

Tonsillektomi Sonrası Oluşan İkincil Kanamalar

İbrahim Sayın *, Eyüp Bozkurt *, Zahide Mine Yazıcı *, Fatma Tülin Kayhan *

ÖZET

Kliniğimize tonsillektomi sonrası ikincil kanama ile başvuran olguları değerlendirmeye amaçladık.

Temmuz 2006-Eylül 2010 tarihleri arasında kliniğimize ikincil tonsillektomi sonrası kanama ile başvuran olguların tıbbi kayıtları geriye dönük incelendi. Olguların demografik özelliklerinin yanı sıra kanamanın başlangıç zamanı, başvuru anında aktif kanama mevcudiyeti, müdahale şekli, başvuru anındaki hemogloblin değerleri ve hastanede yatış süreleri kaydedildi.

Toplam 27 hastanın medikal kayıtları incelendi. Olguların 14'ü (% 52,8) erkek, 13'ü (% 48,2) kadın olup, yaş ortalaması 16,5 idi (5-71 yaş arası). Bu olgulardan 22'si (% 81,5) kliniğimiz dışındaki merkezlerde, 5'i (% 18,5) kliniğimizde opere edilmiş olgulardı. En sık başvuru yaz aylarında oldu (% 44). On beş (% 55) olguda kanama lokal müdahale ile kontrol altına alınırken, 9 (% 33) olguda kanama genel anestezi altında müdahale ile kontrol altına alındı. Kanama açısından yalnızca 5 (% 18,5) olguda olası kanama nedeni saptandı. Olguların kliniğimize başvuru sonrası yapılan tam kan sayımında ortalama hemogloblin değeri 10,7 idi. Kanama kontrolü sağlanan olguların hiçbirisinde ikinci bir operasyon veya müdahaleye gereksinim olmadı. Olguların ortalama hastanede yatış süresi 2,44 gündü (1-5 gün arası).

Tonsillektomi sonrası kanamalar hâlâ sık rastlanan ve yaşamı tehdit eden acil bir kulak burun boğaz patolojisidir. Kanamaya neden olan faktörlerin bilinmesi kanamayı engellemede yararlı olabilir. Bu olgular başvuru anından itibaren yakın takip edilmeli, etkin ve hızlı biçimde tedavi edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Tonsillektomi, ikincil kanama, risk faktörleri

SUMMARY

Secondary Post- Tonsillectomy Haemorrhage

Our aim was to present the subjects with secondary post tonsillectomy haemorrhage who were admitted to our clinic.

Between July 2006 and September 2010, subjects who were admitted to our clinic with secondary post- tonsillectomy haemorrhage were included. All subjects' medical charts were reviewed retrospectively. Demographic data, the onset of haemorrhage, the presence of bleeding at the time of presentation, type of local or surgical intervention, blood parameters and hospital- stays were noted.

Twenty seven subjects were identified. Fourteen (14/52.8 %) subjects were male, remaining 13 (48.2 %) patients were female. Mean age was 16.5 (range 5-71 yrs). Five (5/18.5) subjects were operated in our clinic and 22 (81.5 %) subjects were operated and referred from other medical centers. The most common season for admission was summer (12/44 %). Fifteen (15/55 %) subjects were treated under general anaesthesia. The possible etiology of the bleeding could be detected in five (18.5 %) subjects. A mean hemoglobin level at the admission was 10.7 g/dL. All the patients' bleedings were stopped after the initial intervention and no additional episode was observed. Mean hospital stay was 2.44 days (range between 1 to 5 days).

Secondary post tonsillectomy haemorrhage is still common and a potential life threatening ENT-emergency. The factors affecting the occurrence of post- tonsillectomy haemorrhage should be identified to prevent this complication. These subjects needed fast and sufficient intervention and close follow up.

