

Tonsillektomi sonrası hayatı tehdit eden geç kanama: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Mustafa Süren (*), Ziya Kaya (*), Levent Gürbüzler (*), Sema Koç (**), Mehtap Okyay (*)

ÖZET

Tonsillektomi ameliyatı küçük cerrahi girişim olmakla beraber, nadiren de olsa hayatı tehdit eden komplikasyonlar eşlik edebilmektedir. Tonsillektomi ameliyatı sonrası kanama, erişkinlerde çocuk popülasyona oranla daha sık görülmektedir. Bu olgu sunumunda kanama kontrolü amacı ile tonsillektomi sonrası 10. günde ameliyata alınan ve ekstübasyon sırasında masif kanaması olan hastanın başarılı anestezi ve cerrahi yönetimi sunularak literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Sekonder kanama, tonsillektomi, uyanık ekstübasyon

SUMMARY

Life threatening late hemorrhage after tonsillectomy: a case report and review of the literature

Although tonsillectomy is a minor surgical intervention, life threatening complications rarely may associate it. Hemorrhage following tonsillectomy is seen more often in adults than pediatric population. In this case report the successful anesthesiological and surgical management of a patient who was taken to surgery for bleeding control on the 10th day after tonsillectomy is presented and discussed reviewing the literature.

Key words: Secondary hemorrhage, tonsillectomy, awake extubation

Giriş

Tonsillektomi kulak-burun-boğaz hastalıkları uzmanları tarafından yaygın olarak uygulanan ve düşük komplikasyonu olan bir cerrahi yaklaşımdır (1,2). Tonsillektomi ameliyatı olacak hastalar bazı ülkelerde günübirlik olarak hastaneye kabul edilse de, tonsillektomi ameliyatı sonrası erken ya da geç dönemde kanama gibi ciddi komplikasyonlar görülebilmektedir (1).

Tonsillektomi ameliyatına bağlı olarak diş hasarı, kulak ağrısı, boğaz enfeksiyonu, bulantı ve kusma gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (3). Postoperatif kanama, tonsillektominin komplikasyonları arasında %0.1 ile %9.3 arasında değişen oranlarda yer almaktadır (2). Tonsillektomi sonrası kanama, belki de tonsillektomi komplikasyonlarının en yaygını ve en korkulanıdır (4,5). Kanama, ameliyat sonrası sıklıkla ilk 24 saat içinde ortaya çıkan primer kanama veya 24 saatten sonra herhangi bir zamanda çıkabilen sekonder kanama şeklinde olabilir (2,5,6). Sekonder kanama nadir olup, ağırlıklı olarak ameliyat sonrası ilk 10 gün içinde görülmektedir (1,6). Tonsillektomi sonrası kanamanın erişkinlerde çocuklara göre daha sık görüldüğü bildirilmişse de (7), hayatı tehdit eden kanamaların çocuklarda daha fazla olduğu görülmektedir (5).

Bu yazıda tonsillektomi ameliyatı sonrası 10. günde, genel anestezi altında kanama kontrolü yapılmasını gerektiren bir kanama meydana gelen ve kanama kontrolünü takiben ekstübe edilmeden yeniden yoğun kanama gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Başka bir merkezde 10 gün önce tonsillektomi ameliyatı yapılmış olan 4 yaşında kız çocuğu, ağızdan kan gelmesi şikayeti ile bir başka merkezdeki kulak burun boğaz polikliniğine başvurmuştur. Sağ tonsillektomi lojundan sızıntı şeklinde kanamaları devam eden ve melena gelişen hasta, hemoglobinin seviyesinin 5.4

* Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

**Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Aynı basım isteği: Dr. Mustafa Süren, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tokat
E-mail: mustafasuren@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 22.04.2010 • **Kabul tarihi:** 28.09.2010

gr/dl'ye kadar düşmesi sebebiyle bir ünite taze tam kan infüzyonu yapılarak hastanemize sevk edilmiştir. Epilepsi tanısıyla valproik asid kullanım öyküsü olan hasta 15 kg ağırlığında, 115 cm boyundaydı.

Hastanın fizik muayenesinde cilt rengi ve konjonktivaları soluk görünümde ve nabızı taşıkardıkti. Rutin biyokimyası normal olan, ameliyat öncesi hemoglobin: 7.3 gr/dl, hematokrit: %21 olan hasta acil şartlarda ameliyata alındı. Rutin monitörizasyon yapılan hastanın tansiyon arteriyeli 100/60 mmHg, nabız dakika sayısı 120 olarak ölçüldükten sonra sorunsuz olarak entübe edildi ve cerrahi ekip ameliyata başladı.

