

Zespół Hornera u pacjentki z guzem Pancoasta — opis przypadku

Justyna Dutkiewicz, Andrzej Friedman

Klinika Neurologii Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Zespół Hornera jest zespołem objawów wynikających z uszkodzenia współczulnego unerwienia oka między okiem a pniem współczulnym. Przyczyną objawów mogą być: uszkodzenie rdzenia szyjnego, ucisk pnia współczulnego przez guz płuca, czy też guz zatoki jamistej. Do klasycznych objawów zespołu Hornera zalicza się: opadnięcie powieki, zwężenie źrenicy oraz zapadnięcie się gałki ocznej w oczodole. Często pojawiają się objawy dodatkowe. W niniejszym artykule przedstawiono przypadek chorej, która trafiła do oddziału neurologii z powodu osłabienia lewej kończyny górnej z objawami zespołu Hornera. Przyczyną zespołu było uszkodzenie unerwienia współczulnego oka w przebiegu guza szczytu płuca.

Polski Przegląd Neurologiczny 2018; 14 (3): 170–172

Słowa kluczowe: zespół Hornera, guz Pancoasta, guz szczytu płuca

Wprowadzenie

Zespół Hornera, po raz pierwszy opisany przez Friedricha Hornera w 1869 roku [1], jest zespołem objawów wynikających z uszkodzenia współczulnego unerwienia oka między okiem a pniem współczulnym. Przyczyną objawów mogą być: uszkodzenie rdzenia szyjnego (na poziomie pierwszego neuronu drogi podwzgórzowo-rdzeniowej), ucisk pnia współczulnego przez guz płuca (na poziomie drugiego neuronu przed zwojem), czy też guz zatoki jamistej (po przełączeniu włókien

w zwojach) [2]. Do klasycznych objawów zespołu Hornera zalicza się: opadnięcie powieki (*ptosis*), zwężenie źrenicy (*miosis*) oraz zapadnięcie się gałki ocznej w oczodole (*enophthalmus*). Często pojawiają się objawy dodatkowe, takie jak *anhidrosis*, czyli upośledzenie wydzielania potu na części twarzy po zajętej stronie, oraz *vasodilatatio* — rozkurcz mięśniówki naczyń skórnych z ich rozszerzeniem [3].

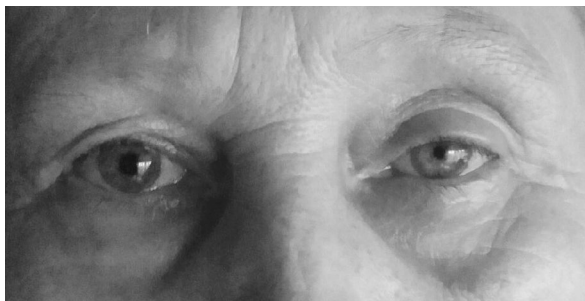
W piśmiennictwie można znaleźć wiele doniesień o przypadkach klinicznych guza szczytu płuca, którego objawem był zespół Hornera [4, 5]. Miano guza Pancoasta nosi liczna grupa nowotworów zajmujących szczytową ścianę klatki piersiowej. Ze względu na tę lokalizację istnieje prawdopodobieństwo naciekania spłotu ramienno-żebra I–III, naczyń podobojczykowych oraz kręgów szyjnych. Jest to przyczyną występowania takich objawów, jak zespół Hornera, ból ramienia, barku lub karku [6]. Nazwa guz Pancoasta pochodzi od Henry’ego Pancoasta, który jako pierwszy opisał ten zespół objawów w 1924 roku [7].

Opis przypadku

Kobieta w wieku 59 lat z postępującą niesprawnością lewej kończyny górnej, z bólem w obrębie lewego barku i łopatki promieniującym do szyi zaobserwowała u siebie asymetrię szpar powiekowych oraz asymetrię źrenic. W wywiadzie stwierdzono nikotynizm od wielu lat — chora wypalała około 20 papierosów dziennie. W badaniu przedmiotowym chora była w dobrym stanie ogólnym, wydolna krążeniowo i oddechowo, bez kaszlu. W badaniu neurologicznym z odchyleniem od stanu prawidłowego stwierdzono zespół Hornera po stronie lewej (ryc. 1), niewielkiego stopnia niedowład lewej kończyny górnej z obniżonym napięciem mięśniowym. W badaniu

Adres do korespondencji:

lek. Justyna Dutkiewicz
Klinika Neurologii
Mazowiecki Szpital Bródnowski
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa
tel./faks 22 326 58 15
e-mail: justyna_dutkiewicz@wp.pl
Polski Przegląd Neurologiczny 2018; 14 (3): 170–172
Wydawca: VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k.
Copyright © 2018 Via Medica



Rycina 1. Zwężenie szpary powiekowej po lewej stronie, zwężenie źrenicy oka po lewej stronie i zapadnięcie gałki ocznej do oczodołu

