

Sezaryen İçin Uygulanan Lomber Epidural Anestezi Sonrası Gelişen Horner Sendromu

Muharrem Koçyiğit

Maslak Acıbadem Hastanesi, Anesteziyoloji, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Horner sendromu epidural anestezi sonrası görülebilen nadir, benign komplikasyondur. İnsidansı belli değildir, fakat genel popülasyona göre obstetri hastalarında daha sık görülmektedir. Servikal sempatik sinirlerin blokajı ile meydana gelmektedir. Bu olgu sunumu, lomber epidural anestezi sonrası sezaryen uygulanan olguda gelişen Horner sendromu'nu sunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Horner Sendromu, epidural anestezi, sezaryen

HORNER SYNDROME FOLLOWING LUMBAR EPIDURAL ANESTHESIA FOR CAESAREAN SECTION

Horner syndrome is a benign and rare complication following epidural anesthesia. The incidence is unknown but common at obstetric patients than the general population. It occurs with blockade of cervical sympathetic nerve fibers. This case report presents a case of horner syndrome following lumbar epidural anesthesia for caesarean section.

Key words: Horner Syndrome, epidural anesthesia, caesarean section

Miyozis, pitozis, enoftalmus, konjonktival ve fasiyal konjesyon ile karakterize olan Horner sendromu lomber epidural anestezi sonrası nadir görülmektedir (1). Horner Sendromu servikal sempatik sinirlerin blokajı sonucu meydana gelmektedir. Bu yazı, sezaryen için epidural anestezi uygulaması sonucu görülebilen, benign ve geçici bir komplikasyon olan horner sendromunu sunmaktadır.

Olgu sunumu

Otuzbir yaşında, 80 kg ağırlığında, 175 cm boyunda, 39. gestasyon haftasındaki primigravida hasta elektif sezaryen için operasyona alındı. Özgeçmişinde özellik yoktu, laboratuvar değerleri normal sınırlarda idi. Operasyon öncesi hastaya 500 ml Ringer laktat infuzyonu uygulandı. Operasyon odasında hasta EKG, pulse oksimetre ve non invaziv arter basınç monitörizasyonu takiben oturur pozisyonda steril şartlar altında cilt ciltalı lokal anestezisi sağlanarak Lomber

3-4. intervertebral aralıktan, median yaklaşımla, 18G Touhy iğnesi ile direnç kaybı tekniği ile hava kullanılarak 6 cm'de epidural aralığa girildi. Kateter sefalad ileletilerek 10 cm ciltte tespit edildi, epidural boşluktaki kateter uzunluğu 4 cm idi. Supin pozisyonda aortakaval kompresyonu engellemek için hasta 15 derece sola yatırıldı. 3 ml %2' lik lidokain 1:200000 epinefrin ile intravasküler ve intratekal yerleşim olmadığı test edilen hastaya epidural kateterden 50 mcg fentanil ve 12 ml %0.5 izobarik bupivacaine bolus uygulandı. Hemodinamisi stabil seyreden hastanın enjeksiyondan 10 dk sonra sağ gözünde pitozis, miyozis ve konjonktival konjesyon görüldü. Pinprick testi ile T6 dermatomunda duyuşsal blok sağlanan hastada cerrahiye başlandı. Bebek çıkımı için yapılan abdominal manevradan 5 dk sonra hasta, bulantı ve her iki elde uyuşukluk hissetti; solunum sıkıntısı gelişti; arter basıncı: 105/65 mmHg, kalp tepe atımı: 68 dk, SpO2: %95 idi. 10 mg iv efedrin yapıldı, maske ile 4 lt/dk oksijen verildi. Arter basıncı: 130/75 mmHg, kalp tepe atımı: 85/dk, SpO2: %100 oldu, bulantı hissi kayboldu, solunumu rahatladı. Bebeğin 1.ve 5. Dk Apgar skoru sırasıyla 9 ve 10

idi. Kırk dakika süren operasyon sonunda, pinprick testinde duyuşal blok T4 hizasında idi. Hastada başağrısı, diplopi, nistagmus veya fotofobi gibi herhangi bir farklı nörolojik bulgu görülmedi. Diğer kraniyal sinir muayeneleri normal olarak değerlendirildi. İlk enjeksiyondan yaklaşık 2 saat sonra sağ gözdeki pitozis, konjonktival konjesyon geriledi, ellerdeki uyuşma hissi kayboldu. Postoperatif 3. gün şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Horner sendromu pitozis, miyozis, anhidrosis, konjonktival ve fasiyal konjesyon ile karakterizedir. Trigeminal ve hypoglossal sinir blokajı bulgularının da eşlik ettiği olgular bildirilmiştir (2,3).