Key words: Tonsillectomy, secondary posttonsillectomy haemorrhage, risk factors

GİRİŞ

Tonsillektomi kulak burun boğaz cerrahları tarafından en sık yapılan cerrahi girişimlerdendir. Tonsillektomi sonrası meydana gelen kanamalar da sık karşılaşılan ve yaşamı tehdit

edebilecek komplikasyonlardır⁽¹⁻⁶⁾. Literatürde tonsillektomi sonrası meydana gelen kanamalar birincil (24 saatten önce) ve ikincil (24 saatten sonra) kanamalar olarak sınıflandırılmıştır⁽⁷⁾. İkincil kanamaların sıklığı son yayınlarda % 2 ile % 4 arasında bildirilmekle birlikte değişik çalışmalarda % 0,8 ile 18 arasında değişen kanama oranları bildirilmiştir^(7,8). İkincil kanamalar KBB uzmanlarının günlük pratikleri için

* Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Kliniği

önemli bir sorun olarak süregelmektedir. Bu sorun olguda artan anksiyetenin yanında hastanede kalış süresinde ve morbiditede artışa neden olur.

Bugüne kadar pek çok çalışma tonsillektomi sonrası kanamalarla ilişkili faktörleri ortaya koymaya çalışmıştır (4,5,7,8). Tonsillektomi sonrası ikincil kanamaların nedenleri ortaya konurken yaş ve cinsiyet, cerrahi teknik ve tecrübe, son zamanlarda geçirilmiş enfeksiyonlar, hematolojik parametreler, operasyondaki kan kaybı, postoperatif dönemdeki kan basıncı gibi faktörler suçlanmıştır (6,9,10). Ancak, bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda sayılan sebeplerden çok azının tonsillektomi sonrası kanamalara olan etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (6,9,10).

Bu çalışmada kliniğimize tonsillektomi sonrası ikincil kanama ile başvuran olgular retrospektif olarak incelenmiştir. Kanama başlama zamanı, hematolojik parametreler, olgulara klinik yaklaşım ve müdahale şekli, hastane yatak işgali ve morbidite etkileri araştırılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma Temmuz 2006-Eylül 2010 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği'nde yapıldı. Tonsillektomi operasyonundan en az 24 saat sonra kanama yakınmasıyla başvuran ve hastaneye yatırılarak takip, tedavi edilen olgular tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelendi.

İlk 24 saat sonrası ikincil kanama ile başvuran tüm olgular (kanama şiddetine bakılmaksızın) en az bir gecelik gözlem amacıyla hastaneye yatırıldı. Olgulara tam kan sayımı, protrombin zamanı (PT), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT)'ni da içeren koagülasyon testleri, kan grubu tespitleri ile serolojik tetkikler yapıldı. Tüm olgulara amoksisilin-klavulonik asit, parasetamol ve intravenöz sıvı tedavileri başladı.

Başvuran olgularda muayene sonrası ilk tercihimiz lokal anestezi altında kanama kontrolü

sağlamak oldu. Tonsil lojunda pıhtı saptanan olguların pıhtıları temizlenerek soğuk su ile gargara yaptırıldı. Lokal bası, soğuk uygulaması ve lokal hidrojen peroksit gargara ve/veya lokal adrenalin uygulamaları ile rağmen, kanaması devam eden veya ciddi kanaması olan olgulara genel anestezi altında müdahale yapıldı. Genel anestezi altından sütür ligasyon, lokal bası, lokal adrenalin uygulaması ve bipolar koter yardımıyla elektrokoterizasyon yapıldı.

Olgular yatışı takip eden dönemde genel durumları, hemoglobün değerleri ve tonsillektomi alanındaki yara iyileşmesine göre taburcu edildi.

BULGULAR

Tonsillektomi sonrası ikincil kanama ile başvuran toplam 27 hastanın tıbbi kayıtları incelendi. Olguların 14'ü (% 52,8) erkek, 13'ü (% 48,2) kadın olup, yaş ortalaması 16,5 idi (5-71 yaş arası). Bu olgulardan 22'si (% 81,5) kliniğimiz dışındaki merkezlerde, 5'i (% 18,5) kliniğimizde opere edilmiş olgulardı. Başvuru sırasında 24 olguda aktif kanama varken, 3 olguda başvuru anında kanama gözlenmedi. Ortalama başvuru süresi ameliyattan sonra 6,75 gündü (1-13 gün arası). Olguların kanamalarının hangi günde başladığı Tablo 1'de belirtilmiştir.

Tablo 1. Olguların kaçınıcı gün kanadığını gösteren tablodur.

