

bölüm 4

Dr. Ali DALGIÇ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

SERVİKAL DİSK HERNİLERİNDE
POSTERİYOR ANAHTAR DELİĞİ İLE
SEKESTREKTOMİ AMELİYATIKonu ile ilgili bağlantıya yandaki linkten ulaşabilirsiniz <http://www.spinetr.com/video.aspx?video=2>

Yumuşak vasıflı servikal disk hernileri, laminotomi veya anahtar deliği tarzında yapılacak bir foraminotomi ile çıkarılabilir. Ayrıca, foramende köke bası yapan osteofitlerden kaynaklı kök basılarında da posteriyor foraminotomi yolu ile nöral dekompresyon yapılabilir.

Geçmişte uygulanan posteriyor yaklaşımlarda geniş kas diseksiyonu yapıldığı için; gerek ameliyat sırasında, gerekse sonrasında (özellikle kas atrofisi ve boyun ağrıları nedeni ile) verimliliği tartışmalıydı. Dolayısıyla, 1950'li yıllarda anterior servikal diskektominin tanımlanması ile posteriyor yaklaşımlar önemini kaybetmişti. Ancak mikroskobun kullanımı ve tubuler ekartör sistemleri ile kas diseksiyonu azalmış olup yeniden yaygın hale gelmektedir.

Radyolojik olarak saptanan ve sinir kökü basısına neden olan lateral foraminal yumuşak diskler; sinir kökü bulgularına yol açan ve fasetten köken alan osteofitler posteriyor mikroforaminotomi ameliyatı için uygun hastalardır.

Posteriyor mikroforaminotomi ameliyatında; boyunun ekstensör kas grupları tutunduğu yerlerden sıyrılmaksızın korunabilir, interspinöz ve supraspinöz ligamanlar başta olmak üzere posteriyor gerilim bandı korunabilir, yapılan anahtar deliği foraminotomi sayesinde faset eklemleri korunabilir, disk aralığına girilmeksizin sekestre/ekstrude disk parçası çıkarıldığı için mevcut disk yüksekliği korunabilir. Böylece servikal omurganın mevcut stabilitesi ve hareket becerisi de korunmaktadır.

Orta hat yerleşimli osteofitler, kalsifiye hard disklerin ve unkovertterbral eklemden gelişen osteofitlere bağlı foramenin anteriorundan sıkışması durumunda; anahtar deliği foraminotomi ile dekompresyon zordur, bu olgularda anterior yaklaşım tercih edilmelidir.

Ameliyat prone pozisyonda yapılır; hava embolisi, iskemik komplikasyonlar, çalışma konforu vb. nedenlerle oturur pozisyon terk edilmiştir. Hasta anesteziyi supin pozisyonda aldıktan sonra; prone pozisyona geçirilirken dikkatli olunmalıdır ve boyun nötral pozisyonda tutulmalıdır. Hasta çevrilip masaya alınırken omuz, baş ve boyun birlikte hareket ettirilmelidir. Bunun için hasta, gerekirse boyunluk desteği ile çevrilebilir.

Baş hafif fleksiyona alınarak, çivili veya atnalı başlıkla sabitlenmelidir. İnterlaminal mesafeyi genişletmek üzere boyunun 20 derece fleksiyonu yeterlidir; aşırı fleksiyondan kaçınılmalıdır. Çünkü radiksleri ve radiküler damarları gerer ve aksonal iskemiyeye neden olabilir. Gözlere ve diğer fasiyal yapılara bası olmamalıdır.

Görüntüleme eşliğinde seviye tespiti yapıldıktan sonra, orta hattan yaklaşık 1,5 cm laterale; insizyon yapılır, böylece supra ve inter spinöz ligamanların korunması sağlanır. Tek mesafe için yaklaşık 2 cm kesi yeterlidir. Kas yapılarını korumak üzere genişletici tarzında tubuler ekartörler ile mesafeye ulaşılır. Bu aşamada tekrar mesafe tayini yapmak güvenli olacaktır. Tubuler ekartörler ile devam edilebileceği

gibi spekulum tarzı ekartörler de kullanılabilir. Spekulum tarzı olanlar, cerrahi alana mikroskop ışığının düşmesi ve el aletlerinin hareket alanının geniş olması nedeni ile avantajlıdır. Tubuler sistemler ise endoskopi yardımıyla ameliyatlar için daha uygundur.

Sahaya ekartör yerleştirilerek mesafenin posteriyor izdüşümü olan interlaminar aralık ve ilişkili laminofaset bileşikleri ortaya konur. Yüksek hızlı elmas drill yardımı ile yaklaşık 8-10 mm uzunluğunda bir “anahtar deliği” açılır. Deliğin yaklaşık 1/3’ü rostral laminada, 2/3’ü kaudal laminada olacaktır; fasetin %50’sinden fazlası alınmamalıdır. Drill ile inceltilecek kemik küret veya ince uçlu Kerrison rongörler ile çıkarılır. Epidural venöz pleksus kanamalı olduğu için flavum dahi bipolar ile koterize edilerek devam edilmelidir. Ligamentum flavum alındıktan sonra dura ve sinir kökü görülmelidir.

Epidural aralıktan venöz pleksus olduğu ve venöz kanamanın ameliyatın rahatlığını etkileyeceği unutulmamalıdır. Bipolar koter düşük ayarlanarak venöz pleksusun sabır ile hemostazı sağlanmalıdır. Başın gövde seviyesinin altında olmasından dolayı da venöz sızıntı artabilir, ters trendelenburg pozisyonu verilerek baş yükseltilebilir.

Sinir kökü, foramen ve ana dura açıkça ortaya konulmalıdır. Bir sinir “hook”u yardımı ile sinir kökü kranial yöne doğru nazikçe ekarte edilir ve altından sekestre/ekstrüde

parça çıkarılır. Yumuşak disk fragmanları genellikle birden fazladır, dekompresyonun kontrolü dikkatli yapılmalıdır, ancak sinir kökünün kraniyaline/omzuna geçmek genellikle gerekmez. Radiksi serbestleştirmek için foramen kontrol edilir ve gerek görülürse genişletilebilir. Disk mesafesine girmek çok tehlikelidir, kökün aksillasından mesafeye girmek unkovertbral eklemin eğiminden dolayı sinir köküne hasar verebilir; morbit komplikasyonlar gelişebilir. Gerek ana duranın gerekse sinir kökünü ekarte ederek disk mesafesine alet sokmaya kalkmak dramatik sonuçlara yol açabilir.

Bazı olgularda omurilikten çıkan ön ve arka kökler kendilerine ait dural kılıflar ile dural saktan ayrılırlar. Önden çıkan kök ile dura komşuluğu mutlaka ortaya konmalıdır, öndeki dural kılıf disk sanılarak kesilirse dramatik sonuçlara neden olabilir. Bu hastalarda cerrahi sahaya dren konulmasına genellikle gerek yoktur. Hastanın postoperatif boyunluk kullanması biyomekanik açıdan gerekli değildir, ancak cerrahi travmaya bağlı yumuşak doku ödemi azaltmak için 3 gün kullanılabilir.

Mikroskopik laminoforomanotomi (anahtar deliği) ile yapılan posteriyor servikal diskektomide, klinik verimlilik %85,8-94 arasında değişmektedir. Hastalarda, segmenter hareket ve mevcut disk yükseklikleri ile omurga stabilitesi korunabilmektedir. Füzyon uygulanmasına gerek kalmayan bu yaklaşım “hareket koruyucu” bir yöntem olarak değerlendirilebilir.