

Tüp torakostomiye bağlı gelişen Horner sendromu

Horner's syndrome secondary to tube thoracostomy

Halil Tözüm, Ahmet Üçvet, Soner Gürsoy, Cemil Kul, Oktay Başok

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

Horner sendromu okülosempatik yolun parezsidir. Sıklıkla ikinci sıra pregangliyonik nöronların kesintiye uğramasıyla ortaya çıkan ve klinikte aynı tarafta miyoz, pitoz, hemifasiyal anhidrosis ve enoftalmi ile karakterize bir tablodur. İyatrojenik Horner sendromu ile tüp torakostomi birlikteliği çok nadir rastlanan bir durumdur. Bu yazıda, akciğer kist hidatiği ameliyatı sonrasında yerleştirilen toraks tüpüne bağlı olarak aynı tarafta Horner sendromu gelişen, 30 yaşında bir erkek hasta sunuldu.

Anahtar sözcükler: Horner sendromu; torasik yaralanmalar; tüp torakostomi.

Horner sendromu ya da bir başka deyişle okülosempatik parezi, okülosempatik sinir yolunun kaynaklandığı hipotalamustan; sonlandığı göze kadar olan herhangi bir yerde kesintiye uğraması ile ortaya çıkan nörolojik bir patolojidir.^[1] Hastalık klinikte aynı tarafta miyoz, pitoz, enoftalmi ve yüzde terleme ile karakterizedir.

Tüp torakostomi ise farklı pulmoner patolojilerde sık kullanılan bir cerrahi işlemdir. Ancak bu işlemde tüpün yerleştirilmesi sırasında kullanılan tekniklere, tüpün toraks içindeki yerleşimine ve toraksta kalma süresine bağlı olarak çeşitli riskler ortaya çıkabilir. Bu yazıda, kliniğimizde akciğer kist hidatiği tanısı ile kistotomi ve kapitonaj ameliyatı yapılan bir erkek hastada ameliyat sonrası 2. günde tüp torakostomiye bağlı olarak aynı tarafta ortaya çıkan Horner sendromu olgusu sunuldu ve tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Otuz yaşında erkek hasta “öksürükle beraber ağızdan kan gelmesi” yakınması ile başvurdu. Hastaya yaklaşık üç ay kadar önce sağ akciğerdeki kist hidatiği nedeni ile sağ torakotomi yapılmış idi. Bu kez, sol akciğerde kist hidatiği tanısı ile tedavi amaçlı ameliyat planlandı ve hasta yatırıldı. Fizik muayenede ve rutin

Horner's syndrome is the paresis of the oculosympathetic pathway. It frequently occurs as a result of the interruption of the second order preganglionic neurons and cinically characterized by myosis, ptosis, hemifacial anhidrosis and enophthalmos. Iatrogenic Horner's syndrome is very rarely associated with tube thoracostomy. In this study, we present a 30-year-old male patient with ipsilateral Horner's syndrome caused by the thorax tube, which was placed after the operation for lung hydatid cyst.

Key words: Horner's syndrome; thoracic injuries; tube thoracostomy.

laboratuvar incelemelerinde herhangi bir anormallik tespit edilmedi. Radyolojik incelemelerinde ise solda parakardiyak alanda, linguler segmentte kistik lezyon izlenmekte idi. Olguya “sol torakotomi ile kistotomi ve kapitonaj” ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası dönemde biri bazal bölgeye 32 Fr, biri de apikal bölgeye 28 Fr, olmak üzere iki adet polietilen toraks tüpü yerleştirildi ve kapalı su altı drenajına bağlandı. Ameliyat sonrası 36. saatte ameliyatın yapıldığı tarafta miyoz, pitoz, enoftalmi gelişti (Şekil 1).

TARTIŞMA

Tüp torakostomi, özellikle göğüs cerrahisinin ilgi alanındaki birçok patolojide sıklıkla kullanılan cerrahi bir işlemdir. Literatürde tüp torakostomi sonrasında farklı sıklık derecelerinde gelişebilecek birçok komplikasyon bildirilmiştir. Bunlar arasında en sık karşılaşılanlar, tüpün malpozisyonu, ampiyem, uzamış hava kaçağı, reekspansiyon ödemi, hemotoraks ve akciğer yaralanmalarıdır. Ancak diyafram veya batın organlarının yaralanmasından, sağ kalp basısına bağlı gelişen kardiyojenik şoka kadar, birçok başka nadir komplikasyon da görülebilmektedir.^[2] Tüp torakostomiye bağlı iyatrojenik Horner sendromu da bu nadir görülen

komplasyonlar içinde bildirilebilir. Kaya ve ark.^[3] 2003 yılında yayınladıkları tüp torakostomi uygulanan 933 olguluk çalışmalarında, tüp torakostomiye bağlı olarak Horner sendromu gelişme sıklığını %0.53 (n=5) olarak bildirmişlerdir.