Olgu sayısı	4	1	2	2	9	3	4	1	1
Kaçınıcı gün kanadığı	2	3	4	6	7	8	10	11	13

Kanama ile başvuran olguların mevsimlere göre dağılımında ise en sık başvuru yaz aylarında oldu (12-% 44). Bunu ilkbahar ayları takip ederken (7-% 26), sonbahar (4-% 15) ve kış aylarında (4-% 15) eşit sayıda kanama olgusu başvurdu.

On beş (% 55) olguda kanama lokal anestezi altında tonsil lojundaki pıhtının temizlenmesi, soğuk uygulama/lokal bası/topikal adrenalin % 0,01'lik uygulaması ile durdurulurken 9

(% 33) olguda kanama genel anestezi altında sütün ligasyon/lokal bası/topikal adrenalin % 0,01'lik uygulaması ve/veya elektrokoterizasyon ile kontrol altına alındı.

Kanamaya neden olan faktörler açısından olgular incelendiğinde yalnızca 5 (% 18.5) olguda olası kanama nedeni saptandı. Bir olguda rezidü tonsil dokusu görüldü. Bu rezidü doku eksize edilip kanama kontrolü yapıldı. Bir hastanın anamnezinde tonsillektomi operasyonundan 1 gün önce başlayan ateşli üst solunum yolu enfeksiyonu varlığı saptandı. İki hastanın anamnezinde ise sert gıdalarla beslenme sonrası kanama öyküsü vardı. Yetmiş bir yaşında tonsillektomi sonrası 10. günde aktif kanama ile başvuran bir hastanın patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak gelmişti.

Olguların kliniğimize başvuru sonrası yapılan tam kan sayımında ortalama hemoglobün değeri 10,7 idi. Hemorajik diatez araştırması için yapılan PT, aPTT, INR ölçümlerinde patolojik değer saptanmadı. Hiçbir hastaya kan transfüzyonu gereksinimi olmadı. Kanama kontrolü sağlanan olguların hiçbirisinde ikinci bir operasyon veya müdahaleye gereksinim olmadı. Olguların ortalama hastanede yatış süresi 2,44 gündü (1-5 gün arası).

TARTIŞMA

Tonsil cerrahisi ile ilgili ilk bilgiler yaklaşık M.Ö 1.000 yılında Hindu tıbbına ait belgelerde bulunmaktadır ⁽¹¹⁾. M.S 30'da Aulus Cornelius Celsus parmaklarıyla yaptığı tonsillektomi tanımlamıştır ^(6,8,9). Üç bin yılın üzerinde bir sürede geliştirilmiş olan cerrahi tekniklerle komplikasyon oranlarında azalma görülmüştür, ancak tonsillektomi sonrası meydana gelen kanamalar yaşamı tehdit eden bir komplikasyon olarak günümüzde de yerini korumaktadır ^(5,7). Son zamanlarda yapılan çoğu çalışma tonsillektomi sonrası kanama sıklığını % 2 ila % 4 arasında belirtmektedir ⁽¹²⁾. Ancak, bu oran literatürde değişkenlik göstermekte olup, bu farklılığın temel nedeni çalışmalarda "kanama" tanımlamasının değişkenlik göster-

mesinden kaynaklanmaktadır. Daha önce yapılan bir çalışma olguların kanama yönünden sorgulanması durumunda kanama sıklığının % 18'e kadar artabileceğini ortaya koymuştur ⁽¹³⁾. Çalışmamızda ikincil kanama ile başvuran olguların 22'si yani büyük çoğunluğu (% 81.5) dış merkezlerde yapılan tonsillektomiler olduğu için kanama sıklığına dair herhangi bir oran verilmemiştir.

