

## **TİROİD CERRAHİSİ VE PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMI**

**Açelya TÜRKMEN<sup>1</sup>**

### **Öz**

Tiroid kanseri, farklı biyolojik ve fiziksel özellikleri olan, en çok görülen endokrin sistem kanserlerinden biridir. Papiller, foliküler, medullar ve neoplastik olmak üzere 4 kanser türü bulunmaktadır. Tiroid kanserinde genellikle tümörler cerrahi olarak çıkarılmaktadır. Tiroid cerrahisinin temel amacı, tamamen veya kalıcı olarak hastalığı kontrol altına almak ve morbiditeyi en az düzeyde tutmaktır. Cerrahi hemşireleri, hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakımında önemli rol üstlenmektedir. Ameliyat öncesi uygulanan hemşirelik bakımı ameliyat sırası ve sonrası hasta sonuçlarını etkilemektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastalar postoperatif kanama, tirotoksikoz, tetani, hipokalsemi ve rekürren sinir yaralanması açısından değerlendirilmelidir. Tiroid cerrahisi geçiren hastaların hemşirelik bakımına yönelik araştırmalar yürütülmektedir. Bu nedenle tiroid cerrahisi ve hemşirelik bakım uygulamalarını vurgulamaya yönelik bu derleme çalışması gerçekleştirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Tiroid, cerrahi, perioperatif, hemşirelik.

---

<sup>1</sup> Sorumlu Yazar: Arş. Gör. Dr. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, Adana, Türkiye, acelyaturkmen2@gmail.com ORCID: 0000-0002-3072-9463

**Makale gönderim tarihi:** 24.06.2022

**Makale kabul tarihi:** 04.08.2022

**Künye Bilgisi:** Türkmen, A. (2022). Tiroid Cerrahisi ve Perioperatif Hemşirelik Bakımı. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 3(2), 180 – 191.

## ***Thyroid Surgery and Perioperative Nursing Care***

### **Abstract**

Thyroid cancer is one of the most common endocrine system cancers with different biological and physical characteristics. There are 4 types of cancer: papillary, follicular, medullary and neoplastic. In thyroid cancer, tumors are usually removed surgically. The main purpose of thyroid surgery is to control the disease completely or permanently and to keep morbidity to a minimum. Surgical nurses play an important role in the pre-, intra- and post-operative care of patients. Nursing care applied before the surgery affects the patient results during and after the surgery. In the postoperative period, patients should be evaluated for postoperative bleeding, thyrotoxicosis, tetany, hypocalcemia, and recurrent nerve injury. Researches on the nursing care of patients who have undergone thyroid surgery are carried out. For this reason, this review study was conducted to emphasize thyroid surgery and nursing care practices..

**Keywords:** Thyroid, surgery, perioperative, nursing

## **1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

### **1.1. Tiroid Nodülleri ve Kanser**

Tiroid kanseri, farklı biyolojik ve fiziksel özellikleri olan, en çok görülen endokrin sistem kanserlerindedir (Cui ve Li, 2020:7). Tiroid kanseri insidansının son 25 yılda hızla yükseldiği görülmektedir. 2018 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye’de en sık görülen kanser türlerinde tiroid kanseri 5.sırada yer almaktadır (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>). Aynı zamanda kadınlarda (%22,4) erkeklere (%5,7) oranla daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Kelly, 2014:14).

Tiroid nodülleri benign veya malign (tiroid kanseri) olabilmektedir. Tüm tiroid bezi nodüllerinin %95’inden fazlası benign olmaktadır. Bir bireyde tiroid nodülü oluşma riski yaşla birlikte artmaktadır. Benign nodüller genellikle tehlikeli olmamakla birlikte çok büyüdüğünde trakeaya baskı yapabilmektedir (Kelly, 2014:14; Haugen vd., 2016:10).

Hassas görüntüleme tekniklerinin kullanımının artmasıyla birlikte, tiroid nodüllerinin belirlenme oranı artmaktadır. Tiroid nodüllerinin birçoğu büyüklüğü ve boynun ön kısmında olmasından dolayı belirlenebilmesine karşın, büyük çoğunluğu klinik olarak belirlenememektedir. Genellikle 1 cm’den büyük nodüller değerlendirilebilmektedir. Palpe edilemeyen nodüller, lenfadenopati ve klinik belirtilerden dolayı ultrasonografi ve diğer anatomik görüntüleme yöntemleri kullanılarak değerlendirilebilmektedir (Haugen vd., 2016: 10; Vanderpump, 2019:19).