Horner sendromu öncelikli olarak servikal pleksus, brachial pleksus, stellat ganglion blokajlarında, intraoral anestezide görülebilmektedir. Torakal, lomber, kaudal yaklaşımlı epidural anestezi, intraplevral anestezi uygulamalarında da görülebilmektedir. Diğer nedenler ise yüz ve boyun cerrahisi ve travmadır (4). Bu olguda ise lomber epidural anestezi uygulamasından sonra görülmüştür.

Epidural anestezi uygulamalarında Horner sendromunun insidansı belli olmamakla birlikte normal popülasyona göre obstetri olgularında daha sık görüldüğü bildirilmiştir (5). Clayton ve ark.'ı insidansın epidural ile doğum analjezisi uygulanan gebelerde %1,33; epidural ile sezaryen anestezisi uygulanan gebelerde %2,5 olduğunu bildirmişlerdir (6). Buna karşılık Rabinovich ve ark.'ının yaptıkları çalışmada horner sendromunun görülme insidansını epidural anestezi uygulanmış gebelerde %0,13 olarak bildirmişlerdir (4598 hastada 6 hasta) (7).

Horner sendromunda görülen bulgular pupil, levatör palabrae, konjonktiva ve yüzdeki sempatik sinir uyarısının blokajı, parasempatik aktivitenin artması sonucu oluşmaktadır. Epidural anestezi sonrası Horner Sendromu oluşumunun en önemli nedeni uygulanan lokal anestezinin sefale doğru yayılması ile sempatik blokajın oluşması sonucu meydana geldiği ileri sürülmektedir (8). Lokal anestezinin sefale doğru yayılmasının nedeni ise gebelerde epidural boşluğun daralmasıdır. Gebelerde kan volumünün artışı, büyük uterusun ve yapılan valsalva manevralarının nedeni olduğu intraabdominal basıncın artışı epidural venlerin genişlemesine neden olur. Bunun sonucunda düşük volüme sahip olan epidural boşluk biraz daha daralır (9). Bununla birlikte her uterus kontraksiyonu sonrası epidural venlerin genişlemesiyle epidural basınç artmakta epidural boşluk daha da daralmaktadır (10). Uterus

kontraksiyonları sırasında lokal anestezik uygulaması da epidural basıncı artırabilmekte ve sonuçta lokal anestezik sefale doğru yayılmaktadır (10).

Supin pozisyonda sefale doğru yayılan lokal anestezinin torakal 1-4 seviyede preganglionik sempatik lifleri bloke etmesi sonucu unilateral veya bilateral horner sendromu olabilmektedir. Bu olguda da unilateral gelişmiştir. Epidural kateterin lateral pozisyonda takılması, kateterin asimetrik yerleşmesi, epidural boşluk içinde septaların olması lokal anestezinin sefale yayılmasına ve sıklıkla unilateral sempatik blokaja neden olabileceği öne sürülmüştür (1). Buna karşılık Rabinovich ve ark. vücut kitle indeksinin yüksekliği, epidural girişim sırasında hasta pozisyonunun ve epidural boşlukta bırakılan kateterin uzunluğunun ve epidural boşluktaki lokal anestezik konsantrasyonunun horner sendromuna neden olmadığını ileri sürmüşlerdir (7). İstemsiz dural ponksiyonda ve lokal anestezinin subaraknoid enjeksiyonunda da horner sendromu görülme olasılığının arttığı bildirilmiştir.

Chandrasekhar ve ark epidural analjezi ile doğum uygulanan olguda, %0,04 bupivacaine gibi çok düşük konsantrasyonda ve 1,66mcg/ml fentanyl içeren solüsyondan 15 ml bolus ve 15 ml/st infüzyon uygulanması ile 1 saat sonra gelişen horner sendromu bildirmişlerdir (11). Esmer ve ark.'ı sezaryen için 17 ml %0,5 bupivacaine ve 100 mcg fentanyl ile epidural blok sonucu gelişen horner sendromu olgusunu bildirmişlerdir (12). Bu olguda 12 ml %0,5 bupivacaine ve 50 mcg fentanyl ile horner sendromu görüldü. Buradaki olguda ilaç konsantrasyonu doğum analjezisine göre yüksek konsantrasyonda fakat düşük volümdedir, epidural anestezi için lokal anestezik aynı konsantrasyonda fakat daha düşük volümdedir.

