

UNUTULMUŞ OLAY : TİROİD KRİZİ (Olgu Bildirimi)

Dr. E. Feyhan ÖKTEN (x)
Dr. Dursun AKDEMİR (xx)
Dr. Orhan YILMAZ (xxx)

Ö Z E T :

Tiroid sağ lobta nodül tanısıyla operasyona alınan 26 yaşında bir kadın hastada operasyon sırasında gelişen tiroid krizi başarı ile tedavi edildi. Bu nedenle önceki yıllarda sık rastlanılan ancak günümüzde pek görülmeyen tiroid krizi tekrar gözden geçirildi.

G İ R İ Ş :

Anesteziyoloji ve diğer tıp dallarındaki gelişmeler nedeniyle tiroid cerrahisi günümüzde problemsiz olarak yürütülmektedir. Gerek operasyon öncesinde ve gerekse operasyon sırasında ya da sonrasında bazı problemlerle karşılaşılabilir. Ancak bundan 14-20 yıl öncesi sıklıkla karşılaşılan tiroid krizine artık hemen hiç rastlanmamaktadır. Bir kadın hastada operasyon sırasında gelişen ve başarı ile tedavi edilen tiroid krizi nedeniyle olayı gözden geçirmek istedik.

O L G U :

S.K. 26 yaşında kadın hasta, 50 kg ağırlığında, boyunda kitle, halsizlik, zayıflama ve çarpıntı yakınmalarıyla 6776/6776 protokol numarasıyla müracaat etti. Son 1.5 yıldır özellikle yol yürürken çarpıntısı olan hastanın 4-5 aydır halsizlik ve zayıflaması artmış ve 2.5 kg kadar zayıflamış.

Fizik Muayenede: Tiroid sağ lobun alt bölümünde 2x1 cm boyutlu üzeri düzgün, orta sertlikte nodül palpe ediliyordu. Nabız 96/dk. TA 110/70 mm Hg idi.

Yapılan rutin tetkiklerinde Hb: 15.7, BK 7000, Kz 1', Phz: 5', AKŞ: 98, NPN: 18, T. Bilüribin 0.6, D. Bilüribin 0.3, Alk. Foft: 20, SGOT 21, SGPT 21,

x Ankara Üniversitesi İbn'i Sina Hast. Anesteziyoloji Anabilim Dalı Yrd. Doç.

xx Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doç. Dr.

xxx Ankara Üniversitesi İbn'i Sina Hast. Anesteziyoloji Anabilim Dalı Araş. Gör.

Na 135 K 3.9, Kreatin 0.9, Albumin 4.8, Kolesterol 172, T. Lipid 870, Rutin idrar incelemesi normal bulundu. PA akciğer grafisinde kronik bronşit bulguları gözlemlendi. Ameliyat öncesi Troid hormonları düzeyi TT_3 118 U μ g/100 ml, TT_4 ng/100 ml bulundu.

Troidde soğuk nodül düşünülen hasta 26.6.1987 günü ameliyata alındı. Hastanın anestezi öncesi TA 110/70 mmHg, Nabız 108/dak idi. İndüksiyonda 350 mg Pentotal verildi. 100 mg süksinilkolinden sonra 34 numara kafalı tüp ile herhangi bir güçlüklerle karşılaşmadan entübasyon yapıldı. Anestezi % 1 halothan ve %50 O₂ ve % 50 N₂ O ile sürdürüldü. Operasyonun başlamasından kısa süre sonra hastanın kalp atımı 130/dk oldu. Isı artışı düşünüldüğü için ölçüm yapıldı, koltuk altı ısı 37° bulundu. Kalp atım sayısı giderek arttı ve 140/dak'nın üzerine çıktığı gözlenince İV 10 mg diazepam verildi ve İV digitalizasyon uygulandı. Kalp atımı 130/dak'ya düştü. Hastanın TA'sı 110/70 mmHg idi. Terleme, siyanoz gibi belirtiler yoktu. Kalp hızı daha fazla düşmeyince Halothan konsantrasyonu azaltıldı. N₂O kapatılıp %100 O₂ inhalasyonuna geçildi. Soda-lime değiştirildi. Monitorde kısa süreli ventriküler ritm bozuklukları gözlenince hastaya 60 mg lidokain uygulandı, sinüzal ritme dönüş görüldü. Bu arada 100 mg meperidin, 20 mg NaHCO₃, 50 mg metilprednizolon İV olarak verildi, sıvı hızlandırıldı.

