

24. Bölüm

Boyun Diseksiyonu Sonrası Görülen Komplikasyonlar ve Yönetimi

Dr. Merve TOKOÇİN¹

Tiroid cerrahisi ile birlikte boyun lenf nodlarına yönelik diseksiyon, sık yapılan ameliyalar olmasına rağmen anatomi ve mevcut komşulukları nedeni ile görülebilecek komplikasyonların ihtimali oldukça yüksektir.

Ameliyat sırası yaşanabilecek mortalite ve morbidite, tüm cerrahi işlemler sonucunda ortaya çıkabilecek önemli problemler içeren bir durumdur. Ölümle sonuçlanmasa da ameliyat esnasında yada sonrasında ortaya çıkabilecek istenmeyen sonuçlar hasta, hasta yakınları ve toplum tarafından baş edilmesi güç sorunlara yol açabilmektedir. Güvenli bir ameliyat ve ameliyat sonrası dönem sağlayabilmek için hastanın olabildiğince planlı şekilde ameliyata alınması çok önemlidir. Böylelikle cerrahiye bağlı morbidite azalırken, ameliyat sırasında daha konforlu hareket edilecek ve tabii ki daha düşük maliyet sağlanacak, hastanın normal hayatına dönüşü de hızlanacaktır.

Tüm bunlar iyi bir ameliyat öncesi hazırlık dönemi geçirmekle mümkün olabilmektedir. Bunu sağlamak için ameliyat öncesi süreçte ayrıntılı olarak bir risk değerlendirilmesi yapılması gerekmektedir.

Risk değerlendirilmesinde temel hedefler; ek hastalıklarının saptanıp tedavi edilmesi ve kont-

rol altına alınması, hastada var olan ve cerrahinin riskini artıracak etmenlerin saptanması, riski azaltacak önerilerde bulunulması, buna göre cerrahinin uygun yöntem ve zamanda yapılmasının sağlanması olmalıdır. Ameliyat gerektiren hastalığın özellikleri ve süresi, yaş, hastanın beslenme durumu ve yapılacak ameliyatın şekli gibi birçok etmen bu riski belirleyici olacaktır[1].

Preoperatif hazırlık döneminde; hastanın ayrıntılı olarak özgeçmişinin öğrenilmesi, kullanmakta olduğu mevcut ilaçların öğrenilmesi, fizik muayenenin tam olarak yapılması, son olarak da laboratuvar ve görüntüleme çalışmalarına başvurulması gerekir.

BAŞ VE BOYUNDAKİ LENF NODU GRUPLARI

Vücuttaki tüm lenf nodlarının yaklaşık %30 kadarı boyun bölgesinde bulunmaktadır. Baş ve boyun bölgesi lenf drenajının büyük düzen ve uyum

¹ Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü mertevtokocin@gmail.com

değişmektedir ve bunun neticesinde klavikulanın 1/3 medial kısmında fraktür (%0,5) görülebilmektedir.

Servikal sinir nöromu: Boyun diseksiyonu esnasında servikal pleksus hasarlanması sonucu travmatik nöroma oluşabilmektedir. Ameliyattan 6 ve 12 ay sonrasında gözlenen çoğunlukla arka servikal bölgede palpasyonla ağrılı cilt altı kitleler şeklinde gözlenir. Bu durumun düzeltilmesi için nöromun çıkartılması ve sinir ucunun kas içine gömülmesi gerekmektedir.

Fasiyal ve serebral ödem: Radikal boyun diseksiyonu sonrası venöz dönüş yetersizliğine bağlı olarak oluşmaktadır. Tek taraftaki yaralanmalarda klinik silik iken, bilateral internal juguler venin bağlanması durumunda klinik oldukça şiddetlidir, bu durumda serebral ödeme bağlı nörolojik defisit ve hatta koma gelişebilmektedir. Bu sebeple internal juguler venler iki basamakta bağlanmalı veya eksternal juguler ven korunmalıdır. Cerrahi sonrasında kollateral damarlar zamanla daha iyi çalıştığından ödem zaman içinde kaybolur.