#### **1.1.1. Tiroid Kanseri Türleri**

Tiroid kanseri, diğer kanser türlerine karşın endokrin kanserler arasında sık görülmektedir. Dört temel tiroid kanser türü bulunmaktadır. Bunlar; papiller, foliküler, medullar ve neoplastik tiroid kanseridir (Hopper, 2015:11; Cui ve Li, 2020:7).

Papiller tiroid kanseri en çok görülen tür olmakla birlikte tüm tiroid kanserlerinin yaklaşık %70-80’ini oluşturmaktadır. Papiller tümörler yavaş büyüyerek palpe edilebilir ve ilk olarak boyundaki lenf nodlarına yayılım göstermektedir. Prognozu etkileyen en önemli risk faktörü hastanın yaşıdır. Tümör tiroid bezi ile sınırlı kaldığında parsiyel ya da total tiroidektomi uygulanabilmektedir (Aschebrook-Kilfoy vd., 2013:3; Kelly, 2014:14; Aksoy ve Kanan, 2018:1; De Leo vd., 2021:8).

Foliküler tiroid kanseri, ikinci en sık görülen kanser olup, tüm tiroid kanserlerinin yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır. Bu kanser türü genellikle yaşlı bireylerde görülmekte olup daha agresif seyretmektedir. Foliküler kanser ilk olarak servikal lenf nodlarına tutulum yapmakta, daha sonra boyun, akciğerler ve kemiklere yayılmaktadır. Metastazı olan hastalarda Radyoaktif İyot (RAI) tedavisi veya total tiroidektomi uygulanmaktadır (Aschebrook-Kilfoy vd., 2013:3; Kelly, 2014:14; Aksoy ve Kanan, 2018:1).

Medullar tiroid kanseri, tüm tiroid kanserlerinin %10'unu oluşturmaktadır. Ailesel yatkınlık veya başka endokrin problemler sonucu oluşmaktadır. RET (Rearranged During Transfection) olarak adlandırılan proto-onkogen genetik testi ile tanı koyulmaktadır. Kan ve lenf yoluyla yayılım göstermektedir. Tedavisinde, lenf diseksiyonu ve total tiroidektomi uygulanmaktadır (Kelly, 2014:14; Aksoy ve Kanan, 2018:1).

Anaplastik tiroid kanseri, tiroid kanserli hastaların %2'sinden daha az görülmektedir. En hızlı ve agresif ilerleyen tiroid kanseri olmakla birlikte tedaviye yanıt verme olasılığı çok düşük olup kötü prognoza sahiptir. Hem cerrahi tedavi hem de radyoterapi uygulanmaktadır (Kelly, 2014:14).

Tiroid kanserinin temel belirtileri ağrısız, palpe edilebilir nodüllerdir. Hastalar veya sağlık profesyonelleri bu nodüllerin çoğunu, rutin boyun palpasyonunda farketmektedir. Fizik muayenede lenf nodu metastazını düşündürülen sert, ele gelen, servikal kitleler görülebilir. Eğer nodül özofagus veya trakeaya yakınsa, nefes alma ve yutkunmada zorlanma veya ses değişikliği gibi belirtiler görülebilmektedir. Hastaların çoğu normal tiroid hormon düzeyine sahiptir (Kelly, 2014:14).

