

A. Ü. Tıp Fakültesi Şirürji Kürsüsü

**GUATR AMELİYATLARINDAN SONRA GÖRÜLEN
KARIŞMALAR (KOMPLİKASYONLAR) VE
TEDAVİLER**

Dr. Ferruh Uzer *

Dr. Altan Tüzüner**

Bundan evvelki yazımızda guatr ameliyatlarında görülen karışmalar ve tedavilerden 367 vak'alık araştırmamız dolayısıyla bahsetmiştik (16). Bu yazımızda daha önceki serimizin sonu görülen karışmalarından ve tedavilerinden bahsedeceğiz.

Memleketimizde guatr vak'alarına çok sık rastlanmasına rağmen; bu konuda daha evvel kliniğimizde yapılmış bir araştırma (2). hariç, ameliyat sonu karışmalar ve tedavilerinden bahseden bir çalışma yapılmadığı göz önüne alınarak bu araştırmayı yaptık ve literatür ışığında bunları tartıştık.

Vak'aladaki karışmaları incelemeye kolaylık temini bakımından erken ve geç olmak üzere iki bölüme ayırdık.

Kliniğimizde 1963 - 1967 yılları arasında 367 guatr vak'ası ameliyat edildi. Bu vak'aların hazırlanmalarından ve özelliklerinden önceki yazımızda bahsetmiştik. Ameliyat sonu geç karışmaları, vak'alara takip fişi göndererek ve bizzat kliniğe davet ederek araştırdık. Bu vak'alarda ameliyat sonu erken ve geç olmak üzere şu komplikasyonları gördük.

I — Ameliyat sonu görülen erken komplikasyonlar :

Komplikasyon	Vak'a sayısı	Oran
Ateş	42	% 11,4
Ödem	38	% 10,3
Süptürasyon	17	% 4,6
Tiroid krizi	13	% 3,5
Hipoparatiroidizm	11	% 3
Kanlı serumlu birikinti	11	% 3

* A. Ü. Tıp Fakültesi I. Şirürji Kürsüsü Doçenti

** A. Ü. Tıp Fakültesi I. Şirürji Kürsüsü Başasistanı

Boğaz ağrısı	0	% 2,7
Tıkanma duygusu	8	% 2,1
Yutma güçlüğü	7	% 1,9
Ses kısıklığı	5	% 1,3
Hematom	4	% 1,1
Kanama	2	% 0,5
Dren unutulması	2	% 0,5
Tampon unutulması	2	% 0,5
Çene altı ve boyunda parestezi	2	% 0,5
Kesinin bütünü ile açılması	1	% 0,27
Ruhi depresyon	1	% 0,27

II — Ameliyattan sonra görülen geç karışmalar :

Komplikasyon	sayısı Vak'a	Oran
Kötü nedbe	7	% 1,9
Hipotiroidi	6	% 1,6
Keloid	5	% 1,3
Nüks	4	% 1,1
Fistül	2	% 5
İlerleyen eksoftalmus	1	% 0,27
Ölüm	3	% 0,8

TARTIŞMA

I — Erken komplikasyonlar: Hastanın yatış pozisyonu ile başlar guatr ameliyatı geçiren bir hasta yatağında yarı Fowler pozisyonunda yatmalı arteriyel ve venöz basınç kontrol edilmeli, rahat solunum yapması sağlanmalıdır. Ameliyat günü 2000 cc civarında serum glucosee solüsyonu i. v. verilmeli bu miktar hasta hipertiroidili ise gli-kojen yedeğini koruyacak kadar artırılmalıdır. Beslenmeye mümkün olduğu kadar erken başlanmalı yüksek kalorili diet uygulanmalıdır. Hastada solunum güçlüğü, ateş yükselmesi, kalp komplikasyonları varsa ve nabız süratli ise oksijen uygulanmalı, aneljezi, sedasyon temin edilmeli, bir trakeostomi seti hastanın yanında bulundurulmalıdır. Hasta ameliyat önu fazla miktarda iod almışsa yani iod ile hazırlanmışsa bir iki gün 3x8 damla lügol solüsyonu verilmelidir. Ameliyattan 12 - 24 saat sonrasına kadar yaranın gözle kontrolü yapılmalı, drenaj bakımından fazla giyimden sakınımalıdır.

Boğaz ağrısı : Ameliyattan sonra boğaz ağrısı çeşitli etkenlerden ileri gelir. Hasta entübasyon nedeni ile boğazında bilhassa yutkunurken ağrı duyar. Ameliyat yarası ve ameliyatta kesilen özofagus sinirlerinin etkisi fazladır. Genellikle iki üç günde geçen bu durum önemli bir sorun doğurmaz. 367 vak'amızda 9(%2,7) vak'ada bu durum görülmüş olup Akın ve Uzer'in (2) 351 vak'alık yine kliniğimizde yapılan diğer bir çalışmada 10 (%3,7) vak'ada görülmüştür.

Yutma zorluğu : Ameliyat kesi ağrısı, özofagus sinirlerinin kesilmesi ve ödem dolayısıyla meydana gelir. Bu karışmaya serimizde 7 (%1,9) vak'ada rastlanmıştır.