Cerrahi girişim 1,5 saatte tamamlandı. Bilateral subtotal tiroidektomi yapıldı. Operasyon bitimine dek hasta bu tablo ile stabil kaldı. Ameliyatın sonunda ısı artışı gözlemlendi, vücut ısı 42°C ye ulaştı, periferik siyanozunda bulunuşu nedeniyle % 100 O₂ solutulup derhal soğutma işlemine geçildi. Yine 100 mg metil prednizolon ve 20 mg NaHCO₃ puşe edildi. Nazogastrik sonda yerleştirilip içinden lugol solüsyonu uygulandı. Bu tedaviye yanıt alındı. Isı düştü (37°C) siyanoz kayboldu. Kalp hızı 120/dak ya düştü ve 10 dakika sonra spontan solunum başladı. Pupil, kornea ve kirpik refleksi geri döndü.

Ancak ameliyat sahasında kanama şüphesi olması nedeniyle ekstübe edilmedi. Hematom barizleşince reeksplaryasyon yapıldı. Ameliyat sahasından yaygın, sızıntı tarzında kanama vardı. Hemostaz bir saat içinde sağlanarak insizyon kapatıldı. Toplam anestezi 4 saat sürdü. Reeksplaryasyon sırasında TA birara 60 mmHg'ye kadar düştüyse de taze kan ve sıvı desteği ile 120 mmHg ye yükseltildi ve daha sonra ekstübe edildi. Postoperatif dikkatle izlenen hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi, hasta 4 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA :

Klasik bilgilere göre hipertroidi, genel tanımıyla tiroid hormonlarının fazla salgılandığı, tiroidin tamamı ya da bir bölümünün hiperfonksiyonu anlatan bir terimdir. Tirotoksikoz ise tiroid hormonlarının aşırı salgılanmasına bağlı olarak gelişen ve hipermetabolik, hipersempatikotonik klinikle seyreden bir

olaydır (5,7). Abaoğlu, Hatemi ve Koloğlu'na göre normal sınırlarda kan tiroid hormon düzeyi olan tirotoksikoz olguları bulunabildiği gibi klasik tirotoksikoz bulguları içermeyen hipertroidi durumlarında görülebilir. Ancak Hipertroidi de objektif olarak taşikardi, deride nemlilik, tremör, guatr, tiroidde sufl, gözde konverjans bozuklukları, subjektif olarak sinirlilik, sıkıntı, sıcağa dayanıksızlık, yorgunluk, kilo kaybı, nefes darlığı gibi yakınmalar bulunur. Kan tiroid hormon düzeyleri genellikle yüksektir (1,5,7).

Literatürde bu konuda yayına çok az rastlanmıştır. 1970 de Cook tarafından guatr ameliyatına alınan 14 yaşında bir kız çocuğunda tiroid krizi bildirilmiştir. Bulgular ve tedavi şekli bizim takdim ettiğimiz vaka ya benzerlik göstermektedir. Bu durum bize son yıllarda tiroid ameliyatlardan önce hastaların preoperatif hazırlığının iyi yapıldığını ve tiroid krizine girme olasılığının son derece azaldığını göstermektedir.

Tiroid krizi: Cerrahi girişime iyi hazırlanmamış hipertroidi durumlarında olan hastalarda gelişebildiği gibi enfeksiyon, emosyonel değişiklikler, Gastrointestinal sistem bozuklukları, gebelik toksemisi, antitroidlerin aniden kesilmesi diabet ketoasidozu, tiroidin brütal palpasyonu ve diğer cerrahi girişimle sırasında ortaya çıkabilir, hatta spontan olarak ortaya çıktığı bile bildirilmiştir (1,5,7).

Klinik olarak yüksek ateş, terleme, titreme, taşikardi, aritmi hatta fibrilasyon görülür. Derhal tedaviye başlanmassa kalp yetmezliği gelişir. Deride kuruma, dehidratasyon, bulantı, kusma, apati, huzursuzluk, delirium, koma, şok ve ölümlü sonuçlanabilir (1,3,4,5,6,7,9).

Takdim ettiğimiz vaka da da aynı bulguları gözledik. Hastada önce taşikardi oldu daha sonra aritmi ve kısabir süre ventriküler ritm ortaya çıktı. Operasyon bitiminden 10 dakika önce ateş yükselmesi ve siyanoz başladı.

Tedavide: Oluşan adrenerjik stimülasyonun ortadan kaldırılmasına çalışılır. Hiperpreksi ve şok ile mücadele edilir. Hasta hemen soğutulur. Büyük damarlar yakınına buz, cilde soğuk ıslak bez ve antipiretik uygulanır. Şok ve dehidratasyonla mücadele için damar yolu açılır ve hızlı sıvı enfüzyonu yapılır. Hiponatremi varsa izotonik NaCl solüsyonu tercih edilir. İyodürler hormon blokajı yaptıkları için kriz tedavisindeki yerleri önemlidir. Potasyum iyodür veya lügl solüsyonu şeklinde uygulanırlar.

