

OLGU SUNUMU – CASE REPORT

ENDOTRAKEAL ENTÜBASYONA BAĞLI NADİR BİR KOMPLİKASYON: OROFARENKS PERFORASYONU

A RARE COMPLICATION OF ENDOTRACHEAL INTUBATION: OROPHARYNGEAL PERFORATION

İrfan TAŞOĞLU¹, Aslı DEMİR², Büşra TEZCAN²

¹Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara

²Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Ankara

¹Yüksek İhtisas Training and Research Hospital, Department of Cardiovascular Surgery, Ankara, Turkey

²Yüksek İhtisas Training and Research Hospital, Department of Anesthesiology and Reanimation, Ankara, Turkey

ÖZET

Farengal perforasyon endotrakeal entübasyonun nadir komplikasyonlarından biridir. Bu yazıda elektif operasyon için entübe edilen ve postoperatif dönemde uvulanın sağ lateralindeki yumuşak damakta orofarengal perforasyon saptanan bir olgu sunuldu.

ANAHTAR KELİMELE: Entübasyon, Endotrakeal; Orofarengal Perforasyon, Entübasyon Komplikasyonları

SUMMARY

Pharyngeal perforation is a rare complication of endotracheal intubation. In this case report, a patient who was intubated due to an elective operation and in whom the soft palate and right lateral to the uvula, oropharyngeal perforation was observed during the postoperative period is presented.

KEY WORDS: Intubation, Endotracheal; Oropharyngeal Perforation; Complications of Intubation

GİRİŞ

Farenks kafa tabanından krikofarengal sfinktere kadar uzanan, aşağı doğru gittikçe daralan, 1. ve 6. servikal vertebralar seviyesinde yerleşimli, erişkindeki uzunluğu yaklaşık 12-13 cm olan, mukoza ile kaplı, musküller bir yapıdır. Koana ile nazal kaviteyle devamlılığı olan üst kısmı "Nazofarenks" veya "Epifarenks", "isthmus faucium" ile oral kaviteyle devamlılığı olan orta kısmı "Orofarenks" veya "Mezofarenks", "aditus ad laryngeum" ile larenksle devamlılığı olan alt kısmı ise "larengofarenks" veya "hipofarenks" olarak adlandırılır. Farengal perforasyon endotrakeal entübasyonun nadir komplikasyonlarından biridir. Daha sıklıkla tecrübesiz kişilerce acil durumlarda yapılan entübasyonlar sonucu oluşur. Bu yazıda elektif operasyon nedeniyle entübasyon yapılan ve postoperatif dönemde orofarenksinde lateral yerleşimli bir perforasyon farkedilen olgu sunulmuştur.

OLGU

Otuz beş yaşında kadın hastaya elektif bilateral varis operasyonu yapılması planlandı. Özgeçmişinde herhangi yandaş hastalığı, ilaç kullanımı öyküsü bulunmayan hastanın bir kez elektif sezaryen operasyonu geçirdiği ve sigara kullandığı belirlendi. Hastada preoperatif yapılan rutin tetkikler normaldi ve soygeçmiş sorunsuzdu. Sezaryen sırasında yaşadığı kötü rejyonel anestezi deneyimi nedeniyle spinal anesteziyi kabul etmeyen hasta, ısrarla genel anestezi istediğini belirtti. Preoperatif dönemde anestezi polikliniğinde yapılan muayenesinde mallampati skoru 1, ağız açıklığı normal, tiromental mesafe 3 parmakdan fazla ve boyun ekstansiyonu normal olarak belirlendi. Bunun üzerine zor havayolu beklentisi olmadan tiyopental, alfentanil ve rokuronyumla genel anestezi induksiyonu yapıldı. Yeterli gevşemenin ardından 1,5 yılını doldurmuş kıdemde bir anestezi asistanı

tarafından tek seferde entübasyon gerçekleştirildi. Macintosh bleyd kullanılarak 7,5 numara şeffaf, kaflı, endotrakeal tüple stile kullanılmadan yapılan entübasyonun ardından tüpün yeri doğrulandı ve kontrollü mekanik ventilasyon başlatıldı. Bir saat süren operasyonun sonunda problemsiz olarak ekstübe edilen hasta derlenme ünitesine alındı. Derlenme sırasında herhangi bir sıkıntı yaşanmadı. Bir kaç saat sonra hasta, doktoruna ağzında diliyle hissettiği ağrısız bir yara olduğundan yakındı (Resim 1). İncelemede yumuşak damakta delik görülmesi üzerine hemen kulak burun boğaz (KBB) konsültasyonu istendi. KBB muayenesi sonunda orofarenks perforasyonu tanısı konulan hastaya tıbbi bir işlem yapılmadı ve takip önerildi. Taburculuğun ardından KBB tarafından takip edilen hastada postoperatif 10. günde defektin iyileştiği saptandı.