Geçici ses kısıklığı : Ameliyattan sonra geçici ses kısıklığı hafif Traumaya ödeme veya bir kompresyona bağlı olabildiği gibi N. recurrens ve N. laryngicus zedelenmesi, gerilmesi nedeni ile meydana gelebilir. Ayrıca trakeit, larinks ödemi aynı tabloyu yaratabilir. Tedavi konservatif olup sedasyon buhar inhalasyonu, ekspektoran ve antibiyotik tatbiki olup kısa zamanda geçer (2, 7, 8, 14.). Bu karışma serimizde 5 (%1,4) vak'amızda görülmüştür.

Kanama : En sık görüleni ve ciddi nitelikte olan kanama ameliyatın bitiminden sonra olanıdır ve 3 güne kadar görülebilir. Ameliyat sonu kanamalar damarların açık kalması, düğümün açılması, geride bırakılan tiroid dokusunun kanaması, gizli bir yara enfeksiyonu sonucu erozyon kanamalarıdır. Erezyon kanamaları ameliyattan günlerce sonra meydana gelebilir. ,

Her guatr ameliyatından sonra drenaj az veya çok bir kanama olurki bu bir bozukluğa sebep olmaz. Kanama venöz ve arteryel kaynaklıdır. Kanın azar azar birikmesi ile karakterize olan, tiroid lojunda ve boyun adaleleri arasında biriken kanamalar çoklukla venöz kaynaklıdır. Eğer bağlanan bir ven trunkusunun bağı açılırsa kanama arteryel kanama gibi dramatik bir tablo gösterir. Arteryel kanama sık olarak, bağlanan üst tiroid arterlerinin açılmasından ileri gelir. Yara primer kapanmışsa veya dren çalışmıyorsa kanamalar tabakalar arasında toplanır.

En sık olarak kanama, hasta anesteziyen uyanırken, kusma esnasında, öksürme ve gerilme ile olur. Derin servikal fasiada meydana gelen hematoma ciddi karışmalara sebep olur. N. recurrens ve

trakea üzerinde basınç yaparak tıpkı hemoperikardiumda olduğu gibi tablo solunum sistemi üzerine kayrr. Trakea böyle bir hematoma tarafından sıkıştırılarak hareketsiz bırakılmış olur. Sonunda bir solunum zorluğu ve venöz basınca bağlı olarak dolaşım bozukluğu tabloya eklenir. Böylece hastalarda, boyunda ileri derecede şişlik siyanoz, solunum güçlüğü, sıkıntı hissi, laringeal strider, ve yüzde venöz durgunluk ortaya çıkar. Bu gibi durumlarda yeniden ivedili bir cerrahi girişimin gerekliliği ala tartışılmaz ve trakeostomi hemen uygulanır. Oksijen inhalasyonu sedatif ve transfüzyon ile vakit kaybı bir hatadır (1, 2, 3, 7, 8, 11, 14, 20).

Bu gibi karışmalardan en iyi korunma şekli, iyi bir hemostaz arter ve ven köklerinin dikkatli preparasyonu, iyi bağlanması nihayet iyi bir kapsül dikişidir. Geniş ameliyat alanı temini bilhassa tirokardiak hastalarda ameliyat sonu karışmalardan dolayı hastayı ikinci defa bir ameliyata almak bakımından çok önemli olup, daima uyanık olmak icabeder. Drenlerin çalışmadığı hafif kanamalarda hematoma boşaltılması denenebilir. Stich'e (14) göre ameliyat sonu kanamalarda boyuna bir basınç sargısı veya kapama ile basınç yapmak bir illizyondan ibarettir. Strangüle eden bir sargının kullanılması çok kere ciddi bir hatadır ve ameliyat sonu kanama, trakeomalazi ile karıştırılabilir.

Cattel'in 1000 tiroidektomi vak'asında % 2,7, Wade'in 119 vakasında % 0,8, Akın ve Uzer'in 351 vak'asında % 1,1 (2), 367 vak'alık kliniğimiz ikinci serisinde 2 (% 0,5) vak'a olarak bulunmuştur.

Kanlı serumlu birikinti : Guthrie ve Schimmel (14) bunu subkutan cat - cut dikişlere bağlarlar. Buna, yersiz bir plan üzerinde disseksiyon ve geniş üst flebdeki kanamaların yetersiz dindirilmesi sebep olabilir. Drenaj başlıca tedavidir. Drenajdan sonra sıcak ve nemli kompres tatbiki iyi gelir, erken boşaltılmazsa üzerine enfeksiyon eklenir sonradan enfeksiyona bağlı olarak ameliyat kesisin de çekilme ve büzülme meydana gelir. Boyun derisi trakeaya yapışır (2, 14, 8). Kanlı serumlu birikintiye serimizde 11 vak'ada rastlanmıştır (% 3).

Tıkanma duyusu : Ameliyatın ilk günlerinde olur. Hasta zaman zaman nefes darlığı duyar. En çok guatr ameliyatlarından sonra, larinks ödemi, laringo - trakeite bağlı olarak meydana gelir. Bu

durumda hasta Fowler pozisyonuna getirilir, oksijen verilir (7). Bu karışma 8 (% 2,1) vak'amızda görülmüştür.

Recurrans felci : N. recurrans daha önce ameliyat esnasındaki karışmalarda belirtildiği gibi bağlanarak, kesilerek, koparılarak, ezilerek, gerilerek, hematoma baskısı ve lokal anesteziğin fazlalığı ile zarara uğrar.