Horner sendromu basitçe okülosempatik yolun parzisi olarak tanımlanabilir. Bu yol, hipotalamusta spinal kord içinde bulunan siliospinal merkezden köken alarak göze kadar uzanır.^[1] Bu yol üzerinde superior servikal gangliyondan önce meydana gelen kesintiler pregangliyonik Horner sendromunu; gangliyondan sonra meydana gelen kesintiler ise postgangliyonik Horner sendromunu ortaya çıkarır. Pregangliyonik Horner sendromunun en sık nedenleri arasında, travmalar, aort diseksiyonu, karotis arter diseksiyonu, tüberküloz ve pankoast tümörleri sayılabilir. Bunlardan başka tüp torakostomi ve tansiyon pnömotoraks gibi nadir görülen nedenler de vardır. C8-T₁ vertebralar yoluyla spinal korddan ayrılan pregangliyoner nöronlar ilk torasik sempatik gangliyon ve inferior servikal gangliyon yoluyla superior servikal gangliyona uzanırlar iken bu bölgede gangliyon ile parietal plevra arasında sadece endotorasik fasya bulunur. Bu bölgenin kompresyonuna bağlı Horner sendromu olgularının %90'ı, gangliyonun malign bir tümör tarafından kompresyonuyla ortaya çıkar.^[4] Tüp torakostomi ise buna neden olabilecek nadir bir antitedir.

Toraks tüpünün normal yerleşiminde olmaması, tüpün uygulanış amacına ulaşılmasına engel olabileceği gibi yaptığı kompresyon etkisi ile de istenmeyen komplasyonlara neden olabilir. Özellikle torasik apekte kavitenin superior servikal gangliyona yakınlığı, uygunuz yerleşmiş bir toraks tüpünün gangliyona eksternal basısını kolaylaştırmaktadır. Olgumuzda da tüpün apikal yerleşimi, superior servikal gangliyona bası yapabilecek yerleşimde idi (Şekil 2). Göz tutulumunun aynı

tarafda olması ve tüpün sonlandırılmasından sonra patolojik bulguların adım adım normale dönmesi yine patolojinin tüpe bağlı geliştiğinin ispatı olarak kabul edildi.

Tüm bu komplasyon olasılıklarına karşın tüp torakostomi, gerektiğinde rutin uygulanan bir işlemdir ve belirli kurallara dikkat edilmesi komplasyon olasılığını en aza indirecektir. Bu noktadan hareketle göğüs tüpü torasik apeksin kapalı ucuna yerleştirilmemeli ya da bu bölgeye kadar itilmemelidir. Klinisyenlerce önerilen tüpün 2. torakal vertebra seviyesinde tutulmasıdır.^[5] Yine tüpün yerinin 2. kosta arka bölgesinin daha altında olmasının da bu komplasyonu önleyeceği bildirilmiştir,^[4] çünkü komplasyon daha çok tüpün ilk torasik intervertebral alanın yakınında olmasıyla ortaya çıkar.

Yine de bu komplasyon ile karşılaşıldığında yapılması gereken tüpün pozisyonunun değiştirilmesi ya da tüpün sonlandırılmasıdır. Bundan sonra klinik deneyimlere göre, tam düzelen, hiç düzelmeyen ya da kısmen düzelen olgular bildirilmiştir.^[6] Bu durum kuvvetli ihtimal ile superior servikal gangliyondaki yaralanmanın derecesi ile bağlantılıdır. Baskıya bağlı komplet bir iskemi ya da şiddetli bir travma var ise tablo geri dönüşümsüz de olabilecektir. Ancak etyolojik neden lokal ödem ya da hematoma gibi bir durumla ilişkili ise kısmi ya da tam düzelen bir olguyla karşılaşılacaktır. Bizim olgumuzda da fizyopatoloji muhtemel olarak bası etkisi ile ortaya çıkan bir ödem tablosu idi ki, tüpün sonlandırılmasından sekiz gün sonra tablo tamamen normale döndü.

Sonuç olarak, göğüs tüpünün normal yerleşiminde olmamasına bağlı olarak gelişen Horner sendromu nadir rastlanan bir durumdur. Acil olarak tüpün pozisyonunun değiştirilmesi gerekliliği vardır. Gelişen patolojinin normale dönüp dönmemesi ise oluşan travmanın şiddeti ile ilişkilidir.



Şekil 1. Olguda miyoz ve pitoz izlenmekte.



Şekil 2. Göğüs tüpünün apikal yerleşimi izlenmekte.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Ozel SK, Kazez A. Horner's syndrome secondary to tube thoracostomy. Turk J Pediatr 2004;46:189-90.
2. Etoch SW, Bar-Natan MF, Miller FB, Richardson JD. Tube thoracostomy. Factors related to complications. Arch Surg 1995;130:521-5.
3. Kaya SO, Liman ST, Bir LS, Yuncu G, Erbay HR, Unsal S. Horner's syndrome as a complication in thoracic surgical practice. Eur J Cardiothorac Surg 2003;24:1025-8.
4. Bourque PR, Paulus EM. Chest-tube thoracostomy causing Horner's syndrome. Can J Surg 1986;29:202-3.
5. Ipsilateral Horner's syndrome as a rare complication of tube thoracostomy. N Engl J Med 1985;313:121-2.
6. Kahn SA, Brandt LJ. Iatrogenic Horner's syndrome: a complication of thoracostomy-tube replacement. N Engl J Med 1985;312:245.