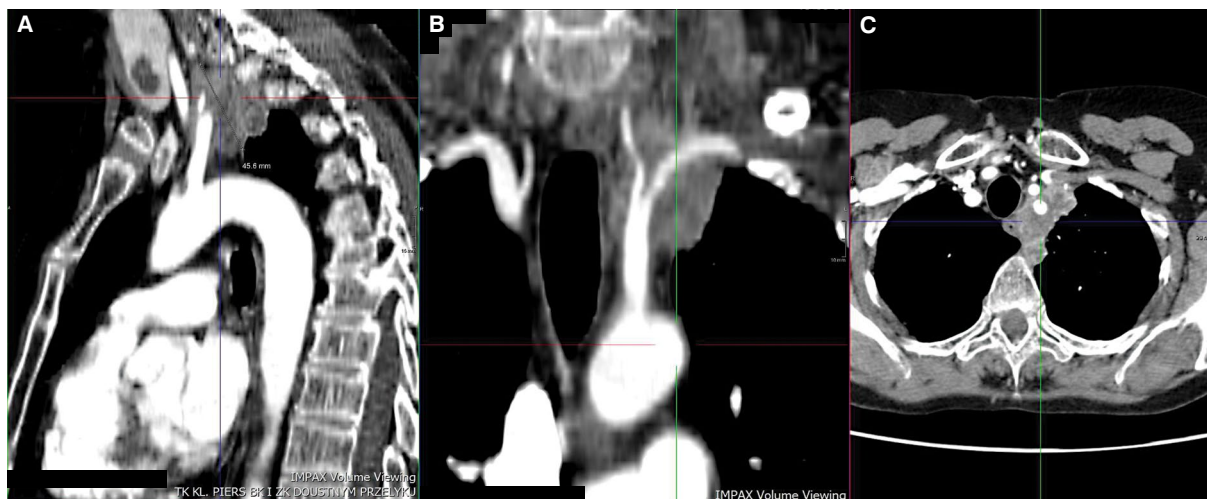
przedmiotowym zwracało uwagę wyszczuplenie lewej kończyny górnej w porównaniu z kończyną prawą. W badaniu tomografii komputerowej (TK) mózgu nie wykazano cech krwawienia i zmian ogniskowych. W badaniu radiologicznym (RTG) stawu barkowego lewego uwidoczniono zmiany zwyrodnieniowe, poza tym bez innej patologii. Ambulatoryjnie pacjentka miała wykonane badanie RTG klatki piersiowej, które było opisane jako prawidłowe. Ze względu na stwierdzone objawy kliniczne zdecydowano o wykonaniu badania rezonansu magnetycznego (MRI, *magnetic resonance imaging*) odcinka szyjnego kręgosłupa w celu poszukiwania patologii w tym obszarze. W badaniu wykazano obecność litego guza w śródpiersiu górnym po stronie lewej. Diagnostykę rozszerzono o badanie TK klatki piersiowej, które uwidocznili w szczycie płuca lewego nieregularną masę litą guza o wymiarach

około 37×30 mm w płaszczyźnie poprzecznej i długości około 45 mm. Guz naciekał opłucną i śródpiersie, dochodząc do lewobocznej ściany tchawicy i przełyku, przemieszczając te struktury na prawą stronę. Guz naciekał i otaczał na całym obwodzie początkowy odcinek lewej tętnicy podobojczykowej, naciekał także korzenie splotu barkowego; ku przodowi dochodził do lewej tętnicy szyjnej wspólnej i lewej żyły podobojczykowej, natomiast ku tyłowi przylegał do trzonów kręgów Th1–Th2, prawdopodobnie naciekając trzon kręgu Th1 (ryc. 2A–C).

W rozpoznaniu różnicowym brano pod uwagę: uszkodzenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym, udar mózgu, patologię w obrębie zatoki jamistej, jak również stawu barkowego. Ze względu na wynik badań neuroobrazowych u chorej rozpoznano guza Pancoasta, w którego przebiegu wystąpiły objawy zespołu Hornera.

Podsumowanie

Nietypowe objawy guza szczytu płuca często są powodem późnego rozpoznania. Bardzo ważne jest, aby w przypadku dolegliwości bólowych barku, karku, w zespole Hornera czy przy izolowanej dysfunkcji kończyny górnej brać pod uwagę guza Pancoasta i pogłębić diagnostykę o wykonanie TK klatki piersiowej. Udowodniono bowiem, że badanie to jest najczulszą metodą wykrywania guza płuca [8]. W codziennej praktyce lekarskiej guz Pancoasta może dawać objawy niezwiązane z układem oddechowym, takie jak ból stawów czy zespół objawów neurologicznych [9].