N. recurrans harabiyeti sonucu M. cricopharyngeus hariç bütün lariks adeleleri felce uğrar. Klinik olarak N. recurrans'ın tam ve tam olmayan yaralanmalarında ses kaybı ve solunum güçlüğü olmayabilir. Tam olmayan yaralanmalarda reperasyon görülebilir. Ameliyattan önce yapılan laringoskopik muayenelerin, operatörlerin sorumluluğu ve klinik morbiditesindeki rolü büyüktür. Her N. recurrans felci recurrans kaynaklı değildir. Bazı vak'alar az veya çok bir recurrans felci ile ameliyata gelirler. Bundan dolayı her guatr ameliyatından bilhassa nüks guatr ameliyatlarından evvel laringoskopik bir muayene yapılmalı ve bunu yazılı olarak hastanın dosyasına geçirmelidir. Çünkü ameliyattan sonra meydana çıkan felçler sıklıkla operatörün sırtına yüklenmektedir. Dequervain'in istatistiğinde 1000 ameliyatta ameliyat esnasında 29 lezyon meydana gelmiş, 31 vak'ada ise ameliyattan evvel recurrans parezisi bulunmuştur (14). Beck 300 ameliyatta 120 operatif 7 ameliyat evveli parezi tespit etmiştir (14). 367 vak'amızdan 16 vak'ada ameliyat öñü cord-vocallrde, parezi görülmüştür. Bunlardan 8 tanesi sol, 6 tanesi sağ, 1 vak'ada iki taraflı uarezi mevcuttu.

Ameliyattan önce ve sonra yapılan laringoskopik muayenelerde bir patoloji yoksa hafif bir glottis önemi, ameliyattaki maniplasyonlarla meydana gelen larinks travması, endotrakeal entübasyon veya bir kompresyona bağlı olarak bir ses kısıklığı meydana gelebilir (3, 8, 14, 17).

Operatif zararlar sonucu cord - vocaller en sık median durumdadırlar. Felcin belirtisiz kaldığı vak'alarda normal kalan cord - vocal fazla bir addüksiyonla felçli tarafa yaklaşır ve seslenmeyi sağlar. Bu tip vak'alarda bir iki ay sonra ses çıkarma kabiliyeti geri gelebilir. Çok kere guatr ameliyatları sonu birdenbire meydana gelen dispneler görülebilir ve bunun sebebi iki taraflı recurrans parezisi-dir. Bazı vak'alarda dispne nöbetler halinde gelebilir. Bazı vak'alar-

dada bir cord vocalin sadece bir kısmı hareket edebilir. Bu durumda dispne ancak eforla meydana gelebilir, çok kere kötüleşebilir. M. vocalis'in gevşemesi cord - vocaller'in inspirasyonda içe doğru çeki lerek bir aort kapağı gibi larinksi kapatması vaziyeti vahimleştirilir. Böyle hastalarda her soğuk algınlığı ve mukoza ödemi boğulma tehlikesi doğurabilir (14, 17).

Sinirlerin kesilmesinde cord - vocal'lerin intermedier (kadavra) durumu ender görülür. Daha çok laryncicus superior'un dış motorik dalının yaralanması ile beraber olur. Devamlı ses kısıklığı henüz kendiini toparlayabilecek cord - vocal'lerin bulunmasına rağmen cricoaritenoid eklem ankilozu ve fikasyonu sonucunda meydana gelebilir. Bu durumlarda ciddi bir şekilde dispne, siyanoz ve stridor meydana gelebilir ve ivedili trakeostomiye zorunlu kılar. Devamlı felç sonucu cord - vocal'lerin fonksiyonu düzelmezse laringofissür yapılarak, bir veya iki cord - vocal yan duvara dikilerek, aritenoidektomi yapılarak hasta hem kanülden hemde boğulma tehlikesinden kurtarılmış olur. Sinir yaralanmalarında görülen belirtiler genellikle 6 - 9 ay içerisinde geçer. Bu gibi vak'alar fizik tedaviden ve kemoterapiden fayda görürler (7, 12, 17, 20).

Ses hiçbir zaman mevcut pareziyi bildirmediğinden aceliyattan sonrada rutin olarak laringoskopi yapılmalıdır. Ancak bu şekilde operatör recurrens'in durumu hakkında bir bilgiye sahip olur.

İstatistiklerde n. recurrens yaralanmaları % 32 - 0,8 arasında değişmektedir (14). Dequervain'in 1000 vak'alık istatistiğinde bu harabiyet % 2,9 (14). Richards'ın 300 vak'alık serisinde bu oran % 0,5 dir. Cattel 4795 guatr ameliyatında % 0,7 tek taraflı recurrens yaralanması ve bunların % 30 da geçici parezi görmüştür. Akın ve Uzer'in 465 sinir yaralanma tehlikesine karşılık yaralanma oranı % 1,1 (2). Kliniğimiz ikinci serisinde 570 sinir yaralanma tehlikesine karşılık 5 (% 0,6) sinir zedelenmesi görülmüştür. Bu vak'adan 1 vak'a devamlı kalmış ve hastanın tekrar yapılan fizik tedavi konsültasyonunda 6 aydan fazla bir zaman geçtiğinden faydalı olunamıyacağı bildirilmiştir. Bu da 5vak'anın % 20 sini teşkil eder.

