalışmada tiroidektomi ameliyatlarından sonra ortaya çıkan minor komplikasyonlar değerlendirilmiş ve kliniğimizde ameliyat edilen 3000 tiroidektomi olgusu incelenmiştir.

HASTALAR VE YÖNTEM

Kliniğimizde 1981-1986 yılları arasında ameliyat edilen 3000 tiroidektomi olgusu değerlendirilmiştir. Olgularımızın 2582 si kadın, 418'i erkek, yaş ortalaması 38 dir.

SONUÇLAR

3000 tiroidektomi ameliyatından sonra kanama, nervus laryngeus inferior felci ve tetani gibi major komplikasyonlar 23 olguda görülmüştür. (% 0.7). Mortalite sıfırdır. Olgularımızda ortaya çıkan minor komplikasyonlar (Tablo - 1) de gösterilmiştir.

Yapılan ameliyata göre ortaya çıkan minör komplikasyonlar (Tablo - 2) de gösterilmiştir.

* A.Ü.T.F. Genel Cerrahi Kliniği A.B.D. Öğretim Üyesi

** A.Ü.T.F. Genel Cerrahi Kliniği A.B.D. Ar. Görevlisi

Tablo - 1 : Tiroidektomi ameliyatlarından sonra ortaya çıkan minor komplikasyonların dağılımı.

	Olgu S.	%
N.L.S. FELCİ	18	0.6
KESİ ENFEKSİYONU	16	0.5
AŞIRI DERECEDE FLEP ÖDEMİ	28	0.9
KESİDE ASİMETRİ	37	1.2
AŞIRI DERECEDE SKATRİS	32	1.0
LARENJİT-TRAKEİT	42	1.4
TONSİLLİT	6	0.2
BOYUN DERİSİNDE GERİLME-ÇEKİLME	8	0.2
BOYUNDA İNCELME (ADELE ATROFİSİ)	6	0.2
İPEK FİSTÜLÜ	1	0.2
TOPLAM	194	6.4

Tablo - 2 : Yapılan ameliyatlara göre ortaya çıkan minor komplikasyonlar.

YAPILAN AMELİYAT	OLGU S.	MİNOR KOMP.	%
		SAYISI	
SUBTOTAL TİROİDEKTOMİ	2762	137	5.3
TOTAL TİROİDEKTOMİ	226	49	21.6
TOTAL TİROİDEKTOMİ VE TEK TARAFLI BOYUN DİSEKSİYONU	12	8	66.6
TOPLAM	3000	194	6.4

TARTIŞMA

Bugün için Dünya'da birçok klinikte tiroidektomi ameliyatları hemen hemen sıfır mortalite ve çok düşük morbidite oranlarıyla gerçekleştirilmektedir (1,5,8). Daha önce yaptığımız bir çalışmada total morbidite oranı % 1.87, mortalite oranı % 0.27 olarak bulunmuştur (2).

Theodor Kocher'in 1900 yıllarında % 1 gibi düşük bir mortalite ile gerçekleştirdiği başarılı ameliyatlar günümüzde sıfır mortalite ile mükemmel bir hale gelmiştir. Ancak buna rağmen ortaya çıkan birtakım minor komplikasyonların oranı oldukça yüksektir. Ameliyat öncesi dönemde ve ameliyat esnasında dikkat edilecek bazı esaslarla bu komplikasyonların da minimale indirilmesi mümkündür.

18 olgumuzda nervus laryngeus süperior felci ortaya çıkmıştır (% 0.6). Nervus laryngeus süperior genellikle üst kutup bağlanırken yaralanır. Sinirin internal dalı oldukça yukarılardan ayrıldığından nadiren hasara uğrar. Sıklıkla eksternal dalı yaralanır. Özellikle üst kutup damarlarının çok yukarılardan bağlandığı ve larynxden diseksi edilmediği durumlarda görülebilir. Sinirin eksternal dalının lezyonu belirti vermeyebilir. Ancak ses tonunda değişiklik olur ve hastada uzun süre konuşmalarda yorgunluk ortaya çıkar. Nervus laryngeus süperior yaralanmalarında yapılan spesifik bir tedavi yoktur. Disfaji ve öksürük görülen hastalarda oral gıdalar bir süre kesilir. Daha sonra az miktardan başlanıp giderek artan miktarlarda verilir. Nervus laryngeus süperior yaralanmalarını önlemek için üst kutup aşağı seviyeden bağlanmalıdır.

Tiroidektomi ameliyatlarından sonra ameliyatın ilk günlerinden itibaren özellikle üst flepte kalınlaşma ve kızarıklık, hafif derecede ağrı ortaya çıkabilir. Bizim olgularımızın 16'sında (% 0.5) flep ödemi görülmüştür. Olguların çoğunda ılık kompreslerle pansuman yapıldığında birkaç günde kaybolur (4). Tiroidektomilerden sonra aşırı flep ödemlerinin önlenmesi için, keskin ve nazik diseksiyon yapılmalı ve yabancı materyel az bırakılmalıdır (4).

Tiroid operasyonlarından sonra keside asimetri, uygunsuz yerde kesi veya kesinin asimetric olması anlamında kullanılır. Hastanın ömrü boyunca göz önünde bulunan bir bölgesinde çirkin bir kesi izi hiç şüphe yok hem hasta hem cerrah için azap vericidir. Bu nedenle kesi uygun yerden işaretlenmeli, hastanın pozisyonuna dikkat edilmelidir. Olgularımızın 37'sinde (% 1.2) keside asimetri saptanmıştır.

