

Olgu 5 Tartışması

Prof. Dr. Kadir KOTİL

Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul

Olgu Tartışması

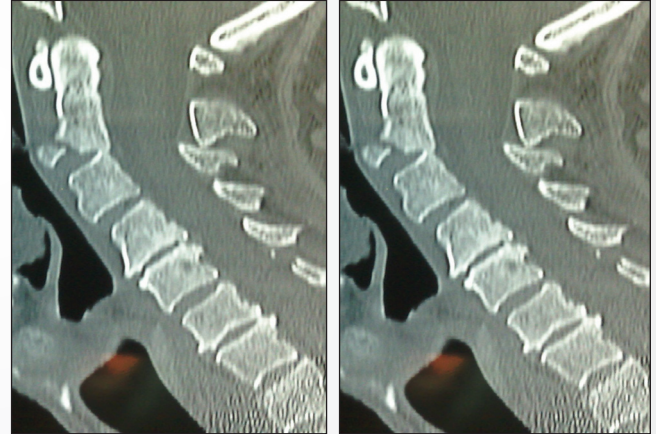
39 y, E, 2 gün öncesi araçtan fırlama şiddetli boyun ağrısı ve sol üst ekstremitede güç kaybı ile getiriliyor. FM'de; kotlarda nondeplese kırıklar dışında ciddi bir sorun yok. Boyun hareketleri kısıtlı ve çok ağrılı.

NM'de sol üst ekstremitede brakial pleksus dışı monoparezi krusiat paralizi olarak değerlendirildi.

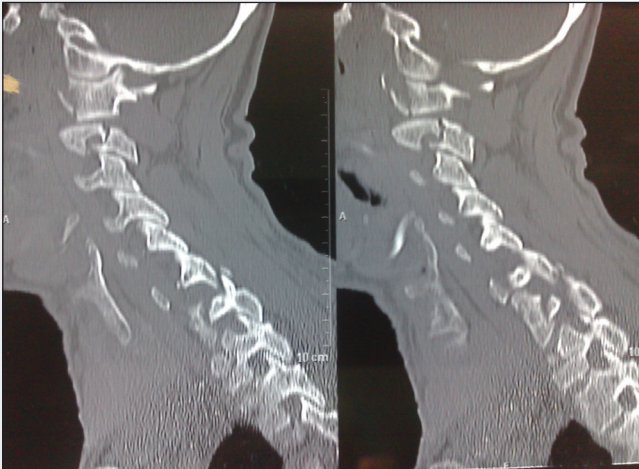
Radyolojik Değerlendirme: Direkt grafide; C2'de avulziyon kırığı (göz yaşı), ve C2 isthmusunda ayrışma Tomografide: Axial BT'de C1'de atlas anterior nöral arkusun parçalı kırığı ve ayrışması, sagittal BT'de C1 ve C2'de complex parçalı kırıklar. Axis isthmustantın bilateral ayrışma.



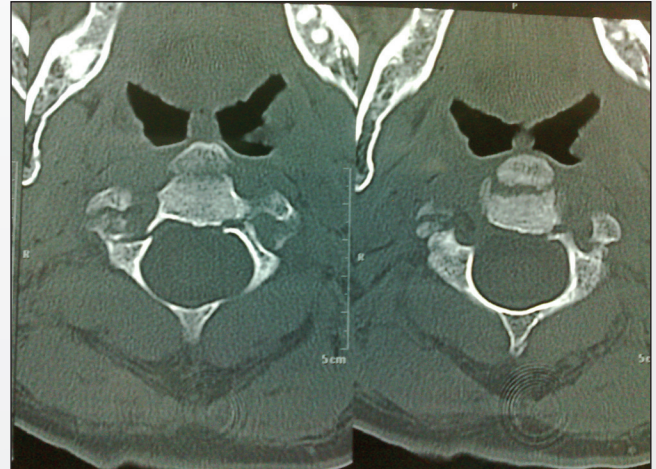
Şekil 1



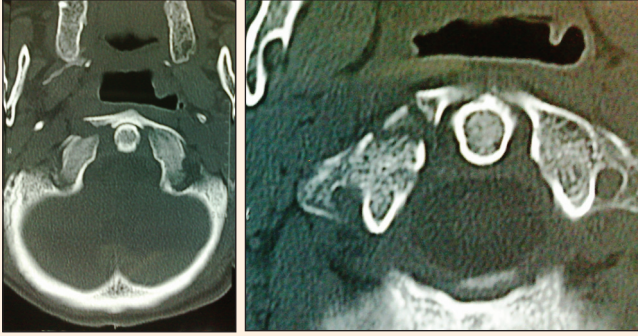
Şekil 3



Şekil 2



Şekil 4



Şekil 5

Yorum 1

Prof. Dr. Erkan KAPTANOĞLU
Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroşirurji Anabilim Dalı, Leşkoşa, KKTC