Hipoparatiroidizm : Paratiroidlerin kaybı ve fonksiyonunun olmamasına bağlı tetani çok kere ameliyattan sonra 6ile 48 saat arasında ortaya çıkar. Ameliyattan iki üç ay sonra geç olarak görü-

lenleride vardır. Tetani mutlaka bezlerin çıkarılmasından yahutta ameliyatta yaralanmalarından olmaz. Ameliyattan 48 saat sonra yara ödemeine bağlı olarakta ortaya çıkabilir. Bundan başka erken tetani, glottis ödemi, sıkı bandaj, hematom dolayısıyla hastanın solunumunun zorlandığı hallerde bir vantilasyon bozukluğu tetanisi meydana gelebilir ve bunu diğerleri ile karıştırmamak lazımdır (2; 14). Lokal anesteziyelerle yapılan tiroidektomilerde lokal anesteziğin etkisi ile tetaniye benzer bir tablo meydana gelebilir (14, 20, 21).

Paratiroid kaynaklı tetanilerin hastalık tablosu çeşitli gösteriler halinde ortaya çıkar. Bu tablo tipik kramp hallerinden hafif baldır ağrıları ve basit yüz gerilmesine kadar değişebilir. Anjinoid kalp şikayetleri sıktır. Üst karın ağrıları üzüntülü çöküntülü durumlar psikozlar görülür. Diafragma, glottis krampı sıklıkla görülür. Hasta huzursuzdur kendisini iyi hissetmez, ektodermal kaynaklı deri saç diş tırnak ve mercek bozunları ile serebral kalsifikasyonlar geç belirtiler olarak ortaya çıkar.

Ameliyattan sonra semptomların (karpopedal spazm, Chovostek ve Trousseau belirtilerinin olumlu olması) başlama zamanı paratiroid yetmezlik belirtilerinin şiddeti ile ilgili değildir. Tipik paratiroid kaynaklı tetani hipokalsemi, hiperfosfatem, EKG de : QT aralığının uzaması ve yüksek hipervantilasyonlarla kendisini gösterir. Hipoparatiroidiler geçici ve sürekli olmak üzere ortaya çıkarlar. Vak'aların çoğunda hipokalsemik tetani geçicidir. Bu hipofonksiyonun, ameliyat anında paratiroidlere gelen damarlarla oynanmasından ileri geleceğini düşündürür (1. 2. 4. 5. 8. 9. 14. 17. 18. 19. 20).

Hipoparatiroidizm serum Ca, serum P seviyeleri, EKG kontrolleri, sinirlerin elektriki reaksiyonu, Sulkowitch, E. D. T. A testleri ve klinik belirtilerle ortaya konur.

Serum Ca seviyesinin 8 mg. altına düşmesi tetaniyi davet eder Tetani akut vak'alarda hastayı adele disfonksiyonu dolayısıyla solunum güçlüğünden kurtarmaktadır. Belirtiler ortaya çıkınca derhal i. v. % 10 luk calcium gluconat 10-20 cc. verilir. Semptomlar ve fizik işaretlere dikkat edilerek 2-4 saat ara ile bu tedavi tekrarlanır.

Belirtiler gerileyinceye kadar oral olarak 50 cc. calcium gluconat dörder saat ara ile verilebilir. Geçici paratiroid yetmezliğinin

de, nedeni bilinmemekle beraber morphin yapılması belirtilerin kaybolmasına sebeb olmaktadır bazan spontan iyileşme olduğu gibi bazanda calcium tedavisi yetersiz gelebilir. Bu durumda tedaviye paratiroid hormon (A. T. 10) ve D vit eklenir. Hipoparatiroidinin geçici veya sürekli olduğunun bilinmesi için, mümkün olduğu hallerde Ca kullanılmalı sonrada D vit. tedavisine geçilmelidir.

Sürekli hipoparatiroidizmde başka bir hastadan alınan paratiroid bezi tetanili hastanın M. rectus abdominus veya başka bir adalesi arasına yerleştirilirse semptomlar kaybolabilir. Paratiroid homotransplantasyonları bugün hala tartışmalı bir konudur (4, 7, 8, 14, 20).

Hardy (8) 600 vak'alık bir incelemede % 2,8 geçici % 1,5 sürekli toplam olarak % 4,8; Murley (9) 300 vak'alık serisinde % 1,5 Akın ve Uzer 351 vak'alık serilerinde 10 geçici 1 sürekli olmak üzere 11 (% 4,9) vak'a hipoparatiroidizm görmelerine karşılık 367 vak'alık kliniğimiz ikinci serisinde 9 geçici 2 sürekli olmak üzere toplam olarak 11 (% 3) vak'a görülmüştür.

Enfeksiyon : Tiroidektomilerden sonra meydana gelen boşluklar enfeksiyon meydana gelmesini kolaylaştırır. Basit stafilokok enfeksiyonlarından mediastinitise kadar varan ağır tablolara rastlanabilir. Etkenler; trakea yaralanması, trakeostomi, özofagusun kendisinin veya divertiküllerinin yaralanması, unutulmuş tampon veya drenler olabilir.

Eğer enfeksiyon derine yerleşmişse endişe verecek kadar önem taşır. Eğer cerrahi girişimde recurrens disseksiyonu yapılmışsa ve paratiroidler ortaya konulmuşsa tehlike daha büyüktür. Recurrens ve paratiroidlerin nedbe dokusu ile sarılmasından geç sinir felçleri ve hipoparatiroidizm görülebilir. Enfeksiyonlar erkenden ponksiyon ve drenajla ortadan kaldırılmalı uyarlı antibiyotik tatbiki ile primer etken düzeltilmelidir.

Wade (2) 119 vak'ada yara enfeksiyonunu % 7,5 Akın ve Uzer (2) 351 vak'ada % 7,9 bulmalarına karşılık kliniğimiz 367 vak'alık ikinci serisinde % 4,6 olarak bulunmuştur.

