

Bölüm 10

TİROİDEKTOMİ SONRASI HORNER SENDROMU

Evrım KUCUR TÜLÜBAŞ¹¹

GİRİŞ

Horner Sendromu (HS), ipsilateral miyoz, pitoz, enoftalmi ve fasiyal anhidroz gibi semptomlarla karakterizedir.İpsilateral sempatik inervasyonun herhangi bir bölümünün bozulmasından kaynaklanmaktadır. Sempatik lezyonun lokalizasyonuna göre 3 tiptir: santral (birinci derece nöron), preganglionik (ikinci derece nöron) ve postganglionik (üçüncü derece nöron). HS posteroinferior serebellar arter oklüzyonu, travma, tümörler, küme tipi migren ve karotis diseksiyonunda a bağlı oluşabilir. Cerrahi tekniklerdeki gelişmeler nedeniyle sıradışı bir tiroidektomi komplikasyonu olmasına rağmen, tiroid bezi ile servikal sempatik gövde arasındaki yakın ve oldukça değişken anatomik ilişki nedeniyle HS gelişebilir(1-4). Burada, papiller tiroid karsinomu şüphesi ile *Bethesda* katagorisi 5, total tireidektomi yapılan ve erken postoperatif dönemde HS gelişen vakayı sunuyoruz.

VAKA

45 yaşında kadın hasta, ele gelen boyun kitlesi nedeni ile yapılan tiroid USG de sağ lobda en büyüğü 17x10mm boyutlarında santral ve periferik vaskülitleri izlenen izoekoik nodüller ,bunun dışında bilateral loblarda en büyüğü solda 15x8mm kistik dejenere alanlar içeren hipoekoik nodüller izlenmesi üzerine yapılan biyopsi de malignite şüpheli sitoloji saptandı. Total tiroidektomi planlanan hastaya kliniğimizin rutin tutumu olarak Kulak Burun Boğaz muayenesi ile vokal kord muayenesi yapıldı ve paralizi saptanmadı. Ameliyat öncesi muayenede egzoftalmi veya başka bir pozitif anomali işareti yoktu. Hasta ameliyata alındı ve genel anestezi altında kocher insizyonu ile ultrasonik disektör yardımı ve her iki rekürren sinir moniorizasyonu ile total tiroidektomi yapıldı. Takiplerinin ameliyat sonrası 1. günün de sol miyozis, göz kapağı pitozis ve hafif enoftalmi gelişti (Resim 1).

¹¹ Uzman Doktor, Bakırköy Sadi Konuk EAH Anestezi Ve Reanimasyon Kliniği evrim.kucurtulubas@saglik.gov.tr

Yaralanma hematoma oluşumu, inflamasyon veya inferior tiroid arter dallarının periferik ligatı ile ilişkiliyse, HS kendiliğinden düzelebilir. Olgumuzda tiroid cerrahisinin komplikasyonlarına sekonder gelişimini ekarte etmek için görüntüleme tetkikleri kullanıldı. Bilgisayarlı tomografi ve Magnetik Rezonans görüntüleme yapıldı, hematoma ve buna bağlı bası saptanmadı.

Diğer bir değerlendirme de ise literatürde bildirildiği üzere santral venöz kateter yerleştirilmesinin travmatik bir komplikasyonu olarak tanımlanmıştır(10,11) ve sürekli interscalen bloğunu takiben boyun hematomaunun bir sonucu olarak tanımlanmıştır(12). Lateral veya lateral yaslanmış pozisyonda uzun süreli genel anesteziden sonra gelişen Horner sendromu için iki yayınlanmış rapor vardır(13,14). Yazarlar, boyunun lateral bükülmesinin, servikal sempatik zincirin uzamasına veya iskemik bir hasara yol açabileceğini öne sürmektedirler. Bizim olgumuzda da olabilecek sebeplerden biri tiroid cerrahisi sırasında hiperekstansiyona bağlı gelişen servikal zincir gerilmesi olabileceğidir.

Tiroidektomi sonrası HS gelişen hastaların yaklaşık % 70'inde kalıcı hasar veya tam iyileşememe bildirilmiştir, diğer bir yandan % 30 oranında tamamen iyileşir ancak bildirilen süreler 20 gün ila 15 ay olacak şekilde farklılık göstermektedir(6). Hastamızdaki HS de geri dönüşümlü idi ve birinci yılında klinik düzelme gözlemlendi(Resim 4).

Sonuç olarak tiroid cerrahisi sonrası gelişen HS li bir olguyu sunduk. HS tiroid cerrahisinin çok nadir görülen bir komplikasyonu gibi görünmekle birlikte, klinisyenler bu nadir fakat önemli komplikasyon olasılığının farkında olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Horner Sendromu, Miyozis, Pitozis, Tiroidektomi

KAYNAKLAR

1. Aslankurt M, Aslan L, Colak M, et al. Horner's syndrome following a subtotal thyroidectomy for a benign nodular goitre. *BMJ Case Rep* 2013;2013:1-3.
2. Italiano D, Cammaroto S, Cedro C, et al. Horner syndrome following thyroidectomy. *Neurol Sci* 2011;32:531.
3. Meng K, Tian W, Lv Z, et al. Horner's syndrome subsequent to minimally invasive video-assisted thyroidectomy in two patients. *Oncol Lett* 2015;10:459-62
4. Seneviratne SA, Kumara DS, Drahman AM. Horner's syndrome: an unusual complication of thyroidectomy: a case report. *J Med Case Rep* 2016;10:300.
5. Kaelin W. Über Störungen von seiten des Halssympathicus bei einfacher Struma und im Anschluß an deren operative Behandlung. *Langenbecks Arch Surg.* 1915;134(5):395-423.
6. Cozzaglio L, Coladonato M, Doci R, Travaglini P, Vizzotto L, Osio M, et al. Horner's syndrome as a complication of thyroidectomy: Report of a case. *Surg Today* 2008;38:1114-1116.
7. Smith and R. S. Murley, "Damage to the cervical sympathetic system during operations on the thyroid gland," *British Journal of Surgery*, vol. 52, no. 9, pp. 673-675, 1965.
8. H. J. Buhr, T. Lehnert, and F. Raue, "New operative strategy in the treatment of metastasizing medullary carcinomas of the thyroid," *European Journal of Surgical Oncology*, vol. 16, no. 4, pp. 366-369, 1990.

9. Kiray A, Arman C, Naderi S, Guvencer M, Korman E. Surgical anatomy of the cervical sympathetic trunk. *Clin Anat.* 2005;11:179–185.
10. Reddy, G, Coombes, A, Hubbard, AD. Horner's syndrome following internal jugular vein cannulation. *Intensive Care Medicine* 1998; 24: 194– 6.
11. Williams, MA, McAvoy, C, Sharkey, JA. Horner's syndrome following attempted internal jugular vein cannulation. *Eye* 2004; 18: 104– 6.
12. Ekatodramis, G, Macaire, P, Borgeat, A. Prolonged Horner syndrome due to neck haematoma after continuous interscalene block. *Anesthesiology* 2001; 95: 801– 3.
13. Jaffe, TB, McLeskey, CH. Position induced Horner's syndrome. *Anesthesiology* 1982;56: 49– 50.
14. Gerber, H, Maar, K. Horner's syndrome. A complication of the lateral recumbent position. *Anaesthetist* 1977; 26: 357– 8.