

Olgu sunumu-Case report

Oksipital bölgenin dev lipomu ve beklenmedik zor entübasyon

Giant lipoma of the occipital area and the unexpected difficult intubation

Salih Yıldırım*, Yılmaz Apaydın, Mustafa Kakşı, Hüseyin Gökgöz, Bilge Gürelik, İdris Erşan

Anesteziyoloji Kliniği (Dr. S. Yıldırım, Dr. Y. Apaydın, Dr. H. Gökgöz, Dr. B. Gürelik, Dr. İ. Erşan), Beyin Cerrahi Kliniği (Dr. M. Kakşı), Sivas Numune Hastanesi, TR-58040 Sivas

Özet

Lipomlar tüm vücut bölgelerinde yaygın olarak rastlanabilen, yağ dokusunun iyi huylu ve kapsüllü tümörleridir. Genel olarak deri altı alanda oluşmakla birlikte baş-boyun bölgesinde tüm bölgelerde karşımıza çıkabilirler. Yayılım göstermeyen özellikte ve enükleasyon cerrahisi sonrası çok ender olarak tekrarlama gösteren özelliktedirler. Biz bu makalede, değişik anatomik lokalizasyonlarda sıkça görülmesine rağmen, posterior oksipital bölgede gözlenen iki adet dev lipoma bağlı beklenmedik zor entübasyon olgusunu sunduk.

Anahtar sözcükler: Lipom, posteriyor oksipital alan, zor entübasyon.

Abstract

Lipomas are common benign encapsulated tumors of adipose tissue and encountered in whole body parts. Although the lipomas are commonly localized in subcutaneous area, it may be localized in all compartments in head-neck area. The lipomas are non-infiltrative and recurrence is rare after enucleating surgery. In this paper, we present an unexpected difficult tracheal intubation case having two giant lipomas in occipital area.

Keywords: Lipoma, posterior occipital area, difficult tracheal intubation.

Geliş tarihi/Received: 17 Ocak 2011; **Kabul tarihi/Accepted:** 6 Nisan 2011

*İletişim adresi:

Dr. Salih Yıldırım, Anesteziyoloji Kliniği, Numune Hastanesi TR-58040 Sivas. E-posta: uzmanuyutucu@windowlive.com

Giriş

Olgun yağ hücrelerinden oluşan lipomlar, yumuşak dokunun en sık gözlenen mezenkimal kaynaklı tümörleridir. Sırt, omuz ve boyun bölgesinde daha sık gözükmedirler [1]. Klinikte genellikle yavaş büyüyen, semptom göstermeyen, ağrısız bir kitle olarak görülürler. Genellikle deri altı alanda oluşmakla birlikte baş boyun bölgesinin tüm bölgelerinde de görülebilirler. Baş boyun bölgesinde birçok farklı yerleşimi rapor edilmiş olmakla birlikte, boynun arkasında deri altı yerleşim göstermektedir. Yayılım göstermeyen özellikte olup, enükleasyon cerrahisi sonrası çok ender olarak tekrarlama gösterirler. Lipomların dev olarak sınıflandırılmaları için minimum 10 cm genişlikte olmaları veya 1000 gr üzerinde ağırlıkta olmaları gereklidir [2]. Yüzeyel yerleşimli basit lipomlar eksize edilmedikleri takdirde uzun yıllar herhangi bir fonksiyonel probleme yol açmadan büyüme gösterebilmekte ve nadiren çok büyük boyutlara ulaşabilmektedirler. Genel tanımlamaya göre zor havayolu; bir anestezi uzmanının maske ventilasyonu ve/veya endotrakeal entübasyonda zorlukla karşılaşmasıdır [3]. Zor entübasyon ve zor ventilasyonun anatomik, doğuştan ve edinsel olmak üzere pek çok sebebi vardır [4]. Zor havayolunu önceden belirlemek oluşabilecek mortalite ve komplikasyonları azaltacaktır.

Biz bu olgu sunumunda, kafa arka bölgesinde dev boyutlara ulaşan iki adet lipoma bağlı beklenmedik zor entübasyon hastasında hava yolu yönetimimizi ve gum-elastik buji (GEB) yardımıyla gerçekleştirilen başarılı entübasyon deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu

Elli üç yaşında, 78 kg ağırlığındaki bayan hasta 10 yıldan beri saçlı derisinde mevcut olan şişliklerinin son 6 aydır artması ve akıntıya neden olması sebebiyle beyin cerrahisi polikliniğine başvurdu. Hikâyesinde başka önemli bir özelliği olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde saçlı deride en büyükleri 7x8x8 cm ve 7x7x5 cm olmak üzere multipl şişlikleri olduğu görüldü (Resim 1, 2).



Resim 1. Lipomların önden görünümü.



Resim 2. Lipomların yandan görünümü.

