

El Terlemesi Cerrahisi (Endoskopik Torakoskopik Sempatektomi) Sonrası Horner Sendromu-Olgu Sunumu

Horner Syndrome after Surgery for Hyperhidrosis of the Hands (Endoscopic Thoracoscopic Sympathectomy)

Şansal Gedik, Bengü Ekinci Köktekir, Berker Bakbak, Hüseyin Güzel, Güven Sadi Sunam*

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

*Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

Özet

Yirmi bir yaşında bayan hasta polikliniğimize sağ göz kapağında düşüklük ve iki göz bebeği arasında büyüklük farkı nedeniyle başvurdu. Öz geçmişinde hastanın 5 ay önce el terlemesi nedeniyle aksilla bölgesinden operasyon geçirdiği ve bu şikayetlerinin operasyon sonrasında ortaya çıktığı öğrenildi. Yapılan oftalmolojik muayenesinde sağ gözde ptosis ve miyozis tespit edildi. %0,5 Apraklonidin ve % 10 kokain testleri uygulanarak hastaya Horner sendromu tanısı konuldu (*Turk J Ophthalmol* 2012; 42: 72-4)

Anahtar Kelimeler: Endoskopik torakoskopik sempatektomi, Horner sendromu, hiperhidrozis

Summary

21-year-old female patient was admitted to our outpatient clinic with the complaints of drooping of the right upper eyelid and asymmetry in pupillary size between the two eyes. Complete history revealed that her complaints had started after having a surgery in the axillary area for hyperhidrosis of both hands. During the ophthalmologic examination, we observed ptosis and myosis in the right eye. 0.5% apraclonidine and 10% cocaine tests were performed and the patient was diagnosed as Horner syndrome. (*Turk J Ophthalmol* 2012; 42: 72-4)

Key Words: Endoscopic thoracoscopic sympathectomy, Horner syndrome, hyperhidrosis

Giriş

İpsilateral ptosis, miyozis ve psödoenftalmus triadı ile karakterize olan, beraberinde etkilenen tarafta yüzde terleme azlığı ve cilt kızarıklığı bulgularının olabileceği, Horner sendromu(HS), göz ve adneksiyal yapıların sempatik innervasyonunun kesintiye uğraması sonucunda gelişir.^{1,2} İlk defa 1869 yılında İsveçli oftalmolog Johann Friedrich Horner tarafından tanımlanmıştır. HS etiyojisinde santral, pregangliyonik ve postgangliyonik yerleşimli patolojiler rol oynar. Sempatik denervasyonun lokalizasyonunun saptanması mevcut semptom ve bulguların değerlendirilmesiyle mümkündür.

Bu olgu sunumunda sağ göz kapağında düşüklük ve göz bebeğinde küçülme nedeniyle değerlendirilen, şikâyetleri el terlemesi sebebiyle geçirdiği endoskopik torakoskopik sempatektomi sonrası başlayan Horner sendromlu bir hasta

tartışılmış ve el terlemesi cerrahisi sonrası HS gelişim sıklığına dikkat çekilmek istenmiştir.

Olgu Sunumu

Yirmi bir yaşında bayan hasta sağ göz üst kapağında düşüklük ve iki göz bebekleri arasında boyut farklılığı nedeniyle başvurdu. Hasta bu şikâyetlerinin 5 ay önce aşırı el terlemesi nedeniyle geçirdiği operasyondan sonra ortaya çıktığını bildirdi.

Hastanın yapılan oftalmolojik muayenesinde her iki gözde görme keskinliği tashihsiz 20/20 düzeyindeydi. Işık kaynağı ile yapılan muayenede anizokori ve sağ göz üst kapağında pupillayı yaklaşık 2,5 mm örten düşüklük tespit edildi (Şekil 1a). Göz hareketleri her yöne serbestti. Biyomikroskopik muayenesi ve göz içi basınç ölçümleri

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Bengü Ekinci Köktekir, Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

Gsm: +90 0532 353 27 16 E-posta: benguekinci@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 05.05.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 26.07.2011

normal sınırlarda olan hastanın yapılan fundus muayenesinde optik disk, makula ve retina yapıları doğaldı.