Birçok çalışmada tonsillektomi sonrası gözlem süresi 6-8 saat ile 24 saat arasında yeterli olduğu bildirilmiştir. İlk 24 saatte meydana gelen kanamalar birincil (primer-reaksiyonel) tonsillektomi sonrası kanamalar olarak adlandırılmaktadır. Yirmi dört saatten sonra meydana gelen ikincil kanamalar olarak gruplandırılmakta olup, bu kanamalar hem hekim hem de olgular için istenmeyen bir durumdur. Bu kanamalarda acil kliniklerinin gerekli müdahale ve yönlendirme açısından hızlı ve etkin davranması gerekmektedir. Wei ve ark. ⁽⁶⁾ tonsillektomi yapılan 4.662 hastanın 90'ında (% 1,93) kanama belirleyip, bunlardan 89'unda kanama olduğunu tespit etmiş, bunların sırasıyla en çok 6. gün (16/90), 5. gün (13/90) ve 7. günde (12/90) belirleyerek bu seride karşılaşılan en geç kanamanın 23. günde olduğunu belirtmişlerdir. Macassay ve ark. ⁽¹¹⁾ ise yaptıkları çalışmada, ortalama kanama zamanını 8. gün olarak belirtmiştir. Yapılan birçok çalışmaya göre ikincil kanamalar 14. günden sonra enderdir ve en çok 5-10. günlerde görüldüğü belirtilmektedir. Çalışmamızda ise en çok kanamanın 7. günde 9 olguda olduğu görülmektedir.

Tonsillektomi sonrası kanamalarda bir risk faktörü de ilk kanamayı takip eden müteakip kanamalardır. Wei ve ark. ⁽⁵⁾ çalışmalarında, tonsil kanaması olan durumlarda ilk kanamayı takip eden kanama sıklığını % 12 olarak bildirmiştir. Bu olgular kanama olmadığı durumlarda dahi yine hastaneye yatırılarak takip edilmelidir. Bizim çalışmamızda da 3 olgu başvuru anında kanama olmamasına rağmen, hastaneye yatırılarak gözlenmiştir. Ancak, tüm gruptaki 27 hastanın hiçbirinde ilk kanama sonrası olguda izleyen ikincil bir kanama gözlenmemiştir.

Süperfisyal skarın tonsillektomi yatağından soyulması tonsillektomi sonrası kanamalarda provoke edici faktör olarak kabul edilir ⁽⁷⁾. Her ne kadar ikincil tonsillektomi sonrası kanamaların nedeni daha az açık olsa da, geç tonsillektomi sonrası kanamadan sorumlu iki ana faktör, rezidüel tonsil dokusu ve enfeksiyondur ^(7,10). Ancak, literatürde kaç tonsillektomi sonrası kanamanın rezidüel dokuya bağlı olduğu aynı zamanda yapılan çalışmalarda enfeksiyonla kanama birlikteliği açık olarak ortaya konamamıştır ^(3,9).

Bu iki hipotez açısından değerlendirildiğinde; çalışmamızda yalnızca bir olguda rezidü tonsil dokusu saptandı ve kanama kontrolü sırasında kalan doku disseke edildi. Ayrıca bir olguda operasyondan önceki gün başlayan ateşli üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü vardı. Bu durum operasyon öncesi doktoru tarafından belirlenmeden olgu operasyona alınmıştı. İki olguda 5. ve 7. günlerde meydana gelen kanama öncesinde sert gıdalarla beslenme öyküsü vardı. Literatürde bu durumu destekleyen çalışma bulunmamasına rağmen, bu olgularda kanama nedeni gıdaların neden olduğu travma ve doku hasarı olarak düşünüldü. 10. günde meydana gelen kanamayla başvuran 71 yaşında erkek hastanın ise operasyon sonrası patolojiye giden materyal sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak sonuçlanmıştı. Bu olguda da etyolojik faktörün tümöral doku olduğu düşünüldü.

Kanamanın mevsimsel bir dağılımı olup olmadığı ve çevre ısısı ile kanama arasında bir ilişki olup olmadığı diğer bir tartışmalı noktadır. Her ne kadar daha önce yaptığımız bir çalışmada tonsillektomi yapılan aylar ile kanama arasında bir ilişki bulamamış olsak da, Roberts ve ark. ⁽¹⁵⁾ Mayıs ve Temmuz ayları arasında kanamanın arttığını bildirmiştir. Bu bulguları destekleyen başka çalışmalar mevcuttur ^(12,16). Yine Collison ve Mattler ⁽⁸⁾ ilkbahar ve yaz aylarında kanamanın daha sık olduğunu bildirmiştir. Ancak, Lee ve ark. yaptıkları çalışmada ise, tonsillektomi sonrası kanamalar kış aylarında daha sık bulunmuştur ⁽¹⁴⁾. Çalışmamızda ise en sık kanama yaz aylarında görüldü (% 44).

