

# Genel Anestezi Altında Histeroskopi Sonrası İdiyopatik Fasiyal Sinir Paralizisi

*Idiopathic Facial Nerve Paralysis after Hysteroscopy under General Anesthesia*

Volkan Baytaş, Ahmet Onat Bermede, Şeyda Özalp, Könül Hacıyeva, Asuman Uysalel

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon  
Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Periferik fasiyal paralizilerin %50'sinden fazlası idiyopatiktir (Bell paralizisi). İkinci sırada travmalar (yaklaşık %20), üçüncü sırada enfeksiyöz nedenler gelir.

Postoperatif fasiyal paralizisi; genel anestezi uygulamalarında maske ile havalandırma sırasında veya hasta pozisyonuna bağlı olarak sinire kompresyon veya sinirin gerilmesine bağlı oluşabilen nadir bir komplikasyondur. İntraoperatif hipotansiyon, hipovolemi, hipoksi, hipotermi, elektrolit dengesizliği diğer risk faktörleridir.

Endometriyal polip tanısıyla 38 yaşında, American Society of Anesthesiology Classification. (ASA I) hastaya histeroskopi planlanmıştır. Larengeal maske ile genel anestezi uygulandı. Derlenme sonrasında hasta yüzünde uyuşma şikayeti tariflemiştir. Fizik muayenede sağ kaşını kaldıramadığı ve sağ nazolabial oluğun silindiği, fasiyal sinirin diğer dalları ve diğer kranial sinirlerin normal olduğu saptandı. Nöroloji konsültasyonunu takiben distal fasiyal sinir paralizisi tanısı kondu. Medikal tedavi sonrasında hastanın fasiyal paralizisi tablosu üç hafta sonra tamamen düzelmiştir.

Bu vakada zor maske ventilasyonu yoktu ve hasta supin pozisyondaydı. Ayrıca operasyon süresince fasiyal paraliziyeye neden olabilecek başka bir nedende saptanmadı. Hasta detaylı sorgulandığında operasyonun bir gün öncesinde prodromal kulak ağrısından yakındı. Biz fasiyal paralizinin operasyonla koinidental olarak ortaya çıktığı, genel anestezi ve cerrahi stress faktörlerinin zaten gelişme sürecinde olan bu fasiyal paralizinin şiddetini arttırdığını düşünmekteyiz.

**Anahtar Sözcükler: Genel Anestezi, Fasiyal Sinir, Paralizisi**

More than 50% of peripheral facial paralysis are idiopathic (Bell's palsy). Second frequent reason thought to be trauma (approximately 20%) and the infection as the third.

Postoperative facial paralysis is a rare condition that can appear probably due to compression to nerve upon mechanical stress or distention of nerve during mask ventilation via mask or due to patient positioning. Intraoperative hypotension, hypovolemia, hypoxia, electrolyte imbalance are other risk factors.

A 38-year-old American Society of Anesthesiology Classification. (ASA I) woman was scheduled for hysteroscopy due to endometrial polyp. Patient was operated with general anesthesia via larengeal mask. After recovery patient complained about facial paresthesia. It was defined that patient could not lift the right eyebrow and right nasolabial fold was erased and rest of the branches of facial nerve and other cranial nerves were normal. Distal facial nerve paralysis was diagnosed after neurological consultation. Patient fully recovered in three weeks after medical treatment.

In this case there was no difficult mask ventilation and patient was in supine position. Also there was no any other reason give rise to facial paralysis during surgery. When patient questioned in detailed she complained prodromal earache one day before the operation. We believe that facial paralysis coincided with the operation, factors of general anesthesia and surgical stress increased the severity of this pathology that had already been in development process.

**Key Words: General Anesthesia, Facial Nerve, Paralysis**

Fasiyal sinir; yüz kaslarını innerve eden motor, tükürük bezlerine giden parasempatik, dil 2/3 ön kısmının tad du-yusunu alan afferent, dış kulak yolu ve kulak kepçesinin du-yusunu alan somatik afferent lifleri içeren bir sinirdir (1) (Şekil-1). Periferik fasiyal paralizilerin %50'sinden fazlası idiyopatiktir (Bell paralizisi). İkinci sırada travmalar (yaklaşık %20), üçüncü sırada enfeksiyöz nedenler gelir. Diğer sebepler ise

neoplastik, konjenital, metaboliktir (2). Bell paralizisi akut başlangıçlı olup yüz kaslarını genellikle tek taraflı olarak tutar. Yüz kaslarında paralizisi veya güçsüzlükle ortaya çıkar (3). Etkilenmiş taraf kulak çevresi veya arkasında olan bazen oksipital, servikal bölgeye yayılan ağrı da görülebilir (4). Bell paralizisi gebelerde ve diabetes mellitus, üst solunum yolu hastalıkları, influenza enfeksiyonu olan hastalarda daha

