

Seckel Sendromlu Hastada C-Mac Videolaringoskop ile Nazotrakeal Entübasyon

Nasotracheal Intubation by C-Mac Videolaryngoscope in a Patient with Seckel Syndrome

Öz

Seckel sendromu; mikrosefali, retrognati ve tipik yüz yapısı nedeniyle zor havayoluna neden olabilen nadir bir otozomal hastalıktır. Seckel sendromlu hastaların anestezi yönetiminde zor damar yolu erişimi ve zor havayolu gibi durumlara karşı gerekli önlemlerin alınması önemlidir ve alternatif araçların da havayolu yönetiminde yararlı olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Seckel sendromu; videolaringoskopi; nazotrakeal entübasyon

Abstract

The Seckel syndrome is a rare autosomal disease that can cause difficult airway problems due to microcephaly, retrognathia, and the typical facial structure. In anesthesia management of patients with Seckel syndrome, it is important to take the necessary precautions against possible difficult venous access and difficult airway problems, and it should be noted that alternative tools can also be helpful in airway management.

Keywords: Seckel Syndrome; videolaryngoscopy; nasotracheal intubation

Ahmet Selim Özkan, Sedat Akbaş,
Mehmet Rıdvan Yalın,
Emine Özdemir

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD,
Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya
Türkiye

Geliş Tarihi /Received : 13.04.2017
Kabul Tarihi /Accepted: 05.09.2017

DOI: 10.21673/anadoluklin.306099

Sorumlu Yazar/Corresponding Author
Yard. Doç. Dr. Ahmet Selim Özkan
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut
Özal Tıp Merkezi
E-mail: asozkan61@yahoo.com

GİRİŞ

Seckel sendromu (SS) ilk olarak 1960 yılında tanımlanan (1), ağır gelişme geriliği, mental retardasyon, retrognati, mikrosefali, cücelik ve tipik yüz görünümü (*bird head*-kuş kafası) ile karakterize, otozomal resesif, nadir görülen bir hastalıktır ve görülme sıklığı 10.000 canlı doğumda 1'dir (2). Şimdiye kadar genel anestezi uygulanan birçok vaka literatürde bildirilmiştir ve genelde zor havayolu ve zor damar yolu erişimleri sunulmuştur (3,4). Bunlara ek olarak perioperatif ve postoperatif birçok zorlukla da karşılaşılabilir. Zor havayolu ile karşılaşılan SS'li olguda videolaringoskop ile başarılı bir nazal entübasyon uygulaması ilk defa tarafımızdan sunulmaktadır.

OLGU

Yirmi beş yaşında, 20 kg, 120 cm, kadın hastaya, çürük dişlerinin çekilmesi amacıyla genel anestezi planlandı. Hastanın yakınlarından alınan anamnezde, 29 haftalık, 950 g olarak Sezaryen operasyonu doğduğu ve doğum sonrasında iki ay yoğun bakımda takip edildiği, ayrıca yoğun bakımda üç hafta entübe olarak kaldığı öğrenildi. Hikayesinde dört yıl önce apendektomi nedeniyle genel anestezi uygulandığı ve anestezi uygulaması sırasında zor havayolu ile karşılaşıldığı mevcuttu. Yapılan fizik muayenede, mikrosefali, mental retardasyon, mikrognati, diş deformiteleri, gelişme geriliği, uzun boyun ve SS için tipik yüz görünümü olduğu görüldü (Resim 1,2). Mallampati skoru 2, ağız açıklığı, tiromental ve sternomental mesafeleri normal olarak saptandı. Rutin kan tetkikleri normaldi. Mikrosefali, mikrognati ve diş deformiteleri nedeniyle zor havayolu olabileceği düşünülen ve 6 saat açlığı olan hasta, ailesinden bilgilendirilmiş onam alınarak premedikasyon uygulanmadan ameliyat odasına alındı. Zor havayolu algoritmasına uygun olarak değişik boylarda tüp ve stileler, supraglotik havayolu araçları, C-Mac videolaringoskop ve fiberoptik bronkoskop hazır bulunduruldu. Elektrokardiyogram (EKG), periferik oksijen satürasyonu (SpO₂) ve noninvaziv kan basıncı (NİKB) monitörizasyonu yapıldı; kalp atım hızı 110 atım/dk, NİKB 90/60 mmHg ve SpO₂ %98 olarak ölçüldü. İlk olarak, damar yolu erişiminin sağlanabilmesi amacıyla %8 sevofluran ve %100 oksijen karışı-