Bizde vakamızda öncelikle semptomatik tedaviye yöneldik. Nispeten stabil seyreden nabız ve tansiyonu dikkatle gözledik. Bu arada soda-lime değiştirdik, hastaya %100 O₂ verdik. Halothan konsantrasyonunu düşürdük. İ.V. 10 mgr diazem puşe ettik. Nabız da değişme olmayınca 2 ampul cedilanid İ.V. vererek acil digitalizasyon uyguladık. Mayii hızlandırdık. Daha sonra hiperpreksi ortaya çıkmaya başladığını görünce soğutma işlemine giriştik. İ.V. yolla 2 amp. sodyum

bikarbonat, 4 amp 2 prednisolon (25 mgr) puşe ettik. Nazogastrik sonda yerleş-
tirerek 4-5 cc kadar lügol solüsyonu verdik. Tedaviye süratle yanıt aldık.

Steroidlerin deksametazon, hormon salınımı ve periferde T_4 ün T_3 e dönü-
şümünü engellediği için rutin olarak ve yüksek dozda kullanılırlar. Hastalarda
bol miktarda katekolamin salınımı olduğu için katekolaminlerin pozitif inotro-
pik ve kronotropik etkilerini bloke etmek amacıyla beta adrenerjik blokaj yapan
ajanlar kullanılır. Kalp yetmezliği tablosu yok ise propranolol 6 saatte 2 mg
İV, daha sonra 40-80 mg oral verilir. Kalp yetmezliği varsa digitalize edilir.
Gerekirse diüretik eklenir (2,8).

Yukardaki bilgilerin ışığında takdim ettiğimiz vakanın tartışması kolayca
yapılır. Tablonun guatr ameliyatı sırasında ortaya çıkması, inatçı taşikardi, ısı-
nın yükselmesi, ritm bozukluğu, periferde siyanoz, ilk anda tiroid krizini akla
getirmektedir. Ayırıcı teşhiste malign hiperpreksi düşünülebilir. Malign hiperp-
reksi de olay genellikle entübasyondan sonra ortaya çıkmaya başlar. Daha sonra
taşikardi, kan basıncı yükselmesi, solunum sayısında artış olur. Periferde siyanoz
vardır. Aşırı CO_2 atımı olduğu için Soda-lime çok hızlı kirlenir.

Bizim hastamızda konulan idrar sondasında renk değişikliği görülmemesi,
ayrıca tiroid krizine yönelik tedaviye çok hızlı yanıt vermesi bizi malign hiperp-
reksi olasılığından uzaklaştırmıştır.

Sonuç olarak endokrinolog tarafından iyi hazırlanmış olarak eutroid hale
getirilmiş tirotoksik hastanın cerrah tarafından hızlı ve az travmatik şekilde
opere edilmesi Anestezyologu önemli ölçüde rahatlatacak ve en azından troid
krizi oluşumunu engelleyebilecektir.

Preoperatif hipertroidi bulgusu laboratuvar olarak tesbit edilemeyen, klinik
yönden bariz bulgu olmamasına karşın, hipertroidi yönünden çok az da şüphe
olsa guatr ameliyatlarında troid krizi yönünden uyanık ve tedbirli olmak krizli
hastanın hayatını kurtarıcı olacaktır.

SUMMARY :

UNFORGOTTEN ENTITY : THYROID (Case Report)

In a 26 year old woman patient who has been operated because of node
in right lob of thyroid, the crisis of thyroid has occurred during operation was
treated successfully. So the thyroid crisis which has often been seen before but
not now has relieved again.

KAYNAKLAR :

- 1- ABAOĞLU, C. , ALEKSANYAN, V.: Teşhisten tedaviye, Filiz Kitabevi.
İstanbul 617,1975.

- 2- COLLINS, V.J.: Principles of Anesthesiology, Lea and Febiger press. Philadelphia, 580,1976.
- 3- COOK, D.R., CHODOFF, P.: Anesthetic Management of an incompletely controlled Hyperthyroid patient for Thyroidectomy. Anesthesiology 33: 562, 1970
- 4- ERENGÜL-A: Anesteziyoloji ve Reanimasyon. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul 190,1985
- 5- Hatemi, H., Urgancıoğlu, İ., Seyahi, V., Kapıcıoğlu, T.: Endokrinoloji. Der-gah Kitabevi 78, 1982
- 6- HEDLEY,A.J., FLEMMING, C.J., CHESTERS, M.I., MICHIE, W., CRO-OKS, J.: treatment of thyrotoxicosis. Br. M. Journal 1: 519, 1970.
- 7- KOLOĞLU, S.: Temel Tedavi, Fidan Kitabevi Ankara 56, 1983
- 8- THORNTON, L.: Emergency Anesthesia. Edward Arnold press, London 384, 1974
- 9- WYLIE, W.D., CHURCHILL-DAVIDSON, H.C.: A Practice of Anaesthesia Lyod-luke Ltd. London 1263, 1978