Tonsil kanamalarında ilk yapılması gereken tonsil lojunun temizlenip olabilirse kanamanın lokal müdahaleyle durdurulmasına çalışmak olmalıdır. Çalışmamızda kliniğimize başvuran olguların % 72'sinde kanama lokal anestezi altında konservatif yöntemlerle kontrol altına alındı. Pıhtı aspirasyonu, soğuk suyla gargara, topikal % 0.01'lik adrenalinle bası uygulaması, sıvı desteği ve yardımcı medikal tedavi ile kanama kontrolü başarılı oldu. Lokal müdahaleye rağmen devam eden kanamada, başlangıçta çok yoğun miktarda kanama mevcudiyetinde genel anestezi altında kanamaya müdahale gerekir. Kliniğimize başvuran olguların % 28'inde kanama kontrolü için genel anestezi altında müdahale gerekli olmuştur. Genel anestezi altında yapılan müdahalelerde sütür ligasyon öncelikli tercih oldu. Sızıntı şeklindeki kanamalar lokal bası ile kontrol altına alınamadığında elektrokoter kullanılmıştır.

SONUÇ

Tonsillektomi sonrası kanamaların önlenmesi olgu ve cerrah için istenen bir durumdur. Kanamaya neden olan faktörlerin bilinmesi bu komplikasyonun en aza indirilmesini sağlayabilir. Tonsillektomi sonrası kanama ile başvuran olgular hospitalize edilerek yakından takip edilmeli ve gerekli olduğunda cerrahi müdahale ile kanama kontrolüne hazırlıklı olunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Schloss MD, Tan EKW, Schloss B, et al. Outpatient tonsillectomy and adenoidectomy: complications and recommendations. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1994;30:115-122.
2. Carmody D, Vamadevan T, Cooper SM. Post-tonsillectomy hemorrhage. *J Otolaryngol Otol* 1982;96:635-638.
3. Randall DA, Hoffer. Complications of tonsillectomy and adenoidectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;(118):61-68.
4. Windfuhr JP. Lethal post-tonsillectomy hemorrhage. *Auris Nasus Larynx* 2003;30:391-396.
5. Wei J, Beatty C, Gustafon R. Evaluation of post-tonsillectomy hemorrhage and risk factors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; Sept.: 229-235.
6. Alexander RJ, Kukreja R, Ford GR. Secondary post-tonsillectomy haemorrhage and informed consent. *J Laryngol Otol* 2004;118(12):937-40.

7. Krishna P, Lee D. Post-tonsillectomy bleeding: A meta analysis. *Laryngoscope* 2001;111:1358-61.
8. Collison PJ, Mettler B. Factors associated with post-tonsillectomy hemorrhage. *Ear Nose Throat J* 2000;79:640-2, 644, 646.
9. Lee MS, Montague ML, Hussain SS. Post-tonsillectomy hemorrhage: cold versus hot dissection. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;131:833-6.
10. McClelland L, Jones NS. Tonsillectomy: haemorrhaging ideas. *J Laryngol Otol* 2005;119:753-8.
11. Macassey E, Baguley C, Dawes P, et al. 15-year audit of posttonsillectomy haemorrhage at Dunedin Hospital, *ANZ J. Surg* 2007;77:579-582.
12. Civelek, İ. Sayın, Y. Helbest Akgül ve ark. İklim değişiklikleri ile tonsillektomi sonrası kanamalar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türk Otolarengoloji Arşivi* 2009;47(2):63-68.
13. Hopkins C, Geyer M. Topham J Post-tonsillectomy haemorrhage: a 7-year retrospective study. *Eur Arch Of Otolaryngology* 2003;260(8):454-5.
14. Lee MSW, Montague ML, Hussain SS. The influence of wheather on the frequency of secondary post-tonsillectomy haemorrhage. *J Laryngol Otol* 2005;119(10):894-8.
15. Roberts C, Jayaramachandran S, Raine CH. A prospective study of factors which may predispose to post-operattive tonsillar fossae haemorrhage. *Clin Otolaryngol* 1992;17:13-17.
16. Shroeder WA Jr. Post tonsillectomy haemorrhage: A ten year retrospective study. *Mo Med* 1995;92:592-595.