

Editöre Mektup

Yoğun Bakımda Takip Edilen Hastada Ani Gelişen Anizokori

Ayfer AÇIKGÖZ *, Özcan Ulaş AÇIKGÖZ **, Alican AÇIKGÖZ ***, Bora AYKAÇ *, Kamil KARAÖĞLU *

Sayın Editör,

Bu makalede yoğun bakım ünitesinde 3 aydır yatağa bağımlı olarak takip edilen hastada ani gelişen anizokoriye yaklaşımı sunmayı amaçladık.

Aort diseksiyonu ameliyatı sonrası, sistemik hipertansiyon dışında bilinen ek hastalığı olmayan 54 yaşındaki hasta; aralıklı saptanan enfeksiyonlar nedeniyle 3 aydır yoğun bakım ünitemizde takip ve tedavi edilmekteydi. Yoğun bakım ünitesinde yatışının 90. gününde, salbutamol ve ipratropium bromür inhalasyon tedavisinin 1. haftasında, muayene sırasında anizokori tespit edildi. Hastanın yapılan göz muayenesinde; sağ pupillanın düzenli sola göre dilate ve ışık refleksinin olmadığı, sol pupillanın düzenli ve ışık refleksinin olduğu saptandı. İndirekt ışık refleksi sağda zayıftı. Anamnezinde herhangi bir göz sorunu, göz cerrahisi ya da durumu açıklayacak konjenital bir hastalık, aile öyküsü, daha önce bilinen veya o an eşlik eden baş ağrısı bulunmamaktaydı. İstenen nöroloji konsültasyonu ve çekilen beyin BT sonucunda durumu açıklayacak ek bir nörolojik patoloji olmadığı görüldü. Oftalmolojik muayenesinde; patolojik tüm nedenler dışlandıktan sonra farmakolojik midriyazis teşhisi konmuş, salbutamol ve ipratropium bromür inhalasyon tedavisinin kesilmesi sonrası pupil çapının normale döndüğünün görülmesiyle tanı desteklenmiştir.

Anizokori fizyolojik, farmakolojik (göze ilaç damlatılması), göz ön segment patolojisi (cerrahi, glokom vb.), nörolojik patolojiye bağlı olabilir. Fizyolojik anizokori, hem karanlık hem ışıktaki gözlenir; ağrı, anksiyete gibi sempatik aktivitenin arttığı durumlarda artış gösterir. Patolojik anizokoride ilk yapılacak olan patolojik pupillanın bulunmasıdır. Işığa (parlak veya loş ortam) zayıf ve yavaş yanıt veren pupilla patolojiktir. Bundan sonra gözde lokal hastalıklar ve ilaç damlatılma öyküsü aranır⁽³⁾. Patolojik anizokoriye yol açan nörolojik nedenler, genellikle sempatik (midriyazise) veya parasempatik (miyosise) inervasyonu ilgilendiren durumlardır. Tek taraflı midriyazis için olası tanılar arasında, Adie tonik pupili, farmakolojik midriyazis ya da sineşi gibi mekanik nedenler bulunmaktadır. Ayırıcı tanı için anamnezden sonra kraniyal ve servikal MR görüntüleme, anjiyografi gibi nöro-görüntüleme metotlarına başvurulmasında yarar vardır. Ayırıcı tanıda dikkat çeken diğer durumlar, psikojen kökenli epizodik midriyazis ve migrenlerdir⁽⁵⁾.

Olgumuzun takibi sırasında, nöro-oftalmolojik değerlendirmelerde anizokori mevcuttu, ek nörolojik bulgu gözlenmedi. Hastanın klinik bulguları ve normal nöro-görüntüleme sonuçları ışığı altında, 3. kraniyal sinir felci, Horner sendromu gibi olası diğer patolojiler elimine edildi. Hastamızın özgeçmişinde baş ağrısı olmaması, bizi anizokorinin migrenle ilişkisinden, herhangi bir duyu durum bozukluğu yaşamaması ve yakın zamanda geçirmemiş olması psikojenik kökenli epizodik midriyazis tanılarından uzaklaştırmıştır. Hastamızın nörooftalmik muayenelerinin normal olması ve ek nörolojik bulgunun eşlik etmemesinden dolayı anizokorik farmakolojik midriyazisle durumu ilişkilendirmemizi sağlamıştır. Farmakolojik midriyazis (atropin, skopolamin) ayırıcı tanısında ise, göze % 1 pilokarpin uygulamasından sonra, etkilenmiş

Alındığı tarih: 14.05.2013

Kabul tarihi: 12.12.2013

* İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

** Sincan Lokman Hekim Hastanesi

*** İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yazışma adresi: Ass. Ayfer Açıköz, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

e-mail: ayferacikgoz@gmail.com

gözde zayıf bir pupil konstriksiyonu gözlememizle tanıyı netleştirmemizi sağlamıştır (5,10,11).