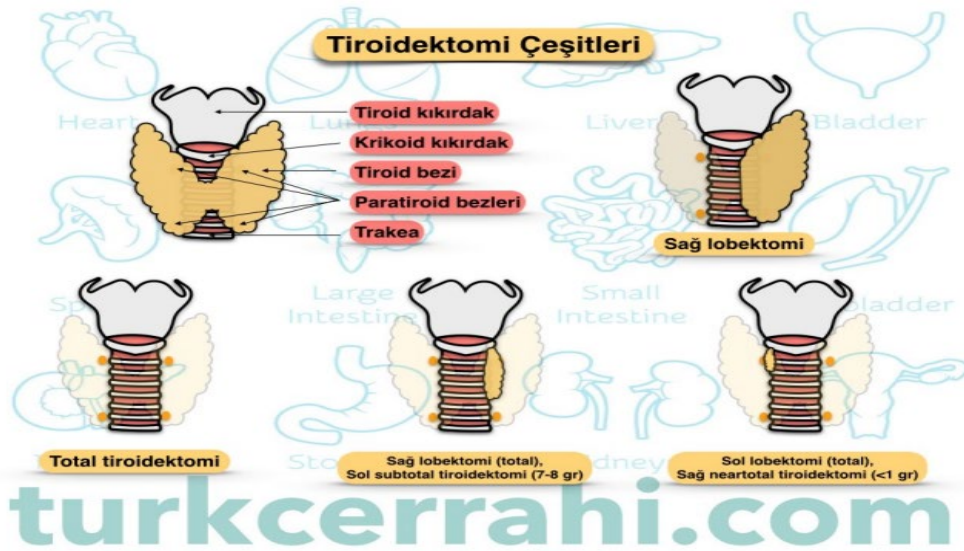
## **1.2. Tanı Testleri**

Tiroid bezinin nodüler büyümesi veya palpasyonla ele kitle gelmesi daha detaylı değerlendirme gerektirmektedir. Ultrasonografi ilk kullanılan tanı testidir. Daha sonrasında bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR), pozitron emisyon tomografi (PET) ve ultrason eşliğinde ince iğne aspirasyonu (İİA) kullanılmaktadır. Bir doku örneği patolojik olarak incelenecekse İİA kullanılmaktadır. Olası maligniteyi değerlendirmek için tiroid taraması yapılabilmektedir. Tarama, tiroid üzerindeki nodüllerin "sıcak" veya "soğuk" olup olmadığını göstermektedir. Radyoaktif iyot tutan tümörler "sıcak" nodüller olarak adlandırılmakta olup genellikle benignidir. Eğer nodül radyoaktif iyotu tutmazsa "soğuk" nodül olarak adlandırılmakta ve malignite riski yüksektir (Kelly, 2014:14).

Serum kalsiyum seviyesinin yükselmesi medullar tiroid kanseri ile ilişkilendirilmektedir. Papiller ve foliküler kanserlerde serum tiroglobulin seviyesi yükselmektedir (Kelly, 2014:14).

### 1.3. Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

Tiroid kanserinde genellikle tümörler cerrahi olarak çıkarılmaktadır. Cerrahi prosedürler, tek taraflı total lobektomiden bilateral total tiroidektomiye kadar değişmektedir (Şekil 1). Boyundaki lenf nodları, kanserin yayılıp yayılmadığını belirlemek amacıyla ameliyatla çıkarılabilmektedir. Bazı hastalara ameliyat sonrası kalan kanser hücrelerini yok etmek için RAI tedavisi uygulanabilmektedir. RAI tedavisinin, papiller ve foliküler tiroid kanserli hastaların yaşama oranını arttırdığı görülmektedir. Birçok tiroid kanseri tiroid uyarıcı hormona (Tiroit Stimulating Hormone- TSH) bağlı olmakla birlikte yüksek dozda tiroid hormonu tedavisi genellikle TSH'nın hipofiz salgısını önlemek için uygulanmaktadır (Kelly, 2014:14). Tiroid kanserli hastanın hemşirelik bakımı, tiroidektomi uygulanan hastanın bakımı ile benzerlik taşımaktadır. Cerrahi alan ve hipokalsemi potansiyeli nedeniyle hasta sık sık postoperatif değerlendirmeye gereksinim duymaktadır. Paratiroid bezi fonksiyonu bozulduğunda veya cerrahi olarak çıkarıldığında, hastalar hava yolu tıkanıklığı, kanama ve tetani açısından değerlendirilmelidir (Kelly, 2014:14; Aksoy ve Kanan, 2018:1).



