

JUGULER SANTRAL VENÖZ KATETERİZASYONA BAĞLI HORNER SENDROMU: BİR OLGU SUNUMU

Horner's Syndrome Secondary to Internal Jugular Catheterization: A Case Report

İsmail Sarı¹, Aysun Aybal², Bülent Eser², Aydın Ünal², Fevzi Altuntaş²,
Ali Ünal², Mustafa Çetin²

Özet

Bu yazıda, periferik damar yolu açılmaması nedeniyle internal juguler vene kateter takılan ve sonrasında Horner Sendromu gelişen non-Hogkin lenfomalı bir olgu sunulmuştur. Boyun bölgesi ve pulmoner apekte kitle lezyonunun olmaması, diğer nörolojik bulguların normal olması, Horner sendromunun internal juguler vene kateter takılmasına bağlı olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Horner sendromu; Juguler ven; Kateterizasyon.

Abstract

We present a case who developed Horner's syndrome following repeated attempts at catheterization of the internal juguler vein for parenteral antimicrobial drug administration. No other neurologic finding or evidence of mass lesions in the neck or pulmonary apex could be determined. Horner's syndrome should be considered as a possible complication of percutaneous internal juguler vein catheterization.

Key Words: Catheterization; Horner syndrome; Juguler veins.

Giriş

Santral venöz kateterizasyon periferik damar yolu bulunamayan, sık intravenöz mayi ve transfüzyon gereken hastalarda sıklıkla uygulanan bir yöntemdir. Hemato-onkolojik hasta grubunda bu endikasyonlara ek olarak standart kemoterapi uygulanımı veya yüksek doz tedaviyi takiben yapılan periferik hematopoitik kök hücre transplantasyonu (PHKHT) sırasında kalıcı veya geçici santral venöz kateterizasyon gerekebilir. Yine, PHKHT sonrasında eritrosit-trombosit süspansiyonu transfüzyonu, febril nötropenik hastalarda uygulanan intravenöz antibiyotik tedavisi için de sıklıkla santral venöz kateter takılmaktadır (1, 2).

Bununla birlikte, perkütan santral venöz kateter takılması uzun süreli damar yolu sağlarken; tromboz, katater enfeksiyonu ve sepsis gibi komplikasyonlara da yol açabilir. Özellikle subklavian ve internal juguler vene kateterlere bağlı yüksek oranda vena kava superior sendromu riski vardır.

İnternal juguler ven kateterizasyonunun çok nadir görülen bir komplikasyonu da Horner sendromudur. Literatürde, çeşitli hasta gruplarında gerek tanı gerekse tedavi amaçlı uygulanan internal juguler ven kateterizasyonuna bağlı Horner sendromu bildirilmekle birlikte, kateterizasyonun çok sık kullanıldığı hemato-onkolojik hasta grubu ile ilgili çok fazla yazı bulunmamaktadır (3-5).

¹Pamukkale Ün. Tıp Fak. Hematoloji BD., Denizli, Turkey.

²Erciyes Ün. Tıp Fak. Dedeman Hast., Hematoloji BD., Kayseri, Turkey.

Geliş Tarihi: 9 Aralık 2004

Bu amaçla, yazımızda periferik damar yolu açılmaması nedeniyle internal juguler vene kateter takılan ve sonrasında Horner sendromu gelişen non-Hogkin lenfomalı bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yatışından yaklaşık dört ay önce Anaplastik büyük hücreli lenfoma tanısı alan ve 3 siklus CHOP (siklofosfamid, adriablastin, vinkristin, prednizolon) kemoterapisine rağmen ilerleme saptanan hasta, daha agresif bir kemoterapi rejimi uygulanmak üzere hematoloji servisine yatırıldı. Yatışı sırasında yapılan fizik incelemede inguinal lenfadenopati üzerinde ülsere lezyonu ve 38.6 °C ateşi vardı. Yapılan tam kan sayımı incelemesinde, mutlak nötrofil sayısının 300 olması üzerine febril nötropeni düşünülerek intravenöz sefepim+amikasin tedavisi planlandı.

Periferik damar yolu bulunamayan, uygun antibiyotik ve ardından kemoterapi protokolünün uygulanabilmesi için uzun süreli damar yolu ihtiyacı olan hastaya, sağ internal juguler ven kateterizasyonu uygulandı. Kateter takıldıktan yaklaşık 24 saat sonra sağ gözde miyoz, göz kapağında pitoz gelişti (Resim 1). Kateter takılmadan önce yapılan fizik muayenesi normaldi. Bilgisayarlı beyin tomografisi normal olan hastanın bu bulguları, santral venöz kateter sonrası gelişen Horner sendromuna bağlandı. Kateter çekildikten sonraki izleminde Horner sendromu bulguları kayboldu.

Tartışma

Horner sendromu; miyozis, pitozis, enoftalmus ve göz bulgularının olduğu yüz tarafında terleme kaybı ile birlikte kendini gösteren bir sendromdur. Gözün sempatik duyulanmasının uzun olması nedeniyle, lezyon yeri hipotalamustan itibaren beyin sapında, spinal kord (torasik-segment) düzeyinde, servikal sempatik ganglionda veya karotid arter üzerindeki sempatik pleksusta olabilir.

