

ALİF endikasyon ve mantığı

6



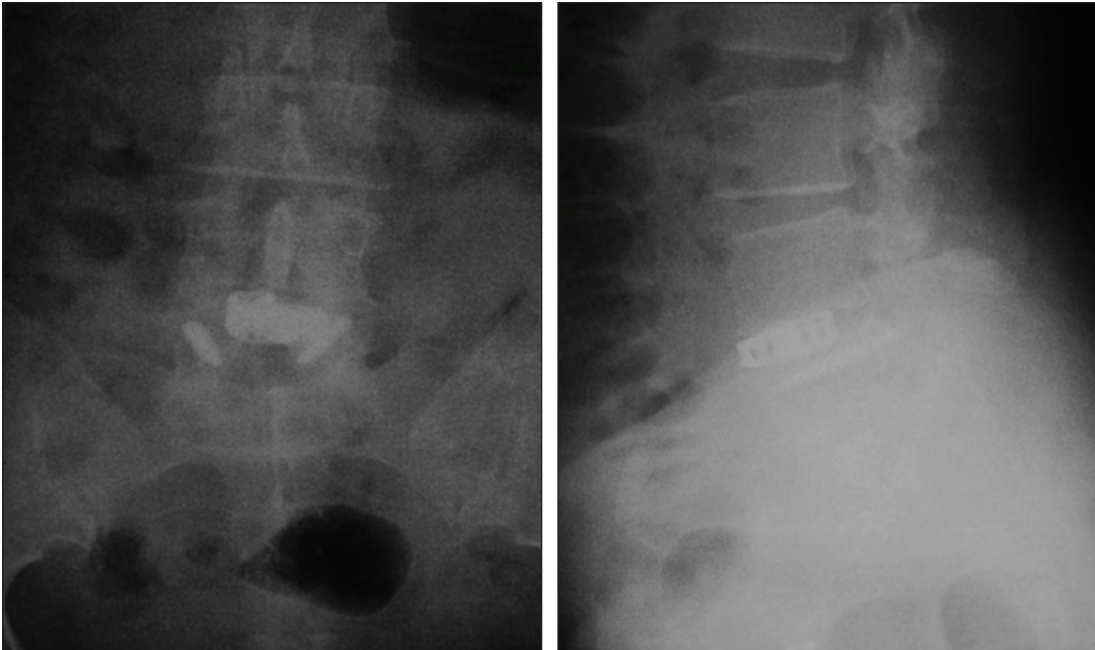
ALİF - endikasyon ve mantığı

Prof. Dr. Süleyman R. ÇAYLI
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji AD, Malatya

İnterbody füzyon, sıkça uyguladığımız posterolateral füzyona göre bazı üstünlükleri olan bir tekniktir. Herşeyden önce, rotasyonun anlık ekseninde füzyon sağladığı ve her iki korpus arasında kompressif yüklenme altında geniş füzyon alanı sağladığı için non-füzyon riski daha düşüktür. Anterior interbody füzyon (ALİF) tekniğinin ise diğer interbody füzyon tekniklerine göre bazı avantajları vardır. Öncelikle bu teknikte ilgilendiğimiz tüm alan gözümüzün önünde, elimizin altındadır. Bu bize diğer interbody tekniklere göre füzyon yatağını daha iyi hazırlama ve daha geniş bir füzyon alanına sahip olma olanağı sağlar. Bu durumun avantajı, esas amacımızın füzyon sağlamak olduğu düşünülürse, son derece açıktır. Ayrıca tüm disk yatağını görebildiğimiz için posterior girişimlerden daha iyi dekompresyon olanağı sağlar.

Bu anlamlı avantajlara rağmen, ALİF tekniğinin taşıdığı bazı dezavantajlar bu füzyon tekniğinin diğerlerine

göre daha az kullanılmasına neden olmuştur. En önemli dezavantajı, çok alışık olmadığımız bir cerrahi açılım tekniği gerektirmesidir. Gerçekten lomber bölgeye anteriordan girmek meşakkatli bir iştir ve normal cerrahi eğitimimizde bu girişimin yeri çoğunlukla yoktur. Büyük damarların ve sempatik pleksusun varlığı korkutucu gelebilir. Gerçekte ise, lomber bölgeye anterior ulaşım için uygun cerrahi koridor oluşturacak transperitoneal veya retroperitoneal yollar sanıldığı kadar zor yollar değildir. Asıl sorun büyük damarların ve sempatik pleksusun uygun bir şekilde cerrahi alandan uzaklaştırılmasıdır. Bazı cerrahi kurallara uyulursa, büyük damar zedelenmesi veya sempatik pleksus yaralanması gibi komplikasyonlar sanıldığından çok daha az görülür. Kanaatimce, bu bölgede yapılacak manüplasyonlarda komplikasyon kaçınmak için uyulması gereken ilk ve en önemli kural mutlaka mikroskop kullanmaktır. Mikroskop altında yerine göre keskin, yerine göre künt disseksiyonla



