

Herpes Zoster Oftalmikus Sonrası Gelişen Horner Sendromu

Horner's Syndrome Following Herpes Zoster Ophthalmicus

Berker Bakbak¹, Ali Rıza Cenk Çelebi², Cumhuri Şener²

¹Kars Devlet Hastanesi, Oftalmoloji Kliniği ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Nöro-Oftalmoloji Programı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Turk Norol Derg 2009;15:82-84

ÖZET

Altmış yaşında kadın hasta sol üst kapağında düşüklük şikayeti ile başvurdu. Sekiz hafta önce herpes zoster oftalmikus nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi. Nöro-oftalmolojik muayenesinde sol gözde miyozis ve sol kapakta pitozis saptandı. Apraklonidin ve hidroksiamfetamin testleri sonrası postganglionik Horner sendromu tanısı koyuldu. Herpes zoster oftalmikus nedeniyle gelişen Horner sendromunun nadir olması ve tanıda damla testlerinin önemini vurgulamak amacıyla olgunun sunulması uygun görüldü.

Anahtar Kelimeler: Horner sendromu, herpes zoster oftalmikus.

ABSTRACT

Horner's Syndrome Following Herpes Zoster Ophthalmicus

Berker Bakbak^{1,2}, Ali Rıza Cenk Çelebi³, Cumhuri Şener³

¹Kars State Hospital, Ophthalmology Clinic and Hacettepe University Health Science Institute,
Neuro-Ophthalmology Program, Ankara, Turkey

²Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, University of Hacettepe, Ankara, Turkey

A 60-year-old woman presented with the complaint of left upper eyelid ptosis. Eight weeks earlier she was treated with antiviral agents for herpes zoster ophthalmicus. Neuro-ophthalmic examination revealed ptozis and miyozis in her left eye. Based on apraklonidine and hydroxyamphetamine test results the patient was diagnosed as postganglionic Horner's syndrome. The rarity of Horner's syndrome following herpes zoster ophthalmicus and the importance of topical agents in its diagnosis are emphasized.

Key Words: Horner syndrome, herpes zoster ophthalmicus.

GİRİŞ

Horner sendromu pitozis, miyozis ve ipsilateral yüz tarafında terleme kaybı ile kendini gösteren bir klinik tablodur. Bu sendromun etyolojisinde santral, pregangliyonik ve postgangliyonik yerleşim gösteren patolojiler yer alır. Varisella zoster trigeminal sinir gangliyonda latent kalabilen ve reaktive olduğunda gangliyondu duysal sinir boyunca yayılan bir DNA virüsüdür. Herpes zoster oftalmikus sonrası gelişen Horner sendromu literatürde toplam 4 ayrı olguda bildirilmiştir (1-4). Bu yazıda, Horner sendromu gelişen herpes zoster oftalmikuslu bir olgu sunulmuş ve tanıda damla testlerinin önemi vurgulanmıştır.

OLGU

Altmış yaşında kadın hasta sol göz kapağında düşüklük nedeniyle konsülte edildi. Hasta, 8 hafta önce ağrı ve şişlik ile başlayan veziküler döküntüler belirtmekteydi. Bu şikayetleri için başvurduğu hekimin önerisiyle 10 gün süreyle asiklovir 400 mg x 4 kullandığını ve tedaviden 3 hafta sonra sol göz kapağında düşüklük meydana geldiğini ifade etmekteydi. Oküler travma veya ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Sol periorbital bölgede ve alın yarısında iyileşmekte olan veziküler lezyonlar gözlemlendi. Yapılan nörooftalmolojik muayenesinde görme keskinliği 20/20 idi. Görme alanı ve fundus değerlendirmesinde patoloji saptanmadı. Göz hareketleri tüm yönlere serbestti. Sol pupilla sağ pupillaya göre 2 mm daha miyotik idi (Resim 1*). Anizokorisi karanlık ortamda daha belirgin olmaktadır. Her iki göze %0.5 apraklonidin damlatıldıktan 1/2 saat sonra sol tarafta pitoziste düzelme ve sol pupillada büyüme saptanırken, sağ pupillada değişiklik saptanmadı (Resim 2*). Bir hafta sonra yapılan %1 hidroksiamfetamin testinde sağ pupillanın belirgin midriyatik yanıtına karşın sol pupillada minimal bir genişleme saptandı (Resim 3*). Radyolojik incelemelerde kraniyal, torasik ve oküler bölgede lezyona rastlanmadı. Nörolojik muayenesinde başka patoloji bulunmayan hastada postgangliyonik Horner sendromu düşünüldü.

* Hasta fotoğraflarının yayınlanması için onay alınmıştır.



Resim 1. Sol tarafta pitozis ve miyozis.



Resim 2. Apraklonidin sonrası sol midriyazis ve pitoziste düzelme. İyileşmekte olan veziküler döküntüler (oklarla gösterilmiştir).



Resim 3. Hidroksiamfetamin sonrası sağ tarafta midriyazis, sol da minimal dilatasyon.

TARTIŞMA

Göz ve adnekslerin sempatik innervasyonu santral sinir sisteminden başlayıp uzun bir yol katederek gözde sonlanan, 3 nöronlu bir yolak tarafından sağlanmaktadır. Birinci sıra; nöronlar posterior hipotalamustan başlar ve beyin sapı içerisinde C8-T2 servikotorakal spinal kord bölgesinde "Budge-Waller" siliyospinal merkezine kadar devam eder. İkinci sıra; pregangliyonik nöronlar süperior servikal gangliyonda sinaps yapar. Üçüncü sıra; postgangliyonik nöronlar süperior orbital fissürden geçerek orbitaya girer ve uzun posterior siliyer sinirler aracılığıyla iris dilatatör kaslarında sonlanır (5).

