OLGU SUNUMU / CASE REPORT

ENTÜBASYON GÜÇLÜĞÜ BEKLENEN MAKSİLLA TÜMÖRLÜ HASTADA SOL MOLAR LARİNGOSKOPİ İLE ENDOTRAKEAL ENTÜBASYON

ENDOTRACHEAL INTUBATION WITH LEFT MOLAR LARYNGOSCOPY IN A PATIENT WITH MAXILLARY TUMOR AND ANTICIPATED DIFFICULT AIRWAY

Ferhat ŞAMLI, Mesut ŞENER, Esra ÇALIŞKAN, Özlem ÖZMETE YILMAZ, Anış ARIBOĞAN

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Baskent University Faculty of Medicine, Department of Anesthesiology and Reanimation, Ankara, Turkey

ÖZET

Sol molar laringoskopik yaklaşım, alışılmış orta hat yaklaşımından farklı olarak, laringoskop bleyd'inin ağız açıklığının sol köşesinden yerleştirildiği, ek donanım gerektirmeyen, uygulaması kolay ve basit bir yöntemdir. Bu nedenle beklenmedik zor entübasyon durumlarında, gerekli zor entübasyon hazırlığı yapılana kadar sol molar yaklaşımla entübasyon denenebilir. Biz de bu olgu ile başarılı bir şekilde uyguladığımız sol molar yaklaşımla endotrakeal entübasyon yaptığımız maxilla tümörü olan hastamızı sunmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: *Sol molar laringoskopi, Zor havayolu*

SUMMARY

The left molar approach of laryngoscopy is a technique different from conventional midline approach and in which the blade is inserted from the left corner of the mouth. This approach is simple, easy and no extra devices needed. In unanticipated difficult intubation cases this approach can be tried, while difficult airway devices are prepared. In this case we aimed to discuss the success of left molar approach in a patient with maxillary tumour.

KEY WORDS: *Left molar laryngoscopy, Difficult airway*

GİRİŞ

Maksilla tümörü gibi ağız içi ve ağız dışında yer kaplayan lezyon varlığı her zaman için zor entübasyon habercisidir. Bunun gibi zor entübasyon durumlarında algoritmaya göre hazırlık yapılarak klinikler deneyimli olduğu teknikleri uygulayabilir (1).

Zor entübasyon olgularında algoritmalar bize yardımcı olurken bazı özel durumlarda hastaya özel yaklaşım gerekebilir. Bu özel yaklaşımlardan biri olan sol molar laringoskopi ilk defa 2000 yılında Yamamoto ve ark. (2) tarafından tarif edilmiş ve kullanıma girmiştir. Sol molar laringoskopi alışılmış orta hat yaklaşımından farklı olarak, laringoskop bleyd'inin ağız açıklığının sol molar dişler hizasından yerleştirildiği, ek donanım gerektirmeyen, uygulaması kolay ve basit bir yöntemdir (3). Sol molar laringoskopinin beklenmedik zor entübasyonda, düzeltilmemiş yarık damaklı pediyatrik hastalarda entübasyonu kolaylaştırdığı belirtilmektedir (3,4). Bu olgu ile başarılı bir şekilde uyguladığımız sol molar yaklaşımla endotrakeal entübasyon yaptığımız maksilla tümörü olan hastamızı sunmayı amaçladık.

OLGU

Yedi yıl önce sağ maksiller sinüste osteokondrom nedeni ile parsiyel maksillektomi operasyonu yapılan, 70 yaşında 64 kilo bayan hasta, nüks lezyon nedeniyle Kulak Burun Boğaz polikliniğimize başvurdu. Hastaya nöronavigasyon eşliğinde kitle rezeksiyonu planlandı. Preoperatif değerlendirmede astım ve hipertansiyon tanıları nedeniyle tedavi edildiği öğrenilen hasta ASA 2 olarak değerlendirildi. Hastanın havayolu için yapılan fizik muayenesinde sternomental mesafe: 10.5 cm, tiromental mesafe: 7 cm, hiyomental mesafe: 5 cm olarak ölçüldü. Daha önceki operasyonunda ağız açıklığı yeter-

Çıkar çatışması/*Conflict of Interest*: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir./ *Authors do not report any conflict of interest.*
Geliş tarihi/*Received*: 07/09/2016 Kabul tarihi/*Accepted*: 03/10/2016

Yazışma Adresi (Correspondence):
Dr. Ferhat ŞAMLI, Başkent Üniversitesi Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Seyhan, Adana, Türkiye
E-posta (E-mail): dr_ferhatsamli@yahoo.com

li olan hastada, kesici dişler arasındaki mesafenin 0.5 cm olduğu saptandı (Resim 1-2). Bu nedenle orofaringeal yapıların Mallampati sınıflandırılması için değerlendirilmesi mümkün olmadı. Hastanın sol molar dişlerinin olmadığı ve açıklığın sol molarda laringoskopi için yeterli olabileceği değerlendirildi. Fiberoptik entübasyon ön hazırlığı ile laringoskopi eşliğinde sol molar laringoskopi planlandı.

