Rare Complication of Tube Thoracostomy: Horner's Syndrome

Göğüs Tüpünün Nadir Komplikasyonu: Horner Sendromu

Horner Sendromu / Horner's Syndrome

Fatih Hikmet Candaş
Department of Thoracic Surgery, GATA Haydarpaşa Training Hospital, Istanbul, Türkiye.

To the Editor:

Derginizde published online olarak yayınlanan "Göğüs Tüpünün Nadir Komplikasyonu: Horner Sendromu" başlıklı Sayın Çelik ve ark.[1] tarafından yazılan olgu sunumunu ilgiyle okudum. Bu konuyla ilgili bir kaç noktaya temas etmek istiyorum.

Çelik ve ark.,[1] aşırı el terlemesi nedeniyle bilateral torakal sempatektomi uyguladıkları olgularına bilateral tüp torakostomi yerleştirerek ameliyatlarını sonlandırmışlar ve olgularında postoperatif birinci günde sağ Horner sendromu saptamışlardır. Horner sendromunun nedenini ise apikal yerleşimli toraks tüpünün stellat gangliyona basısına bağlı olarak geliştiğini, drenin geri çekildiğini ve 10 gün içinde semptomların düzeldiğini bildirmişlerdir.

Servikotorasik gangliyon olarak da tanımlanan stellat gangliyon genellikle inferior servikal gangliyon ve torakal (T) 1. sempatik gangliyonun birleşmesinden oluşmaktadır. Yapılan kadavra çalışmalarında stellat gangliyonun insidansı %75-88 arasında bildirilmiş olup %65 oranında ise bilateral görülebilmektedir.[2] Stellat gangliyonun yapısına %5 oranında T2 sempatik gangliyon da katılabilmektedir.[3] Bu nedenle torakal sempatektomi uygulanacak olan hastalarda T2 sempatik gangliyona müdahale edilecekse Horner sendromu açısından dikkatli olunmalıdır.

Çelik ve ark.[1] da bildirdiği gibi stellat gangliyon ile paryetal plevra arasında ince bir bağ dokusu olan endotorasik fasiya bulunur. Bu nedenle apikal yerleşimli toraks tüpü, solunumsal hareketlerin de etkisiyle stellat gangliyonda oluşturduğu travma sonrası Horner sendromu geliştirebileceği gibi,[4] spontan pnömotoraksa bağlı Horner sendromu gelişebileceği de bildirilmiştir.[5]

Kaya ve ark.[6] yalnızca tüp torakostomi uyguladıkları 662 hastanın 5'inde (%0.8) Horner sendromu saptamışlardır. Koçer ve ark.[7] ise uyguladıkları 626 tüp torakostomi girişiminde Horner sendromu saptamadıklarını bildirmiş olup bu durumu tüp torakostomi sırasında omuz ağrısı gelişen hastalarda tüpü biraz geri çekerek tespit etmelerine bağlamışlardır.

Thomas ve ark.[8] iki olgularını da sundukları literatür taramasında, tüp torakostomiye bağlı Horner sendromu gelişen toplam 24 olgunun semptomlarının dağılımını; %91.3 pitozis, %58.3 miyozis, %30.4 anhidroz, %21.7 anizokori, %17.4 enoftalmus olarak bildirmişlerdir. Olguların %45.8'inde, kısmi (%25) ve tam (%20.8) olmak üzere sekel kaldığını saptamışlardır. Yaptıkları literatür taramasında üç olguda ise tüp torakostominin sonlandırılmasından sonra Horner sendromu geliştiğini, bu durumu da tekrarlayan travmaya bağlı olarak geç gelişen skar dokusu nedeniyle oluşabileceğini ifade etmişlerdir.

Sonuç olarak; tüp torakostomiye bağlı gelişen Horner sendromu vakalarının yaklaşık yarısında tam veya kısmi sekel kaldığı da göz önünde bulundurulursa, toraks tüpünün gerekli olmadıkça apekse kadar ilerletilmemesi, aksi durumda muhtemel gelişebilecek olan komplikasyoları engelleyebilmek amacıyla bir miktar geri çekilmesi veya tekrar pozisyon verilmesi daha uygun olacaktır. Nadir fakat kalıcı sekellere neden olabilecek olgu örneğini bizlerle paylaştıkları için Sayın Çelik ve arkadaşlarına teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Kaynaklar

1. Çelik B, Gürz S, Pirzirenli MG, Sürücü ZP. Göğüs Tüpünün Nadir Komplikasyonu: Horner Sendromu. J Clin Anal Med. DOI: 10.4328/JCAM.2311
2. Pather N, Partab P, Singh B, Satyapal KS. Cervico-thoracic ganglion: its clinical implications. Clin Anat. 2006;19(4):323-6.
3. Singh B, Ramsaroop L, Partab P, Moodley J, Satyapal KS. Anatomical variations of the second thoracic ganglion. Surg Radiol Anat. 2005;27(2):119-22.
4. Thomas DT, Dagli TE, Kiyan G. Horner's syndrome as a rare complication of tube thoracostomy: case reports and review of literature. J Pediatr Surg. 2013;48(6):1429-33.
5. Mutalib M, Vandervelde C, Varghese A, et al. Horner's syndrome secondary to asymptomatic pneumothorax in an adolescent. Eur J Pediatr. 2007;166(5):507-8.
6. 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(6):1025-8.
7. Koçer B, Gülbahar G, Yıldırım E, Dural K, Sakıcı Ü. Tüp Torakostominin 603 Hastadaki Komplikasyonları. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(3):895-9.

DOI: 10.4328/JCAM.2459 Received: 04.04.2014 Accepted: 04.04.2014 Publihed Online: 08.04.2014 J Clin Anal Med 2015;6(6):869
Corresponding Author: Fatih Hikmet Candaş, Department of Thoracic Surgery, GATA Haydarpaşa Training Hospital, Istanbul, Türkiye
GSM: +905053295326 E-Mail: fhcandas@yahoo.com