Şekil 1. Tiroidektomi Türleri

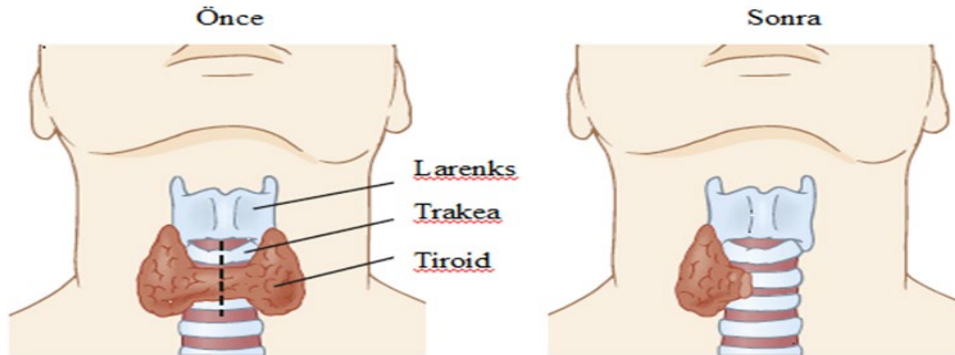
Kaynak: Türk Cerrahi Derneği, <https://www.turkcerrahi.com/wpcontent/uploads/tiroidin-benign-hastaliklari.pdf> Erişim tarihi: 16.05.2022.

### 1.3.1. Cerrahi Tedavi

Tiroid cerrahisinin temel amacı, tamamen veya kalıcı olarak hastalığı kontrol altına almak ve morbiditeyi en az düzeyde tutmaktır. Hastalar ameliyat öncesi ötiroid duruma getirilmeli ve ameliyat gününe kadar antitiroid ilaçları kullanmaya devam etmelidir. Tiroid kanseri olan, radyoaktif iyot tedavisini reddeden, ciddi düzeyde oftalmopatisi olan, antitiroid ilaçlara karşı ciddi alerjik reaksiyon gösteren hastalara total tiroidektomi, subtotal veya unilateral tiroidektomi uygulanmaktadır. Tiroidektominin RAI tedavisine göre avantajı, T3 ve T4 düzeyinin daha hızlı düşürmesidir. (Kelly, 2014:14; Smith ve Hegedüs, 2016:18; Bobanga ve McHenry, 2019:4).

Yapılacak cerrahi girişim türü hastanın durumuna göre değişmektedir. Fakat, total tiroidektominin, Graves hastalığı ile ilgili hipertiroidizmin tekrarının önlenmesinde daha etkili olduğu belirtilmektedir. Subtotal tiroidektomi iki ayrı ameliyattan oluşmaktadır. Bunlar; bilateral olarak 2-4 gr tiroid dokusunun bırakıldığı bilateral subtotal tiroidektomi (Enderlen-Hots Prosedürü) ve 7 gr'dan daha az tiroid dokusunun bırakıldığı (Dunhill Prosedürü) unilateral total ve kontralateral subtotal tiroidektomidir (Şekil 2) (Liu vd., 2015:17; Bobanga ve McHenry, 2019:4).

Tiroidektominin avantajları, hipertiroidizmin kesin kontrolü, tiroid nodüllerinin ve karsinomunun tedavisi, Graves hastalığındaki göz komplikasyonlarının önlenmesi, radyoaktif madde maruziyetinden korunma, antitiroid ilaçların yan etkisinin en aza indirilmesidir. Dezavantajları ise, yaşam boyu tiroid hormon replasmanı alma ve hipoparatiroidizm, iyatrojenik yaralanmaya bağlı rekürren larengeal sinir hasarı, hipokalsemi ve boyun hematması gibi komplikasyonların gelişme riskinin olmasıdır (Kravets, 2016:15; Bobanga ve McHenry, 2019:4; Bakon, Craft ve Christensen, 2019:5; Al Qubaisi ve Haigh, 2019:2).



**Şekil 2.** Subtotal Tiroidektomi. Tiroid Bezinin Bir Parçasının Çıkarılması.

Kaynak: Kelly K.A. (2014). Nursing Management Endocrine Problems. In: (Eds) Lewis SL., Dirksen SR., Heitkemper MM., Bucher L., Medical Surgical Nursing. Elsevier. Pp. 1195-1207.

#### **1.4. Tiroidektomili Hastanın Perioperatif Hemşirelik Bakımı**

Hastalara tiroid kanseri, hipertiroidizm veya dispne veya disfajiye neden olan guatr nedeniyle tiroidektomi yapılabilmektedir. Total tiroidektomi genellikle kanser durumunda uygulanmaktadır. Total tiroidektomiden sonra hastalar, yaşam boyu hormon kullanmak zorunda kalmaktadır. Subtotal (parsiyel) tiroidektomi ise hipertiroidizm nedeniyle yapılmakta olup, bu işlem sırasında hormon salgılanmasının devamlılığını sağlamak için tiroid bezinin bir kısmı bırakılmaktadır (Şekil 2). Cerrahi hemşireleri, hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakımında önemli rol üstlenmektedir. Ameliyat öncesi uygulanan hemşirelik bakımı ameliyat sırası ve sonrası hasta sonuçlarını etkilemektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında etkili bakım ve tedavinin sağlanması oldukça önemlidir (Yang, 2016:21).