Şekil 1: Daha önce posterior stabilizsyon yapılmış ve vidaları kırılmış başarısız bel cerrahisi sendromlu bir hastada ALİF uygulaması.

büyük damarları cerrahi sahadan uzaklaştırmak mümkündür. Özellikle L5-S1 aralığına yaklaşımda iliak arter ve ven bifürkasyonundan girmek gerekmektedir. Bu bölgede sakruma uzanan venöz pleksusun varlığı ciddi bir problemdir. Mümkün olduğu kadar yumuşak küt diseksiyonla sıyrılması gereken venöz pleksus arasındaki sempatik pleksusun varlığı ayrı bir tuzaktır. Venöz yapıları diseke ederken oluşabilecek kanamalarda pedi, pamuk kompresyonu ile kanamanın durmasını beklemek ve koagülasyon için mono veya bipolar kullanmamak sempatik pleksus zedelenmesini önlemek için önemlidir. Yine bu seviyede median sakral ven ve arter zedelenirse kanaması sorun yaratabilir, o yüzden bu damarları bağlayıp kesmekten kaçınmamak gerekir.

ALİF'in füzyon sağlanana kadar yalnız başına segmental stabiliteyi sağlayıp sağlayamayacağı önemli bir sorudur. Bu konuda literatürde değişik bilgiler vardır. Aslında greft yatağı uygun şekilde hazırlanır ve kafesler distraktif durumda yerleştirilirse, normal bir yüklenme durumunda kompresif yükler altında kalacağı için yalnız başına stabilite sağlayabilir. Yine de, sorun olacağı düşünülüyorsa plaklı sistemler kullanılabilir. Ayrıca posterior girişimle transpediküler vida veya translaminar faset vidalarıyla stabilizasyon sağlanabilir. Greft yatağının uygun hazırlanması önemlidir. Kırkırdak son plaklar alındıktan sonra subkondral kemik yapının korunması gereklidir. Özellikle son plakların posterior ve lateral kenarlarının daha güçlü olduğunu unutmamak gerekir. Greftin bu bölgelere dayanmasını sağlamak postoperatif dönemde disk aralığının çöküşünü engeller.

Avantajlarına rağmen ben de bu işlemi posterior interbody teknikleri kadar çok uyguluyorum. Benim pratiğimde ALİF'in en önemli uygulama alanı başarısız bel cerrahisidir. Defalarca opere edilmiş bir hastanın hala instabilite, disk aralığı restorasyonu ya da dekompresyon gerektiren bir durumu varsa ALİF çok uygun ve posterior girişimlere göre daha güvenilir bir yöntemdir. Daha önce hiç açılmamış bir alandan girerek uygun dekompresyon sağlanır, disk aralığı yüksekliğini restore edilir ve konulan greftin eğimi ile lomber lordozu katkı sağlanarak geniş bir alanda füzyon şansı elde edilir.

Günümüzde hekimin kendisini korumak zorunda olduğu düşünürsek böyle bir cerrahi girişime ilk başlarda (veya her zaman) bir genel cerrahın yardımı ile girmesi önerilir. Ama genel cerrah sadece prevertebral bölgeye kadar yardımcı olabilir ve bundan ötesi tamamen bize aittir. Daha önce söylediğim mikrocerrahi tekniklerin uygulanması, yerine göre küt ve keskin diseksiyonlarla ilerleme ve koagülasyondan mümkün olduğu kadar kaçınma en önemli kurallardır. Tabii ki preoperatif doğru planlamanın önemini unutmamak gerekir. Cerrahi başarı için spinal aks, disk yüksekliği, L5-S1 diskinin oryantasyonu ve sakral eğimin preoperatif planlamada değerlendirilmesi önemlidir. Özellikle vena kava, aorta, iliak arter ve venlerin konumlarının preoperatif görüntülenmesi bizi rahatlatır. Bu yüzden ALİF düşündüğümüz hastalarda ana damarlar koronal planda MRG veya kontrastlı çoklu kesitli BT'de koronal rekonstrüksiyon ile görüntülenmelidir.