

Horners syndrom är en allvarlig komplikation vid tyreoidaekirurgi

Dissektion vid nervstimulering kan vara en riskfaktor, visar tre fall

ERIK NORDENSTRÖM, med dr, specialistläkare
erik.nordenstrom@skane.se
MAGNUS HALLÉN, överläkare; båda enheten för endokrin- och sarkomkirurgi, kirurgiska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

JÖRGEN NORDENSTRÖM, professor, överläkare, bröst- och endokrinkirurgiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Operation för sjukdom i tyreoida är den vanligaste endokrinkirurgiska åtgärden. I Sverige utförs ungefär 1500 ingrepp per år. Komplikationer är ovanliga. Permanent stämbandsparares på grund av skada på nervus laryngeus recurrens och permanent hypokalcemi sekundärt till påverkan på bisköldkörtlarna förekommer i 0,9 procent respektive 5,7 procent [1].

Horners syndrom

Horners syndrom beskrevs första gången 1869 av den schweiziske oftalmologen Johann Friedrich Horner [2]. Det kännetecknas av ptos, mios, enoftalmus, anhidros och förlust av ciliospinala reflexen. Ytterst beror syndromet på en störning av den sympatiska funktion som reglerar ovanstående. Orsaken kan vara en central skada eller en perifer skada ovan, vid eller under ganglion stellatum [3]. Ganglion stellatum är ett sympatiskt ganglion som bildas av ganglion cervicale inferior och det första torakala gangliet. Det är beläget på halsen i C7-nivå framför processus transversus precis under arteria subclavia.

Horners syndrom och tyreoidaekirurgi

I litteraturen finns ett 30-tal fall av Horners syndrom efter tyreoidaekirurgi beskrivna [4, 5]. Föreslagna skademekanismer är hematombildning i operationsområdet, ischemisk nervskada eller sträckning av den sympatiska gränssträngen. En direkt skada på ganglion stellatum har förefallit osannolik, eftersom dissektionen vid tyreoidaekirurgi sker på långt avstånd från denna anatomiska struktur. Den spontana läkningsfrekvensen har varit ungefär 25 procent.

Vi beskriver tre fall av Horners syndrom efter tyreoidaekirurgi.

FALLBESKRIVNINGAR

Fall 1. Vår första patient var en 33-årig kvinna med trycksymtom på grund av en stor, benign kolloidstruma, och hon genomgick total tyreoidaektomi. Efter operationen uppvisade hon klassiska tecken till ensidigt Horners syndrom med mios, ptos och enoftalmus. Vid kontroll hos ögonläkare efter 1 månad konstaterades att symtomen börjat gå i regress; 1 år efter operationen hade symtomen i princip läkt ut helt.

Fall 2. Även vår andra patient, en 45-årig kvinna, hade trycksymtom på grund av en stor, benign kolloidstruma, och även hon genomgick total tyreoidaektomi. Dagen efter operationen skrevs patienten hem utan några noterade tecken till kompli-

kationer. Andra postoperativa dagen sökte hon akut och uppvisade ensidiga symtom med ptos, mios, enoftalmus, anhidros och förlust av ciliospinala reflexen. Datortomografi visade svullnad i operationsområdet men inget större hematombildning och ingen pågående blödning. Intrakraniellt sågs inga patologiska förändringar. Patienten har följts under 1,5 år, och symtomen har bara delvis gått i regress. Hon kan arbeta men har problem med torra ögon och ibland huvudvärk.

Fall 3. Den tredje patienten var en 36-årig kvinna med en leddestruerande reumatoid artrit där cytologisk utredning av en högersidig tyreoidaeresistens ingav misstanke om papillarcancer. Då hon opererades bedömde operatören att det med stor sannolikhet förelåg en cancer, varför total tyreoidaektomi utfördes. Ingen dissektion av regionala laterala lymfkörtlar utfördes. Efter operationen uppvisade hon de typiska tecknen på ensidigt Horners syndrom. Patologisk undersökning visade en 41×32 mm stor papillär tyreoidaecancer. Symtomen började vika efter 4 veckor, och vid ett återbesök efter ytterligare 1 vecka hade de i det närmaste helt försvunnit med endast minimal kvarstående ptos.

DISKUSSION

Horners syndrom efter tyreoidaekirurgi är mycket ovanligt. I litteraturen finns totalt 30 fallbeskrivningar. Endast i 7 av dessa fall beskrivs total spontan regress.

