



Nadir bir olgu sunumu: Çift rekürren laringeal sinir

Report of a rare case: Double recurrent laryngeal nerve

Berke Manoğlu¹, Eyüp Murat Yılmaz¹, Ahmet Erdoğan², Murat Bulut Özkan², Vedat Menderes Özçiftci³

ÖZET

Tiroid ve paratiroid cerrahisinin en önemli ve en korkulan komplikasyonlarından birisi rekürren sinirin yaralanmasıdır. Bu yaralanmanın en önemli sebeplerinden biri anatomik seyrin varyasyonlar göstermesidir. Varyasyonların fazla olması nedeni ile komplikasyonları azaltmak için günümüzde sinir monitorizasyonu popüler olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak ülkemizde halen maliyet sıkıntıları sebebiyle yaygın kullanılamamaktadır. Bu vakada sol tarafa lokalize çift rekürren laringeal sinir olgusunu sunacağız.

Anahtar Kelimeler: Çift, sol, rekürren sinir

ABSTRACT

One of the most important and feared complications of thyroid and parathyroid surgery is injury to the recurrent laryngeal nerve. The main reason for this type of injury is anatomical variations. Currently, nerve monitoring is being widely used to reduce complications due to the high variation rate. However, it is not being used extensively in our country, due to cost related issues. In this case, we present a left sided double recurrent laryngeal nerve.

Keywords: Double, left, recurrent nerve

GİRİŞ

Tiroid ve paratiroid cerrahisinin en önemli ve en korkulan komplikasyonlarından birisi rekürren sinirin yaralanmasıdır. Rekürren laringeal sinirler trakeanın her iki yanında bulunurlar ve larinkse girdikleri noktada Berry ligamanının hemen lateralinde yer alırlar. (1, 2). Nadiren inferior rekürren sinir non rekürren olabilir. Bu anormali sağda %0,6, solda %0,04 oranında görülür. Sinirin anatomik seyrindeki bu farklılıklar nedeni ile sinirin görülmesi ve korunması için iyi diseksiyonu şarttır (3). Bu yazıda multinodüler guatr nedeniyle total tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonu yaptığımız bir olguda sinir eksplorasyonu sırasında rastladığımız çok nadir saptanan sol tarafa lokalize çift rekürren laringeal sinir olgusunu sunacağız.

OLGU SUNUMU

Elli sekiz yaşında kadın hasta boyunda şişlik şikayeti nedeniyle genel cerrahi polikliniğine başvurdu. On yıl önce malign melanom tanısıyla yüzün ve boyunun sol tarafına radyoterapi öyküsü bulunan hastanın yapılan fizik muayenesinde tiroid sol lobda palpabl kitle saptandı. Yapılan boyun ultrasonografisinde (USG) büyüğü sol lobda dominant 23 x 20 mm çapında solid, hipoeojenik, vaskülaritesi artmış nodül olmak üzere sağ lobda da birkaç adet olan multinodüler guatr tanısı kondu. Herhangi bir lenfadenopatiye rastlanmadığı raporlandı. Tiroid fonksiyon testleri olağan idi ve özgeçmişinde herhangi bir tiroidit zemini yoktu. Sol lobdaki 23 x 20 mm'lik şüpheli nodülden iki kez alınan ince iğne aspirasyon biyopsisinde (İİAB) önemi belirsiz atipi saptanan hasta, endokrinoloji konseyinde görüşüldü. Radyoterapi öyküsü de olan ve annesinde papiller kanser öyküsü olan hastaya total tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonu yapılması planlandı. Hastaya ameliyat anlatılıp yazılı onam alındı ve hastanın preoperatif hazırlıkları tamamlanıp ameliyata alındı. Ameliyat esnasında hem sağ lob hem de sol loba standart rekürren laringeal sinir diseksiyonu yapıldı. Öncelikle sağ lobektomi tamamlandı, ardından sol loba geçildi. Sol lobektomi yapıldı, tiroidektomi tamamlandıktan sonra sol santral boyun diseksiyonuna geçildi. Sol santral boyun diseksiyonu sırasında solda ikinci rekürren laringeal sinir görüldü. Sol kısımda lokalize çift rekürren laringeal sinir anomalisi olduğu tespit edildi (Resim 1a, b). Bilateral total tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonu tamamlandı. Hasta postoperatif 1. gün önerilerle komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. Patoloji sonucu papiller mikrokarsinom olarak raporlandı.

