

Paratiroid Adenomu Olan Gebede Paratiroid Cerrahisi İçin Anestezi Yönetimi

20. BÖLÜM

Onur HANBEYOĞLU¹

OLGU

Otuz yaşında 65 kg ve 15 haftalık gebe olan hastanın rutin gebelik kontrolleri yapılırken serum kalsiyum değeri 14.5 mmol L^{-1} olarak saptandı ve karın ağrısı şikayetinin olması üzerine jinekolog tarafından primer hiperparatiroidizm şüphesiyle kulak burun boğaz (KBB) uzmanından konsültasyon talep edildi. KBB uzmanı tarafından değerlendirilen hastanın laboratuvar tetkiklerinde; albümin 38 g L^{-1} , sodyum (Na) 134 mmol L^{-1} , potasyum (K) 3.81 mmol L^{-1} , kalsiyum (Ca) 14.5 mg dL^{-1} , magnezyum (Mg) 1.64 mg dL^{-1} , fosfor (P) 2.43 mg dL^{-1} , tiroid stimulan hormon (TSH) 0.5 mIU L^{-1} , serbest T_3 (sT_3) 3.31 ng L^{-1} serbest T_4 (sT_4) 0.76 ng dL^{-1} , parathormon (PTH) 18.2 ng L^{-1} olarak ölçülürken tam kan sayımı ve diğer laboratuvar değerleri normal olarak izlendi. Hastanın 24 saatlik idrarında bakılan Ca düzeyi 536 mg dL^{-1} olarak ölçüldü. Yapılan fizik muayenesinde; boyunda inspeksiyonla herhangi bir patoloji saptanmadı, arteriyel kan basıncı (KB) $125/75 \text{ mmHg}$ olarak ölçüldü. Özgeçmişinde herhangi bir hastalığı yoktu. Ailesinde hiperparatiroidizm hikayesi bulunmuyordu. Tiroid ultrasonografi (USG) görüntülemesinde bilateral parotis bezi normal, bilateral submandibular bez normal görünümde izlendi. Bilateral servikal zincirde lenfadenopati izlenmedi. Tiroid sağ lobda $5.5 \times 4.5 \text{ mm}$ boyutunda vasküler solid komponenti bulunan kistik nodül izlendi. Sol lob inferiorunda $23 \times 19 \times 23 \text{ mm}$ boyutunda düzgün sınırlı tip-2 vaskülaritesi kistik alanları ve içerisinde $16 \times 13 \text{ mm}$ boyutunda hipoekoik alanı bulunan solid nodül izlenmiş olup hipoekoik alandan ince iğne aspirasyon sitolojisi (İİAS) önerildi. USG rehberliğinde, tiroid sol lob posterior komşuluğunda düzgün sınırlı $21 \times 19 \text{ mm}$ boyutunda solid lezyondan 27G iğne ile üç defa İİAS yapıldı. İşlem sonrası yapılan USG'de belirgin komplikasyon saptanmadı. Tiroid sağ lobdan gönderilen materyalde zeminde kan elemanları ve kolloid izlendi, hücre görülmedi. Tiroid sol lobdan gönderilen materyalde lenfositik zeminde

¹ Uzm.Dr., Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, ohanbeyoglu@hotmail.com

Olgumuzda herhangi bir postoperatif komplikasyon izlenmedi. Paratiroidektomi sonrası laboratuvar tetkiklerinde albümin 35 g L^{-1} , Na 136 mmol L^{-1} , K 3.69 mmol L^{-1} , Ca 10.6 mg dL^{-1} , Mg 1.26 mg dL^{-1} , P 1.99 mg dL^{-1} , TSH 0.38 mIU L^{-1} , sT_3 2.74 ng L^{-1} , sT_4 0.88 ng dL^{-1} , PTH 6 ng L^{-1} olarak ölçülürken tam kan sayımı ve diğer laboratuvar değerleri normal olarak izlendi. Hastanın paratiroidektomi eksizyon materyali, immünohistokimyasal olarak incelenmesi neticesinde paratiroid adenomu olduğu kesin olarak tespit edildi. Ayrıca jinekolog tarafından yapılan rutin kontrol obstetrik USG'de fetus normal olarak değerlendirildi.

SONUÇ

Sonuç olarak, gebelikte saptanan primer hiperparatiroidizm hem maternal hem de fetal ciddi komplikasyonlara neden olabilecek bir durumdur. Semptomatik hiperkalsemisi olan gebelerde özellikle ikinci trimesterde paratiroidektomi tercih edilen tedavi modalitesi olmalıdır. Asemptomatik hiperkalsemili gebeler ise kalsiyum seviyeleri 11 mg dL^{-1} 'nin altında tutulabiliyorsa hidrasyon, düşük kalsiyum diyeti ve diürez yapılarak medikal tedavi ile izlenebilir. Postpartum paratiroid cerrahisi lüzum halinde önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Tüzüner F. Anestezi Yoğun Bakım Ağrı. Endokrin ve Metabolik Hastalıklarda Anestezi. Ankara: MN&Nobel;2010.p.453-483.
2. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, Cahalan MK, Stock MC. Clinicial Anesthesia 7th edition. Anesthesia and Endocrine System 2006 by Lippincott Williams&Wilkins. pg:1129-52. ISBN 0-7817-5745-2.
3. Yeh MW, Ituarte PH, Zhou et al. Incidence and prevalence of primary hyperparathyroidism in a racially mixed population. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98(3):1122-1129.
4. Som M, Stroup JS. Primary hyperparathyroidism and pregnancy. Baylor University Medical Center Proceedings 2011; 24:220-223.
5. Marini F, Cianferotti L, Giusti F et al. Molecular genetics in primary hyperparathyroidism: the role of genetic tests in differential diagnosis, disease prevention strategy, and therapeutic planning. A 2017 update. Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism 2017; 14: 60-70.
6. Diaz-Soto G, Linglart A, Senat MV et al. Primary hyperparathyroidism in pregnancy. Endocrine. 2013;44(3):591-597.
7. Kokrdova Z. Pregnancy and primary hyperparathyroidism. J Obstet Gynaecol 2010;30:57-59.
8. Carella MJ, Gossain VV. Hyperparathyroidism and pregnancy: case report and review. J Gen Intern Med 1992;7:448-453.
9. Kelly TR. Primary hyperparathyroidism during pregnancy. Surgery 1991;110:1028-1031.
10. Wright LA, Hirsch IB, Gooley TA et al. 1,5-anhydroglucitol and neonatal complications in pregnancy complicated by diabetes. Endocr Pract 2015;21:725-33.
11. Jones AR, Hare MJL, Brown J et al. Familial hypocalciuric hypercalcemia in pregnancy: diagnostic pitfalls. JBMR Plus 2020;4:p.10362.
12. McMullen TP, Learoyd DL, Williams DC et al. Hyperparathyroidism in pregnancy: options for localization and surgical therapy. World J Surg 2010;34:1811-6.

13. Hirsch D, Kopel V, Nadler V et al. Pregnancy outcomes in women with primary hyperparathyroidism. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100:2115-22.
14. Schnatz PF, Curry SL. Primary hyperparathyroidism in pregnancy: evidence-based management. *Obstet Gynecol Surg* 2002;57:365-376.
15. Cemeroglu AP, Bober E, Buyukgebiz A. Prolonged hypocalcemia in a 2 month-old boy unmasking maternal diagnosis of primary hyperparathyroidism. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2001;14:785-787.