

Septorinoplasti sonrası tek taraflı hipoglossal sinir felci: olgu sunumu*Unilateral paralysis of hypoglossal nerve following septorinoplasty: case report*İsrafil Orhan¹, Emin Kaskalan², Fahrettin Yılmaz¹, Pelin Karaaslan³¹İstanbul Medipol Üniversitesi, KBB Ana Bilim Dalı, İstanbul²Adıyaman 82. Yıl Devlet Hastanesi, KBB Hastalıkları, Adıyaman³İstanbul Medipol Üniversitesi, Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul**Özet**

Septorinoplasti sonrası hipoglossal sinir felci nadir bir komplikasyondur. Bu makalede septorinoplasti ameliyatı sonrasında tek taraflı geçici hipoglossal sinir felci gelişen bir olguyu sunduk. Bu olguda hipoglossal sinir felcine yol açabilecek bir patoloji bulunamadı ve bu durumun transoral entübasyon sonrası trakeal tüpün veya kafının hipoglossal sinirin geçtiği bir alanda bası yapmış olmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Hipoglossal sinir, transoral entübasyon, septorinoplasti, postoperatif komplikasyon.

Abstract

Hypoglossal nerve palsy following septorinoplasty is a rare complication. We presented a case of temporary unilateral hypoglossal nerve palsy after septorinoplasty operation. Examinations carried on this case didn't show any pathology that can be cause of the hypoglossal nerve palsy and it has just been thought that this situation might be due to press on a localized area where the hypoglossal nerve lined.

Keywords: Hypoglossal nerve, transoral entubation, septorinoplasty, postoperative complication.

Giriş

Saf motor lifler içeren N. hipoglossus dilin hareketleri, konuşma ve çiğneme fonksiyonlarını sağlar (1,2). Bulbusdaki motor çekirdekten çıkan hipoglossal sinir lifleri beyin sapını terk ettikten sonra oksipital kemikteki hipoglossal kanaldan geçer. Parafarengeal boşluğu katederek suprahioyoid bölgeye ulaşır. Milohiyoid ve hyoglossus kaslarının arkasından geçerek dilin intrinsek kasları yanı sıra stiloglossus, hyoglossus ve genioglossus kaslarını da inerve eder (1,2).

Hipoglossal sinirin tek taraflı ya da çift taraflı felci sık görülen bir klinik durum değildir (3-5). Ancak bulbusdaki motor çekirdeği ve seyri boyunca siniri etkileyen travma veya herhangi bir lezyon hipoglossal sinir felcine yol açabilmektedir. Genel anestezi sonrası kraniyal sinir yaralanmaları nadirdir (4,5). Nadir komplikasyonlar olan bu tip yaralanmalarda sıklıkla abduzens, lingualis, hipoglossus ve vagal sinirin dalları etkilenir (6,7).

Bu makalede septorinoplasti operasyonu sonrası entübasyona bağlı geliştiği düşünülen unilateral hipoglossal sinir felci literatür bilgisiyle tartışılarak sunuldu.

Olgu Sunumu

Burundan nefes almada zorluk ve burun dış görünüşünde bozukluk şikayeti ile polikliniğimize başvuran 19 yaşındaki erkek hastanın muayenesinde septumun deviye olarak nazal pasajı daraltmış olduğu ve burun aksında sola kayma olduğu görüldü. Hastanın rutin kulak burun boğaz muayenesinde başka bir patolojiye rastlanmadı. Ameliyat öncesi yapılan rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Bu bulgularla hastaya septorinoplasti ameliyatı planlandı.