Birinci sıra nöronlar; hipotalamustan yukarı torasik spinal korda uzanır. Buradaki hasar genellikle medulla oblongata veya servikal korddaki lezyonlar sonucu

meydana gelir. İkinci sıra nöronlar (pregangliyonik lifler), yukarı torasik korddaki intermediolateral hücre kolonlarının çevresindedir. T1-2 spinal sinirle dışarı çıktıktan sonra, boyunda yukarı servikal ganglion ile sinaps yapmak için aşağı ve orta servikal ganglionları geçer. Akciğer apeksinde yer alan tümörler, boyun bölgesindeki travma ve cerrahi işlemler pregangliyonik Horner sendromuna neden olur. Üçüncü sıra nöronlar veya post ganglionik lifler, karotid arter ile birlikte orbitaya ve silier sinirlere ulaşır. Bir kısım lifler ise eksternal karotid arter ve dalları ile yüzdeki ter bezlerine ulaşır. Postganglionik Horner sendromu; kavernoöz sinüs, orta kulak, karotid kanal, boyun bölgesinde gelişen tümörler ve bu bölgelerdeki inflamatuvar lezyonlar ile meydana gelebilir (6, 7).

Söz konusu olguda kateterizasyon amaçlı tekrarlayan girişimler sonucu preganglionik Horner sendromu gelişmiştir. Boyun bölgesi ve pulmoner apekte kitle lezyonunun olmaması, diğer nörolojik bulguların normal olması, Horner sendromunun internal juguler vene kateter takılmasına bağlı olduğunu düşündürmektedir. Bu durum sadece tekrarlayan girişimlerde değil, deneyimli kişiler tarafından ilk seferde takılan kateterler sonrasında da görülebilir. Preganglionik Horner Sendromunun, travma veya cerrahi sonrası meydana gelen C8 veya T1 disk herniasyonunda, brakial pleksus travmasında, kardiyak pacemaker takılırken meydana gelebileceği gibi pnömotoraks, koroner arter bypass cerrahisi sonrasında da oluşabileceği bildirilmiştir. Ayrıca, anestezi ajanlarının epidural uygulamasında preganglionik nöronların geçici olarak bloke olabileceği gösterilmiştir (7). Karotid stenozu tedavisinde stent yerleştirilmesi sonrası aynı taraf karotid duvar hematomu gelişmesi ile Horner sendromu oluşabildiği bildirilmiştir (8). Santral venöz kateterin ekstravasküler migrasyonuna bağlı bir komplikasyonu olan hidrotoraksa sekonder Horner Sendromu gelişebilir (9).

Olgumuzda Horner Sendromu kısa sürede geri dönmüştür. Servikal zincirde meydana gelen lezyonlarda sinir liflerindeki rejenerasyon sayesinde Horner sendromunda kısa sürede düzelmeye gözlenebilir.

Bununla birlikte, superior servikal ganglionda meydana gelen hasarlar kalıcı olabilir (4).

Sonuç olarak; hemato-onkolojik hastalarda, damar yolu problemi veya uzun süreli intravenöz tedavi nedeniyle internal juguler ven kateterizasyonu sık uygulanır. Bu grup hastalarla uğraşan klinisyenlerin; sık görülen kanama, tromboz ve infeksiyon gibi kateter komplikasyonları yanında nadir ama olası bir komplikasyon olan Horner sendromu açısından da dikkatli olması gerekir.



Resim 1: Internal Juguler ven kateterizasyonu sonrası Horner sendromu gelişen hastamız.

REFERANSLAR

1. Landoy Z, Rotstein C, Lucey J, Fitzpatrick J. Hickman-Broviac catheter use in cancer patients. *J Surg Oncol* 1984; 26: 215-218.
2. Cogliati AA, Dell'Utri D, Picardi A, et al. Central venous catheterization in pediatric patients affected by hematological malignancies. *Haematologica* 1995; 80: 448-450.
3. Garcia EG, Wijdicks, Younge BR. Neurologic complications associated with internal juguler vein cannulation in critically ill patients: a prospective study. *Neurology*. 1994;44:951-952.
4. Taskapan H, Oymak O, Dogukan A, Utas C. Horner's syndrome secondary to internal juguler catheterization. *Clin Nephrol*. 2001;56:78-80.
5. Bourque PR, Paulus EM. Chest-tube thoracostomy causing Horner's syndrome. *Can J Surg*. 1986;29:202-203.
6. Teich SA, Halprin SL, Tay S. Horner's syndrome secondary to swan ganz catheterization. *Am J Med* 1985; 78:168-170.
7. Parikh RK. Horner's syndrome. A complication of percutaneous catheterisation of internal jugular vein. *Anaesthesia* 1972; 27: 327-329.
8. Rosenkranz M, Eckert B, Niesen WD, Weiller C, Sliwka U. Horner syndrome related to ipsilateral carotid wall hematoma after stent placement for the treatment of carotid stenoses. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2003;24:1508-1511.
9. Milam MG, Sahn SA. Horner's syndrome secondary to hydromediastinum. A complication of extravascular migration of a central venous catheter. *Chest*. 1988;94: 1093-1094.