İki gün önce trafik kazası sonucu şiddetli boyun ağrısı yakınımı ve sol üst monoparerezisi olan 39 yaşında erkek hasta sunulmaktadır. Radyolojik değerlendirmede C1 de atlas anterior nöral arkusun parçalı kırığı ve ayrışması, C2 korpusu antero-inferiorunda avulziyon kırığı (göz yaşı) ve her iki C2 isthmus kırığı ve C2 pedikül ve laminalarının posteriora doğru deplase olduğu görülmektedir (aksiyel CT ve mid-sagittal CT rekonstruksiyonu). T2 sagittal MR kesitlerinde belirgin bir disk basısı yada omurilikte intensite değişikliği saptanmamıştır. Aksiyel tomografi kesitlerinden görülebildiği kadarı ile Oksiput-C1 ilişkisi bozulmamıştır. Parasagittal CT kesitlerinde C6-7 ilişkisi sağlıklı değerlendirilememiştir. Cerrahi karar verirken mutlaka tüm kesitlerin aynı anda büyük negatoskoplarda değerlendiriliyor olması gerekir.

Yorum: Elimizdeki tarif edilen bulgularla ve başka bir patoloji olmadığı varsayılırsa patolojiyi şöyle özetleyebiliriz: C1 tek taraflı arkus kırığı, C2 bilateral istmik kırık, C2 korpus kırığı ve C2-3 seviyesinde ALL hasarı. Hastanın nörolojik defisitinin 2 gün önceki kazaya ait olduğu düşünülürse hastaya nöroproteksiyon amacı ile metilprednizolon verilmemelidir. Hastanın omurgası ileri derecede instabil ve cerrahi yapılmalıdır. Ben ilk önce C2 pedikül vidalarını yerleştirdim. Aksiyel CT kesitlerinde C2 pediküllerinin korpustan çok ayrılmadığı görülüyor. Durum böyleyse standart vidalar korpus-pedikül ilişkisini tekrar sağlayacaktır. Eğer arada boşluk olduğu görünen kesitler varsa odontoid vidalamada kullanılan yarı yivli çekme vidaları (Lag vida) kullanılabilir. Daha sonra bilateral C1 lateral kitleleri kullanılarak vidalama (Harms)

yapılır. C3 lateral kitle/pedikül vidalaması ile operasyon sonlandırılabilir. Ben rostral tarafa bir transvers bağlayıcı takarak C1 yan kitlelerinin laterale ayrışması önlenmeye çalıştım. CT'den görülebildiği kadarı ile oksiput kondilleri sağlamdır. Eğer oksiput kondillerinde kırık var ise füzyona oksiput da katılmalıdır. Aksi takdirde şart değildir, C1-C2-C3 enstrümanlı füzyon yeterli olabilir. Post operatif dönemde hastaya 4-6 hafta boyunluk verilebilir, erken fizyoterapi önerilir.

Yorum 2

Doç. Dr. Sedat DALBAYRAK
Nöro Spinal Akademi, İstanbul



Olgu kompresif hiperekstansiyon mekanizmayı düşündüren üst servikal kombine bir yaralanma.

C2 hangman kırığı var. Beraberinde tear drop kırığını düşündüren C2-3 anterior ligaman yaralanması ile C2-3 seviyesini de içeriyor. Aynı zamanda sağ tarafta C1 yan kitlenin anterior kısmı ile sağ anterior ark kırılmış.

Cerrahi uygulamak gerekir. C1 yan kitlelere vida (kırık olan sağ yan kitlede vida için yeterli bölüm var), C2 pars kırık hattından geçen pedikül vidaları ve C3'e tercihan pedikül vidaları (yan kitle vidası da olabilir) ile C1-C3 arası stabilizasyon düşünürüm. Kondil ile C1 arası ilişki çok etkilenmemiş. Oksiputu dahil etmezdim. Transvers bağlantı koymak daha sağlıklı olur. Ancak konmadan da yapılması ciddi bir sıkıntı oluşturmaz.

Sadece C2 pars vidası yetersiz kalır diye düşünüyorum. C2-3 stabilizasyon olası bir seçenek, ancak C1'deki kırık dolayısı ile risk etmeye gerek yok. C1-3 stabilizasyon daha uygun.

VAKAYA YAPILAN

Olgu C1 ve C2 parçalı kırığı (complex C1-2 kırığı) ve hangman kırığı olarak değerlendirildi. Bu nedenle C0: oksipital plak

C1 kırık olduğu için vida konmadı. C2 ise transartikuler, C3'e ise transpedikuler vida ile fiksasyon uygulandı. İliak kıyından alan uzun trikortikal otogreftle C0-C3 OSTESENTEZ uygulandı. Olgunun krusiat paralizisi 3 ayda düzeldi.