Ödem : Enfeksiyöz kaynaklı olmayan ve kesi çevresinde, fleblerde şubkutisin endurasyonu sık görülür. Bu travmatik olup bil-

hassa fleb disseksiyonunun künt yapıldığı hallerde daha belirli-
dir. Sıcak ıslak tatbikatı ve hirüroid cinsi pomadlar iyi gelir. Ge-
nellikle 12 hafta sonunda kaybolur. Bu durum serimizde 38 vak'a-
da % 10,3 tespit edilmiştir.

Ameliyat sonrası ateş : Ameliyattan sonra 1-3 günlerde en-
feksiyon olmadan ateş yükselmeleri sık görülür. Bu yara alanla-
rından olan rezorpsiyona bağlıdır. Hematomlu olan sahalarda da-
hada uzun sürebilir. Antipiretik iyi gelir. Bu tür karışmaya bu se-
ride 42 (% 11,4) vak'ada rastlanmıştır.

Tiroid Krizi : Hernekadar klinik olarak ötiroidi halinde bu-
lunan hastalarında krize girdikleri görülmüşse de bu durum ço-
ğunlukla hipertiroidililerde ameliyat esnasında nadir olarak ve ame-
liyatı takip eden 24-48 saatte ortaya çıkabilir. Belirtileri ameli-
yat öncesi belirtilerin şiddetlenmesi ile karakterize olup aşırı sem-
patik sistem stimülasyonu ve buna bağlı 38 C üzerinde ateş deride
kırmızı renk, ellerde nemlilik, taşikardi, aşırı huzursuzluk, delir-
yum ve bazı vak'alarda konjestif kalp yetmezliği veya kardiovas-
küler kollaps, arter basıncında artma şeklinde kendini belli eder.

Kriz etkeni olarak tiroid hormonunun ameliyat esnasında ani
olarak dolaşıma karışması ile aynı zamanda sürrenal yetmezliği-
nin sebep olduğu ileri sürülmektedir. Hipertiroidili vak'alarda ame-
liyattan önce çok önemli bir komplikasyon olan tiroid krizini önle-
mek amacıyla hastaların ötiroidi haline getirilmeleri gerekir.

Mortalitelerin yüksek olduğu bu komplikasyonda antitiroidik
ilaçların tedavi yönünden hiç bir kıymeti olmadığı anlaşılmıştır.
Lügol solüsyonu ve i. v procain bazı vak'alarda faydalı olmakta ise-
de daha etkili tedavi vasıtalarının bulunması dolayısıyla günümüz-
de bunlarda tedavi maksadıyla kullanılmamaktadırlar.

1 — Hiperpireksi ile savaş : Alkol, buz keseleri, buzla soğu-
tlanmış çarşaflar veya hipotermi cihazları ile hasta soğutulur. Ay-
rıca hem sedasyon hemde i. v verildiğinde 1 C ısı düşürdüğü için,
ayrıca ameliyattan sonra çıkan hipokalsemik kaynaklı olmayan ta-
kipneye mani olmak için ergo alkaloidi ihtiva eden Laborit solüs-
yonu verilir. Bu solüsyonun yapısında 500 cc. % 5 serum glucosee
de 100 mg. dolantin, 50 mg. largactil, 0,6 mg. hydergin ve 50 cc. %
1 lik procain vardır.

2 — Oksijen : Her şeyden evvel artmış olan metabolizma dolayısı ile dokuların hipoksisini ortadan kaldırmak için faydalı ve şarttır ve devamlı verilmelidir.

3 — Sempatikolitikler : Reserpin; bu ilacın sedatif ve arter basıncını düşürücü etkisindende faydalanılır. Birçok yerlerde re-vaçtadır. Krizin şiddetli olduğu anda i.v 1 mg. serpasil nabız sayısını kısa zamanda belirli bir şekilde düşürür. İlk doz etkili olmazsa 10 dakika sonra tekrarlanır ve tedaviye her 4 ve 6 saatte 2,5 mg. i.m serpasille devam edilir.

Guanetidine (ismelin) : Aynı grubdan olup bu gaye için kullanılır.

Son zamanlarda taşikardi ile savaşmak için beta adrenerjik blokaj yapan ilaçların yüzgüldürücü neticeler verdiği bildirilmektedir (inderal gibi). Taşikardilerde eskiden kullanılan procain yerine xylocain ve citanest daha iyi neticeler vermektedir.

4 — Steroidler : Kriz esnasında yine en etkili ilaçlardan biri olan hidrokortizon kullanılır. Ancak hidrokortizon verilen hastalarda ödem ihtimali fazla olduğundan sıvı tedavisi buna göre ayarlanır.

5 — Sıvı tedavisi : Bu işte genellikle şu kaide yürürlükte-
dir. toksik durum nekadar fazla ise okadar fazla sıvı verilmelidir. 2000 ile 4000 cc. çok kere yeterlidir. Ayrıca vitaminlerle karaciğer korunur. Enfeksiyona mani olmak için antibiotik verilir.

6 — Sedasyon : Bu gibi hastalarda sedasyon şarttır. Hasta sakin ve sıcak olmayan bir yere alınır. Bunun için morphin ideal olmasına rağmen solunum felci yaptığından fazla dozdan sakınılmalıdır (2, 8, 10, 14, 15).