Hasta operasyon odasına alındıktan sonra, elektrokardiografi (EKG), non-invaziv arteriyel kan basıncı ve periferik oksijen saturasyon (SpO2) monitorizasyonu yapıldı. Acil trakeostomi ihtimali göz önünde bulundurularak gerekli hazırlıklar yapıldı. Hastada preoksijenizasyon sonrası başlangıç olarak 50 mg propofol, 4 mg midazolam ve 60 mg lidokain ile derin sedasyon sağlandı. Maske ventilasyonu rahat olan hasta da, daha sonra sol alt molar diş boşluğundan laringoskopun bleyd'i yerleştirilip yeterli görüş alanı (Grade II) elde edilince 6.5 numara entübasyon tüpü ile tek seferde entübe edildi. Entübasyon sonrası 150 mg propofol, 100 µg fentanil ve 40 mg rokuronyum ile indüksiyon tamamlanıp, anestezi idamesi %2 sevoflurane ve % 50/50 O_2/N_2O karışımı ile sağlandı. Altı saat süren operasyonda hastaya maksiler tümör rezeksiyonu yapıldı. Operasyon sırasında vital bulguları sorunsuz olan hasta, operasyon bitiminde kas gevşetici antagonizasyonu için 4 mg kg^{-1} sugammadex uygulanarak ekstübe edildi ve derlenme odasına alındı. Derlenme odasında takibi sorunsuz olan hasta servise gönderildi.

TARTIŞMA

Sol molar laringoskopik yaklaşım, alışılmış orta hat yaklaşımından farklı olarak, laringoskop bleyd'inin ağız açıklığının sol köşesinden yerleştirildiği, ek donanım gerektirmeyen, uygulaması kolay ve basit bir yöntemdir (3). Bu nedenle beklenmedik zor entübasyon durumlarında, gerekli zor entübasyon hazırlığı yapılana kadar sol molar yaklaşımla entübasyon denenebilir (3). Sato ve ark. (5) yaptıkları çalışmada zor entübasyon olgularında sol molar laringoskopinin geleneksel orta hat yaklaşımına göre daha iyi bir glottik görüntü sağladığını belirtmektedir. Benzer şekilde Yamamoto ve ark. (2) sağ ve sol molar yaklaşımın zor havayolu olan hastalarda laringeal görüşü iyileştirdiğini bildirmişlerdir. Gupta ve ark. (6) ise sol molar entübasyon ile fiberoptik entübasyonu karşılaştırdıkları çalışmalarında, her iki tekniğin de ciddi havayolu komplikasyonu ile simüle zor havayolu senaryosu yönetiminde başarı oranlarının benzer olduğunu ve sol molar entübasyon uygulamasının daha az zaman aldığını göstermişlerdir.

Sol molar laringoskopi ile iyi bir laringeal görünüm elde edilebilir (4). Ancak bazı yazarlar sol molar laringoskopi ile elde edilen iyileştirilmiş laringeal görünümün mutlak entübasyon başarısı anlamına gelmediğini düşünmektedir (7). Cuvas ve ark. (8) sol molar yaklaşımın laringoskopik görünüm açısından avantaj sağladığını fakat trakeal tüpün yerleştirilmesindeki güçlüğün bu tekniğin etkinliğini sınırladığını belirtmişlerse de, biz olgumuzda trakeal tüpün yerleştirilmesi aşamasında tecrübeli olduğumuz için herhangi bir problem ile karşılaşmadık.

Sol molar yaklaşımla entübasyon başarısını arttırmak için elektif ve zor entübasyon düşündürmeyen olgularda uygulama yapılarak klinik deneyim arttırılmalıdır (9). Entübasyon başarısında işlemi yapan anestezistin de önemi büyüktür. Li ve ark. (10) güç havayolu yönetimi ve zor entübasyon açısından en önemli parametrenin anestezistin yeteneği ve becerisi olduğunu belirtmişlerdir. Bizim olgumuzda laringoskopi sol molar yak-

Resim 1. Olgunun sağ üst molar açıklığa ait görünümü

Resim 2. Olgunun sol alt molar-premolar açıklığa ait görünümü

laşım konusunda daha önceden deneyimli bir anestezist tarafından yapılmıştır (3,4).

Zor entübasyon olan olgularda ağız içinde dar bir pasaj olabilir ve bu durum tüpün yönlenmesini zorlaştırabilir. Bunun için farklı öneriler vardır. Bazı yazarlar küçük numaralı tüp (bayanlar için 6,5 numara, erkekler için 7,5 numara) seçimini, tüpün içine sert bir stile yerleştirerek tüpün hokey sopası gibi eğilmesini, eğer bu yöntem yetersiz kalırsa gum elastik buji kullanılmasını önermektedir (7). Diğer bir öneri de bir yardımcı tarafından ağzın sağından yanağı sağa doğru çekerek pasajı genişletmektir (9). Bizim olgumuzda ağız açıklığı çok az olmasına rağmen ağız pasajı dar değildi. Molar yaklaşımın bir avantajı da diş ile larenks arasındaki mesafeyi kısaltarak ağız içindeki maksiller yapıların görüş alanına girmesini engellemesidir (9).