Resim 1. Orofarenks laterindeki perforasyon

TARTIŞMA

Farenks perforasyonu; enfeksiyonlar, sistemik inflammatuar hastalıklar, kanser, kanser tedavisi, travma gibi bir çok durumda spontan veya basit travmalarla ortaya çıkabilen bir durumdur (1-3). İyatrojenik olarak endotrakeal entübasyonun çok kez denenmesi, tüp içinde stile varken damağa basınç uygulanarak entübasyon girişimi, deneyimsiz ellerde laringoskopun distal ucuyla aşırı hiper ekstansiyon yapılması gibi durumlarda da ortaya çıkabilir. Literatürde konvansiyonel laringoskopi entübasyon girişimleri sonrasında damak, farenks, özofagus ve larenks perforasyonları bildirilmiştir (4-9). Streitmann, endotrakeal entübasyon sırasında sert ve yumuşak damakta başın geriye itilmesine bağlı venöz konjesyon meydana geldiğini bunun da palatal perforasyona zemin hazırladığını öne sürmüştür (10). Yandaş bir has-

talığı olmayan hastamızda ameliyat sonrası dönemde saptanan orofarengeal perforasyonun tüp tek seferde yerleştirildiği için laringoskopiye bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Farenks perforasyonları genellikle kendini sınırlamakla beraber internal karotid arterde tromboz, psödoanevrizma, mediastinit gibi ciddi komplikasyonlara da neden olabilmektedir (11-13). Özellikle olgumuzdaki gibi lateral yerleşimli perforasyonlar karotis arter ve juguler vene yakın olduğu için orta hat perforasyonlarından daha yüksek komplikasyon riski taşır. Tedavi yaklaşımı genellikle takip, bazen de primer onarımdır (14). Olgumuza da KBB tarafından takip önerilmiş ve 10. günde iyileşme saptanmıştır. Farenks perforasyonu gelişimine yatkınlık açısından herhangi bir organik patolojisi olmayan, elektif şartlarda tüp içinde stile kullanılmadan, orta kademli bir anestezi asistanı tarafından entübe edilen bu hastada böyle bir komplikasyonun ortaya çıkması şunları düşündürmüştür;

Entübasyon sırasında muhtemelen laringoskop bleydinin ucu ile fazla kuvvet uygulanarak larengeal açıklık görülmeye çalışılmıştır. Entübasyon tek seferde sağlandığından tüp ucuyla zorlamadan ziyade laringoskopi esnasında perforasyonun olduğu düşünülmektedir. Laringoskop bleydinin sol ucu ile laringoskopi sırasında hızlı, sert hareketler ve görülmeyen manüplasyon yaralanmanın olası nedenleri arasında sayılabilir. Klasik olarak laringoskop bleydinin bir kısmının ağız içine sokulması, ekstansiyon sonrasında kademeli olarak ilerlenmesi ve epiglot görüldükten sonra ekstansiyonun artırılması gerekmektedir. Entübasyon sırasında temel hedef sadece tüpü doğru yere yerleştirmek olmamalıdır. Laringoskopi klasik adımlarına uyulmalıdır. Diş, dil, damak, farenks ve larenks gibi yapıların sert bir metalle itilip çekilmesi, işlemin gereksiz uzatılması, başın aşırı ekstansiyona getirilmesi gibi manüplasyonların hastaya zarar verebileceği unutulmamalıdır. İdeal şartlar altında dahi, anestezi yönetimi boyunca yapılan her türlü girişim özenle, dikkatle ve nazikçe gerçekleştirilmelidir.

Yazışma Adresi (Correspondence):

Ash DEMİR

1431.cadde, 24/13, Çukurambar, Ankara

E-posta(e-mail): zaslidem@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Balachandran C, Sabita L, Kanthraj GR. Perforation of hard palate in lues maligna associated with HIV infection. *Genitourin Med* 1997;73(3):225.
2. Castro LG, Müller AP, Mimura MA, Migliari DA. Hard palate perforation: an unusual finding in paracoccidioidomycosis. *Int J Dermatol* 2001;40(4):281-3.
3. Fowler CB, Nelson JF, Henley DW, Smith BR. Acquired immune deficiency syndrome presenting as a palatal perforation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;67(3):313-8.
4. Bhowate R, Dubey A. Nasotracheal intubation: an unusual cause of palatal perforation in an insulin dependent diabetes mellitus patient. *J Clin Pediatr Dent* 2004;29(1):79-81.
5. Fan CM, Ko PC, Tsai KC, et al. Tracheal rupture complicating emergent endotracheal intubation. *Am J Emerg Med* 2004;22(4):289-93.
6. Kaplan DM, Fliss DM, Peiser Y, Greenberg D, Leiberman A. Internal jugular vein thrombosis in a child due to a 'pencil point injury' of the palate. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998;44(2):183-7.
7. Tartell PB, Hoover LA, Friduss ME, Zuckerbraun L. Pharyngoesophageal intubation injuries: three case reports. *Am J Otolaryngol* 1990;11(4):256-60.
8. Mendez R, Pensado A, Tellado M, et al. Management of massive air leak following intubation injury in a very low birth weight infant. *Br J Anaesth* 2002;88(5):722-4.
9. Domino KB, Posner KL, Caplan RA, Cheney FW. Airway injury during anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 1999;91(6):1703-11.
10. Streitmann MJ, Frable MA. Soft palate perforation: a complication of posterior nasal packing. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;114(6):806-7.
11. Borges G, Bonilha L, Santos SF, et al. Thrombosis of the internal carotid artery secondary to soft palate injury in children and childhood. Report of two cases. *Pediatr Neurosurg* 2000;32(3):150-3.
12. Pierrot S, Bernardeschi D, Morrisseau-Durand MP, Manach Y, Couloigner V. Dissection of the internal carotid artery following trauma of the soft palate in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2006;115(5):323-9.
13. Mears GD, Leonard RB. Blunt carotid artery trauma: a case report. *J Emerg Med* 1988;6(4):281-4.
14. Suskind DL, Tavill MA, Keller JL, Austin MB. Management of the carotid artery following penetrating injuries of the soft palate. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1997;39(1):41-9.