

Leikkauspotilaan yllättävä vaikeahoitoinen hypoksia

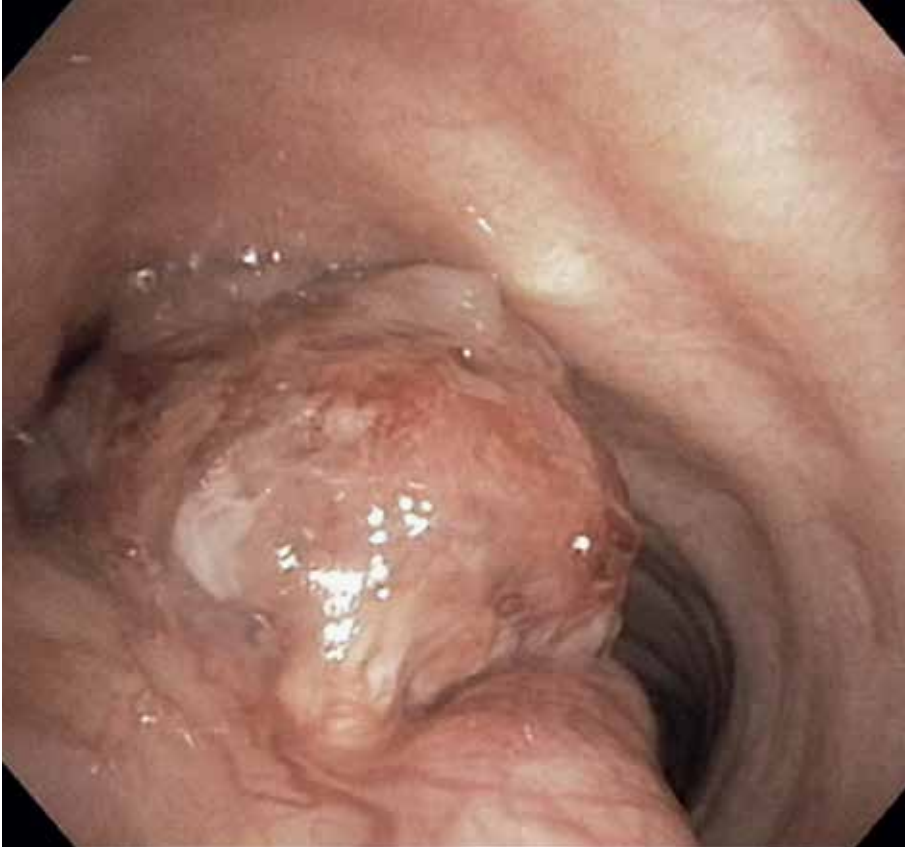
Vanha totuus on, että yleiset sairaudet ovat yleisempiä kuin harvinaiset. Harvinaiset taudit saattavat kuitenkin yllättää. Käheä-äänisen potilaan happeutumisen huononi nopeasti normaalisti alkaneen anestesian jälkeen.

Potilas oli 85-vuotias mieshenkilö, joka tuli sairaalaan leikkaukspäivän aamuna lanneselän dekompressioleikkausta varten. Korkeasta iästään huolimatta hän oli ollut aiemmin varsin terve. Selän lisäksi oli vaivannut oikea polvi, lisäksi potilaalla oli reflux-tauti ja paniikkihäiriö. Hän ei tupakoinut eikä käyttänyt alkoholia. Pituutta oli 188 cm ja

Seuraavaksi tehtiin hengitysteiden tähytys fiberoskoopilla.

painoa 83 kg. Rutiininomaisissa preoperatiivisissa verikokeissa ei ollut moitittavaa, mutta keuhkojen rtg -tutkimusta ei ollut tehty. Leikkaussalissa potilas kertoi, että reflux-tauti oli vaivannut pahana

jo vuosikausia ja se oli polttanut hänen kurkkunsa. Potilas olikin huomattavan käheä-ääninen. Potilas myös kertoi, että makuuasennossa oli hengittäminen vaikeampaa kuin pystyasennossa. Oiretta oli esiintynyt jo monta kuukautta. Koska mitään keuhkosairautta ei oltu diagnosoitu ja huoneilmalla happisaturaatio oli 96%, päätettiin potilas nukuttaa. Anestesia-aineina käytettiin glykopyrrolaattia, fentanylä, propofolia ja rokuronia. Maskiventilaatio sujui ongelmitta, lääketieteen opiskelija suoritti intubaation ja potilas kytkettiin respiraattoriin. Saturaatioarvo kuitenkin laski alle 90%:n eikä lähtenyt nousemaan, vaikka potilas näytti ventiloituvan. Keuhkojen auskultaatiossa vasemmalta puolelta ei kuulunut hengitysääniä. Loogisena johtopäätöksenä oli, että intubaatioputki on liian syvällä ja sitä vedettiin kahteen >>