Rycina 2A–C. Tomografia komputerowa klatki piersiowej z zaznaczonym guzem szczytu płuca

Zespół Hornera może być wrodzony, dziedziczony autosomalnie dominująco, jeśli jednak pojawia się nagle, to ważne jest ustalenie jego przyczyny. Należy pamiętać, że jatrogeny zespół Hornera opisano jako powikłanie różnych zabiegów torakochirurgicznych, a także w obrębie szyi i otolaryngologicznych [10, 11]. Na uwagę zasługuje również procedura ostryknięcia toksyną botulinową okolicy powieki górnej, w której wyniku może dojść do ptozy, mylnie interpretowanej jako zespół Hornera [12].

Warto pamiętać o innych przyczynach zespołu Hornera, wśród których wymienia się:

- udar mózgu lub guz — w jednym z badań 33% pacjentów z uszkodzeniami pnia mózgu miało objawy zespołu Hornera [13];
- uraz spłotu barkowego;
- infekcję szczytu płuc;
- tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej;
- niedokrwienie w obszarze unaczynienia tętnicy szyjnej;
- migrenę;
- guza środkowego dołu czaszki;
- występowanie żebra szyjnego;
- powiększenie gruczołu tarczowego;
- powiększenie węzłów chłonnych szyi.

Jak można zauważyć, przyczyny objawów zespołu Hornera są różnorodne i mogą się wiązać z wieloma jednostkami chorobowymi. Przedstawiony przypadek kliniczny jest przykładem, jak odpowiednio przeprowadzone postępowanie diagnostyczne i różnicowanie wpływa na szybkie ustalenie właściwego rozpoznania, co z kolei stwarza większą szansę na wyleczenie.

PIŚMIENNICTWO

1. Horner JF. Übereine Form von Ptosis. *Klin Monatsbl Augenheilk*. 1869; 7: 193–198.
2. Biousse V, Touboul PJ, D'Anglejan-Chatillon J, et al. Ophthalmologic manifestations of internal carotid artery dissection. *Am J Ophthalmol*. 1998; 126(4): 565–577, indexed in Pubmed: [9780102](#).
3. Kanagalingam S, Miller NR. Horner syndrome: clinical perspectives. *Eye Brain*. 2015; 7: 35–46, doi: [10.2147/EB.S63633](#), indexed in Pubmed: [28539793](#).
4. Verma R, Lambert A, Katz HH, et al. Ectopic ACTH-producing large cell neuroendocrine Pancoast tumour presenting as Horner syndrome. *BMJ Case Rep*. 2017, doi: [10.1136/bcr-2016-219156](#), indexed in Pubmed: [28343156](#).
5. Gharpure PV. Carcinoma of the apex of the lung with Horner's syndrome. *Ind Med Gaz*. 1945; 80(11): 541–542, indexed in Pubmed: [21022514](#).
6. Marulli G, Battistella L, Mammama M, et al. Superior sulcus tumors (Pancoast tumors). *Ann Transl Med*. 2016; 4(12): 239, doi: [10.21037/atm.2016.06.16](#), indexed in Pubmed: [27429965](#).
7. Panagopoulos N, Leivaditis V, Koletsis E, et al. Pancoast tumors: characteristics and preoperative assessment. *J Thorac Dis*. 2014; 6(Suppl 1): 108–115, doi: [10.3978/j.issn.2072-1439.2013.12.29](#), indexed in Pubmed: [24672686](#).
8. Deng Pb, Luo Yy, Hu Cp, et al. Misdiagnosis of pancoast cancer: analysis of 26 cases. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. 2011; 34(9): 663–665, indexed in Pubmed: [22177490](#).
9. Ichinohe K, Takahashi M, Tooyama N. Delay by patients and doctors in treatment of Pancoast tumor. *Wien Klin Wochenschr*. 2006; 118(13–14): 405–410, doi: [10.1007/s00508-006-0615-0](#), indexed in Pubmed: [16865645](#).
10. González Martín-Moro J, Sastre-Pérez J, Pena Fernández I. Horner syndrome after temporomandibular joint arthroscopy: a new complication. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009; 67(6): 1320–1322, doi: [10.1016/j.joms.2008.12.018](#), indexed in Pubmed: [19446224](#).
11. González-Aguado R, Morales-Angulo C, Obeso-Aguera S, et al. Horner's syndrome after neck surgery. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2012; 63(4): 299–302, doi: [10.1016/j.otorri.2012.01.015](#), indexed in Pubmed: [22502736](#).
12. Monheit GD, Cohen JL. Reloxin Investigational Group. Long-term safety of repeated administrations of a new formulation of botulinum toxin type A in the treatment of glabellar lines: interim analysis from an open-label extension study. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 61(3): 421–425, doi: [10.1016/j.jaad.2009.03.049](#), indexed in Pubmed: [19577326](#).
13. Krasnianski M, Georgiadis D, Grehl H, et al. Correlation of clinical and magnetic resonance imaging findings in patients with brainstem infarction. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2001; 69(5): 236–241, doi: [10.1055/s-2001-13930](#), indexed in Pubmed: [11417263](#).