mı ile hasta havalandırıldı ve maske ventilasyonunun kolay olduğu görüldükten sonra 24G kanül ile damar yolu sorunsuz bir şekilde sağlandı. Propofol 2 mg/kg İV ve fentanil 1 mcg/kg İV ile anestezi induksiyonu uygulandı ve maske ventilasyonunun kolay sağlanması sonrası kas gevşetici olarak 0,5 mg/kg İV rokuronyum uygulandı. Ağız içi cerrahi yapılacağından dolayı nazal entübasyon uygulanmasına karar verildi ve kuzey kutuplu 5 mm boyutlu nazal tüp hazırlandı. İlk önce direkt laringoskopi yapıldı ve Cormack-Lehane skoru 4 olarak değerlendirilince zaman kaybetmemek için ve başarısız deneme sonrası kanama riski olabileceğinden dolayı C-Mac videolaringoskop uygulanmasına karar verildi. C-Mac videolaringoskop ile yapılan laringoskopide Cormack-Lehane skoru 2 idi. Magil pens yardımı gerekmeyen hasta entübe edildi. Postoperatif analjezi amaçlı 20 mg/kg İV parasetamol uygulandı ve 80 dakika süren cerrahi sonrası nöromusküler bloğu ortadan kaldırmak amaçlı 2 mg/kg İV sugammadex uygulandı. Spontan solunumu kuvvetlenen ve uyanıklığı sağlanan hasta ekstübe edildi. Otuz dakika derlenme odasında takip edildikten sonra sorunsuz şekilde servise devredildi.

TARTIŞMA

Anestezistler, Seckel sendromlu (SS) hastalarda perioperatif ve postoperatif bazı zorluklarla karşılaşabilirler. İntravenöz damar yolu erişimindeki zorluklar başta olmak üzere özellikle havayolu sağlanmasında karşılaşılan zorluklar mortalite ve morbiditeyi artırabilir. Literatürde daha çok zor havayolu ile karşılaşılan vakalar sunulsa da nazal yolla videolaringoskop ile entübasyon uygulanan vakaya rastlanmamıştır.

Zor havayolu, klasik anestezi eğitimi almış bir anestezistin üst havayolunun yüz maskesi ile ventilasyonunda ya da trakeal entübasyonda zorluk yaşamaması, ya da her iki durumun bir arada olması şeklinde tanımlanmaktadır. SS'ye eşlik eden mikrosefali, mikrognati, diş deformiteleri ve uzun boyun, zor havayolu için olası nedenlerdir. Özellikle tipik yüz görünümünde burnun uzun olması nazal entübasyonu zorlaştırabilir. Bu hastaların anestezi yönetiminde zor havayolu olabileceği öngörülerek değişik boyda tüpler, stileler, değişik tiplerde ve numaralarda supraglotik hava yolu



Resim 1. SS'li olguda tipik yüz görünümü.

araçları, videolaringoskoplar ve fiberoptik bronkoskop hazır bulundurulmalıdır. Değişik boyda tüpler ve alternatif havayolu araçlarının hazır bulundurulması havayolu yönetimini kolaylaştırabilir. Grewal ve ark. (5) tarafından sunulan, zor havayolu beklenen SS'li bir hastada 6,0 mm tüp denendiği, ancak 4,5 mm tüp uygulanarak entübasyon gerçekleştirilebildiği bildirilmiştir. Tüp seçiminde kullanılan kilo ve yaş gibi parametreler bu hastalarda yanlış tüp seçimlerine neden olmaktadır. Grewal ve ark.(5) tarafından sunulan vakada daha küçük tüp kullanılmak zorunda kalınmasının nedeni muhtemelen tüp boyutunun hastanın yaş ve kilosu referans alınarak seçilmesidir.