Olgularımızda kesi enfeksiyonu oldukça yüksek oranda ortaya çıkmıştır (% 0.5). Özellikle boyun bölgesinde sıfır olması gereken bu

oran maalesef yetersiz asepsi-antisepsi koşulları nedeni ile oldukça yüksek bulunmuştur.

Kesi yerinde veya drenin çıkarıldığı yerde aşırı derecede skatris kalabilir. Bugün için birçok cerrah tiroidektomi ameliyatlarında dren kullanmamakta (9), kullanan operatörlerde dreni kesi yerinden çıkarmaktadır. Drenin kesi yeri dışında sternum üstünden veya kenarlarından çıkarılması skatris kalması açısından son derece sakıncalıdır. Çünkü sternuma yakın kesilerde giderek fazla miktarda skatris kalmaktadır. Ayrıca aşırı skatris kalmasını önlemek amacıyla kesi yeri iyi seçilmeli teknik özelliklere dikkat edilmelidir (1,7). Bütün bu koşulların sağlandığı hastalardan bazılarında bile bünyesel olarak fazla miktarda skatris oluşabilmektedir. Bizim 3000 olgumuzun 32 sinde (% 1.0) kesi yerinde aşırı derecede skatris gelişmiştir.

42 olgumuzda operasyondan sonra larenjit ve trakeit ortaya çıkmıştır. (% 1.4). Bu komplikasyon özellikle sigara içen hastalarda ortaya çıkmaktadır. İntübasyon sırasında yapılan tahrişin dereceside önemlidir. Bazen vocal cord harabiyeti bile ortaya çıkabilmektedir (1, 6). Postoperatif larenjit ve trakeit insidensini azaltabilmek için intübasyondan en az bir hafta önce hastanın sigara içmesi önlenmelidir.

Operasyondan sonra boyun derisinde çekilmeler uygun diseksiyon yapılmadığında veya anatomik yapılar uygun olarak birbirine dikilmediğinde görülür. Diseksiyon sırasında platisma fascia colli anterior'dan ayrılmalı ve yara kapatılırken anatomik yapılar birbirine uygun dikilmelidir. Bizim olgularımızın 8 inde (% 0.2) boyun derisinde çekilme görülmüştür.

Boyunda incelme (Adele atrofisi) 6 olgumuzda (% 0.2) ortaya çıkmıştır. Tiroid önündeki adelelerin kesinmesi veya sinir lezyonu nedeni ile ortaya çıkan bu komplikasyonu önlemek için, tiroid önü adeleler ve sinirleri mümkün olduğu kadar korunmalıdır.

İpek fistülü operasyondan uzun süre sonra ortaya çıkabilir. Bizim bir olgumuzda operasyondan altı ay sonra ortaya çıkmıştır. İpek fistülü gelişmesini önlemek için ince ve az miktarda dikiş materyeli kullanılmalıdır.

Çalışmamızda ortaya çıktığı gibi çok düşük major komplikasyon oranlarına rağmen (% 0.7), oldukça yüksek minor komplikasyon oranları (% 6.4) görülebilmektedir. Yukarıda belirtilen esaslara dikkat edildiğinde bu oranlar önemli miktarda düşürülebilir. Gelecekte yapılan çalışmalarda elde edilecek sonuçların daha başarılı olacağı inancındayız.

ÖZET

1981-1986 yılları arasında kliniğimizde ameliyat edilen 3000 tiroidektomi olgusunda ortaya çıkan minor komplikasyonlar değerlendirildi. 194 minor postoperatif komplikasyon görüldü. Major komplikasyonlar % 0.7 oranında tespit edildi. Mortalite % 0 dır.

SUMMARY

Minor Surgical Complications of Thyroidectomy

Minor surgical complications were studied in 3000 thyroidectomy cases had been performed in our clinic between 1981 - 1986.

We have found minor and major postoperative complication 194 and 23 respectively. Mortality rate is 0.27 %.

KAYNAKLAR

1. Ergin, K., Acar, H. : Tiroid Cerrahisi. Atlas Tıp Kitapçılık Yayınevi. II. Baskı 1986.
2. Ergin, K., Acar, H. : Tiroidektomi ameliyatlarından sonra görülen cerrahi komplikasyonlar. A.Ü.T.F. Mec. 37 : 1, 1984.
3. Ergin, K., Torun, N., Baskan, S. : Tiroid ameliyatlarından sonra yaranın dren konulmadan kapatılması. A.Ü.T.F. Mec. 27 : 3, 1975.
4. Ergin, K. : Tiroid ameliyatlarından sonra görülen cellulitisin sebepleri üzerine bir araştırma. A.Ü.T.F. Mec. 25 : 1, 1972.

5. Farrar, W.B. : Complications of thyroidectomy. The Journal of otolaryngeal S.C.N.A. 12 : 2, 1983.
6. Fenton, R.S. : The surgical complications of thyroidectomy. The journal of otolaryngology. 12 : 2, 1983.
7. Lore, J.M. : Technique of thyroidectomy. The journal of otolaryngology. 12 : 2, 1983.
8. Scanlon, E.F., Kellogg, J.E., Winchester, D.P. : The morbidity of total thyroidectomy. Arch. Surg. 116 : 568, 1981