Sedan 2004 registreras de flesta svenska tyreoidaoperationer i det skandinaviska registret för tyreoida- och paratyreoideaekirurgi (Scandinavian quality register for thyroid and parathyroid surgery incorporating adrenal surgery). I registret fanns tidigare inga registrerade fall med komplikationen Horners syndrom.

I två av de aktuella fallen var operationsindikationen stor benign kolloidstruma, medan det i det tredje fallet var en oklar tumör som utgjorde indikationen. Hos två av patienter-

■ sammanfattat

Horners syndrom efter tyreoidaekirurgi är mycket ovanligt.

Här beskrivs tre fall av Horners syndrom efter tyreoidaekirurgi där symtomen hos två patienter gick i regress, medan en tredje patient hade delvis kvarvarande symtom.

Den exakta skademekanismen är inte fastställd. Vi rekommenderar försiktighet vid drag i sårhakarna i samband med tyreoidaekirurgi, i synnerhet vid dissektion av karotisskidan för att komma

åt att stimulera nervus vagus. Hos patienter med reumatoid artrit eller kända förändringar i halsryggraden bör försiktighet iaktas i samband med halskirurgi.

Om en patient postoperativt får Horners syndrom, rekommenderar vi neurologkonsult och DT/MR för att utesluta andra orsaker till syndromet.

Fall av Horners syndrom efter tyreoida-/paratyreoideaekirurgi bör rapporteras till det nationella kvalitetsregistret.

na har symtomen gått nästan helt i regress, medan den tredje patienten fortfarande har påtagliga symtom.

En föreslagen förklaring till Horners syndrom efter tyreoidaekirurgi är blödning. En av patienterna genomgick DT, som inte kunde bekräfta något större hematom. Om blödning var genesen, borde symtomen ha gått i regress när hematomet resorberats. Det kan ta tid, men efter 1 år borde det vara helt borta.

En annan möjlig mekanism är att draget från sårhakarna tänder karotisskidan med efterföljande skada på sympatiska gränssträngen. Vid en av de aktuella klinikerna användes en självhållande hake och Längenbecks sårhakar för lateralt drag. Dessa hakar har använts både före och efter de beskrivna fallen av Horners syndrom.

Sedan ett par år har nervstimulering börjat användas alltmer vid tyreoidaekirurgi. Under operationen har patienten en speciell trakealtub med inbyggda elektroder i stämbandsplanet. Med hjälp av svag ström (1–2 mV) kan man peroperativt stimulera nervus laryngeus recurrens för att bekräfta dess läge och aktuella funktion. En EMG-kurva erhålls. Man stimulerar även nervus vagus som en kontroll. För att kunna stimulera vagusnerven görs en dissektion mellan arteria carotis och vena jugularis interna för att komma åt den. Misstanken att denna dissektion kan utgöra en riskfaktor för utveckling av Horners syndrom är inte tidigare beskriven. I alla tre fallen användes nervstimulering inkluderande dissektion för att frilägga nervus vagus.

Den tredje patienten hade känd reumatoid artrit och genomgick postoperativt röntgen av halsryggen, som gav vid

handen att »Avståndet mellan främre bågen av atlas och främre begränsningen av axis har ett ökat avstånd på 6 mm. Detta avstånd varierar mellan 3–6 mm vid framåt- resp bakåtböjning. Således kan enatlando-odontoid subluxation föreligga. Klivus kan inte ses«.

I det sista fallet skulle alltså en möjlig förklaring till postoperativt Horners syndrom efter tyreoidaekirurgi vara sublaxation i nackkotpelaren till följd av den extension i nacken patienten rutinmässigt utsattes för under operationen. Detta talar för att man vid halskirurgi bör vara mycket försiktig med nacken hos patienter med reumatoid artrit eller andra kända förändringar i halsryggraden.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se

REFERENSER

1. Scandinavian quality register for thyroid and parathyroid surgery incorporating adrenal surgery. Annual Report 2010. ISBN 978-91-978553-9-6
2. Reader AL 3rd. The role of Claude Bernard and others in the discovery of Horner's syndrome. *J Am Coll Surg.* 2005;200(5):815.
3. Amonoo-Kuofi HS. Horner's syndrome revisited: with an update of the central pathway. *Clin Anat.* 1999;12(5):345-61.
4. 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(12):1114-6.
5. Solomon P, Irish J, Gullane P. Horner's syndrome following a thyroidectomy. *J Otolaryngol.* 1993;22(6):454-6.

Sök i arkivet!

Läkartidningens elektroniska artikelarkiv:
<http://larkiv.lakartidningen.se/>

Artiklar i fulltext från och med 1996