##### **1.4.1. Ameliyat Öncesi Bakım**

Hemşire, ameliyat öncesi dönemde hastaya ait fiziksel ve psikolojik durumu değerlendirmelidir. Tiroidektomi uygulanacak hastalara, ameliyat öncesi dönemde biyokimyasal tiroid fonksiyon testleri, boyun ultrasonografisi ve şüpheli nodüller için İİAB yapılmalıdır. Hastalığın türü ve yayılımına bağlı olarak BT, MR ve sintigrafi gibi daha ileri tetkikler de uygulanabilmektedir. Tiroidektomi öncesi hastalar antitiroid ilaçlar kullanılarak ötiroidi duruma getirilmelidir. Hasta ötiroid duruma getirilmezse ameliyat sonrası dönemde tiroid krizi riski artmaktadır. (Karadağ ve Irmak, 2019:13). Doymuş potasyum iyodür çözeltisi tiroid bezinin kanlanması ve büyüklüğünü, cerrahi girişim sırasında kanama riskini azaltmak için uygulanabilmektedir. Ameliyat sırasında rekürren larengeal sinirin ve paratiroid bezlerinin korunması hastanın yaşam kalitesi için önemlidir (Yüksel, 2021:22).

Tiroid cerrahisi geçirecek hastalar, farklı derecelerde hava yolu tıkanıklığı ve disfaji yaşayabilmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastalar boyunda büyüme, yutma ve nefes almada zorlanma açısından değerlendirilmelidir (Karadağ ve Irmak, 2019:13; Yüksel, 2021:22).

Ameliyat öncesi hasta, hipertiroidizm belirti ve bulguları yönünden değerlendirilmeli, beslenmesi düzenlenmeli ve kilosu takip edilmelidir. Hastanın kalp damar sistemine yönelik sorunları varsa tedavi ve bakımı sağlanmalıdır. Hipertiroidizimli hastanın göz kapaklarında

egzoftalmi varsa uyurken gözlerini bir örtü ile kapatması sağlanır (Karadağ ve Irmak, 2019:13; Yüksel, 2021:22).

Ameliyat sonrası bulguları karşılaştırabilmek için hastanın yaşamsal bulguları ve ses kalitesi ameliyat öncesi dönemde değerlendirilmelidir. Hastaya ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında neler bekleyeceği hakkında bilgi verilerek yanlış anlaşılmalara düzeltilmelidir. Ameliyat öncesi eğitim, boyun egzersizlerini nasıl yapacağı, pozisyon değişikliklerinde boyunun nasıl destekleneceği, yara iyileşmesi ve ameliyat sonrası spirometre kullanımının nasıl olacağı konularını içermelidir (Karadağ ve Irmak, 2019:13; Yüksel, 2021:22).

Tiroidektomi sonrası boyun ağrı ve rahatsızlıklarının standart tedavi yaklaşımları ile ilgili yeterli kanıt bulunmamasına karşın boyun rahatsızlıklarında aktif ve pasif terapilerin olduğu koruyucu tedaviler önerilmektedir (Whitney ve Parkman, 2004:20). Egzersiz, immün sistem, beyin fonksiyonları, kardiyovasküler sistem ve kas iskelet sistemi gibi birçok sistem üzerinde etkileri olmaktadır. Fiziksel aktivite sonucunda dokulara oksijen iletimi ve perfüzyon arttıkça dokuların iyileşmesi hızlanmaktadır (Whitney ve Parkman, 2004:20; Gross vd., 2015:9)