Geliş Tarihi :17.04.2016 • Kabul Tarihi: 05.05.2016

İletişim

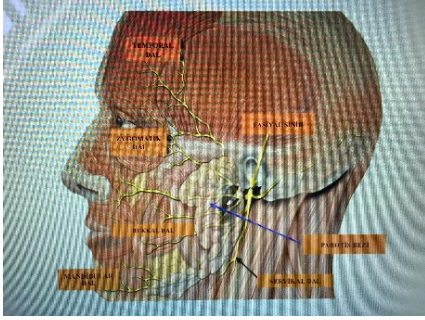
Uz. Dr. Volkan Baytaş

E-posta: volkanbaytas@yahoo.com

Tel: 595 72 41

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

sık görülür (5). Bu olguda postoperatif dönemde çok nadir gözlenen fasiyal paralizinin etiolojisini araştırırken, literatürdeki diğer vakalarla tartışmayı amaçladık (Şekil 1).



Şekil 1: Fasiyal Sinir Anatomisi (10)

## Olgu

Endometriyal polip tanısıyla 38 yaşında kadın hastanın ASA I, kadın hastaya histeroskopi planlandı. Preoperatif değerlendirmesinde ek sistemik hastalığı olmadığı öğrenildi. Laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmayan hastanın yapılan fizik muayenesi normal, ağız açıklığı 4 cm den fazla, Mallampati skoru I olarak saptandı. Yaklaşık 1 saat sürecek öngörülen operasyon için larengeal maske ile genel anestezi planlandı. Hasta bilgilendirilerek onamı alındı. Operasyon odasında supin pozisyona alınan hastanın rutin monitorizasyonuna başlandı. İndüksiyonda intravenöz 0.5 mg/kg lidokain HCl (Aritmal %2 ampül, Osel İlaç A.Ş.), 4 mg/kg propofol (Propofol Lipuro %1, Braun Medical), 0.1 mcg/kg remifentanil (Ultiva, Glakso Smith Kline) verildi ve sonrasında hastaya yaklaşık 2-3 dk maske ventilasyonu uygulandı. Yeterli anestezi derinliğine ulaşılmasını takiben 3 numara larengeal maske (Fas Trach) yerleştirildi. Maske ventilasyonu esnasında zorluk yaşanmamış olup gereğinden fazla dijital bası uygulanması gerekmemiştir. Larengeal maske tek seferde zorluk yaşanmadan yerleştirilmiştir. Larengeal maske yerleştirilmesini takiben hasta histeroskopik girişim için litotomi pozisyonuna alındı. Anestezi idamesinde sevofluran (Sevorane, Abbot) (1,3 MAC) kullanıldı.

Bası ve gelişebilecek muhtemel sinir hasarlarına karşı hasta uygun pozisyonda sabitlendi, basıya maruz kalabilecek vücut bölgeleri, baş ve yüz bölgesi jel yastıklarla desteklendi. Isıtıcılar yardımıyla operasyon sürecinde hastanın normotermik kalması sağlandı. Hastaya hesaplanan miktarda sıvı replasmanı yapılmış olup operasyon esnasında ek sıvı ihtiyacı olmamıştır. Yaklaşık 1 saat süren operasyon esnasında hemodinamik açıdan, solunum fonksiyonları açısından herhangi bir sorun gözlenmemiş olup hasta sorunsuz şekilde uyandırıldı. Derlenme aşamasında ise yaklaşık 4 dk maske ventilasyonu zorluk yaşanmadan sorunsuz olarak uygulandı. Hasta derlenme ünitesinde 20 dk takibin ardından servis odasına alındı. Operasyon bittikten yaklaşık 2 saat sonra serviste takibi esnasında hasta yüzünde uyuşma şikayeti tariflemiştir. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ kaşını kaldıramadığı ve sağ nazolabial oluğunun silindiği saptandı. Diğer fasiyal sinir dalları ve kranial sinirler normal olarak değerlendirildi. Fasiyal paralizisi ön tanısı ile nöroloji konsültasyonu istendi. Nöroloji tarafından değerlendirilen hastanın nörolojik muayenesinde ve kranial bilgisayarlı tomografisinde patoloji saptanmadı ve periferik fasiyal sinir paralizisi tanısıyla 1 hafta metilprednizolon prednol 16 mg, Mustafa Nevzat İlaç A.Ş) 4x16 mg, asiklovir 20 mg/kg/gün olarak medikal tedavi başlanması önerildi. Uygulanan bu medikal tedavi sonucu paralizisi yaklaşık 3 hafta sonra tam düzelmiştir.

