

Akut Bronşiolitli Bir Olguda: Anizokori**Anisocoria in a case with acute bronchiolitis**

Neslihan KARA¹, Seda Çelik¹, Gözde GÜRPINAR¹, Nazan DALGIÇ², İhsan KAFADAR³

¹Asistan Dr., Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
İstanbul, Türkiye

²Doç. Dr., Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, , Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Doç. Dr., Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi: Neslihan KARA, Asistan Dr., Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye Tel.: +90 212 231 22 09 E-mail: neslihan.kara@sisiiefal.gov.tr

Özet:

Anizokori, her iki pupillanın birbirinden farklı büyüklüklerde olması demektir. Anizokori nedenleri arasında fizyolojik anizokori, farmakolojik anizokori, serebral neoplazi ve anevrizma gibi yer kaplayan oluşumlar ve intrakranial kanamalar bulunmaktadır. Burada akut bronşiolit nedeniyle takip ettiğimiz, salbutamol ve ipratropium bromür tedavisi alan 7 aylık erkek hastada ani gelişen anizokoriyi sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Anizokori, akut bronşiolit, ipratropium bromür, salbutamol

Abstract:

The difference between sizes of both pupils is anisocoria. Its causes are physiological anisocoria, pharmacological anisocoria, cerebral neoplasms and aneurysms, and intracranial hemorrhages. Our aim is to present a 7 months old boy, who has sudden anisocoria, while he was on a combination therapy of salbutamol and ipratropium bromide because of acute bronchiolitis.

Key Words: Anisocoria, acute bronchiolitis, ipratropium bromide, salbutamol

Giriş:

Anizokori fizyolojik nedenlerle olabileceği gibi hayatı tehdit edebilen durumlarda da görülebilir. Unkal herniasyonun bir bulgusu olabileceğinden anizokori acil tanı ve tedavi gerektirir [1].

Anizokori tek bir pupillanın dilatasyonu veya konstruksiyonu sonucu ortaya çıkar.

Karanlıkta pupillanın dilate olması gerektiğinden karanlıkta daha çok belirginleşen anizokori, küçük olan pupillanın anormal olduğunu gösterir ve sempatik yollarda bir problem olduğuna işaret eder. Işıқта pupillanın küçülmesi gerektiğinden ışıқта belirginleşen anizokoride ise büyük olan pupilla anormaldir ve parasempatik yollarda bir problem bulunur [2].

Anormal küçük pupillanın nedenleri arasında iridosiklit, geçirilmiş göz cerrahisi, psödoeksfoliasyon sendromu veya pilokarpin gibi topikal ajanların neden olduğu farmakolojik konstruksiyon veya Horner sendromu gibi aynı taraf sempatik yolun çalışmadığı durumlar bulunmaktadır [2]. Anormal büyük pupillaya ise posterior sineşi, geçirilmiş göz cerrahisi, oküler travma, psödoeksfoliasyon sendromu, aynı

taraf 3. kranyal sinir felci gibi durumlar neden olmaktadır. Migren hastalarında da nadiren epizodik tek taraflı midriyazis nedeniyle anormal büyük pupilla görülebilmektedir [3]. Ayrıca atropin, tropikamid, siklopentolat gibi topikal ilaçlar tek taraflı pupilla dilatasyonuna neden olur.

Nebulize ipratropium bromür obstruktif hava yolu hastalıklarının tedavisinde kullanılırken muskarinik asetilkolin reseptörlerini bloke ederek lokal parasempatolitik etkiyle midriyazise sebep olabilir [4].

Burada nörolojik bulgusu olmayan, ipratropium bromür tedavisi altında ani gelişen izole tek taraflı midriyazisi olan 7 aylık bir erkek hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu:

7 aylık erkek hasta öksürük şikayetiyle çocuk acil polikliniğine başvurmuştu. Fizik muayenesinde ekspiryum uzunluğu ve ronküsleri mevcuttu. Akciğer grafisinde iki taraflı havalanma artışı vardı. CRP değerinin 94 mg/dl olması dışında patolojik bir laboratuvar bulgusu yoktu. Hasta akut bronşiolit ön tanısıyla servisimize yatırıldı. Salbutamol aerosol tedavisi günde 6 kez 0,2mg/kg/doz başlandı. Tedavinin 2. gününde öyküsünde tekrarlayan bronşiolit atakları olduğu öğrenilen hasta çocuk alerjiye danışıldı.