#### **1.4.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı**

Ameliyat sonrası ilk değerlendirme hasta anestezi sonrası bakım ünitesi (ASBÜ)'ne geldiğinde başlamaktadır. ASBÜ'nde yapılan hasta değerlendirmesi, kardiyopulmoner durum, nörolojik durum, rahatsızlık düzeyi, cerrahi yara durumu ve metabolik durumu içermektedir. Yaşamsal bulgular, oksijen saturasyonu, dren ve pansumanlar ameliyat sonrası dönemde yakından izlenmelidir. Kan basıncının artmasıyla birlikte nabız da artıyor ise kanamaya bağlı şok (hemorajik şok) gelişme riski açısından hasta gözlemlenmelidir. Mental durum değişiklikleri ile birlikte görülen taşikardi ve ateş, tirotoksikozun belirtisi olabilmektedir. Ameliyatın yeri nedeniyle, solunum hızında artma, dispne ve sitridor gibi respiratuar distress belirtileri gözlemlenebilir. Rekürren larengeal sinir hasarı sonucu oluşan ses kısıklığını belirlemek amacıyla hasta konuşturulmalıdır. Hastanın serum kalsiyum düzeyi izlenerek tetani riski açısından hasta değerlendirilmelidir. Ameliyat sonrası ağrı önlenmeli veya kontrol altına alınmalıdır (Hopper, 2007:11; Karadağ ve Irmak, 2019:13; Yüksel, 2021:22; Türkmen vd., 2022). Ameliyat sonrası boyun bölgesinde dikişlerin zarar görmemesi açısından boyun sabit tutulmalıdır. Yastık ile baş desteklenmelidir. Boyun hareketlerindeki kısıtlılıktan dolayı hastaların boynunda kontraktür oluşabilir bu nedenle ameliyat sonrası birinci günde baş boyun egzersizleri yapılabilir. Ameliyat sonrası dönemde hastalar komplikasyonlar açısından gözlenmelidir (Karadağ ve Irmak, 2019:13; Yüksel, 2021:22).



## **Komplikasyonlar**

### *1.4.2.1. Postoperatif Kanama*

Tiroid cerrahisi sonrası 48 saat içinde ortaya çıkabilen en önemli komplikasyonlardan biri kanamadır. Öksürme, kusma ve aşırı hareket etme kanamaya neden olabilmektedir. Ameliyat yerinde hematoma oluşumu trakeal baskıya neden olarak hava yolu tıkanıklığına yolaçabilir. Bu komplikasyon riskini en aza indirmek için cerrahi girişim yerine dren takılır. Ameliyat sonrası erken dönemde drenaj miktarı ve rengi doğru bir şekilde kaydedilmelidir. Hastalar ameliyat sonrası bilinç değişikliği, solunum, kan basıncı ve nabız yönünden yakından izlenmelidir. Yanı sıra insizyon bölgesindeki pansuman kanama açısından gözlenmelidir. Boyunda herhangi bir anormallik olup olmadığı düzenli olarak kontrol edilmelidir (Li vd., 2018:16).

### *1.4.2.2. Tiroid Fırtınası (Tirotoksikoz)*

Tiroid bezinin cerrahi girişim sırasında manipulasyonu veya cerrahi girişim sonrasında (12-36 saat) fazla miktarda tiroid hormonu salınımı sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Temel belirtiler; yüksek ateş (vücut sıcaklığı>39°C ), hızlı nabız (nabız>120/dk), aşırı terleme, sinirlilik, bulantı, kusma, diyare ve farklı derecelerde bilinç bozukluklarıdır. Ameliyat sonrası erken dönemde hastanın genel durumu ve yaşamsal bulguları yakından takip edilmelidir. Ameliyat öncesi rutin antitiroid ilaçlar kullanıldığından dolayı bu komplikasyonun görülme riski düşüktür (Li vd., 2018:16).

### *1.4.2.3. Tetani*

Paratiroid hormon (PTH) eksikliğinde serum kalsiyum düzeyi düşmekte ve tetani oluşmaktadır. Tetani kas kontraktürüne neden olan, artmış aksiyon potansiyeli sıklığının toplamı olarak tanımlanmaktadır. Parmaklarda ve ağız çevresinde karıncalanma, kas spazmı, seğirme ve kardiyak aritmiler ile karakterize bir rahatsızlıktır. Larenkste ki kas spazmı solunum tıkanıklığına neden olabilmektedir. Tetani belirtileri dikkatli izlenmeli, ortaya çıktığında hemen hekime haber verilmelidir. Çünkü bu durum hızlı bir şekilde belirlenmezse ölümlü sonuçlanabilmektedir. Akut tetani tedavisinde kalsiyum glukonat tedavisine başlanmalıdır (Bakon vd., 2019:5).