İpratropiyum-bromür kaynaklı anizokoriye ait ilk rapor 1986 yılında yayınlanmıştır (6). Ancak bu durum literatürlerde ender olarak bildirilmiştir. Çoğu olgu bildirimini uygun yüz maskesinin bulunamamasından dolayı çocuklarla ilgilidir (7). Özellikle kronik tıkayıcı havayolu hastalığı olan kişilerde bronkodilatatör aerosol formunda yoğun bakım ünitelerinde sık kullanılmakta olan bir antikolinergik ilaçtır. İpratropiyum diğer antikolinergikler gibi kolinerjik reseptörler üzerinden asetilkolinin etkilerini antagonize eder. Ancak İpratropiyumun lokal veya sistemik istenmeyen etkileri olabilir. Bunlar; taşikardi, kuru mukoza, kuru gözler, azalmış gastrik boşalma, aerosol maskesinin yanlış konumlandırılması ya da doğrudan maruziyete bağlı tek ya da çift taraflı midriazistir (8,9). İpratropiyum bromür-kaynaklı anizokori pediatrik olgularda iç hastalıkları ve göz hastalıkları literatürlerinde bildirilmiştir (6,8,9,12-15).

Sonuç olarak, atropin benzeri içeriğinden dolayı görülen anizokori Combivent aerosol (İpratropium Bromür Monohidrat-Boehringer Ingelheim İlaç Tic. A.Ş.) sık kullanıldığı yoğun bakım ünitelerinde nörooftalmolojik araştırma yapıldıktan sonra ender bir yan etki olarak görülse de farmakolojik midriazis yapması göz ardı edilmemesi gereken bir yan etkidir.

KAYNAKLAR

1. Evans RW, Jacobson DM. Transient anisocoria in a migraineur. *Headache* 2003;43:416-418. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1526-4610.2003.03081.x>
2. Balaguer-Santamaria JA, Escofet-Soteras C, Chumbe-Soto G, Escibano-Subias J. Episodic benign unilateral mydriasis. Clinical case in a girl. *Rev Neurol* 2000;31:743-745.
3. Türk Oftalmoloji Derneği Ankara şubesi, Akademik Eğitim Programı. *Nörooftalmoloji* 2005;128-148.
4. Kale N, Mesude Ö. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2012;25:179-182.
5. Roos J. Episodic anisocoria and anxiety. *Ophthalmology* 2008;115:1262-1263. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2008.02.018>
6. Samaniego F, Newman LS. Migratory anisocoria: a novel clinical entity. *Am Rev Respir Dis* 1986;134(4):844
7. Sangwan S, Gurses BK, Smaldone GC. Facemasks and facial deposition of aerosols. *Pediatr Pulmonol* 2004;37(5):447-452 <http://dx.doi.org/10.1002/ppul.10454>
8. Bond DW, Vyas H, Venning HE. Mydriasis due to self-administered inhaled ipratropium bromide. *Eur J Pediatr* 2002;161(3):178. <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-001-0885-5>
9. Tuohy PG. Ipratropium and the eye. *N Z Med J* 1989;102(872):386.
10. Cabana MD, Johnson H, Lee CK, Helfaer M. Transient anisocoria secondary to nebulized ipratropium bromide. *Clin Pediatr (Phila)* 1998;37(7):445-448. <http://dx.doi.org/10.1177/000992289803700709>
11. Farrow PR, Fancourt GJ. Does ipratropium bromide by nebulizer and face-mask have local ocular effects? *Human Toxicol* 1986;5(1):53-54. <http://dx.doi.org/10.1177/096032718600500111>
12. Jannun DR, Mickel SF. Anisocoria and aerosolized anticholinergics. *Chest* 1986;90(1):148-149. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.90.1.148>
13. Ryan CA. Styrofoam cup, ipratropium bromide, and anisocoria. *Clin Pediatr* 1999;38(5):318. <http://dx.doi.org/10.1177/000992289903800518>
14. Ryan CA. Ipratropium bromide induced unilateral mydriasis. *Ir Med J* 1997;90(2):76
15. Rebecca A. Respiratory care 1 december 2005;50:12.