Bazı yazarlar sol molar yaklaşımı yardımcı tekniklerle kombine etmiş ve başarılı sonuçlar elde etmişlerdir. Örneğin Mahajan ve ark. (11) sol molar yaklaşımla ışıklı stileyi kombine etmiş, özellikle kan ve sekresyon varlığında ek bir aydınlatma ile daha iyi bir görüş sağlamıştır.

Molar yaklaşımda bleyd seçimi de önemlidir. Bu seçimler kliniklerin deneyimiyle değişmektedir. Potdar ve ark. (9) Miller bleyd ile glottik görünümün iyi olduğunu ancak manevra kabiliyeti ve tüpün girişinin zor olduğunu ve bu nedenle iyi bir deneyim gerektiğini belirtmişlerdir. Akdikmen (12) sol laringoskopilerde molar diş arkasında ağız köşesinden küçük numaralı düz bleyd kullanımını önermektedir. Yamamoto ve ark. (2) Miller bleyd' in Macintosh bleyd' den daha az orta hattan saptığını ve uygun baş-çene pozisyonu verildiğinde bile Macintosh bleyd ile daha iyi bir laringeal görünüm elde edilemediğini görmüşlerdir. Yamamoto ve ark.'larına benzer şekilde biz de düz Miller bleyd ile iyi bir laringeal görünüm elde ettik.

Sonuç olarak zor entübasyon olgularında hava yolu güvenliği için iyi bir preoperatif değerlendirme yapmak, hasta için en uygun yöntemi belirlemek ve spontan solunumu koruyacak ajanlarla havayolu değerlendirmesini yaparak riski belirlemek önemlidir. Bizim olgumuz da olduğu gibi ağız içinde yer kaplayan lezyon mevcudiyeti ve entübasyon güçlüğü beklenen, uygun seçilmiş olgularda sol molar laringoskopik yaklaşımın zor entübasyon koşullarında kullanılan daha invaziv (retrograd katater, jet ventilasyon, trakeostomi açılması gibi) girişimlerden önce uygulanabilecek güvenli bir alternatif olduğunu ve her anestezistin standart olgularda sol molar laringoskopiyi önceden tecrübe etmesi gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Ozyilkan N, Cok O, Aribogan A. The 'alligator mouth' or 'reflective intubation' manoeuvre? Describing and modifying the same useful technique for difficult intubation. Eur J Anaesthesiol 2016; 33: 65-66.
2. Yamamoto K, Tsubokawa T, Ohmura S, Itoh H, Kobayashi T. Left-molar approach improves the laryngeal view in patients with difficult laryngoscopy. Anesthesiology 2000; 92: 70-74.
3. Bozdoğan N, Sener M, Bilen A, Turkoz A, Donmez A, Arslan G. Does left approach to laryngoscopy make difficult intubation easier than the conventional midline approach? Eur J Anaesthesiol 2008; 681-684.
4. Sener M. Left molar approach of laryngoscopy for pediatric patients with uncorrected cleft palate. Paediatr Anaesth 2013; 23: 962-963.
5. Sato N, Shingu K. Another reason to choose the left molar appoach of laryngoscopy: to spare the incisor teeth. Anesthesiology 2002; 96: 1279.
6. Gupta A, Thukral S,Lakra A,Kumar S. A comparison between left molar direct laryngoscopy and the use of a Bonfils intubation fibrescope for tracheal intubation a simulated difficult airway. Can J Anaesth 2015; 62: 609-617.
7. Mahajan R. Facilitating intubation during left molar approach for laryngoscopy. Eur J Anaesthesiol 2009; 26: 618-619.
8. Cuvas O, Basar H, Gursoy N, Culhaoğlu S, Demir A. Left-molar approach for direct laryngoscopy: is it easy? J Anaesth 2009; 23: 36-40.
9. Potdar M, Patel RD, Dewoolkar LV. Molar intubation for intra oral swellings: Our experience. Indian Journal of Anesthesia 2008; 52: 861-865.
10. Li CW, Xue FS, Deng XM, Xu KL, Tong SY, Liao X. Tracheal intubation under general anesthesia in patients with difficult laryngoscopy. Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao 2004; 26: 651-656.
11. Mahajan R, Shafi F, Manhas A. Use of trachlight to assist intubation using left molar approach to laryngoscopy. Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53: 691-692.
12. Akdikmen SA. A modified technique for direct laryngoscopy and tracheal intubation. Anesthesiology 1966; 27: 321.