## Tartışma

İdiyopatik fasiyal paralizisi (Bell paralizisi) sık görülen bir nöropatidir. Hastaların çoğu tamamen iyileşir (6). Sinir hasarı için; iskemi, mekanik kompresyon, uygun olmayan pozisyonlara bağlı sinir gerilmesi, iğne hasarı ve nörotoksik materyal enjeksiyonu gibi çok sayıda mekanizma ileri sürülmüştür. Diabetes Mellitus varlığı bu sinir hasarı insidansını arttırmaktadır (7).

Postoperatif fasiyal paralizisi; genel anestezi altında mekanik strese bağlı sinir kompresyonu veya sinirin gerilmesine

bağlı oluşabilen nadir bir komplikasyondur. Mandibulaya direkt bası veya maske ile havalandırma sırasında maskenin basısı ile fasiyal sinir travması oluşabilir (6). Bizim vakamızda operasyon esnasında hastanın maske ventilasyonunda zorluk yaşanmamış ve mandibulaya sinir hasarına yol açabilecek bir bası uygulanmamıştır. Operasyon litotomi pozisyonunda ve sinir basıları önlenerek biçimde hasta desteklenerek gerçekleştirildi. Dolayısıyla fasiyal paralizinin maskenin mekanik basısına veya hasta pozisyonuna bağlı olduğunu düşünmedik.

Fasiyal paraliziye eşlik eden semptom ve bulgular da ayırıcı tanı için önemlidir. Sıklıkla bazı hastalar paralizisi öncesi günlerde aynı taraf kulak ve çevresinde ağrı tanımlar. Ayrıca hastalarda yüzde hipoestezi, hiperakuzi, göz yaşında azalma ve tad alma değişikliği de görülebilir (7). Bizim vakamızda bu bulgulardan sadece operasyondan bir gün önce başlayan kulak ağrısı saptandı. Bu durum hastalığın preoperatif dönemde gelişim sürecinde olduğunu düşündürdü ve hastalığın operasyon esnasında gelişmiş olabileceği ihtimalinden uzaklaştırdı.

İntraoperatif hipotansiyon, hipovolemi, hipoksi, hipotermi, elektrolit imbalansı diğer risk faktörleridir (7). Bu olguda intraoperatif hemodinami açısından herhangi bir sorun yaşanmamış olup, hipotermi, hipoksi ve hipovolemi de gözlenmemiştir. Dolayısıyla neden olabilecek bu risk faktörleri de fasiyal paralizinin etiolojisinde düşünülmemiştir.

Lonjaret ve ark.ları (8) bildirdikleri bir vakada kronik pankreatit sebebiyle opere olan 66 yaşındaki bir hastada postoperatif fasiyal paralizisi saptamışlardır. Bu vakada da bizim vakamızda olduğu gibi ameliyattan bir gün önce kulak ağrısı mevcut olup, operasyon sonrası bakım ünitesinde takip edilirken periferik fasiyal paralizisi saptamışlardır. Kranial tomografisi normal gelen hastaya prednizolon tedavisi uygulanmıştır. Bu hastada paralizisi tablosu gelişiminde maske ventilasyonu veya diğer sayılan nedenler düşünülmemiş ve prodromal semptom göz

önüne alındığında bu tablonun hasta genel anestezi alması da gelişebileceği, genel anestezinin paralizinin şiddetini arttırmış olabileceği kanısına varmışlardır. Bizim vakamızda da prodromal kulak ağrısının olması ve fasiyal paraliziye neden olabilecek diğer etkenlerin olmaması nedeniyle aynı kanıdayız.