Kriz, Akın Uzer'in (2) 351 vak'alık serisinde % 3, 7, kliniğimiz 367 vak'alık ikinci serisinde % 5 olarak bulunmuştur.

Ameliyat sonu pnömoni : Çeşitli sebeblerle meydana gelir ilk etken yara ağrısı dolayısıyla yetersiz ekspektorasyondur. Bunun yanında aspirasyon pnömonisi büyük rol oynar. Yutkunma esnasında ağrı dolayısıyla bozulan yutkunma mekanizması sonucu N. laryngicus superior lezyonunda olur. Ameliyat sonu ölümler % 30 - 40 bu sebeble olur.

Buna benzer bir bozuklukta trakea yüzeyine konulmuş bağlamların sensibl sinir liflerini tahriş etmelerinden dolayı trakeada yabancı cisim etkisi uyandırarak öksürük müküs salgısı ile trakeit ve bronşitise sebep olur. Bir vak'amızı (% 0, 27) pnömoni sebebi ile kaybettik, ve ölüm yüzde bakımından % 33, 3 teşkil etmektedir.

Dren ve tampon unutulması : Tiroid ameliyatlarında kullanımlanyumuşak drenin içeriye kaçması ve tampon unutulması sonucu ateş, süpürasyon ve fistülle kendisini belli eder. Bu iki karışmaya ikişer vak'amızda (% 0, 5) rastlanmıştır.

Sempatik ve yüzeysel sensitiflerin yaralanmaları : Boyun sempatiklerinin yaralanmalarına ait bozukluklarda önce göz belirtileri ortaya çıkar. Ptozis, miyozis, ender olarak belirli enoftalmus, bazan tek taraflı yüz ödemi ve işitme bozukluğu görülür. Belirtiler birkaç ayda geçebildiği gibi Horner semptom kompleksleri halinde de kalabilir. Bu karışmaya klinik vak'alarımızda rastlanmamıştır.

Boyun yüzeysel sensitiflerinin kesilmesi bilhassa çene altında ve boyunda tek taraflı hissizlikle kendisini belli eder. (% 0,5) vak'amızda tespit edilmiştir.

Kesinin bütünü ile açılması : Tiroid önü adeleleri kesilen ve süpüre eden bir vak'amızda başın geriye ani olarak gitmesi sonucu kesinin bütünü ile açılması görülmüştür. Sonrada yara tekrar tabakalar karşılaştırılarak dikilmiş hasta klinikten şifa ile taburcu edilmiştir.

II — Geç görülen komplikasyonlar :

Kötü nedbe ve keloid : Guatr ameliyatlarında yara enfeksiyonlarından, kanlı serumlu deri altı birikintilerinden, deri altı fleblerinin yetersiz disseksiyonlarından yaranın yaklaştırılmasındaki başarısızlıklardan, derinin dikilmesinde reaksiyona sebep olacak materyelin kullanılmasından ötürü nedbe büzüşmeler, trakea üzerinde yapışmalar gibi kötü görünümeler ortaya çıkar. Bu tip karışmalara yaygın toksik guatr ameliyatlarından sonra sık rastlanır. Plastik bir girişimle bozukluklar ortadan kaldırılır (2, 7, 8, 9, 14, 17).

Geç recurrens felçleri ve hipoparatiroidizm : Daha çok recurrens ve paratiroid disseksiyonu yapılan vak'alarda enfeksiyonun

derinde yerleşmesi sonucu nedbe ve büzüşmelerden, iplik granülomundan meydana gelir (2, 7, 13). Bu karışmaya klinik vak'alarımızda rastlanmamıştır.

Nüks : Nüksler bilhasa 40 yaşın altındaki ve nodüler guatrı olan hastalarda sık olarak, ameliyattan 6 - 10 sene sonra görülür. Nükslerin en büyük sebebi lobus pyramidalis'in farkına varılmadan bırakılmasıdır. Ayrıca hipotiroidi korkusu ile fazla hastalıklı doku bırakma endişesinden ve yalnız nodülün çıkarılmasından meydana gelir 2). (Nüks sebepleri arasında arter bağlanması ileri sürülmüşse şüphesidir. Bu fikire göre nekadardır arter bağlanırsa nüks o kadar azdır. Arter bağlanmasının etkisi sekretuar sinirlerin kesilmesine bağlıdır. Hipertiroidililerde nüks oldukça fazla görülür. Yazarların çoğunluğuna göre sebep ekonomik ameliyatlara bağlıdır. Hormonal faktörlerin özellikle genital hormonların büyük rol oynadığı ileri sürülür. Seksüel hayatın değişkenlik gösterdiği devrelerde (menapoz, gebelik, emzirme gibi) sıklıkla görülür. Hipertiroidi nüksleri diffüz vak'alarda daha erken nodüler vak'alarda daha geç meydana çıkar. Artık doku ameliyattan sonra yapılan testlerinin kontrollerine göre 2,5 xl, 25 xl, 25 cm. boyutlarında veya 6 ile 16 cm. hacimde olmalıdır. Bu miktar vak'aların çoğunda yeterlidir (2, 9, 14). Kliniğimiz vak'alarında 4 nüks vak'asında (% 1,04) rastlanmıştır.

