

HANGMAN KIRIKLARINDA TEDAVİ

Amaç füzyonu ve servikal dizilimi sağlayıp hastayı tekrar desteksiz günlük yaşantısına döndürmektir.

AANS 2013 tedavi rehberi Hangman fraktürü için başlangıç tedavisinin servikal immobilizasyon ile yapılması gerektiğini, cerrahi stabilizasyonu ve füzyonu ise C2-3 vertebralar arası ciddi açılanması olan, C2-3 disk rüptürü olan ve /veya eksternal immobilizasyon ile tedavi edilemeyen hastalar için önermektedir (1)

Li ve ark.nın yaptığı literatür taramasında konservatif tedaviyle Tip1 kırıklarının tamamında tip 2 kırıklarının % 60' ında füzyon sağlanırken tip 2a ve 3 kırıklarının ise % 50' sinden daha azında füzyon görülmüş (2). Dolayısıyla hangman fraktürlerinin tedavisi, tiplerine göre konservatif ve cerrahi, cerrahi seçenekler de anterior ve posterior olarak farklılık arz etmektedir.

Kaymanın 3 mm den az olduğu, açılanmanın minimal olduğu tip 1 kırıkların tedavisi 8-12 hafta boyunca uygulanacak olan Philadelphia boyunluktur (1).

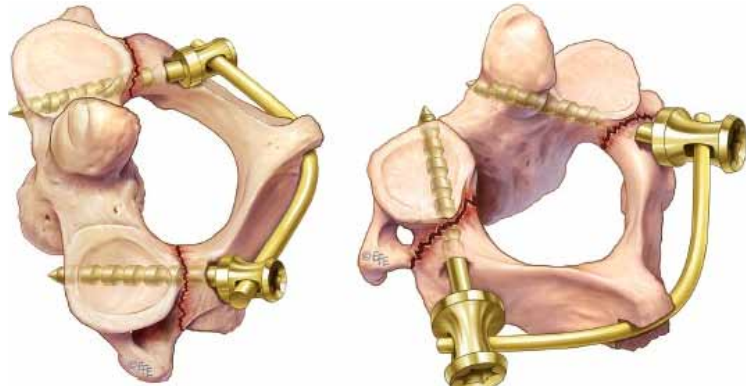
Bilateral simetrik olmayan pars kırığının olduğu ve kırık hattının transvers foramene ilerleyebildiği ve % 33 nörolojik defisit olduğu tip1a kırıklarında tedavi 8-12 haftalık Philadelphia boyunluktur ancak bu atipik olan hangman kırık tipinde nörolojik defisit ile ilişki varlığında cerrahi girişim düşünülebilir (3).

Açılanmanın olmadığı ancak 3 mm den fazla yer değiştirmenin olduğu tip 2 kırıklarında kayma 4-6 mm den fazla ise tedavi halo ile immobilizasyon, 4-6 mm den az ise Philadelphia boyunluktur (4).

Ciddi açılanmanın olduğu ancak kaymanın minimal olduğu tip 2A kırıklarında 4-6 mm den fazla kayma veya açılanma 11 dereceden fazla ise cerrahi girişim endikasyonu vardır, diğer olgularda tedavi halo ile immobilizasyondur (4).

Bilateral ya da tek taraflı faset dislokasyonun olduğu ve ligaman yırtığının eşlik ettiği tip 3 fraktürlerinin tedavisi cerrahi girişimdir.

Resim 1: NSA tekniğinin gösterilmesi



Hangman fraktürlerinin cerrahi tedavisi anterior cerrahi girişimler ve posterior cerrahi girişimler şeklinde sınıflanabilir.

Anterior girişimler anterolateral ve transoral C2-3 diskektomi ve füzyonu içerir. Son zamanlarda anterior cerrahi girişimin neredeyse tek endikasyonu anterior-dan bası yapan disk hernisi varlığıdır (5).

Posterior girişimler tek başına C2 parsının vidalanması, C1-2-3 stabilizasyon, C2 pars vidasına ek olarak C2 -3-4 lateral mass vida uygulaması, C2-3 posterior stabilizasyon ve Dalbayrak ve ark tarafından tanımlanan C2 veretebrasına konacak pedikül veya lateral mass vidalarının posterior ark. şeklinde deforme edilen bir rod ile birleştirilmesini esas alan NSA(neurospinal academy) tekniğinden oluşur.

KAYNAKLAR

1. Management of isolated fractures of the axis in adults. neurosurgery 72:132-150,2013
2. Xin-Feng, Li; Li-Yang, Dai; Lu, Hua; Xiao-Dong, Chen. A systematic review of the management of hangman's fractures European Spine Journal 15.3 (Mar 2006): 257-69.
3. Starr JK, Eismont FJ. Atypical hangman's fractures. Spine. 1993;18:1954-1957
4. Miguel Lopez-Gonzalez, Curtis A. Dickman, Tanvir Choudhri, Jurgen Harms Trauma Surgery: Occipitocervical Junction Spine Surgery third edition Edward C. Benzel 601-610
5. Verheggen R, Jansen J. Surg Neurol. Hangman's fracture: arguments in favor of surgical therapy for type II and III according to Edwards and Levine. 1998 Mar;49(3):253-61;
6. Dalbayrak S, Yaman O, Yılmaz M new technique in the surgical treatment of Hangman's fractures: Neurospinal Academy (NSA) technique Journal of Craniovertebral Junction and Spine Jul-Dec 2013 / Vol 4 / Issue 2