Baidya ve ark.ları (7) laparoskopik kole-sistektomi ve histerektomi geçiren 62 yaşındaki hastalarında induksiyon esnasında yaklaşık 3 dakika maske ventilasyonu uygulamışlar ve hastalarında operasyon sonrası dönemde fasiyal paralizi saptamışlardır. Gelişen paralizi tablosunun sebep olabilecek diğer nedenleri dışladıktan sonra maske ventilasyonuna, maskenin çeneye kuvvetli basısına bağlı olabileceğini düşünmüşler, bu durumun maske ventilasyonu çok kısa süre olsa da gelişebileceğini ve sıkı maske uygulamasından mümkünse kaçınılması gerektiğini vurgulamışlardır. Paralizi tablosunun yaklaşık 6 hafta sonra düzelmesini bildirmişlerdir. Bizim hastamızda da maske ventilasyonu süresi kısaydı. Çeneye kuvvetli basıya neden ola-

cak maske uygulaması söz konusu olmadığından bu etyolojiyi dışladık.

Glabour (9) maske ventilasyonu ile genel anestezi sağlanan, spontan solunumu olan hastada 75 dakikalık operasyonun ardından bilateral fasiyal paralizi bildirmiştir. Bu vakada mandibula angulus bölgesine bilateral dijital baskı uygulandığı ve fasiyal paralizi tablosunun 3 haftada tamamen düzeldiği bildirilmiştir. Bizim olgumuzda, bu vakada olduğu gibi uzun bir maske ventilasyonu olmadığından ve maskeyle ventilasyon esnasında herhangi bir zorlanma, dijital baskı söz konusu olmadığından bu etyoloji dışlanmıştır.

Olguların %80-85 inde, haftalar içinde, en fazla bir ya da ikinci ayda düzelme görülür. (7) Bizim vakamızdaki fasiyal paralizi tablosu da uygulanan medikal tedavi sonucu yaklaşık 3 hafta sonra düzelmiştir.

## Sonuç

Genel anestezi sonrası fasiyal paralizi gelişimi anesteziistlerin çok ender karşılaştığı bir durumdur. Operasyon esnasında gelişen fasiyal paralizinin ne-

denleri; uygun olmayan hasta pozisyonları, hipotansiyon, hipovolemi, hipoksi gibi nedenler olmakla birlikte literatüre bakıldığı zaman az rastlanan bu durumun nedeni genellikle maske ventilasyonu sonucu gelişen basıya bağlanmıştır. Zor hava yolu, özellikle de zor maske ventilasyonu olan hastalara daha sık rastlanmaktadır. Zor maske ventilasyonu sonucu basıya bağlı fasiyal paralizinin gelişebilecek bir komplikasyon olduğu unutulmamalıdır. Bizim vakamızda olduğu gibi operasyon esnasında paraliziye yol açan herhangi bir etken olmamasına karşın bu tablo gelişebilir. Bu grup hastada Bell paralizisine ait prodromal belirtiler geriye dönük dikkatlice sorgulanmalıdır. Sonuç olarak bu hastada preoperatif dönemde var olan aynı tarafta olan kulak ağrısı göz önüne alındığında, bu operasyon gerçekleşme bile paralizinin gelişebileceği, paralizi gelişim sürecinin operasyon dönemine denk geldiği, genel anestezi ve cerrahi stres faktörünün zaten gelişme sürecinde olan bu patolojinin şiddetini arttırdığını düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Bayındır T, Tan M, Selimoğlu E. Bell Paralizisinde Tanı ve Tedavi Yöntemleri. Kuak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2011; 10: 18-30
2. Cansız H, Pamukçu M, Edizer T. Fasiyal Paraliziler. Klinik gelişim 2005; 18:96-104
3. Gagyor I, Madhok VB, Daly F et al. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev. 2015; 9:11
4. Burges LP, Yim DV, Lepore ML. Bell's palsy: the steroid controversy revisited. Laryngoscope.2009; 94: 1472-1476
5. Prescott CA. Idiopathic facial nerve palsy (the effect of treatment with steroids). Journal of Laryngology and Otology 1988; 102: 403-407
6. Ananthanarayan C, Rolbin SH, Hew E. Facial nerve paralysis following mask anaesthesia. Canadian Journal of Anaesthesia 1988; 35: 102-103
7. Baidya DK, Bhoi D, Sinha R et al. Partial facial nerve paralysis after laparoscopic surgery under general anaesthesia. Indian Journal of Anaesthesia. 2011; 55: 416-418
8. Lonjaret L, Vuillaume C, Fourcade O et al. Idiopathic facial paralysis following general anaesthesia. Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology. 2012; 28: 536-537
9. Glabour DT. Facial nerve paralysis after general anaesthesia. Anesthesiology. 1986; 65: 516-517
10. Lakraj AA, Moqhimi N, Jabbari B. Sialorrhea: anatomy, pathophysiology and treatment with emphasis on the role of botulinum toxins. Toxins (Basel) 2013; 21: 1010-1031