Pupilla çapları aydınlık ve karanlıkta sağ ve sol gözler için sırasıyla 3,5- 5,1 mm ve 5,1-7,3 mm olarak ölçüldü. Hastanın anizokorisi karanlık ortamda daha belirgin olup, sağ göz bebeğinde dilatasyon gecikmesi görülmekteydi. Direkt ve indirekt ışık reaksiyonları ve yakın reaksiyonu her iki gözde pozitif olarak değerlendirilirken, rölatif afferent pupil defekti izlenmedi. Horner sendromu ön tanısıyla



Resim 1. a) Sağ üst göz kapağında düşüklük ve her iki göz bebeklerinde büyüklük farkı



Resim 1. b) %0,05 Apraklonidin sonrası sağ göz pitozunda düzelme, bir miktar miyozis ve anizokorinin tersine döndüğü görülmekte



Resim 1. c) %10'luk kokain testi sonrası ise sağ gözde miyozis devam ederken anizokori miktarının arttığı görülmektedir

hastanın her iki gözüne 20 dakika arayla iki kez %0,5 apraklonidin damlatıldı, 1 saat sonra sağ taraftaki pitoziste düzelme ve sağ taraftaki pupillada bir miktar dilatasyon sağlanmasına rağmen sol tarafta herhangi bir değişiklik izlenmedi (Resim 1b).

İki gün sonra yapılan %10'luk kokain testinde ise sol pupillada belirgin dilatasyon olmasına rağmen sağ pupillasının büyümediği ve anizokori miktarının arttığı görüldü (Resim 1c).

Hastanın yapılan fizik muayenesinde bilateral ön aksiller bölgede 1cm'lik insizyon skarının olduğu görüldü (Resim 2). Bu bölgeden hastanın el terlemesine yönelik endoskopik transtorasik yöntemle stellat gangliyonun korunarak T3- T4 gangliyonuna müdahale edildiği öğrenildi. Hastada pregangliyonik HS tanısı konuldu.

Tartışma

Göz ve adnekslerinin sempatik innervasyonu santral sinir sisteminden başlayıp uzun bir yol katederek gözde sonlanan, üç nöronlu bir yolak tarafından sağlanmaktadır. Birinci sıra nöronlar posterolateral hipotalamustan başlayarak, C8-T2 mesafesindeki spinal kord intermediolateral kolonda yer alan Budge-Waller' in silyospinal merkezinde sonlanır.^{1,2} buradan başlayan ikinci sıra nöronlar internal jugular ven ve internal karotid arter arasında yer alan süperior servikal gangliyonda sinaps yaparlar. Üçüncü sıra nöronlar ise internal karotid arter etrafında pleksus yaparak ilerler, pupillanın dilatatör kaslarını, üst göz kapağının aksesuar levator kaslarını innerve eder. Hipotalamus ve beyin sapının iskemik ve tümoral lezyonları yanısıra servikal spinal kordun lezyonları da santral (birinci sıra) Horner sendromuna sebep olur. İkinci sıra (pregangliyonik) Horner sendromu olgularının %25'inde akciğer ve meme kansinomu gibi tümoral lezyonlar bulunmaktadır.³ Doğum travmasının yanı sıra radikal boyun diseksiyonu, torakoskopik sempatektomi cerrahileri sonrasında da ikinci sıra Horner sendromu görülebilmektedir. Postgangliyonik (üçüncü sıra) Horner sendromuna sebep olan lezyonların çoğunluğu vasküler kökenlidir.

Aşırı el terlemesi toplumun yaklaşık %1'inde görülebilmektedir. El terlemesi sosyal yaşamı olumsuz



Resim 2. Her iki ön aksiller hatta 1 cm'lik insizyon skarı

etkileyen, düşük morbidite, yüksek başarı oranı ve hasta memnuniyeti ile kesin tedavi edilebilen bir durumdur. Hiperhidrozisin tedavisinde psikoterapi, iyontofrez, botulinum toksin enjeksiyonu, çeşitli kremler ve cerrahi tedavi seçenekleri uygulanmaktadır.⁴ Günümüzde hiperhidrozisin tedavisinde kabul ve tercih edilen tedavi yaklaşımı endoskopik torakal sempatektomidir (ETS).⁵ Horner sendromu bu işlemin en ciddi komplikasyonlarından bir tanesi olup, bu işlemlerden sonra genellikle %5'in altında geçiçi veya kalıcı Horner sendromu bildirilmektedir.⁴ Görür ve arkadaşları tarafından 368 hastada uygulanan 530 ETS ameliyatı sonrasında %2,4 (9 hasta) oranında Horner sendromu görülürken; olguların sadece bir tanesinde (%0,2) izole miyozis izlenmiştir.^{7,9} Hastanın sadece bir tanesinde Horner sendromu bulguları geçmez iken; diğer hastaların bulgularının 3-45 gün arasında düzeldiği görülmüştür. ETS sonrası Horner sendromu gelişen hastalarda üç gün süresiyle 1 mg/kg metilprednizolon tedavisi önerilmektedir. Erdik ve arkadaşları ise ETS sonrası Horner sendromu oranını %1 (2 hasta) olarak tespit etmiştir.⁸ ETS işlemi sırasında endomakas yardımıyla koter eşliğinde T2- T3 gangliyonlar ve sempatik zincir rezeke edilmektedir. Stellat gangliyon hasarı ETS sonrası Horner sendromu gelişme riskini arttırmaktadır. İşlem esnasında koterin etraf dokularda uzun süre uygulanması, yakıcı etkinin T1 gangliyona ulaşmasına sebep verebilmektedir. Horner sendromu ve kompensatris terleme gibi komplikasyonları azaltmak için T4 sempatektomi uygulanabilmektedir.⁹ Bizim olgumuzda T3-T4 sempatektomi uygulanmasına rağmen Horner sendromu gelişmiştir. Bu olgularda Horner sendromunun sadece T1- T2 gangliyona uygulanacak cerrahi travma veya koter hasarıyla değil; torakoportların yerleştirilmesi esnasında intratorasik negatif basıncın değişmesine bağlı da olabileceği düşünülmektedir.¹⁰ Alternatif bir tedavi yöntemi olarak uygulanabilen torakoskopik sempatotominin de, hiperhidrozis tedavisinde etkin ve güvenilir olduğu ve sonucunda sempatektomiye göre daha az sıklıkta Horner sendromu geliştiği bildirilmiştir.¹¹