Operasyon masasında hastanın başı kısa süreli dorsofleksiyona getirilerek transoral entübasyon yapıldı. Bu sırada herhangi bir güçlükle karşılaşılma. Transoral entübasyonda iç çapı 8,0 mm, dış çapı 11,0 mm olan trakeal tüp kullanıldı. Tüp 21 cm'de alt dudak orta hatta sabitlenerek septorinoplasti operasyonu yapıldı. Operasyon yaklaşık 120 dakika sürdü ve bu süre içinde hastanın baş pozisyonunda hiçbir değişiklik yapılmadan hafif fleksiyonda tutuldu. Operasyon tamamlandığında hasta hiçbir güçlükle karşılaşılma. Ekstübe edildi ve uyandırıldı. Operasyon sonrası hastanın yemek yerken ve konuşurken zorluk çekme şikayeti olması üzerine yapılan muayenesinde hastanın dilinin ağız içindeyken sola, dışarıya çıkardığında ise sağa deviasyon gösterdiği saptandı ve hastada



sol hipoglossal sinir felci olduğu tespit edildi (Resim 1.). Diğer kranial sinir muayeneleri normal olarak değerlendirilen hastanın kranial ve servikal bölge MRG'lerinde hipoglossal sinir felcine yol açabilecek bir lezyona rastlanmadı. Hastanın dil kökü, nazofarinks ve larenksi endoskopik olarak muayene edildi, karotis ve vertebral arter doppler ultrasonografisi ve serolojik testleri yapıldı ancak herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastada entübasyon travmasına veya tüp basısına bağlı olarak hipoglossal sinir felcinin geliştiği düşünüldü. Hastaya üç ay süreyle 500 mg/gün B1 ve 500 mg/gün B6 vitamin kompleksinden oluşan medikal tedavi verildi ve çene dil egzersizleri önerildi. Düzenli poliklinik kontrollerine gelen olgunun operasyon sonrası üçüncü ayda yapılan kontrolünde dildeki deviasyonun düzeldiği ve dil hareketlerinin normal olduğu saptandı



Resim 1.

Tartışma

Hipoglossal sinir felci nadir rastlanan bir durum olsa da, pek çok patolojik durumla birlikte ortaya çıktığı görülmüştür. Baş boyun travmaları, cerrahi girişim, enfeksiyonlar, otoimmün hastalıklar, tümöral hadiseler, bazen de idiyopatik olarak kranial sinir hasarları gelişebilir (8,9). Cerrahi sonrası gelişen yaralanmalar için muhtemel iki mekanizmadan bahsedilir. Bunlardan birincisi boyun veya kafa tabanı gibi sinire yakın bölgelerde yapılan cerrahi girişim; ikincisi ise, entübasyon veya ekstübasyon sırasında ya da uzun süreli başın dorsofleksiyonuna bağlı olarak kranial sinir veya dallarında hasar meydana gelmesidir (5,6,10). Çoğu vakada cerrahiye bağlı ilgili sinire direkt bir travma vardır. Endot-

rakeal entübasyona bağlı gelişen paraliziler nadir olmakla birlikte başın dorsofleksiyonuna, tüpün yanlış yerleşimine, kafın fazla şişirilmesine, kafın trakeadan ziyade larinkste şişirilmesine veya kaf fazla şişik iken yanlışlıkla ekstübe edilmesine bağlanmaktadır (3-6,10). Ayrıca literatürde laringeal maske ve uzamış kötü olgu pozisyonu gibi nedenlerle oluşan hipoglossal sinir felçleri de bildirilmiştir (4-6). Bu uygulamaların bir sonucu olarak yakın komşuluk içerisinde bulunan sinirin sürekli ve şiddetli bası altında kalması sinir hasarının nedeni olarak gösterilmiştir (4-6).

Olgumuza ortalama 120 dakika süren septorinoplasti operasyonu uygulanmış ve bu süre içinde hastanın başı hafif fleksiyonda kalacak şekilde alttan desteklenmiştir. Olgumuzun entübasyonu ve ekstübasyonu esnasında zorluk yaşanmamıştır. Tüpün tesbiti, kafın şişirilmesi uygun olarak yapılmış ve kaf indirilmiş olarak ve kolaylıkla ekstübasyon gerçekleştirilmiştir. Uygulanan cerrahinin sinir alanına uzak olması ve postoperatif yapılan radyolojik tetkiklerin de normal olarak değerlendirilmesi sonucu hastada transoral entübasyon sonrası trakeal tüpün veya kafının hipoglossal sinirin geçtiği alanda bası yapmış olabileceği ve buna bağlı bir hipoglossal sinir felci geliştiği düşünülmüştür.

