

## HORNER SENDROMUNDAN MULTİPLE SKLEROZA; BİR OLGU SUNUMU

### FROM HORNER SYNDROME TO MULTIPLE SCLEROSIS; A CASE REPORT

Gözde ORMAN<sup>1</sup>, Fatma AKBAŞ KOCAOĞLU<sup>1</sup>, Gülten SUNGUR<sup>1</sup>, Firdevs ÖRNEK<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg. (Med. J. Ankara Tr. Res. Hosp.) Cilt / Volume: 51 Sayı / Number: 1 Yıl / Year: 2018 ISSN:1304-6187  
Sayfa/Page :77-78

#### ÖZET

29 yaşında erkek hasta sağ gözün üst kadranda görmede bulanıklık ile başvurdu. Hastada anizokori ve sol gözünde 2 mm pitozis mevcuttu. Sağ pupil 3 mm, sol pupil 1,5 mm idi. Apraklonidin testi ile Horner sendromu tanısı konuldu. Kranyal MR'da periventriküler beyaz cevherde, ventriküler düzene dikey olarak hiperintens demiyelinizan plaklar görüldü. Hasta nöroloji kliniği ile konsülte edildi; lomber ponksiyon ve radyolojik değerlendirme sonrası MS tanısı konuldu. Bu olgu sunumunun önemi, anizokori önemli bir klinik bulgu olduğunu ve ayırıcı tanısının dikkatlice yapılması gerektiğini hatırlatmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Horner sendromu, multipl skleroz, anizokori

#### ABSTRACT

A 29 year-old male presented with vision blurred of superior quadrant in right eye. He had 2 mm left upper lid ptozis. He had anisocoria. Right pupil diameter was 3 mm, left pupil diameter was 1.5 mm. Apraclonidine test was performed and confirmed Horner syndrome in left side. At the level of centrum semiovale, in the periventricular white matter, perpendicular to the ventricular system, demyelinating plaques were observed in cranial MRI. Patient was consulted to neurology, LP and radiological evaluation were diagnosed with MS. This patient was diagnosed with MS with Horner syndrome. Anisocoria is an important finding and differential diagnosis should be done carefully.

**Keywords:** Horner's syndrome, multipl sklerosis, anisocoria

#### GİRİŞ

Horner sendromu (HS), hipotalamus ile göz arasındaki sempatik yolağın herhangi bir noktasındaki patoloji sonucu gelişir. Klinik bulgular ipsilateral pitoz, pupiller miyozis ve yüzde anhidrozis ile karakterizedir. (1) Gözün sempatik innervasyonu üç nöronlu bir sistemde gerçekleşir. Birinci sıra nöronlar posterolateral hipotalamustan çıkar C8-T1'deki Budge ve Waller'in ciliospinal merkezine gider. İkinci sıra nöronlar Budge ve Waller'in ciliospinal merkezinden çıkar ve karotis arterinin bifurkasyon seviyesinde bulunan üst servikal gangliyonda sinaps yapar. Üçüncü sıra nöronlar üst servikal gangliyon kökenlidir, iç karotis arteri ve kavernöz sinüs duvarında dolaşırlar; ve pupillanın dilatatör kaslarını, üst göz kapağının aksesuar levator kaslarını innerve eder. (2) Sempatik zincirin herhangi bir yerinde toplam veya kısmi bir lezyon Horner Sendromuna neden olur.

Multipl skleroz (MS), etyolojisinin bilinmeyen, demiyelinizasyon ve değişen derecelerde aksonal kaybı yapan otoimmün inflamatuvar bir bozukluktur. (3) Etiyoloji, muhtemelen genetik, çevresel ve miyelin ve aksonlara zarar veren otoimmüniteyi tetikleyen diğer faktörlerin

etkileşimini içermektedir. (4) MS'in klinik belirtileri ve bulguları değişkendir ve duyuşsal, motor, görsel ve beyin sapı yollarının tutulumundan kaynaklanabilir. (5) HS önemli bir klinik tanı olup MS'de nadir olarak görülür. Bu vaka vasıtasıyla anizokorinin önemli bir semptom olduğunu ve ayırıcı tanısının dikkatli yapılması gerektiğini öneriyoruz.

#### OLGU

29 yaşındaki erkek hasta sağ gözde üst kadranda 5 yıldır sebat eden bulanık görme şikayeti ile Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniği polikliniğine başvurdu. Baş ağrısı, el ve ayaklarda uyuşma şikayeti de bulunan hastaya daha önce başka bir hastanede kranyal Bilgisayarlı Tomografi (BT) uygulanmış ve normal olarak raporlanmış. Hastanın bildiği ek hastalığı yoktu.

Oftalmolojik muayenede sol üst kapakta 2 mm pitozis mevcuttu (**Resim 1**). En iyi düzeltilmiş görme keskinliği bilateral 10/10, biyomikroskopik muayene normaldi. Sağ fundusun inferior hemiretina'da tuz-biber görünümü vardı, sol fundus normaldi. Anizokori mevcuttu. Sağ pupil çapı ışıkta 3 mm, sol pupil çapı 1,5 mm idi.

#### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Gözde ORMAN

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği Sakarya Mah, Plevne Cd No:89, 06350 Mamak/Altındağ/Ankara

Tel: +90 312 595 34 89 e-posta: gozdeerkan@hotmail.com Faks: +90 312 311 43 40

Karanlıkta sağ pupil 7 mm, sol pupil 3 mm idi. Aplaklonidinin testi uygulandı; sağ pupil 6,5 mm, sol pupil 1,5 mm kalmıştır. Bu bulgular ile sol tarafta Horner sendromunu doğrulamıştır.

