

bölüm 3

Prof. Dr. Kudret TÜREYEN
Serbest Hekim, BursaANTERİOR SERVİKAL MİKRODİSKEKTOMİ
VE FÜZYON AMELİYATIKonu ile ilgili bağlantıya yandaki linkten ulaşabilirsiniz <http://www.spinetr.com/video.aspx?video=1>**Pozisyon**

Supin pozisyonda baş hafif ekstansiyonda olacak şekilde ameliyat masasına alınır. Baş ekstansiyona getirmek için inter skapular bölgeye yeteri kadar yükseklik konulur. Baş bir simit yastığa yerleştirilir.

İnsizyon Yeri Tesbiti

Skopi altında bir işaret kullanılarak insizyon yeri belirlenir.

İnsizyon

Genellikle sağdan (Alt seviyelerde C6-7 ve C7-Th1- ses kısıklığı riskine karşı soldan tercih eden cerrahlar vardır) vertikal 2-5 cm lik insizyon yapılır.

Cerrahi Planlar

Cilt ve cilt altı geçilir. Cilt altını çok disseke etmeye gerek yoktur. Platizma kası makas ile kesilip genişletilir. Sternokloidomastoid kasının mediali ve trakeanın lateralinden künt disseksiyon ile derinleşilir. Karotis lateralde hissedilir. Servikal vertebral kolonun ön yüzü hissedilip künt olarak diseke edilir. Karşılaşılan kalın venler engel olacaksa bağlanarak kesilir. El ekartörleri yerleştirilerek anterior servikal bölgeye ulaşılır. Prevertebral kaslar ve anterior longitudinal ligament (ALL) görülür. Dissektör ile disk mesafesi hissedilerek ucu kısa ve eğriltilmiş işaret iğnesi mesafeye işaret olarak yerleştirilir (Korda zarar vermesini engellemek amacı ile kısa ve ucu eğriltilmiş iğne kullanınız). Skopi çekilerek mesafeden kesin emin olunur.

Diskektomi

Longus koli kaslarının mediali hafif sıyrılır. Klovard ekartör kaşıklarının dişlisi karotis, künt uçlusu trakea ve özefagus tarafına gelecek şekilde yerleştirilir. Her iki kaşık ucunun da sıyrılan longus kolli kasların altına yerleştirilmesine çalışılır. Ekartörün otomatik açıcısı kaşıklara yerleştirildikten sonra ekartasyon yapılır. Disk mesafesi tam genişlikte karşımıza alınır. Üst ve alt vertebra korpuslarına çiviler yerleştirilir ve bu çivilere ekartör takılarak gerektiği kadar distrikte edilir (Bazı uzmanlar bunu kullanmaz). Diskin ön anulusu ALL ile birlikte kesilir ve mesafeye mikrodisektomi yapılır. Üst vertebranın ön alt ucunu kerrison ile boylu boyunca almak disk mesafesine daha geniş görüş sağlayacaktır. Ayrıca buradaki kemikleri ileride füzyon için kafes içine koyabilirsiniz. Tabana kadar inildiğinde posterior longitudinal ligament (PLL) görülür. İnce kerrison ve drill yardımı ile üst ve alt korpusun posterior osteofitik çıkıntıları temizlenir. Hastanın ağrısının olduğu taraftan yapılan bu işlemlerde gerekli ve yeterli foraminotomi için unko vertebral eklem de drillenerek mesafenin ve foraminotominin genişletilmesi gerekir.

Ligamentin yırtık olduğu taraftan girilerek varsa serbest fragman(lar) çıkarılır. MR'da görünen serbest fragman bulunamaz veya PLL'deki yırtık görülemez ise ilgili taraftaki PLL hook ve bistüri yardımı ile açılır. Altında duramater görülür (SDH ameliyatında "alta görülen duramater mi acaba?" sorusunu kendinize soruyorsanız genellikle gördüğünüz duramater değildir!). Ligament

açılınca duramater ile arasına uygun sinir hookları yardımı ile girilerek serbest fragman çıkarılmaya çalışılır. Pedikül hissedilir, foramen kontrol edilir. Sinir kökünün çıkışı-yükselişi görülür. Serbest fragman çıktığında foramen tarafından bolca venöz kan gelmesi genelde foramenin ve sinir kökünün rahatladığının bir işaretidir! Ağrı olmayan tarafta bu kadar detaya inmeye ve ligamenti boylu boyunca kesmeye gerek yoktur.

Kafes Hazırlanması ve Yerleştirilmesi

Mikrodiskektomi tamamlandıktan sonra mesafeye uygun deneme kafesi yerleştirilip kontrol edilir. Distraksiyon yapılmadan, mevcut disk aralığına rahat tam uyan kafesin bir boy kalını uygundur. Gereğinden büyük kafeslerin faset eklemlerde de distraksiyona ve boyun ağrısına neden olabileceği unutulmamalıdır. Kafes içine osteofitlerden ve

yetmezse vertebra ön köşelerinden alınan kemikler füzyon için doldurulur. Hafif bir distraksiyon ile kafes yerleştirilir ve distraksiyon sonlandırılarak kafesin iki vertebra arasına sağlam yerleştiğinden emin olunur. Kafes duraya değmemeli ve ön vertebra yüzünden taşmamalıdır. Disk mesafesine tam oturmalı laterallerde fazla boşluk kalmamalıdır. Yan skopi kontrolü ile kafesin tam yerleştiğinden emin olunur.

Kapatma

Kanama kontrolünü takiben katlar usulüne uygun kapatılır. Cildin mümkünse subkutan olarak kapatılması estetik açıdan tercih edilir. Operasyon lojuna genellikle dren koymaya gerek yoktur (Cerrahin tercihine göre değişir).

Hastalar genellikle 2-4 saat sonra mobilize edilip ve ertesi gün taburcu edilebilir.