

Tilfelli mánaðarins

Tilfelli

Sæmundur J. Oddsson
deildarlæknir

Aðalbjörn Þorsteinsson
svæfinga- og gjörgæslulæknir

21 árs gömul heilsuhaust frumbyrja óskaði eftir utanbastsdeyfingu (epidural analgesia) vegna hríðarverkja og var hún þá með 3-4 cm útvíkkun á leghálsi. Vel gekk að koma leggnum fyrir í liðbili L3-L4 og náðist góð verkjastilling með hefðbundinni deyfingu. Engin óvenjuleg brottfallseinkenni frá taugakerfi komu fram og lífsmörk héldust óbreytt.

Um 90 mínútum síðar kvartaði konan yfir þyngslatilfinningu hægra megin í andliti og við skoðun sást sigið augnlok þeim megin og þröngt sjáaldur (sjá mynd 1).

Hver er sennilegasta greiningin?



Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Sæmundur J. Oddsson,
svæfinga-, gjörgæslu-
og skurðstofusviði
Landspítala Hringbraut,
101 Reykjavík.

saemiiods@hotmail.com

Svar við tilfelli mánaðarins

Greiningin er Horners heilkenni sem kemur fram þegar semjuítaugun (sympathetic innervation) til auga truflast. Þar með verða utansemjuáhrif ríkjandi í og við augað. Einkennin eru þröngt sjáaldur (miosis), sigið augnlok (ptosis) og truflun á starfsemi svitakirtla (anhidrosis).

Í þessu tilfelli komu ofangreind einkenni fram 90 mínútum eftir gjöf á hefðbundnum skammti af deyfingu (Bupivacain (4 ml Marcain® 2,5 mg/ml), Sufentanil (2 ml Sufenta® 5 mg/ml) og 4 ml af NaCl 0,9%). Deyfingarleggurinn (Perifix®-Katheter, Braun M) var lagður í liðbil L3-L4. Dýpt frá húð að utanbasti var 4,5 cm og að auki voru 7,5 cm af deyfilegg þrætt inn í utanbastsrúmið. Ekki bakkaði blóð eða vökvi í deyfilegginn þegar sogað var með sprautu. Prufuskammtur af deyfingu var gefinn og engin óvænt brottfallseinkenni frá taugakerfi komu fram og lífsmörk héldust óbreytt. Eftir það var gefinn hefðbundinn skammtur af deyfingu og innan 10 mínútna frá gjöf deyfingar hafði náðst góð verkjastilling og engin óvenjuleg einkenni til staðar.

Eftir að einkenni Horners heilkennis komu fram sýndi nánari skoðun eðlilega meðvitund og að góð deyfing var til staðar. Lega deyfingarleggjar var óbreytt og lífsmörk stöðug. Við taugaskoðun voru hreyfingar og kraftar útlíma án athugasemda, hins vegar var vægt minnkað snertiskyn í húð á hægri kinn og á hægri læri. Prófun heilatauga var eðlileg að því undanskildu að erfitt var að meta aðra heilataug (n. opticus) þar sem sjáaldur hægri auga var áberandi þrengri en vinstra megin. Auk þess var áberandi meiri roði í augnhvítu hægri auga samanborið við vinstra auga.

Horners heilkenni getur verið vegna truflana miðlægt í taugakerfinu, til dæmis milli undirstúku og C8-T2 hluta mænu, en algengara er að ástæðuna sé að finna í úttaugakerfinu. Á meðal algengustu orsaka eru skemmdir miðlægt í taugakerfi, til dæmis vegna blóðþurrðar í heilastofni eða æxlisvaxtar. Taugaáverkar eru þó þekktari orsök og er heilkennið þekkt við skaða á armflækju (brachial plexus) eða flysjun í vegg hálsslagæða. Að auki er þekkt að æxlisvöxtur í lungnatoppi, svonefnd Pancoast-æxli, geta vaxið inn í taugahnoð og valdið Horners heilkenni. Heilkenninu hefur einnig verið lýst í tengslum við mígreniköst.¹

Horners heilkenni er sjaldgæf hliðarverkun utanbastsdeyfinga og kemur fram í um 1 af 10.000 tilfellum.² Tíðnin virðist vera hærri á meðal þungaðra kvenna með birtar tíðnitölur um 0,5% til 4% en ástæða þessa er ekki að fullu ljós.^{2,3} Ein skýring gæti verið að rúmmál utanbastsbils er minna hjá þunguðum konum og útbreiðsla deyfingar því meiri en annars. Rúmmálið er minna vegna þenslu bláæða í bilinu en sú þensla er tilkomin vegna þess að þungað leg þrýstir á neðri holbláæð (inferior vena cava) þannig að blóðflæðið leitar inn í „vertebral“ og „azygos“ kerfið. Að auki er talið að fæðingahríðir geti valdið þrýstingsbylgju í utanbastsbilinu sem mögulega pumpa lyfinu upp á við.⁴ Einnig er mögulegt að deyfileggur geti verið staðsettur í hinu örþunna innanbastsbili (subdural space) en þekkt er erlent sjúkratilfelli þar sem litlu magni af deyfilyfi var sprautað í það bil og hlaust af há deyfing.⁵ Önnur möguleg orsök er líffærafræðilegur breytileiki. Semju itaugun sjáaldurs er yfirleitt talin koma frá taugarótartilbilum C8-T1 en sýnt hefur verið fram á að itaugunin liggur oft neðar og jafnvel í gegnum fleiri en eina taugarót á bilinu C8-T4.⁶

Framvinda fæðingarinnar var þannig að fylgst var náið með sjúklingi og ákveðið að gefa ekki meira af deyfilyfjum í utanbastslegginn. Eftir rúmar tvær klukkustundir voru öll merki um Horners heilkenni horfin og komu engin ný einkenni frá taugakerfi fram. Hjartsláttur barns og lífsmörk móður voru áfram stöðug. Rúmri klukkustund síðar kom heilbriggt barn í heiminn. Móður og barni heilsaðist vel að lokinni fæðingu.

Höfundar þakka Tómasi Guðbjartssyni fyrir yfirlestur og góð ráð.

Heimildir

1. <http://emedicine.medscape.com/article/1220091-overview> Desember 2009.
2. Biousse V, Guevara RA, Newman NJ. Transient Horner's syndrome after lumbar epidural anesthesia. *Neurology* 1998; 51: 1473-5.
3. 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.
4. Bromage PR. Spread of analgesia solutions in the epidural space and their site of action: a statistical study. *Br J Anaesth* 1962; 34: 161-78.
5. Mohan J, Potter JM. Pupillary constriction and ptosis following caudal epidural analgesia. *Anaesthesia* 1975; 30: 769-73.
6. Ray BS, Hinsey JC, Geohagan WA. Observations of the distribution of the sympathetic nerves to the pupil as determined by stimulation of the anterior roots in man. *Ann Surg* 1943; 118: 647-55.

Case of the month:
Ptosis during labour

Tilfelli mánaðarins:
Sigið augnlok í fæðingu

Key words: ptosis, sympathetic innervation, eye, epidural analgesia, complication