Fundus bulguları nedeniyle multifokal elektroretinografi (mfERG) ve bilgisayarlı görme alanı (BGA) uygulandı. Fundus bulguları ile uyumlu mfERG'de sağ gözde üst hemiretinada amplitütlerde artma vardı (**Resim 2**). Bilgisayarlı görme alanı muayenesinde sağ gözde üst yarım defekt saptandı.

Etiyolojik araştırma için kranyal ve torakal MR ve torakal BT yapıldı. Torakal BT ve MR normaldi. Kraniyal MR'de T2A ve FLAIR serilerinde, sentrum semiovale, serebellum solunda ve periventriküler beyaz cevherde, ventriküler düzene dikey olarak hiperintens demiyelinizan plaklar görüldü. Hastaya nöroloji konsülte edildi; lomber ponksiyon ve radyolojik değerlendirme MS tanısı ile kondu.

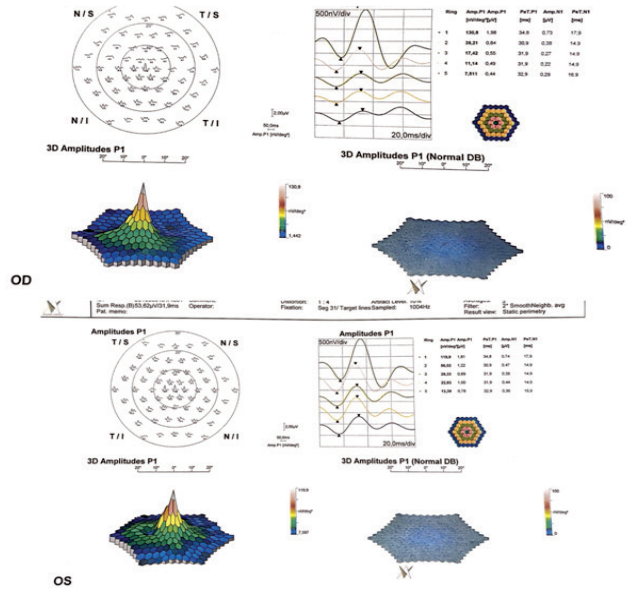
## TARTIŞMA

Yukarıda sunduğumuz olgu anizokori ve pitozis ile başvurdu ve pupil boyutları arasındaki fark karanlıkta artıyordu. Apraklonidinin testi ile HS teşhis edildi. Testin ikinci adımını uygulayamadık, çünkü hidroksifentamin bulamadık. Hastanın toraks bölgesinin radyolojik incelemesi normaldi; kranyal MR'daki bulguları nedeniyle HS'nin birinci nöron sistemini etkileyen MS'a bağlı olduğu düşünüldü.

Olgumuzda dikkati çeken bir diğer semptom ise fundus muayenesinde bulunan segmental retinal dejenerasyondur. MfERG ile retinanın bu bölgesine uyan noktalarda amplitüd düşüklüğünü gösterdik. MS'de retinal değişikliklerin etiyojisinin optik sinir demiyelinizasyonuna sekonder olduğu düşünülmektedir. Retina mimarisinin bozulması, tipik klinik veya subklinik optik nöropatiye bağlı retrograd dejenerasyondan kaynaklanabilir. Saidha ve ark. MS'de hem iç hem de dış nükleer tabakaların da incelmesini içeren makul kalınlığında azalma tespit etmişler. Ayrıca bu bulguları multifokal ERG ile retinal fonksiyon bozukluğunu doğruladılar.(5) Bu bulgular bizim hastamızdaki retinal klinik bulguların, multipl sklerozun neden olduğu retina patolojisine bağlı olduğunu desteklemektedir.



**Resim 1:** Hastadaki anizokori ve sol gözdeki pitozis görülmektedir. (Hastanın onayı ile kullanılmıştır.)



**Resim 2:** Her iki gözün mfERG sonuçları. Sağ göz üst yarıda amplitüdlerin arttığı görünüyor.

Sonuç olarak, bu vakanın önemi; bu hastada olduğu gibi kişilerin kendilerinde anizokoriyi fark edemeyebilmeleri nedeniyle göz hekimlerinin pupil muayenesi dikkatli yapmaları ve HS'nin saptanması halinde nöro-görüntülemenin gerekli olmasıdır. Ayrıca çeşitli nörooftalmolojik semptomlar tespit edildiğinde MS akılda tutulmalıdır.

Finansal destek yoktur.

## KAYNAKLAR

- 1.)Davagnanam I, Fraser CL, Miszkil K, Daniel CS, Plant GT. Adult Horner's syndrome: a combined clinical, pharmacological, and imaging algorithm. Eye (Lond). 2013 Mar;27:291-8.
- 2.)Sayan M, Celik A. The Development of Horner Syndrome following a Stabbing. Case Rep Med. 2014;2014:461787.
- 3.)Garg N, Smith TW. An update on immunopathogenesis, diagnosis, and treatment of multiple sclerosis. Brain Behav. 2015;5(9):e00362.
- 4.)Brück W, Stadelmann C. The spectrum of multiple sclerosis: new lessons from pathology. Curr Opin Neurol. 2005;18:221-4.
- 5.)Saidha S, Syc SB, Ibrahim MA ve ark. Primary retinal pathology in multiple sclerosis as detected by optical coherence tomography. Brain. 2011;134:518-33.