Kafa içi basıncın yükselmesi: Tek taraftaki internal juguler venin bağlanması durumunda KİBAS kliniği hafif gözlenir. Ancak çift taraftaki internal juguler venlerin bağlanması KİBAS kliniğinin şiddetle belirmesine sebep olur. Basıncın artışı ile baş ağrısı gözlenir. Kollateral venlerden olan vertebra venleri, oksipital farengial ve özefageal venleri süreç içinde daha iyi çalıştığı için gözlenen KİBAS kliniğinde azalma gözlenir, 10 ve 12 gün sonra kafa içi basınç normal seviyesine iner.

Psikolojik bozukluklar:Sinirlilik, depresyon, anksiyete, uyku hali gözlenebilir.

GİS kanama ve stres ülseri:Her cerrahi girişimde olduğu kadar gastrointestinal sistem korumalıdır.

Körlük: Retinal arterde oluşan bir emboli sebebiyle görme kaybı oluşabilir, nadiren gözlenmektedir.

Ani ölüm: Nadir görülür.

KAYNAKLAR

1. Nierman E, Zakrzewski K. Recognition and management of preoperative risk. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25(3):585-622
2. Rationale for central and bilateral lymph node dissection in sporadic and hereditary medullary thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003 May;88(5):2070-5. Scollo C¹, Baudin E, Travagli JP, Caillou B, Bellon N, Leboulleux S, Schlumberger M.
3. Outcomes of a head and neck cancer screening clinic. *Oral Oncol.* 2013 Dec;49(12):1136-40 Shuman AG¹, McKiernan JT, Thomas D, Patel P, Palmer FL, Shaffer BT, Shah JP, Patel SG, Boyle JO.
4. Robbins KT, Clayman G, Levine PA, Medina J, Sessions R, Shaha A, Som P, Wolf GT; American Head and Neck Society; American Academy of Otolaryngology--Head and Neck Surgery. Neck dissection classification update: revisions proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology--Head and Neck Surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:751-758
5. Udelsman R. Modified Radical Neck Dissection. *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands*, Springer, 2nd edition. Oertli D, Udelsman R, eds. New York: Springer, 2011
6. Lucioni M. Practical Guide to Neck Dissection. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007
7. Hanks, JB: Thyroid. In Sabiston text book of surgery 16th ed. WB. Saunders, Philadelphia, 2001 Chap:32, p:603-628
8. Farrar WB.: Complications of thyroidectomy. *Complications of Common Procedures. Surg Clin North Am*, 1983; 63:1353-1361.
9. Nakamichi K, Tachibana S. Iatrogenic injury of the spinal accessory nerve. Results of repair. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American volume.* 1998; 80(11):1616-21.
10. Lore MJ, Medina JE. An atlas of head neck surgery, fourth edition, Elsevier Inc., 2005.
11. Montgomery WW. Larinks, trakea, özefagus ve boyun cerrahisi. Çeviri editörü: Çetin Kaleli. Nobel tıp kitabevleri. 2004.
12. Skandalakis JE ,Carlson GW, Colborn GL, Lee PM, et al. Surgical anatomy of the neck, in: Skandalakis PN, Skandalakis LJ, Weidman TA, PMP Medical Publications Ltd, Athens, 2004, p:1-74
13. Marohn MR, LaCivita KA.: Evaluation of total/neartotal thyroidectomy in a short-stay hospitalization. *Safe and cost-effective. Surgery*, 1995; 118: 943-948.
14. Farrar WB.: Complications of thyroidectomy. *Complications of Common Procedures. Surg Clin North Am*, 1983; 63:1353-1361.
15. Shaha A. R, Jaffe BM.: Complications of thyroid surgery performed by residents. *Surgery*, 1988; 104: 1109-1114.
16. Thomusch O.,Machens A, Sekulla C. et al.: Multivariate analysis of risk factors for postoperative complications in benign goiter surgery: Prospective multicenter study in Germany. *World J Surg*, 2000; 24: 1335-1341.