### *1.4.2.4. Hipokalsemi*

Total tiroidektomi sonrasında, paratiroid bezinin yaralanması veya devaskularizasyonu sonucu hipokalsemi ortaya çıkmaktadır. Hipokalsemi serum kalsiyum düzeyinin 2 mmol/L'den veya iyonize kalsiyum düzeyinin 1.1 mmol/L'den daha düşük olması olarak tanımlanmaktadır.

Perioperatif süreçte hipokalsemi riskini azalttığı için oral kalsiyum ( 2 gm/ gün) ve D vitamini alımına başlanmalıdır.(Christou ve Mathonnet, 2013:6; Bakon vd., 2019:5).

#### *1.4.2.5. Rekürren Larengeal Sinir Yaralanması*

Tiroidektomi sonrası en sık görülen komplikasyondur. Ameliyat sonrası dönemde hastalar, farklı derecelerde ses kısıklığı ve afoni yaşamaktadır. Ameliyat sonrası dönemde hastanın konuşma niteliği değerlendirilerek sesindeki değişiklikler doğru değerlendirilmelidir. Hastaya ameliyat sonrası erken dönemde kısa sorular sorularak larengeal sinir hasarı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Hastanın konuşma sıklığı azaltılarak vokal kordları dinlendirmesi sağlanmalıdır. Ses değişikliği yaşayan hastaların soruları cevaplandırılarak yaşadığı korku giderilmelidir (Christou ve Mathonnet, 2013:6; Jiang vd., 2017:12).

#### *1.4.2.6. Diğer Komplikasyonlar*

Tiroidektomi sonrası disfaji ve diğer yutma problemlerinin görüldüğü bildirilmektedir. Bu komplikasyonlar genellikle periözofajiyal kas sisteminin inflamasyonundan kaynaklanmaktadır. Servikal bölgeye günlük masaj yapma bu belirtilerin azalmasına neden olmaktadır. Servikal sinir yaralanması Horner sendromu ile sonuçlanmaktadır. Horner sendromu, ptoz, miyozis ve anhidroz ile karakterize olup, tiroidektomi sonrası nadir görülen bir komplikasyondur. Ameliyat sırasında boynun hiperekstansiyonu sonucunda ince boyunlu kişilerde ortaya çıkabilmektedir (Christou ve Mathonnet, 2013:6).

Hipertrofik skar ile ilişkili yara iyileşmesinde gecikme ve yara yeri infeksiyonu görülmektedir. İnsizyon yerine nazik bir şekilde masaj uygulanması ve yara yeri infeksiyonunun drenajı, insizyon bölgesini estetik açıdan iyileştirmektedir (Christou ve Mathonnet, 2013:6).

Tiroidektomi sonrası nadir olarak ciddi komplikasyonlar görülmektedir. Minör komplikasyonlar bazen hastane kalma süresinde uzamaya neden olmaktadır. Bu nedenle özel bakım ve izlem uygulanmalıdır. Bu komplikasyonların yönetimi multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirmektedir (Christou ve Mathonnet, 2013:6).

### **Destekleyen Kuruluş**

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

### **Çıkar Çatışması**

Yazarların herhangi bir çıkar dayalı çatışması yoktur.

