



Antti Sarvilinna

LL, erikoislääkäri, Tays
kliininen opettaja, TaY
antti.sarvilinna[at]uta.fi

LIITTYYKÖ MASSIIVISEN STRUUMAN LEIKKAUKSEEN ANESTESIAONGELMIA?

► Rintaonteloon rintalastan taakse kasvava kookas struuma on suhteellisen harvinainen ongelma. Tilaan voi liittyä henkitorven ahtautumista, hengenahdistusta ja stridoria. Perinteisesti onkin varoiteltu ilmatien hallinnan vaikeuksista, jotka voivat liittyä niin maskiventilaatioon, intubaatioon kuin ekstubaation jälkeiseen aikaan (trakeomalasia).

Brittiläiset kollegat törmäsivät haastavalta vaikuttaneeseen potilaaseen (1). Kilpirauhanen painoi potilaan henkitorvea rintalastan takana niin, että ilmatie oli jakautunut kahteen 2x3 mm kokoiseen lumeniin. Tapausselostus lähetettiin useille kansainvälisille asiantuntijoille, joilta pyydettiin arviota siitä, kuinka potilaan anestesia ja ilmatie tulisi hallita. Ratkaisut poikkesivat huomattavasti toisistaan, eikä suosituksista löytynyt yhteistä linjaa.

Liverpoolilainen pään ja kaulan alueen kirurgiaan keskittynyt keskus kävi läpi kaikki yksikön tyroidektomiat viiden viime vuoden ajalta (2). Potilaita oli 573, ja heistä 34:llä struuma kasvoi rintalastan taakse. Kilpirauhanen jatkui aortan kaaren tasalle tai sen alapuolelle 19 potilaalla, ja tutkimuksessa keskityttiin selvittämään heidän anestesiensa kulkua. Puolet oli struuman suhteen oireettomia. Hengenahdistusta oli viidellä ja makuuasentoon liittyvää hengenahdistusta neljällä. Stridor oli kuultavissa kolmella potilaalla. Kaikkien CT-kuvassa oli havaittavissa

henkitorven ahtautumista ja keskivivasiirtymää. Keskimääräinen trakean sisämitta oli 9,6 mm (vaihteluväli 5,8-15 mm).

Potilaista 18:n yleisanestesia aloitettiin iv-anesteeteilla, eikä tavanomaisessa intubaatiossa laryngoskoopin avulla tai ventilaatiossa ollut ongelmia. Intubaatioputken koko (7.0–9.0) valittiin potilaan pituuden ja painon mukaisesti, eikä CT-kuvassa nähdyllä trakean läpimitalla ollut vaikutusta asiaan. Yhden potilaan anestesia indusoitiin sevofluraanimaskilla. Hänelle ilmaantui nopeasti ilmatieobstruktio, eikä ventilaatio tai intubaatio onnistunut. Tilanne eteni hätätrakeostomiaan, johon liittyi merkittävää verenvuotoa. Suunniteltu leikkaus peruutettiin, ja potilas tuli 16 kk myöhemmin suunnitellusti tyroidektomiaan. Jälkimmäisellä kerralla ilmatie varmistettiin hereillä fiberoskooppi-avusteisesti intuboiden. Anestesian induktion jälkeen tehtiin laryngoskopia, jossa todettiin suora näkyvyys äänihuuliraon alaosaan (Comack-Lehanne luokka 2). Potilailla ei havaittu intubaation jälkeisiä ventilaatio-ongelmia eikä myöskään trakeomalasiaa tai postoperatiivista stridoria. Kolmelle potilaalle tuli leikkauksen yhteydessä recurrens-hermon vaurio, ja kolme potilasta joutui uusintaleikkaukseen vuodon vuoksi.

Kirjoittajien näkemyksen mukaan massiivinen benigni struuma harvoin aiheuttaa vaikeuksia ilmatien

hallinnassa. Tässä pienessä retrospektiivisessä aineistossa kirurgisia komplikaatioita ilmeni useammin kuin anestesiaongelmia. Asia saattaa olla toisin, mikäli kyseessä on maligni tautiprosessi, tai jos potilaalla on muu kilpirauhaseen liittymätön massa mediastinumissa. Kirjoittajat suosittelivat anestesian aloitusta laskimoanesteeteilla ja intubaation suoraan laryngoskopiaa. Hereillä olevan potilaan fiberoskooppi-avusteinen intubaatio saattaa myös olla hyvä vaihtoehto. Tämän tutkimuksen valossa anestesiälääkäri voi hengittää hieman vapautuneemmin kohdatessaan ensiavussa, teho-osastolla tai leikkauksessa potilaan, jolla on kookas struuma. ■

1. Cook TM, Morgan PJ, Hersch PE. Equal and opposite expert opinion. Airway obstruction caused by a retrosternal thyroid mass: management and prospective expert opinion. *Anaesthesia* 2011; 66: 828-36.

2. Dempsey GA, Snell JA, Coathup R, Jones TM. Anaesthesia for massive retrosternal thyroidectomy in a tertiary referral center. *Br J Anesth*; 2013;111: 594-9.