Hastanın çekilen tomografisinde saçlı derideki lezyonların deri altı yerleşimli olduğu tespit edildi. Tarafımıza operasyon açısından değerlendirilmek üzere gönderilen hastanın sistemik muayenesi sonucunda; Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) risk sınıflamasına göre ASA I olarak kabul edilerek operasyonuna izin verildi. Hastanın Mallampati skoru klass II, tiromental mesafesi altı buçuk cm ve sternomental mesafesinde on üç cm olarak değerlendirildi. Operasyondan otuz dakika önce intravenöz (iv) 1 mg midazolam ile premedikasyon uygulanan hasta ameliyat odasına alındı. Elektrokardiyografi (EKG), girişimsel olmayan kan basıncı, oksijen saturasyon (SpO₂) monitorizasyonları yapıldı. Kan basıncı, EKG, SpO₂, ekzale edilen karbondioksit

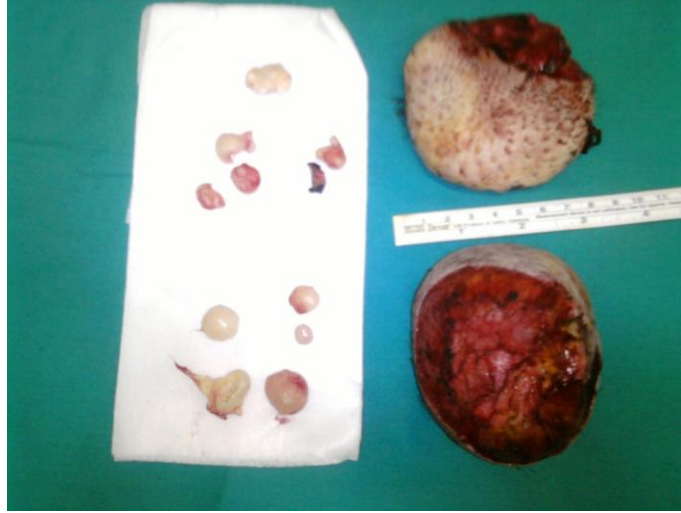
konsantrasyonu (EtCO₂) 5 dakika aralıklarla ölçüldü. Operasyon öncesi TA:143/79 mmHg, kalp atım hızı (KAH): 81 vuru/dk, SpO₂: %97 olduğu gözlemlendi. Anestezi başlangıcında İV yoldan 1 µgr/kg fentanil ve 2 mg/kg propofol ve 0,6 mg/kg rokuronyum kullanıldı. Yeterli kas gevşemesi sağlandıktan sonra endotrakeal entübasyon denendi. Wilson laringoskopik görünümü IV. derece olarak değerlendirilen hastada ilk iki entübasyon girişiminde başarısız olundu. Diğer anestezi uzmanınca yapılan entübasyon denemesinde de başarısız olunması üzerine daha önce kliniğimizde zor entübasyonla karşılaştığımızda bize yardımcı olan GEM kullanılmasına karar verildi (Resim 3). Körlemesine yumuşak hareketlerle GEM ilerletilmesi esnasında trakeaya girildiği kararına varılarak iç çap ölçüsüne göre yedi numaralı spiralli entübasyon tüpü GEM'in üzerinden kaydırılarak trakeaya yerleştirildi [5]. Tüpün trakeadaki yeri göğüs hareketlerinin görülmesi, akciğer seslerinin duyulması ve EtCO₂ ile doğrulandıktan sonra tüp tespit edildi. Yüzüstü pozisyon verilen hastanın stabilizasyonu sağlanılarak cerrahisine izin verildi. Anestezi idamesine; sevofluran %1-3 konsantrasyonlarında, %50 Oksijen+%50 kuru hava karışımı ve gerekli olduğunda 0,15 mg/kg rokuronyum kullanıldı. Operasyon süresince vital bulgular ve oksijen satürasyonu stabil seyretti. Yeterli ventilasyon için EtCO₂ 35-45 mmHg olacak şekilde asiste solunuma devam edildi. Saçlı derideki dev lipomlar çıkartılarak gerekli kanama kontrolü sağlandı (Resim 4 ve 5). Altmış üç dakika süren operasyon sonunda hastada yeterli uyanıklık ve ventilasyon sağlandıktan sonra endotrakeal tüp yavaş ve yumuşak bir şekilde inspiryumda çıkarılarak hasta ekstübe edildi.



Resim 3. Gum elastik buji.



Resim 4. Dev lipomun üstten görünümü.



Resim 5. Çıkartılan tüm lipomlar.