Ameliyat sırasında yapılan değerlendirmede, kanama kontrolü sırasında sağ tonsil alt lojunda ülsere bir kanama odağı izlendi. Ülsere lezyonla birlikte pulsasyon izlendiği için koterizasyondan ziyade lezyonun üzerine absorbe olabilen hemostat (Surgicel®) serilerek yara kenarları suture edildi. İlk etapta kanaması duran hastanın ameliyatı yaklaşık 30 dakika sürdü. Uyanık ekstübasyonu planlanan hastanın henüz entübasyon tüpünün kafı indirilmemişken, ani efor yapmasıyla birlikte ağızdan yaklaşık 20 saniyede 200 ml kadar pulsasyonlu taze kanaması oldu. Nabızı filiformik ve nabız dakika sayısı 170 olan hastanın kanaması devam ettiği için hasta tekrar uyutuldu. KBB hastalıkları uzmanı tarafından yapılan kanama kontrolünde, tonsillektomi alt lojundaki pulsasyon nedeniyle arteriyel bir kanamadan şüphelenildi. Bu sırada ikinci kez yoğun kanaması başlayan hastanın alt polde sütürasyon yapılan bölgenin posteriyorundan yüksek debili arteriyel kanama olduğu tespit edildi.

Kanayan arterin belirlenmesi için bir taraftan angulus mandibulanın mediyalinden iki parmakla baskı yapıp kanama debisi azaltılıp, diğer taraftan tonsil lojundaki granülasyon dokuları, internal karotis arterin yakın komşuluğu nedeniyle, yavaş ve nazik bir şekilde disseksiyon makası ile uzaklaştırıldı. Bu şekilde açık arter ucunun tespit edilmesiyle, damarın klemp ile yakalanarak bağlanması mümkün olmuş ve kanama odağının kontrolü intraoral yolla sağlanmış oldu. Bu arada tonsiller fossada oluşan doku defektine posteriyor faringeal duvar mukozasından oluşturulan alt pediküllü flep çevrildi.

Ameliyat boyunca bir buçuk ünite tam kan ve yarım ünite taze donmuş plazma verilen hastanın 4 saat süren ameliyatı esnasında çalışılan bölgede ödem oluştuğu düşünülerek ekstübasyonunun bir sonraki günde yapılması planlandı. Ameliyatın sonunda hemoglobin değeri 10.7 gr/dl, hematokriti %33 olarak ölçülen hasta, entübe şekilde yoğun bakıma alındı ve efor yapması için yaklaşık 24 saat uyutuldu. Postoperatif birinci gün ekstübe edilen ve vital bulguları stabil seyreden hasta, ekstübasyondan 6 saat sonra yoğun bakımdan

çıkarılarak pediatri servisine devredildi. Hemoglobin değerleri 9 gr/dl civarında seyreden, takiplerinde bir komplikasyon gelişmeyen hasta, ameliyat sonrası 6. günde poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi. Bir hafta sonraki kontrolde, dokuların iyileşmeye başladığı görüldü ve granülasyon doku miktarının azaldığı izlendi, 2. haftada yapılan poliklinik muayenesinde, sağlıklı mukozanın tamamen tonsiller fossayı kapladığı izlendi ve 1. ayın sonundaki kontrolde tonsiller fossada tamamen normal bir orofarinks dokusunun mevcut olduğu görüldü.

Tartışma

Günümüzde tonsillektomi ameliyatı KBB hastalıkları pratiğinde çok sık uygulanan cerrahi bir prosedürdür (8). Tonsillektomi ameliyatı sonrasındaki primer kanama, aspirasyon, laringospazm ve dolaşım kollapsı gibi riskleri nedeniyle endişe vericidir (4). Tonsillektomi sonrası oluşan kanamaların çoğunluğu ilk 24 saat içinde ortaya çıksa da, sekonder kanama olarak kabul edilen 24 saatten sonraki kanamaların serilerde %1.9-9 arasında bildirildiği görülmektedir (9-12). Literatürde tonsillektomi ameliyatından 39 gün sonra sekonder kanamaya bağlı ölümle sonuçlanan vaka mevcuttur (4).

Primer kanamanın cerrahi teknikle ilişkili olduğu; sekonder kanamanın ise yara iyileşmesi esnasında travma, katı gıda alımı, tonsillektomi yatağı enfeksiyonu, non-steroid antienflamatuvar ilaç alımı veya idiyopatik nedenlerden dolayı ortaya çıktığı düşünülmektedir (12,13). Bizim hastamızda non-steroid antienflamatuvar kullanımı öyküsü ve tonsil yatağı enfeksiyon bulguları yoktu. Ameliyat sonrası kanamanın, katı gıda alımına bağlı gerçekleşmiş olabileceğini düşündük.

Tonsillektomi sonrası kanamaya yaklaşım gözlem, hidrasyon, gümüş nitrat ya da elektrokoterizasyon şeklindedir. Wei ve ark.nın tonsillektomi ameliyatı uygulanmış 4662 hastada yaptıkları çalışmada, tonsillektomi ameliyatı sonrası kanamalı hastaların yarısında genel anestezi ve kanama kontrolü gerekmiştir (14). Bizim hastamız da ilk başvurduğu hastanede kanama takibi nedeniyle üç gün takip edilmiş, ancak ağızdan pıhtı tarzında kan ve gaitadan melena şeklinde kanamanın devam ettiği ve hemoglobin değerlerinin düştüğü görülünce, kan transfüzyonu sonrası hastanemize sevk edilmiştir.