Hipotiroidizm : Her türlü tiroid hastalığına ait cerrahi girişimlerden sonra ortalama bir iki yıl arasında değişebilen bir süre içerisinde tiroid yetmezliği ve miksödeme rastlanır. Hipotiroidide, ameliyat öncesi guatrın iyi tanınması, doku çıkarımının hesaplı yapılması çok kıymetlidir. Ameliyatlardan sonra geriye bırakılan tiroid parçasının miktarı, büyüklüğüne değil fonksiyonel kapasitesine bağlı olarak değişir. En çok radikal ameliyat geçirenlerde, bilhassa tiroiditis, tiroid malignitesi ve hipertiroidi sebebi ile ameliyat olanlarda görülürse, Richards (9) T 3 supresyon testi ile izlediği vak'alarda toksik ve notoksik guatrlarda bırakılan doku ile hipotiroidizm arasında bir ilişki bulamamıştır. Ameliyattan sonra görülen hipotiroidi TSH artmasına bağlı tiroid hormonu yetersizliğidir, bu hal bazan geçici olabilir.

Bartels'e göre postoperatif hipotiroidi görülen hastaların % 50 sinde miksödem teşekkül eder. Ameliyat sonu miksödemli hasta-

larda belirtiler daima klasik olanlar gibi görülmez. Bu tür hipotiroidizm tablosu soğuga dayanıksızlık, derinin kuru olması halsizlik bitkinlik, bradikardi, göz kapağı ödemi ses kısıklığı şeklinde kendisini gösterir. Tanıda en büyük yardımcı labratuar bulgularıdır. Serum kollersterolu, PBI, bazal metasolizma, I 131 ve son zamanlarda 1 127 tedavide ve tedavi ayarlanmasında büyük rol oynar (2, 6, 8, 9, 14, 20).

Murley (9) 300 vak'alık tiroid fonksiyon testleri ile araştırdığı serisinde % 9,2 hipotiroidili tarif etmiştir.

Sadece takip fişi ile ve ayaktan incelediğimiz vak'alarımızda bu oran 6 (% 1,2) vakada görülmüştür.

İlerleyen eksoftalmus : Ameliyat veya medikal tedavi ile kontrol altına alınmış bulunan hipertiroidiklerin bazılarında bu durum gelişir. Vak'alarda ileri derecede gözün dışarıya fırlamasından başka kornea ödemi, kornea ülserasyonu, diplopi ve oftalmitis beraber olabilir. Bu hali hipofiz ön lobu tirotropik hormonunun devamına bağlayanlar vardır. Fakat bugün hala retro orbital sıvı artımının sebebi belli değildir. Bu tip vak'alarda hasta oturur vaziyette tutularak retroorbital ödemin azaltılmasına çalışılır. Görmeye bozukluk varsa cerrahi olarak retroorbital dekompresyon yapılır. ACTH ve hydrocortison tatbiki faydalı olabilir (3, 7, 8).

367 vak'amızdan 1 (% 0,27) vak'amızda ilerleyen eksoftalmus tespit edilmiştir.

Postoperatif fistül : Uzun devam eden fistüllerde sebep olarak çok defa derinde beslenmeyen tiroid dokusu nekrozu gösterilir. Bu durum ölü dokular dışarı atılıncaya kadar devam eder. Bazanda bırakılan tampon, dren ve ipliğe bağlı olarakta meydana gelebilir.

Ölüm : Literatürde guatr ameliyatlarında ölüm oranı % 0,6 ile % 1,92 olarak (2) gösterilmiş olup, 367 vak'alık serimizde ölüm 3 (% 0,8) vak'ada görülmüştür. Bu vak'alardan birinci vak'a : Hipertiroidili olup tirokardiak dahili yünden hazırlanmış, bilateral subtotal tiroidektomi yapılmıştır. Vak'a trakea baskısı ve asfiksi belirtileri ile ivedili olarak ameliyata alınmıştı. Ameliyat sonrası üçüncü gün pnömoni başlamış ve ekspektorasyon yapamadığı için trakeostomi ile aspirasyon ve aktif solunum denenmiş isede yaygın

pnömoni devam ettiğinden ölmüştür. İkinci vak'a : Hazırlanmış hipertiroidili olup, bilateral subtotal tiroidektomi yapılmıştı. Ameliyattan 5,5 saat sonra siyanoz hipotansiyon, şok ile ölmüştür. Üçüncü vak'a : Bilateral subtotal tiroidektomi yapılmıştı ve basit gautr idi ameliyattan sonra birinci gün kanama belirtileri ile tekrar ameliyata alınmış hemostaz ve trakeostomi yapılmıştı, hasta ikinci gün fibrilasyon sonucu öldü.

ÖZET

1963 - 1967 yılları arasında 1. cerrahi kliniğinde ameliyat yapılan 367 vak'ada ameliyattan sonra görülen komplikasyonlar erken ve geç olarak iki bölümde incelendi bunların belli başlı olanları literatürde gözden geçirilerek tartışıldı. Ayrıca bu komplikasyonların tedavilerinden yer yer bahsedildi.

Kliniğimiz vak'alarında ameliyattan sonra erken olarak: 42 (% 11,4) vak'ada ateş, 38 (% 10,3) vak'ada ödem, 17 (% 4,6) vak'ada süpürasyon, 13 (% 3,5) vak'ada tiroid krizi, 9 (% 2,7) vak'ada boğaz ağrısı, 8 (% 2,1) vak'ada tıkanma duyusu, 7 (% 1,9) vak'ada yutma güçlüğü, 5 (% 1,3) vak'ada ses kısıklığı, 4 (% 1,1) vak'ada hematoma, 2 (% 0,5) şer dört grub vak'ada kanama, dren unutulması, tampon unutulması, çene altı ve boyunda parestezi, 1 (% 0,27) er vak'ada kesinin bütünü ile açılması ve ruhi depresyon; geç olarak 7 (1,9) vak'ada kötü nedbe, 6 (% 1,6) vak'ada hipotiroidi, 5 (% 1,3) vak'ada keloid, 4 (1,1) vak'ada nüks, 2 (0,5) vak'ada fistül, 1 (% 0,27) vak'ada ilerleyen eksoftalmus; 3 (0,8 %) vak'ada ölüm görülmüştür.