Aşırı el terlemesi için yapılan ETS sonrası gelişen Horner sendromu, bu cerrahinin en ciddi, hem hasta hem de hekimi

en çok mutsuz eden komplikasyonu olup bazı hastalarda kalıcı olabilmektedir. Genellikle çoğunlukla geçici olan ve 3-45 gün içerisinde düzelme görülen bu hastalarda erken dönemde metilprednizolon tedavisi uygulanabilir. Bizim olgumuzda ise operasyon sonrası 5. ayda şikayetlerinin azalmasına rağmen hala Horner sendromu bulguları devam etmektedir.

Bu olgu sunumu ile Horner sendromuna yol açabilecek ancak nadir sebeplerden biri olan ETS işleminde dikkat çekilmek istenmiş, ETS'de stellat gangliyon korunmasına rağmen Horner sendromunun ortaya çıkabileceği vurgulanmıştır.

Kaynaklar

1. Walton KA, Buono LM. Horner syndrome. *Curr Opin Ophthalmol.* 2003;14:357-63.
2. Thompson HS. Johann Friedrich Horner (1831-1886). *Am J Ophthalmol.* 1986;102:792-5.
3. Kawasaki A. Disorders of pupillary function, accommodation, and lacrimation. In: Walsh & Hoyt's Clinical Neuroophthalmology, Miller NR, Newman NJ, ed.6 baskı. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 739-805.
4. Vorkamp T, Foo FJ, Khan S, Schmitto JD, Wilson P. Hyperhidrosis: evolving concepts and a comprehensive review. *Surgeon.* 2010;8:287-92.
5. Turhan K, Çakan A, Çağrı U. Preserving T- 2 in thoracic sympathectomy for palmar hyperhidrosis: less tissue trauma, same effectiveness. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2011;59:353-6.
6. Rajesh YS, Pratap CP, Woodyer AB. Thoracoscopic sympathectomy for palmar hyperhidrosis and Raynaud's phenomenon of upper limb and excessive facial blushing: a five year experience. *Postgrad Med J.* 2002;78:682-4.
7. Görür R, Yıldızhan A, Türüt H, ve ark. El terlemesi nedeniyle uygulanan 530 sempatektomi ameliyatı ve uzun dönem sonuçların değerlendirilmesi. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg.* 2009;17:28-32.
8. Erdik O, Karasu S, Haberal İ, Yıldızhan A, Ayata A, Yıldırım A. 349 Torakoskopik sempatektomi ameliyatının cerrahi sonuçları. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi.* 2006;14:290-4.
9. Chou SH, Kao EL, Li HP, Lin CC, Huang MF. T4 sympathectomy for palmar hyperhidrosis: an effective approach that simultaneously minimizes compensatory hyperhidrosis. *Kaohsiung J Med Sci.* 2005;21:310-3.
10. Gossot D, Kabiri H, Caliendo R, Debrosse D, Girard P, Grunenwald D. Early complications of thoracic endoscopic sympathectomy: a prospective study of 940 procedures. *Ann Thorac Surg.* 2001;71:1116-9.
11. Wait SD, Killory BD, Leković GP, Ponce FA, Kenny KJ, Dickman CA. Thoracoscopic sympathectomy for hyperhidrosis: analysis of 642 procedures with special attention to Horner's syndrome and compensatory hyperhidrosis. *Neurosurgery.* 2010;67:652-6; discussion 656-7.