Salbutamol tedavisi kesilerek günde 6 doz salbutamol ve ipratropium bromür kombinasyonu içeren Combivent® nebül ve 2 mg/kg/gün metil prednisolon tedavisi başlandı. Bu tedavinin 4. Gününde anizokori gelişti [Resim 1]. Sağ gözü sola göre midriyatikti ve ışık refleksi alınamıyordu. Serbest göz hareketlerinde ise bir patoloji yoktu. Hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Anamnezinde anizokoriyi açıklayacak bir göz sorunu, geçirilmiş göz cerrahisi, konjenital bir hastalık yoktu. Göz üzerine topikal bir ilaç kullanımı da bulunmamaktaydı. Soygeçmişinde de bir özellik olmayan hastada olası oftalmolojik patolojiler dışlandı. Hasta çocuk nörolojiye danışıldı ve kafa içi basınç artışı olasılığına karşı hastaya 0,5mg/kg mannitol infüzyonu ve 2mg/kg metil prednisolon yapıldı. Ardından çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde yer kaplayan oluşum veya anizokoriye sebep olabilecek nörolojik bir patoloji saptanmadı. Hastanın mevcut bulgularını açıklayacak nörolojik bir patoloji veya göz patolojisi olmaması üzerine nadir de olsa ipratropium bromüre bağlı olarak anizokori gelişmiş olabileceği düşünülerek hastanın ipratropium bromür ve salbutamol kombinasyon tedavisi kesildi. Bu tedavi kesildikten sonra 24 saat içinde anizokori geriledi [Resim 2].

Tartışma:

Salbutamol ve ipratropium bromür, astım veya bronşiolit gibi obstrüktif veya reaktif havayolu hastalıklarında aerosol olarak kullanıldığında bronşların dilatasyonunu sağlayan ajanlardır. Hem salbutamol hem de ipratropium bromür aerosol olarak muskarinik asetilkolin reseptörlerini bloke ederek parasempatolitik etkiyle midriyazise neden olabilmektedir. Ancak bu etki ipratropium bromüre bağlı olarak daha sık görülmektedir. Bu, daha çok çocuklarda, aerosol tedavisi sırasında maskenin yüze tam oturmaması nedeniyle görülmektedir [5].

Bu olgularda ışığa yanıtız tek taraflı midriyazis dışında herhangi bir nörolojik semptom bulunmaz. Serbest göz hareketleri normaldir. Kranial görüntüleme de anizokoriye neden olacak yer kaplayan bir oluşum ya da hemoraji görülmez. Göze topikal olarak uygulanan bir ilaç öyküsü bulunmaz. Geçirilmiş göz cerrahisi, oküler travma, psödoeksfolyasyon sendromu veya posterior sineşi gibi bir göz patolojisi de bulunmaz. Bizim olgumuzda da; sağ gözde ışık refleksi alınamayan midriyazis dışında bir patolojik bulgu yoktu. Olgunun serbest göz hareketleri normaldi. Çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde yer kaplayıcı bir oluşum ya da akut bir hemoraji saptanmadı. Siklopleji yapan topikal bir damla kullanma öyküsü yoktu.

Gözünde bilinen başka bir patoloji ya da geçirilmiş göz cerrahisi yoktu.

Bu olgularda aerosol tedavisinin kesilmesinden sonra bulguların düzelmesi tipiktir [6]. Bu olguda da nebül tedavisinin kesilmesinden 24 saat sonra midriyazis geriledi.

Sonuç olarak; anizokori, hızlı bir şekilde tanı konularak tedavi edilmesi gereken bir patolojidir. Herhangi bir nörolojik bulgusu olmayan ve nebülize ipratropium bromür tedavisi gören hastalarda anizokori geliştiğinde öncelikle diğer nedenler dışlanmalı, daha sonra anizokoriye ipratropium bromürün neden olabileceği akla gelmelidir.

İpratropium bromüre bağlı vakalarda gelişen anizokori sık görülmemekle birlikte önlenabilir. Bu açıdan çocuk hastaların ailelerine yüz maskelerinin uygun kullanımı konusunda eğitim verilmesi çok önemlidir.



Resim 1: Nebulize ipratropium bromid tedavisi sonrasında sağ gözde gelişen ve ışık refleksi alınamayan unilateral midriyazis.



Resim 2: İpratropium bromid tedavisinin kesilmesinden 24 saat sonra sağ gözdeki midriyazisin gerilemesi ve her iki pupilla çapının eşitlenmesi.

Kaynaklar:

1. Chaudhry P, Friedman DI, Yu W. Unilateral pupillary mydriasis from nebulized ipratropium bromide: A false sign of brain herniation in the intensive care unit. *Indian J Crit Care Med* 2014; 18: 176-177.
2. Kedar S, Biousse V, Newman NJ (2017) Approach to the patient with anisocoria. In P.W. Brazis & J. L. Wilterdink (Eds.) *UpToDate*, available from <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-anisocoria>
3. Skeik N, Jabr FI. Migraine with benign episodic unilateral mydriasis. *Int J Gen Med* 2011; 4: 501-503
4. Penington KM, St. Louis EK. "Don't Believe Your Eyes" Ipratropium Induced Mydriasis: A Case Report and Review of the Literature. *Gen Med (Los Angeles)* 2016; 4: 255
5. Sangwan S, Gurses BK, Smaldone GC. Facemasks and facial deposition of aerosols. *Pediatr Pulmonol* 2004; 37: 447-452
6. Açıkgöz A, Açıkgöz ÖU, Açıkgöz A, Aykaç B, Karaoğlu K, Yoğun bakımda takip edilen hastada ani gelişen anizokori. *GKDA Dergisi* 2014; 20: 63-64