SUMMARY

The complications after thyroidectomy and their management

Complications seen in 367 uase, which their operation were performed at I. Clinic of Surgery between 1963 - 1967 has been divided as early and late complications. And their management has benn dicussed. The complications seen in our clinic, post - operatively are as follows. Early Complications :

In 42 case (% 11.4) hyperpyrexia, in 38 case (% 10.3) edema, in 17 case (% 4.6) supuration, in 13 case (% 3,5) Thyroid crisis, in 11 case (% 3) hypoparatiroidism and serous collection, in 9 case

(% 2,7) throat ache, in 8 case (% 2,1) dyspnea, in 7 case (% 1,9) dysphagia, in 4 case (% 1,1) hematoma, in 5 case (% 1,3) voice disturbs, in 2 case (% 0,5) bleeding, gause and drain forgotten in the region, cervical, submandibular paresthesia.

Late Complications :

In 7 case (% 1,9) bad cicatrization, in 6 case (% 1,6) hypothyroidism, in 5 case (1,1 %) keloid, in 4 case (1,3 %) recurrences, in 2 case (% 0,5) fistula formation, in 1 case (% 0,27) progressive exophthalmus, and 3 deaths (% 0,8).

LİTERATÜR

- 1 — AKGÜN, S. : Tiroid hastalıkları, Boyun Hastalıkları, A. Ü. Basımevi Ankara, 1966.
- 2 — AKIN, H., UZER, F. : Basit Guatr'da Kanserileşme ve Tiroidektomi Karışmaları, Ayyıldız Matbaası. Ankara, 1966.
- 3 — ALTEMEIR, A. W., CULBERTSON, R. W. : Thyroidectomy. Surg. Clin North, Am. 46,5 : 1215, 1966.
- 4 — COLCOCK, P. B., ADAMS, D. H. : Thyroid Surgery for benign and malignant disease. Surg. Clin. North. Am. 45, 3 : 533, 1965.
- 5 — D'ALLAINES, F. : Pathologie Chirurgicale. Tom. II. P : 474, 1956.
- 6 — GRAMIGER, A. : Die Beurteilung der Schilddrüsenfunktion nach Strumaresektion Durch die Bestimmung des PBI 127. Lang. Arc. fül. Kli. Chir. anBd 316, 118, 1966.
- 7 — HAGGE, D. R. : Surgical, thyroid Disease selection of cases, preoperative and postoperative care. Surg. Clin. North. Am, 1966.
- 8 — HARDY, J. : Complications in surgery and their management. W. B, Saunders Co. 2 end. 307, 1967.
- 9 — MURLEY, R. S., RIGG, B. M. : Postoperative thyroid remnant. Brit. Jour. Surg. 55 : 757, 1968.
- 10 — PAYKOÇ, R. : Cerrahi Tiroid Krizi Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1962, Şahsi Görüşme, 1970.
- 11 — PEY ELON, R., JEGOU, Y. : Thyroectomies d'urgence pour Hematom suffocant par rüptüre Spontanee d'hématocèle, Lyon Chir. 60 : 96, 1964.
- 12 — POLLOCK, F. W. : Surgical Anatomy of the Thyroid and parathyroid Glands. Surg. Clin. North. Am.44, 5 : 1161,1964.
- 13 — STARK, B. R. : Immediate Complications of Head Neck Surgery. Surg. Clin. North. Am, 44, 2 : 30, 1964.
- 14 — STICH, R. und BAUER, H. K. : Fehler und Gefahren bei chirurgischen operationen. Band I, Veb Gustav Fischer. Verlag-Jena 270, 1958.

- 15 — THOMPSON, W. N., FRY, J. W.: Thyroid Crisis. Year Book of General Surgery. 181, 1965 - 1966.
- 16 — TÜZÜNER, A., UZER, R.: Guatr ameliyatlarında Görülen Karışmalar (komplikasyonlar) ve Tedavileri. A. Ü. Tıp Fak. Mec. C : XXII, S : IV, 850, 1969.
- 17 — WADE, J. S. H.: There Major Complications of Thyroidectomy. Brit. J. Surg. 52, 10 : 727, 1965.
- 18 — WADE, J. S. H. FOURMAN, P., DEANE, L.: Recovery of Parathyroid function in patients trasien hypoparathyroidism after thyroidectomy. Brit. J. Surg. 252, 7 : 493, 1965.
- 19 — WADE, J. S. H., GOODALL, P., DEANE, L., DAUNCEY, M., FOURMAN, P.: The course of partial parathyroid insufficiency after thyroidectomy. Brit. J. Surg. 52, 7 : 497, 1965.
- 20 — WRREN, K. W.: Prevention of Thyroid Surgery Complications and Their Management. Surg, Clin. North. Am. 601, 1957.
- 21 — WERNER, S. C.: Anestheticin Thyroid Surgery. The Thyroid 2. ed. 480, 1962.

(Mecmuaya geldiği tarih : 20 Nisan 1970)