## **KAYNAKÇA**

- Aksoy, G., Kanan, N. (2018). Metabolik ve Endokrin Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: (Ed). Akyolcu, N., Kanan, N., Aksoy, G. Cerrahi Hemşireliği II. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, ss: 305-319.
- Al Qubaisi, M., & Haigh, P. I. (2019). Hypocalcemia after Total Thyroidectomy in Graves Disease. *The Permanente journal*, 23.
- Aschebrook-Kilfoy, B., Grogan, R. H., Ward, M. H., Kaplan, E., & Devesa, S. S. (2013). Follicular thyroid cancer incidence patterns in the United States, 1980–2009. *Thyroid*, 23(8), 1015-1021.
- Bobanga, I. D., & McHenry, C. R. (2019). Treatment of patients with Graves' disease and the appropriate extent of thyroidectomy. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101319.
- Bakon, S., Craft, J., & Christensen, M. (2019). Hypocalcaemia-induced tetany secondary to total thyroidectomy: a nursing case review. *Nursing in Critical Care*, 24(6), 349-354.
- Christou, N., & Mathonnet, M. (2013). Complications after total thyroidectomy. *Journal of Visceral Surgery*, 150(4), 249-256.
- Cui, Y., & Li, Y. X. (2020). Effect of high-quality nursing on alleviating depression and anxiety in patients with thyroid cancer during perioperative period: A protocol for systematic review. *Medicine*, 99(45), e23018. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023018>
- De Leo, A., Di Simone, E., Spano, A., Puliani, G., & Petrone, F. (2021). Nursing Management and Adverse Events in Thyroid Cancer Treatments with Tyrosine Kinase Inhibitors. A Narrative Review. *Cancers*, 13(23), 5961. <https://doi.org/10.3390/cancers13235961>
- Gross, A., Kay, T. M., Paquin, J. P., Blanchette, S., Lalonde, P., Christie, T., ... & Goldsmith, C. H. (2015). Exercises for mechanical neck disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; (1).
- Haugen, B. R., Alexander, E. K., Bible, K. C., Doherty, G. M., Mandel, S. J., Nikiforov, Y. E., ... & Schuff, K. G. (2016). 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*; 26(1): 1-133.
- Hopper, P.D. (2015). Nursing Care of Patients With Endocrine Disorders. In: Williams, L.S. Hopper, P.D. (Eds) *Understanding Medical Surgical Nursing*. 5th ed. Philadelphia USA: F.A. Davis Company; 894-906.

- Jiang, Y., Gao, B., Zhao, J., Zhang, S., Guo, L., Tian, W., ... & Luo, D. (2017). Diagnosis and surgical treatment of giant goiter. *Int J Clin Exp Med*; 10(1): 548-555.
- Karadağ M., Irmak B. (2019). Endokrin Sistem cerrahisinde Bakım. İçinde: Cerrahi Hemşireliği Kavram Haritası ve Akış Şemalı 2. Ed. Karadağ M., Bulut H. Vize yayıncılık, Ankara, ss. 1057-62.
- Kelly K.A. (2014). Nursing Management Endocrine Problems. In: (Eds) Lewis SL., Dirksen SR., Heitkemper MM., Bucher L., Medical Surgical Nursing. Elsevier. Pp. 1195- 1207.
- Kravets, I. (2016). Hyperthyroidism: diagnosis and treatment. *American Family Physician*; 93(5): 363-370.
- Li, N., Han, X., Lv, Z., & Wang, P. (2018, October). Clinical Observation and Nursing Experience of Complications in Thyroid Surgery. In 2018 9th International Conference on Information Technology in Medicine and Education (ITME) (pp. 95-97). IEEE.
- Liu, Z. W., Masterson, L., Fish, B., Jani, P., & Chatterjee, K. (2015). Thyroid surgery for Graves' disease and Graves' ophthalmopathy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
- Smith TJ, Hegedüs L. (2016). Graves' disease. *New England Journal of Medicine*; 375: 1552-1565. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1510030>.
- Türkmen, A., Çavdar İ., Aksakal N. (2022). The Effect of Head-Neck Stretching Exercises After Thyroidectomy on Postoperative Level of Pain and Disability . *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2) , 177-186 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/jgehes/issue/72300/1135265>
- Vanderpump, MPJ. (2019). Epidemiology of Thyroid Disorders. In: (Eds)Luster, M., Duntas, L. H., & Wartofsky, L. (2019). *The Thyroid and Its Diseases*. Springer International Publishing AG.
- Whitney, J. D., & Parkman, S. (2004). The effect of early postoperative physical activity on tissue oxygen and wound healing. *Biological Research for Nursing*; 6(2): 79-89.
- Yang HL., Liu FC., Tsai SC. Ketorolac Tromethamine Spray Prevents Postendotracheal-Intubation-Induced Sore Throat after General Anesthesia. *BioMed Research International*, (1): 1-5, 2016.
- Yüksel S. (2021). Endokrin Sistem cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Cerrahi hemşireliğinde Temel Kavramlar. Ed. Arslan S. Akademisyen Kitapevi, ss. 452-456  
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 17.05.2022.
- Türk Cerrahi Derneği, <https://www.turkcerrahi.com/wpcontent/uploads/tiroidin-benign-hastaliklari.pdf> Erişim tarihi: 16.05.2022.