TARTIŞMA

Rekürren laringeal sinirin yaklaşık 30 adet varyasyonu olduğu bilinmektedir (2, 4). Bu varyasyonlar nedeni ile sinirin yaralanma riski ameliyat esnasında deneyimli ellerde dahi %1-2 olarak bildirilmiştir. Bu varyasyonlar nedeniyle sinirin diseksiyonunun yapıp tam olarak görülmeden cerrahi yapılmasının güvenli bir girişim olmadığı düşünülmektedir (5). Rekürren laringeal sinir değişik dallanma şekilleri göstermektedir. Bununla ilgili birçok kadavra ve klinik çalışma mevcuttur. Rekürren laringeal sinirin 2-8 arasında dallanma gösterebileceği ve bunlarında sağ ve solda asimetrik olduğu bildirilmiştir (6). Dallanma ile ilgili yayınlarda tek ana dal: %0-65,8, iki dal %52-94, üç dal %0,8-48, dört dal %0-25, beş dal %0-10 oranları bildirilmiştir (7). Holt ve ark. (8) yaptıkları çalışmada %43 oranında iki ve üzeri dallanma olduğunu, Thompson ve ark. (9) ise %43-78 oranında larenkse girmeden önce dallanma olduğunu bildirmiştir. Kratz (6) larenkse girme öncesinde dallanma olduğunu ve bu bölgede cerrahi sırasında sıklıkla kanamalara rastlandığından yaralanmanın en çok bu bölgede olduğunu

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Stajyer Doktor, Ankara, Türkiye

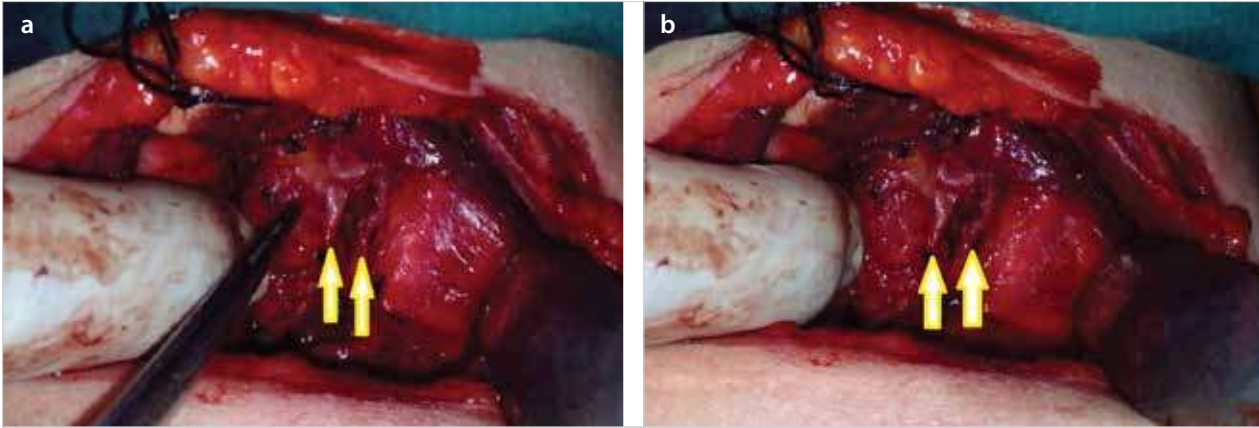
Yazışma Adresi Address for Correspondence

Eyüp Murat Yılmaz
e-posta: drmyilmaz80@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 16.09.2014
Kabul Tarihi / Accepted: 24.11.2014
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Available Online Date: 02.07.2015

©Copyright 2016
by Turkish Surgical Association
Available online at
www.ulusalcerahidergisi.org

©Telif Hakkı 2016
Türk Cerrahi Derneği
Makale metnine
www.ulusalcerahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.



Resim 1. a, b. Sol tarafa lokalize çift rekürren sinir (sinirler oklar ile gösterilmiştir)

vurgulamıştır. Nemiroff ve ark. (10) çalışmasında dallanma mesafesinin krikoid kırıkda alt seviyesinin yaklaşık 0,6-4 cm altında olduğunu bildirmiştir. Sun ve ark. (11) yaptıkları çalışmada %100 dallanma oranı bildirmiş ve %13 oranında da rekürren laringeal sinirin halka şekli gösterdiğini vurgulamıştır. Nervus laringeus inferiorun eksplere edilmesinde sinire ulaşılacak en kolay nokta alt kutba yakın ve inferior tiroid arter ile yakın komşulukta seyrettiği bölgedir. Diseksiyonu daha zor olmakla beraber anatomik lokalizasyonun sabit olması nedeniyle Berry ligamanı düzeyinde de rekürren sinir gözlenebilir (12). Çok ender olarak rekürren laringeal sinir servikal bölgede vagustan ayrılır ve nonrekürren laringeal sinir adını alır. Non rekürren laringeal sinir sağda %0,5-1 oranında görülürken solda daha nadir olarak görülmektedir (2). Bu anomalilere embriyonel hayatta oluşan vasküler anomaliler de eşlik eder (1, 13).

