

PANFASİYAL KIRIK CERRAHİSİNDE “SUBMENTAL ENTÜBASYON”

*Ahmet COŞAR

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığı, Ankara

Perioperatif süreçte, maksillo-fasyal kırıklarının cerrahi girişimlerde, anestezi uygulamaları açısından en önemli unsur havayolu güvenliğinin sağlanmasıdır. Çünkü cerrahi bölge hem standart havayolu açıklığını sağlama yönteminin (orotrakeal entübasyon) modifikasyonunu gerekli kılmakta hem de ilave riskler oluşturmaktadır. Maksillo-fasyal kırıkların tamirinde; nazotrakeal entübasyon nazo-orbital-etmoid kırıklarının cerrahi rekonstrüksiyonuna, orotrakeal entübasyon ise dental oklüzyona engel oluşturmaktadırlar. Dolayısıyla havayolu açıklığını sağlamada alternatif yöntemlere gereksinim ortaya çıkmaktadır.¹ Hem oral hem de nazal entübasyonun uygun olamayacağı bu tür olgular için seçenek olarak karşımızda trakeostomi yada Altemir tarafından tanımlanan submental entübasyon bulunmaktadır.² Her iki girişimde invaziftir, ciddi morbidite ve mortalite potansiyeline sahiptirler. Bunların dışında “retromolar entübasyon” invazif olmayan bir alternatif olarak değerlendirilebilir (Resim 1).³

Trakeostomi, günümüzde sadece açık cerrahi değil perkütan olarak da uygulanabilmektedir. 1985 yılından beri özellikle yoğun bakım hastalarında, endike (obez, kısa boyun olmayan v.b.) olgularda perkütan dilatasyonel trakeostomi (PDT) açılmaktadır.⁴ Cerrahi trakeostominin kanama, subkutan amfizem, pnömomediastinum, pnömotoraks, rekürren laringeal sinir hasarı, stomal ve solunum yolları infeksiyonu, stenoz, erozyon ve disfazi gibi komplikasyonların gelişmesi riskine sahiptir.⁴ PDT’de ise bu riskler azalmıştır.⁵ Ayrıca PDT, entübe edilemeyen ancak yüz maskesi, LMA gibi yöntemlerle geçici ventilasyonun sağlanabildiği durumlarda da elektif olarak uygulanabilmektedir.

Submental entübasyonda özellikle tüpün insizyon hattından geçirilirken başta hipoksi olmak üzere istemsiz ekstübasyon, tüp obstrüksiyonu ve hasarı gibi ciddi komplikasyonlara adaydır.

Submental entübasyonun diğer yaşamı tehdit etmeyen komplikasyonları ise submandibular ve sublingual bezlere ve kanallarına travma, sublingual sinir hasarı, orokutanöz fistül ve hipertrofik skardır.² Ayrıca submental entübasyonda; intraoperatif süreçte havayolu güvenliği ile ilgili gelişebilecek bir sorunda derhal girişim şansında (cerrahi bölgede maske ve diğer havayolu ekipmanların kolayca kullanılmayacağı için) sınırlıdır. Oysa perioperatif sürecin vazgeçilmez unsuru, yeterli oksijenasyonla ventilasyonun sürekliliğinin sağlanmasıdır.

Retromolar entübasyonun bu iki yönüme avantajları ise; invazif olmaması, uygulanmasının kolay ve çabuk olması, atravmatik olması, tüpün patensinin kolay izlenebilir olmasıdır. Dezavantajları sınırlı bir alanda yapılabilir olması, komşu yumuşak doku ve mukozalarda hasar oluşturabilmesidir.³



Resim 1: Resim: İntermaksillar vida fiksasyonlu yerde trakeal tüpün retromolar yerleştirilmesi

Sonuç olarak, bu tür olgularda ilk seçenek retromolar entübasyon, ardından PDT ve cerrahi trakeostomi eğer bu yöntemler kontrendikasyonlara sahip ise submental entübasyon alternatif olarak düşünülmelidir.

DR. AHMET COŞAR
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ ANESTEZİ VE
REANİMASYON ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI,
ANKARA

KAYNAKLAR

1. Muzzi DA, Losasso TJ, Cucchiara RF. Complication from a nasopharyngeal airway in a patient with a basilar skull fracture. *Anesthesiology* 1991;74:366-8.
2. Altemir FH. The submental route for endotracheal intubation: a new technique. *J Maxillofac Surg* 1986;14: 64-5.
3. Malhrota N. Retromolar intubation –a simple alternative to submental intubation. *Anaesthesia* 2006;6:515-6.
4. Stauffer JL, Olson DE, Petty TL. Complications and consequences of endotracheal intubation and tracheotomy. *Am J Med* 1981;70:65-76.
5. Ciaglia P, Firsching R and Syniec C. Elective percutaneous dilatational tracheostomy. 1985;87:715-719 *Chest*