Tartışma

Zor hava yolunu ve entübasyonu önceden belirlemek, olası komplikasyonları minime indirerek, anesteziye bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır. Otuz beş klinik çalışmanın alındığı meta-analizde anatomik, doğumsal ve edinsel nedenlere bağlı zor entübasyon insidansı %1,5-20,2 olduğu saptanmıştır [6]. Fizyolojik ve doğumsal nedenler dışında; romatoid artrit, osteoartrit, ankilozan spondilit, abse, epiglottit, yanığa bağlı fibrozis, büyük guatr, yumuşak doku tümörleri gibi enflamatuvar olaylar entübasyon güçlüğüne neden olabilmektedirler. Ensesindeki dev lipomları sebebiyle yeterli ekstansiyon verilemeyen hastalarda da güç hava yolu ve güç entübasyon görülebilir. Olgumuzda saçlı deride en büyükleri 7x8x8 cm ve 7x7x5 cm olmak üzere multipl lipomlar mevcuttu. Entübasyon güçlüğüne belirleyici çeşitli testler vardır. Bu testlerin beklenen yararı göstermesi için yüksek sensitivite (doğru tahmin edilen/gerçekleşen zor entübasyon), yüksek spesifite (doğru tahmin edilen / gerçekleşen kolay entübasyon) ve yüksek pozitif prediktif değere (doğru tahmin edilen / tahmin edilen zor entübasyon) sahip olması gerekir [7]. Yamamoto ve ark. [8] tarafından erişkinlerde yapılan çalışmada Mallampati Testi için sensitivite; 0,6, spesifite; 0,5 olarak saptanmıştır. Birçok çalışmada tek başına veya kombinasyonlar şeklinde risk faktörleri kullanılarak zor hava yolu tahminleri yapılmış, fakat yeterli duyarlılık ve pozitif öngörü değeri saptanamamıştır. Shiga ve ark. [9] derledikleri metaanalizlerinde, zor entübasyonun tahmin edilmesinde testlerin tek başlarına kullanılmaları ile zayıf-orta duyarlılık tespit etmişlerken, kombine kullanılmaları ile tanı değerleri artmış, en uygun yatak başı testini Mallampati sınıflaması ve tiromental mesafe kombinasyonu olarak bulmuşlardır. Bizim olgumuzda Mallampatinin skoru 2 olarak değerlendirildiği için zor hava yolu ve entübasyon beklenilmemekteydi. GEB beklenmedik zor entübasyonda uzun süreden beri kullanılmakta olan bir alettir. GEB kullanımının güvenilirliği birçok çalışma ve olgu sunumları ile gösterilmiştir [10]. GEB Portex Venn trakeal tüp kılavuzu olarak da bilinmektedir. Polyesterden yapılmış olup ucunda hafif bir eğimi vardır. Çeşitli boyutları mevcuttur ve 2,5-11 milimetre arasında iç çapları olan entübasyon tüpleri ile kullanılabilir. Tarafımızca zor entübasyon beklenilmeyen olgumuzda; kliniğimizde zor entübasyonlarda kullandığımız ve hiçbir özel beceri ve eğitim gerektirmeyen GEB yardımıyla entübasyon gerçekleştirildi.

Sonuç olarak, anesteziistin temel görevi havayolu açıklığının sağlanması zor havayolunu önceden tahmin ederek mortalite ve komplikasyonları azaltmaktır. Yapmış olduğumuz preoperatif değerlendirmelerde; entübasyon güçlüğüne tespit etmeye yarayan testler bizi yanıltabilir. Biz olgumuzda Mallampati skoru düşük tespit etmekle birlikte beklenmedik zor entübasyon ile karşılaştık. Anesteziistin beklenilmeyen zor entübasyonla karşılaştığı

durumlarda diğer alternatif seçeneklerle beraber gum elastik bujiyide aklında bulundurması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Yazıcıoğlu AK, Akan H, Çelebi M. Parotid Bezi Lipomu. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2002; 8: 203-5.
2. Sanchez M, Golomb F, Moy J, Potozkin JR. Giant lipoma. Case report and review of the literature. J Am Acad Dermatol 1993; 28: 266-8.
3. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Anesthesiology 2003; 98: 1269-77.
4. Özcengiz D, Özbek H. Havayolu kontrolü. In: Anestezi el kitabı. Adana: Nobel Tıp Kitabevi 1998; s: 187-208.
5. Dogra S, Falconer R, Latta IP. Successful difficult intubation-tracheal tube placement over a gum-elastic bougie, Anaesthesia 1990; 45: 774-6.
6. Shiga T, Wajima Z, Inoue T, Sakamoto A. Predicting difficult intubation in apparently normal patients: a meta-analysis of bedside screening test performance. Anesthesiology 2005; 103: 429-37.
7. Kayhan Z. Entübasyon güçlüğü tanımı, nedenlerin sınıflandırılması, önceden belirlenmesi. Anestezi Dergisi 1998; 3: 91-6.
8. Yamamoto K, Tsubokawa T, Shibata K, Ohmura S, Nitta S, Kobayashi T. Predicting difficult intubation with indirect laryngoscopy. Anesthesiology 1997; 86: 316-21.
9. Shiga T, Wajima Z, Inoue T, Sakamoto A. Predicting difficult intubation in apparently normal patients. A Meta-analysis of bedside screening test performance. Anesthesiology 2005; 103: 429-37.
10. Robles B, Hester J, Brock-Utne JG. Remember the gum-elastic bougie at extubation. J Clin Anesth 1993; 5: 329-31.