Literatürde bu tip kranial sinir paralizilerinin tedavileri ile ilgili ikna edici bir öneri olmamakla birlikte çoğu olguda sinir felcinin geçici olduğu ve herhangi bir tedaviye gerek kalmaksızın fonksiyonların geri döndüğü görülmüştür (3-6). Baumgarten ve ark. (10) entübasyon sonrası gelişen hipoglossal, vagal veya her iki sinir nöropraksisi vakalarından biri hariç hepsinin geçici olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca vitamin kompleksleri ile beraber yüksek doz steroid uygulanmasının iyileşme periyodunu hızlandırdığı bildirilmiştir (4,6). Bizim olgumuz da ise yüksek doz steroid tedavisinin yan etkileri de göz önüne alınarak tedavide sadece B vitamini kompleksinden oluşan medikal tedavi verilerek, çene dil egzersizleri önerildi. Üç aylık takip sonunda olgumuzda dil hareketlerinde deviasyonun olmadığı ve felç tablosunun ve şikayetlerinin düzeldiğini saptadık.

Sonuç olarak endotrakeal genel anestezi altında uygulanan herhangi bir cerrahi sonrası geli-

şebilen tek taraflı hipoglossal sinir felci hiç beklenmeyen nadir bir komplikasyondur. Bu komplikasyonu önlemek için operasyon sırasında, başa doğru pozisyon verilmesi, entübasyon işleminin özenle yapılması, kafın uzun süreli ve fazla şişirilmemesi önemlidir. Entübasyona bağlı gelişen bu durum çoğunlukla geçici olmakla birlikte diğer olası etiyolojik faktörler her olguda dikkatle araştırılmalıdır.

Kaynaklar

1. RE L, ed. Surgical anatomy. Otolaryngology-head and neck surgery, ed. C. CW, et al. 1986, Mosby Year Book: St. Louis. 1538-9.
2. Campero A, Socolovsky M. Facial reanimation by means of the hypoglossal nerve: anatomic comparison of different techniques. Neurosurgery 2007;61 (3Suppl): 41-9.
3. Yavuzer R, Başterzi Y, Özköse Z, Yücel Demir H, Yılmaz M, Ceylan A. Tapia's syndrome following septorhinoplasty. Aesthetic Plast Surg 2004;28(4):208-11.
4. Alpay H.C, Kaygusuz İ, Karlıdağ T, Kaplama M.E. Septorinoplasti Sonrası Tek Taraflı İzole Hipoglossal Sinir Paralizisi: İki Olgu Sunumu KBB-Forum 2009;8(4).
5. Peköz T, Koç F, Bozdemir H. Orofaringeal Manuplasyona Bağlı Unilateral Hipoglossal Sinir Paralizisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 37(2):107-111
6. Streppel, M., G. Bachmann, and E. Stennert. Hypoglossal nerve palsy as a complication of transoral intubation for general anesthesia. Anesthesiology 1997; 86: 1007.
7. Barsoum, W.K, J. Mayerson, and G.R. Bell. Cranial nerve palsy as a complication of operative traction. Spine 1999; 24:585-6.
8. Aynaci EM, Sen Y, Boz C, Orhan F. Isolated hypoglossal nerve palsy in a child. Turk J Pediatr 2004;46(1):101-3.
9. Hadjikutis S, Jayawant S, Stoodley N. Isolated hypoglossal nerve palsy in a 14-year-old girl. Eur J Paediatr Neurol 2002;6(4):225-8.
10. Baumgarten V, J.W. Bohm S, Gale E. Hypoglossal paralysis after septum correction with intubation anaesthesia. Der Anaesthetist 1997; 46: 34-37.