Bronkofiberoskopiassa näkyi henkitorvea selvästi ahtauttava tuumori



Rintakehän varjoainete-
hosteisessa TT-kuvassa
näkyi henkitorvea
ahtauttavan tuumorin
poikkileikkaus.

otteeseen ulospäin. Saturaatioarvot vaihtelivat edelleen 80-90% välillä. Vaikka mitään limarahinoita ei kuulunut, imettiin hengitysteitä kahteen otteeseen. Mitään saalista ei saatu ja saturaatioarvot pysyivät entisellään. Myöskään PEEP:n ja FiO_2 :n nosto ei vaikuttanut tilanteeseen. Sen jälkeen päätettiin vielä intuboiba potilas uudelleen. Intubaatiossa näkymä äänihuuliin ja nieluun oli normaali eikä intubaatiossa ollut vaikeuksia. Toimenpiteellä ei kuitenkaan ollut vaikutusta potilaan happeutumiseen.

Seuraavaksi tehtiin hengitysteiden tähytys fiberoskoopilla. Tässä todettiin carinan seudussa tuumorimaista kasvua. Valitettavasti fiberoskooppi oli tarkoitettu vain vaikeaa intubaatiota varten eikä sen kautta voinut ottaa koepaloja. Leikkauksesta päätettiin luopua ja herättää potilas. Relaksaatio kumottiin sugammadeksillä ja sevofluraanin anto lopetettiin. Nopeasti potilas alkoi itse

Kaikista trakean primaarisista tuumoreista 80% on maligneja.

hengittää ja hänet ekstuboitiin. Saturaatioarvot nousivat tämän seurauksena jo potilaan ollessa leikkauspöydällä entisessä asennossa selällään.

Potilaalle tehtiin jo samana päivänä kuvantamistutkimuksia. Thoraxin rtg-kuvassa radiologi näki sivukuvassa mediastinumissa tiivistymää, mikä ei kylläkään selvästi visualisoitunut anestesialääkärin silmään. Thoraxin varjoaine-TT-kuvauksessa näkyi sen sijaan selvästi mediastinumissa trakean bifurkaation tasolla trakean takaseinämässä 25 mm:n läpimittainen melko pallomainen tuumorimuutos, joka pullotti trakean sisällä ja dislokoi myös esofagusta. Jatkossa keuhkotautien erikoislääkäri teki bronkoskopian, jossa todettiin trakean alaosassa bifurkaatiotassossa vasemmalle painottuen tuumori, joka lähes tukki trakean ja vasemman pääbronkuksen suun. Tuumorista otettiin koepalat. Myöhemmin

KNK-lääkäri suoritettiin tuumorin poiston laserin avulla. Hengitystiet saatiin hyvin auki, mutta tuumorikudosta jäi trakean takaseinään. Potilas kotiutui hyväkuntoisena toimenpidettä seuraavana päivänä. Patologin vastaus koepaloista oli sylkirauhastyypin keuhkoputken adenokystinen karsinooma. Solunsalpaajahoidot suunniteltiin jatkossa aloitettavaksi kotipaikkakunnalla.

Mitä tästä opimme? Vanha opiskeluaikana opittu totuus on, että yleiset sairaudet ovat yleisempiä kuin harvinaiset. Harvinaisempia tauteja tulee vastaan vähemmän ja ne saattavat yllättää, kuten tässäkin tapauksessa. Primaariset trakean neoplasmat ovat harvinaisia. Kaikista trakean primaarisista tuumoreista 80% on maligneja. Hengitysvaikeudet ovat usein taudin ensimmäinen oire. Mutta esimerkiksi myös astma, bronkiitti ja COPD voivat aiheuttaa samanlaisia oireita kuin henkitorven tuumori. Heräämössä tarkennetussa anamneesissa potilas kertoi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla kertoneensa hengitysoireistaan, mutta lääkäri oli antanut ohjeeksi juoda runsaasti piimää. Ilmeisesti kollega oli ajatellut hengitysoireiden johtuvan reflux-taudista. Piimä ei ollut tietenkään auttanut. Tapaus kirvoitti jälleen kerran myös keskustelun preoperatiivisten tutkimusten tarpeellisuudesta. ■