Varisella zoster virüsü çocuklarda suçiçeği, erişkinlerde zona hastalığına yol açan bir DNA virüsüdür. Virüs sensöriyel gangliyonlarda yıllarca latent olarak kalır. Sekonder enfeksiyon olarak gelişen herpes zoster enfeksiyonlarının görülme sıklığı %0.3-0.5'tir. Herpes zoster oftalmikus enfeksiyonları ise tüm zoster enfeksiyonlarının %10-15'ini oluşturur. Herpes zoster, nörooftalmolojik olarak çoğunlukla trigeminal siniri daha az olarak 3. ve 6. siniri etkiler (4,6,7). Herpes zoster sonrası Horner sendromu ise çok nadir olarak bildirilmiştir (1-4). Varisella zoster ile enfekte olmuş gözlerde yapılan oküler patoloji çalışmaları tüm oküler dokularda ağır granülomatöz ve nongranülomatöz inflamasyon oluştuğunu göstermiştir. Virüs sensöriyel sinirler boyunca replike olup dağılım göstermekle beraber, aynı zamanda inflame sinir ve dokudan komşu dokulara ya-

yılım gösterebilir. Bu süreç periferel sinir liflerinde meydana gelirse, replike olan virüs 5. sinirden, komşu 6. sinire ve sempatik sinirlere yayılma göstermektedir (1). Sempatik sinirlerin tutulması sonrası Horner sendromu gelişimi virüs replikasyonuna ve inflamatuvar yanıtı bağlı olarak değişebilmektedir. Yayınlanan olgularda infeksiyondan sonra 9 gün ile 6 hafta arasında değişen süreler bildirilmiştir (1-4). Bizim olgumuzda veziküler döküntülerden 3 hafta sonra kapakta pitozis gelişmiştir.

Horner sendromu tanısında kullanılan hidroksiamfetamin solüsyonu (paredrin) 3. nöronun noradrenalin salgılanmasını artırarak santral ve pregangliyonik olgularda pupilla dilatasyonu yaparken, postgangliyonik Horner sendromlu olgularda dilatasyon oluşturmaz. Olgumuzda kullanılan hidroksiamfetamin, farmakoloji bölümünden madde olarak temin edildi ve eczanede özel olarak hazırlandı. Hidroksiamfetamin damlatıldıktan sonra sempatik parezi düşünülen pupillada bir miktar genişleme olması norepinefrin miktarının tam olarak kaybolmayışı ile açıklanabilir. Apraklonidin %0.5 ise alfa-adrenerjik agonisti olan bir sempatomimetik ajandır ve ticari olarak mevcuttur (%0.5 iopidin). Günümüzde kokain damlaları yerine kullanılmaya başlanmıştır. Apraklonidin normal pupillada presinaptik α -2 inhibisyonu ile miyozis yaparken, Hornerli pupillalarda süpersensitiviteye bağlı olarak dilatasyon yapar ve anizokorinin terse dönmesine sebep olur (8).

Herpes zoster oftalmikus sonrası gelişen Horner sendromu tedavisinde antiviral ajanlar önerilmektedir. Dört hafta içinde pitozisin düzeldiği olgular bulunmakla beraber tedaviye dirençli pitozis de bildirilmiştir (1,3,4). Olgumuzun 6 aylık takibinde anizokoride düzelme görülmezken pitoziste minimal iyileşme izlenmiştir.

Herpes zoster oftalmikus, Horner sendromuna yol açabilen nadir sebeplerden biridir. Apraklonidin gibi temin edilmesi kolay yeni ajanların kullanımıyla Horner sendromu tanısı daha rahat konulabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Smith EF, Santamarina L, Wolintz AH. Herpes zoster ophthalmicus as a cause of Horner syndrome. *J Clin Neuroophthalmology* 1993;13:250-3.
2. Tola-Arribas MA, Zarco-Tejada JM, Marco-Llorente J. Horner's syndrome secondary to ophthalmic herpes zoster. *Rev Neurol* 1997;25:1922-4.
3. Kobayashi Y, Yamamoto T. Case of Horner's syndrome associated with ophthalmic herpes zoster. *Rinsho Shinkeigaku* 2007;47:105-8.
4. Pandey PK, Garg D, Bhatia A, Jain V. Horner's syndrome and sixth nerve palsy due to herpes zoster ophthalmicus arteritis. *Eye* 2005;19:224-6.
5. Gedik Ş. Pupilla fiziyojisi ve patolojileri. Aydın PO, Kansu T, Torun N (editörler). *Nöro-oftalmoloji El Kitabı*. Ankara: Güneş Kitabevi, 2008:306.
6. Quisling SV, Shah VA, Lee HK, Policeni B, Smoker WR, Martin C, et al. Magnetic resonance imaging of third cranial nerve palsy and trigeminal sensory loss caused by herpes zoster. *J Neuroophthalmol* 2006;26:47-8.
7. Haargaard B, Lund-Andersen H, Milea D. Central nervous system involvement after herpes zoster ophthalmicus. *Acta Ophthalmol* 2008;86:806-9.
8. Koc F, Kavuncu S, Kansu T, Acaroğlu G, Fırat E. The sensitivity and specificity of 0.5% apraklonidine in the diagnosis of oculosympathetic paresis. *Br J Ophthalmol* 2005;89:1442-4.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Uzm. Dr. Berker Bakbak

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye

E-posta: drberkerbakbak@yahoo.com

geliş tarihi/received 03/04/2009

kabul ediliş tarihi/accepted for publication 18/05/2009