Tonsillektomi ameliyatı sonrası, eğer dikiş ya da damarların koterlenmesine rağmen kanama devam ederse mümkünse anjiyografi yapılmalı, ya da eksternal karotis arter (EKA) bağlanmalıdır (15). Hastamızda EKA bağlanmasına gerek kalmadan kanama başarılı bir şekilde durdurulmuştur.

Tonsillektomi ameliyatı esnasında kan transfüzyonu gerektirecek kadar kanama %0.04 oranında olup, kanamaya bağlı mortalite oranı %0.002'dir (1). Hastamızda ameliyat sırasında yoğun kanama oldu ve tansiyon arteriyel 60/40 mmHg olarak ölçülmesi ve nabız dakika sayısının 170 olması üzerine hızlı bir şekilde hasta için hazır bulundurulan tam kan transfüzyonuna başlandı.

Tonsillektomi sonrası kanama tespit edilen olgularda tekrar anestezi risklidir (11). Kanama ve pıhtılar nedeniyle oluşan görüş bozukluğu ile beraber, azalmış lenfatik ve venöz drenajın oluşturduğu ödem gibi faktörlerden dolayı laringoskopi beklenmedik bir şekilde zor olabilmektedir. Bu hastalarda anestezi esnasında herhangi bir komplikasyon olduğunda yardımcı bir anestezi uzmanı gerekebilmektedir (8). Entübasyon güçlüğü yaşanabileceğinden, trakeotomi bile gerekebileceği bildirilmektedir (13). Bu hastalarda yeniden anestezi yapılması oldukça zor olup, kalın delikli ve kolay ulaşılabilir bir damar yolu olmalıdır (8). Bizim hastamızda da sağ el üstünde 22G'luk venöz kanülle uyutulduktan sonra ilave olarak antekübital bölgeden 20G'luk venöz kanül yerleştirildi.

Sonuç olarak, kanama tonsillektomi ameliyatının en sık komplikasyonlarından birisidir. Yaşamı tehdit eden boyutta kanamalar nadir görülse de, tekrar ameliyat edilen hastalarda anestezi yönetimi ve cerrahi yönetimi oldukça dikkat gerektiren mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir komplikasyondur.

Kaynaklar

1. Windfuhr JP, Schloendorff G, Baburi D, Kremer B. Lethal outcome of post-tonsillectomy hemorrhage. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265: 1527-1534.
2. Yorgancılar E, Yıldırım M, Meriç F. Tonsillektomi sonrası kanama. *Dicle Tıp Dergisi* 2008; 35: 177-180.
3. Leong SC, Karkos PD, Papouliakos SM, Apostolidou MT. Unusual complications of tonsillectomy: a systematic review. *Am J Otolaryngol* 2007; 28: 419-422.
4. Ali RB, Smyth D, Kane R, Donnelly M. Post-tonsillectomy bleeding: a regional hospital experience. *Ir J Med Sci* 2008; 177: 297-301.
5. Werle AH, Nicklaus PJ, Kirse DJ, Bruegger DE. A retrospective study of tonsillectomy in the under 2-year-old child: indications, perioperative management, and complications. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67: 453-460.
6. Windfuhr JP. Lethal post-tonsillectomy hemorrhage. *Auris Nasus Larynx* 2003; 30: 391-396.
7. Walshe P, Ramos E, Low C, Thomas L, McWilliams R, Hone S. An unusual complication of tonsillectomy. *Surgeon* 2005; 8: 296-298.
8. Miller RD. *Miller's Anesthesia*, 7th ed., Bleeding Tonsil - Chapter 75 - Anesthesia for Eye, Ear, Nose, and Throat Surgery, 2357-2388.
9. Leong SC, Karkos PD, Papouliakos SM, Apostolidou MT. Unusual complications of tonsillectomy: a systematic review. *Am J Otolaryngol Head Neck Med Surg* 2007; 28: 419-422.
10. Siodlak MZ, Gleeson MJ, Wengraf CL. Post-tonsillectomy secondary haemorrhage. *Ann Royal Coll Surg Engl* 1985; 67: 167-168.
11. Ahmad R, Abdullah K, Amin Z, Rahman JA. Predicting safe tonsillectomy for ambulatory surgery. *Auris Nasus Larynx* 2010; 37: 185-189.
12. Handler SD, Miller L, Richmond KH, Baranak CC. Post-tonsillectomy hemorrhage: incidence, prevention and management. *Laryngoscope* 1986; 96: 1243-1247.
13. Randall D, Hoffer ME. Complications of tonsillectomy and adenoidectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 118: 61-68.
14. Wei JL, Beatty CW, Gustafson RO. Evaluation of posttonsillectomy hemorrhage and risk factors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 123: 229-235.
15. Windfuhr JP. Indications for interventional arteriography in post-tonsillectomy hemorrhage. *J Otolaryngol* 2002; 31: 18-22.