Demiralp ve ark. (6) ise kısa süreli cerrahi uygulanacak SS'li bir hastada damar yolu açmadıklarını ve spontan solunumu koruyarak inhalasyon anestezisi uyguladıklarını bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda, eşlik eden mikrosefali, mikrognati ve diş deformiteleri nedeniyle zor havayolu beklendiğinden dolayı, zor ha-



Resim 2. SS'li olguda tipik yüz görünümü.

vayolu hazırlıkları yapılmıştı. Maske ile ventilasyonun kolay sağlanması sonrası kas gevşetici güvenli bir şekilde uygulandı ve ekstübasyon öncesi nöromusküler bloğu geri çevirmek amacıyla hızlı geri dönüş sağlayan sugammadex tercih edildi. Ağız içi cerrahi nedeniyle nazal entübasyon planlanan hastada, kuzey kutuplu tüpün burundan geçirilmesi sırasında zorlukla karşılaşılmasına karşın, direkt laringoskopide Cormack-Lehane skoru 4 saptanınca C-Mac videolaringoskop kullanılmasına karar verildi. Daha önce 100'den fazla hastada C-Mac videolaringoskop ile entübasyon yapan deneyimli bir anestezi uzmanı tarafından entübasyon gerçekleştirildi. Olgumuza benzer olarak, Arora ve ark. (7) da sundukları bir olguda, direkt laringoskopide Cormack-Lehane skoru 3 olarak tanımlanmış ve hasta oral olarak entübe edilebilmiştir.

Zor havayolu beklenen hastaların havayolu yönetiminde kullanılan fiberoptik bronkoskoplara alternatif olarak, laringoskopiye iyileştirmeleri ve kolaylaştırmaları nedeniyle artık videolaringoskoplar da sıklıkla kullanılmaktadır. Videolaringoskop kullanımı deneyim gerektirmekte ve zor havayolu görülen vakalarda başarılı bir biçimde kullanılmaktadır. Biz de kullanım kolaylığı ve uygulama tecrübemiz nedeniyle bu hastada, fiber optik bronkoskop yerine C-Mac videolaringoskop kullanmayı tercih ettik.

SONUÇ

SS'li olgularda zor havayolu ile karşılaşılacağı göz önünde bulundurulmalı, zor havayolu algoritmasına uygun hazırlıkların önceden mutlaka yapılmalı ve havayolu yönetimi deneyimli kişiler tarafından sağlanmalıdır. C-Mac videolaringoskop bu tür hastalarda havayolu sağlamada alternatif bir yol olarak düşünülmelidir.

Çıkar Çatışması Yoktur

Finansal Destek

Bu çalışmada finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Seckel HPG. Bird-headed Dwarfs: Studies in Developmental Anthropology Including Human Proportions. Springfield: Charles C. Thomas; 1960.
2. Parent P, Moulin S, Munck MR ve ark. Bird headed dwarfism in Seckel syndrome. Nosologic difficulties. Arch Pediatr. 1996;3:55–62.
3. Gurkan Y, Hosten T, Dayioglu H ve ark. Anesthesia for Seckel syndrome. Pediatr Anesth. 2006;16:359–60.
4. Sophie S, Ahmed T. Dialysis access surgery with Seckel Syndrome. Paediatr Anesth 2006;16:804–5.
5. Grewal A, Sood D, Bhatia N, Garg R, Shah S, Kaur H. Palatoplasty in a patient with Seckel syndrome: an anesthetic challenge. Braz J Anesthesiol. 2014;64(3):216–8.
6. Demiralp G, Mayhew J. Anesthesia in a child with Seckel syndrome. Paediatr Anaesth. 2007;17(11):1121.
7. Arora S, Ghai B, Rattan V. Anesthetic management of a child with Seckel syndrome for multiple extractions and restoration of teeth. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2012;28(3):398–9.