Bizim olgumuzda çift rekürren sinir anomalisi saptandı. Santral lenf nodu diseksiyonu sırasında ikinci rekürren sinir görüldü. Bunun üzerine dal mı, yoksa ayrı bir sinir mi olduğunu değerlendirebilmek için tirotimik ligamana kadar diseksiyon yapıldı. Nervus vagusa kadar çift sinir olarak gittiği görüldü. Çift sinir olduğu anlaşıldı. Ancak bunu kanıtlayabilmek için sinir monitorizasyonuna ihtiyaç duyduk. Fakat ülkemizdeki sosyal güvenlik sigortası geri ödemelerindeki ekonomik sıkıntılar nedeni ile öncesinde İİAB ile malignite tanısı kanıtlanmamış veya nüks olmayan vakalarda sinir monitorizasyonu kullanamadığımız için bunu sadece fotoğraf çekerek gösterebildik.

SONUÇ

Birçok anomalisi olan rekürren laringeal sinir için tüm deneyimli cerrahlar tiroid ve paratiroid cerrahisi sırasında iyi bir diseksiyon yapılması ve sinirin tam ortaya konmasını önermektedir. Çok nadir de görülsün çift rekürren laringeal sinir anomalisi gibi durumlarda iyi bir diseksiyon sinir yaralanması riskini en aza indirecektir. Mümkünse günümüzde popüler olmaya başlayan ve birçok merkezde sıkça kullanılan sinir monitorizasyon cihazının kullanılması da sinirin eksplorasyonunda yardımcı olup yaralanma olasılığını minimuma indirecektir (14).

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - E.M.Y.; Tasarım - E.M.Y., B.M.; Denetleme - A.E., M.B.Ö.; Kaynaklar - E.M.Y., V.M.Ö.; Malzemeler - V.M.Ö.; Veri toplanması ve/veya işleme - V.M.Ö.; Analiz ve/veya yorum - E.M.Y.; Literatür taraması - E.M.Y., B.M.; Yazıyı yazan - E.M.Y., B.M.; Eleştirel inceleme - A.E., M.B.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - E.M.Y.; Design - E.M.Y., B.M.; Supervision - A.E., M.B.Ö.; Funding - E.M.Y., V.M.Ö.; Materials - V.M.Ö.; Data Collection and/or Processing - V.M.Ö.; Analysis and/or Interpretation - E.M.Y.; Literature Review - E.M.Y., B.M.; Writer - E.M.Y., B.M.; Critical Review - A.E., M.B.Ö.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Hanks JB. Tiroid, in: Textbook of surgery. Edited by Sabiston. 17th Edition, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. 2010. pp. 947-983.
2. Skandalakis JE, Skandalakis PN, Skandalakis LJ. Cerrahi anatomi ve teknik. İkinci baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2000.
3. Kocatürk S, Yıldırım A, Kunt T. Tiroidektomide nonrekürren sinir ve klinik önemi: Bir olgu sunumu. KBB-Forum 2004; 3: 89-91.
4. İşgör A. Tiroid hastalıkları ve cerrahisi. İstanbul, Avrupa Kitapçılık, 2000. pp. 551-581.
5. Sadler GP, Clark OH, Von Heerden JA. Thyroid and parathyroid, In: Principles of surgery. Edited by Schwartz SI, Newyork, Mc Graw Hill, 1999. pp. 1661-1715.
6. Kratz RC. Vocal cord paralysis and thyroid surgery. Ann Otol Rhinol Laryngol 1978; 87: 383-385.
7. Yalçın B, Tuğcu H, Cantürk N, Ozan H. Laryngeal branching pattern of the inferior laryngeal nerve, before entering the larynx. Surg Radiol Anat 2006; 28: 339-342. [CrossRef]
8. Holt GR, McMurry GT, Joseph DJ. Recurrent laryngeal nerve injury following thyroid operations. Surg Gynaecol Obstet 1977; 144: 567-570.
9. Thompson NW, Olsen WR, Hoffman GL. The continuing of technique of thyroidectomy. Surgery 1973; 73: 913-926.
10. Nemiroff PM, Katz AD. Extralaryngeal divisions of the recurrent laryngeal nerve. Surgical and clinical significance. Am J Surg 1982; 144: 466-469. [CrossRef]
11. Sun SQ, Zhao J, Lu H, He GQ, Ran JH, Peng XH. An anatomical study of the recurrent laryngeal nerve: its branching patterns and relationship to the inferior thyroid artery. Surg Radiol Anat 2001; 23: 363-369. [CrossRef]
12. Friedrich T, Steinert M, Keitel R, Sattler B, Schönfelder M. Incidence of damage to the recurrent laryngeal nerve in surgical therapy of various thyroid gland diseases--a retrospective study. Zentralbl Chir 1998; 123: 25-29.
13. Pisanu A, Pili S, Uccheddu A. Non-recurrent-inferior laryngeal nerve. Chir Ital 2002; 54: 7.
14. Dionigi G, Bacuzzi A, Boni L, Rovera F. What is the learning curve for intraoperative neuromonitoring in thyroid surgery? Int J Surg 2008; 6: 57-512. [CrossRef]