Horner sendromunun görülmesine neden olan bir diğer faktör ise sempatik preganglionik B liflerinin duysal A ve C liflerine göre lokal anestezinin aktivitesine yüksek sensitiviteye sahip olması ve progesteronun bu sensitiviteyi artırması olarak bildirilmiştir (1,8).

Tüm bu bulgular dahilinde buradaki olguda horner sendromunun görülme sebebini epidural aralığın gebelikte daralması, epidural basıncın artması, lokal anestezige sempatik liflere afinitesinin fazla olması nedeniyle meydana geldiğini öne sürebiliriz.

Bulguların ortaya çıkış süresi ortalama 25 dk (2-100 dk.) kaybolma süreleri ise ortalama 215 dk (3 dk-24 saat) olarak bildirilmiştir (5). Hastamızda bulgular enjeksiyondan 10 dk sonra görüldü ve kaybolması yaklaşık 2 saat sürdü.

Horner sendromunun benign ve spontan geri dönüşlü bu bulgularına yüksek sensoryal blokajın neden olduğu trigeminal parestezi, ses kısıklığı, kollarda uyuşukluk hissi, maternal hipotansiyon, solunum yetmezliği ve fetal bradikardi eşlik edebildiği bildirilmiştir (2,13). Hastamızda da kollarda uyuşukluk maternal hipotansiyon ve solunum sıkıntısı görülmüştür, fetal bradikardi görülmemiş olup, bebeğin 1. ve 5. dk apgar skorları 9 ve 10 idi.

Horner sendromunun görülen bu bulguları yüksek sempatik blokajın veya kardiyopulmoner arrestin habercisi olabildiği bildirilmiştir (1). Dolayısı ile epidural anestezi uygulanmış hastalarda Horner sendromunun erken farkına varılması, hastanın oluşabilecek anksiyetesinin giderilmesi ve blokaj ortadan kalkana kadar postoperatif yakın takibinin yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Barbara R, Tome R, Barua A, Barbara A, Gaitini L, Odeh M, Garzozzi H, Transient Horner syndrome following epidural anesthesia for labor: case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2011;66: 114-9
2. Lynch JH, Keneally RJ, Hustead TR. Horner's syndrome and trigeminal nerve palsy following epidural analgesia for labor. *J Am Board Fam Med* 2006;19:521-3.
3. Rowley C, Onslow J, Weston A. Hypoglossal nerve palsy, trigeminal nerve palsy and Horner's Syndrome in association with epidural block. *Int J Obstet Anesth* 2009;18:191-2.
4. Wong SY, Lin CF, Lo LM, Peng TC, Chuah EC. Postpartum unilateral Horner's syndrome following lumbar epidural anesthesia after a Caesarean delivery. *Chang Gung Med J*. 2004;27:624-8
5. Biousse V, Guevara RA, Newman NJ. Transient Horner's syndrome after lumbar epidural anesthesia. *Neurology* 1998;51: 1473-5.
6. Clayton KC. The incidence of Horner's syndrome during lumbar extradural for elective Caesarean section and provision of analgesia during labour. *Anaesthesia* 1983;38:583-5.
7. Rabinovich A, Abedelhadya R, Mazora M, Piuraa B, Margolinb E. Horner's syndrome following epidural analgesia during labor: report of six cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;149:229-30.
8. Narouze SN, Basali A, Mandel M, Tetzlaff JE. Horner's syndrome and trigeminal nerve palsy after lumbar epidural analgesia for labor and delivery. *J Clin Anesth* 2002;14:532-4.
9. Zoellner PA, Bode E. Horner's syndrome after epidural block in early pregnancy: *Reg Anesth* 1991;16:242-4
10. Sprung J, Haddox JD, Maitra-D'Cruze AM. Horner's syndrome and trigeminal nerve palsy following epidural anaesthesia for obstetrics. *Can J Anaesth* 1991;38:767-71.
11. Chandrasekhar S, Peterfreund RA. Horner's syndrome following very low concentration bupivacaine infusion for labor epidural analgesia. *J Clin Anesth* 2003;15:217-9.
12. Esmer B, Öztürk E. Sezaryen olgusunda epidural anestezi sonrası gelişen Horner Sendromu: Olgu sunumu. *Anestezi* 2003;11:158-60.
13. Holzman RS. Unilateral Horner's syndrome and brachial plexus anesthesia during lumbar epidural blockade. *J Clin Anesth* 2002; 14: 464-6.