

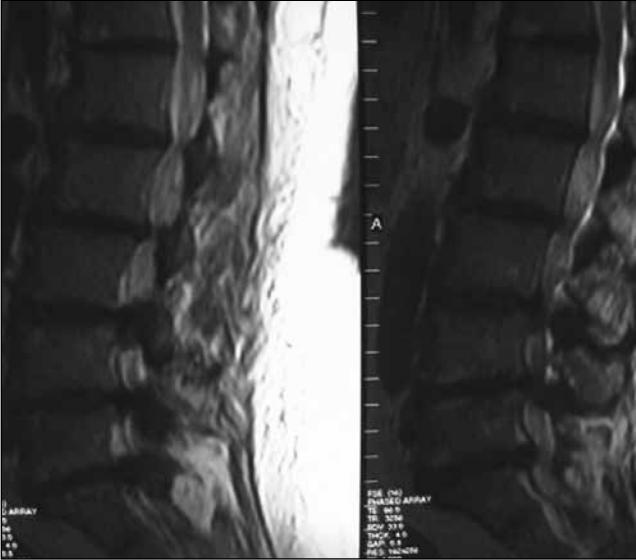
tartışma paneli 4

tartışma paneli

Dr. Serdar Işık

OLGU SUNUMU

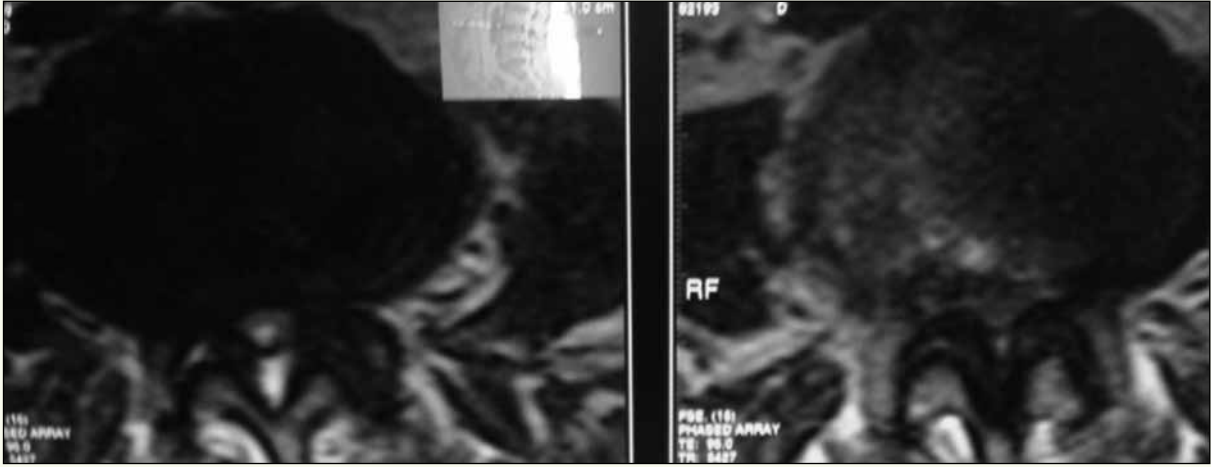
65 yaşında kadın hasta bel ve sağ tarafda belirgin her iki bacak ağrısı şikayetleri ile başvuruyor. Hastanın şikayetleri yaklaşık 3 yıldır olup son 3-4 aydır iyice şiddetlenmiş. Nörolojik muayenede; SLR bilateral 60 derecede pozitif ve sağ ayak bileği dorsal ve plantar fleksiyonlarda % 20-30 motor kayıp mevcut. Hasta 30 m. de başlayan nörojenik kladikasyon tarifliyor. Tedavi ile ilgili önerileriniz nelerdir?



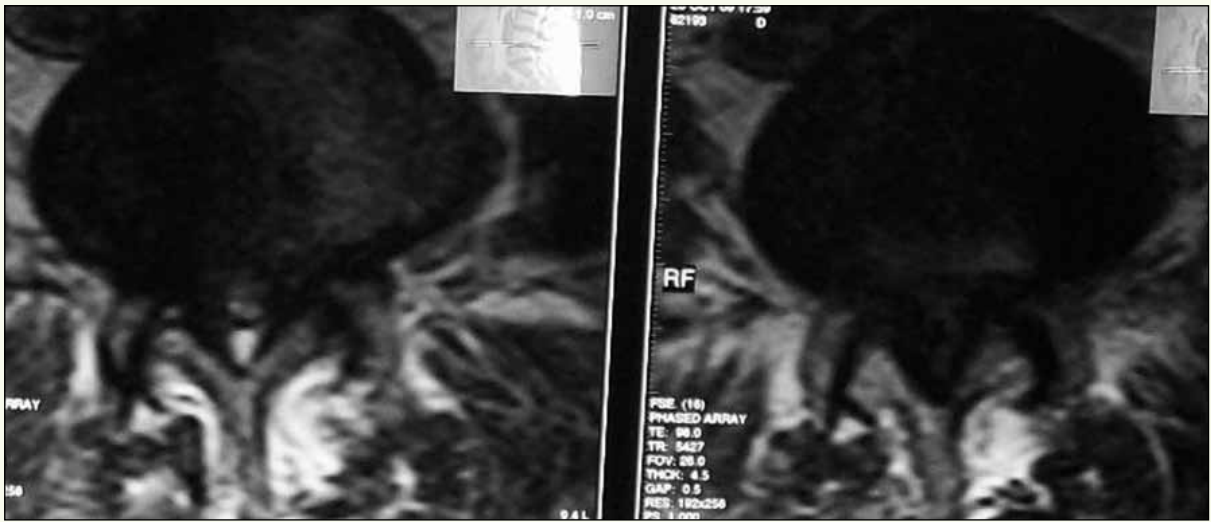
Şekil 1: Lomber MRG T2 ağırlıklı sagittal kesitleri.



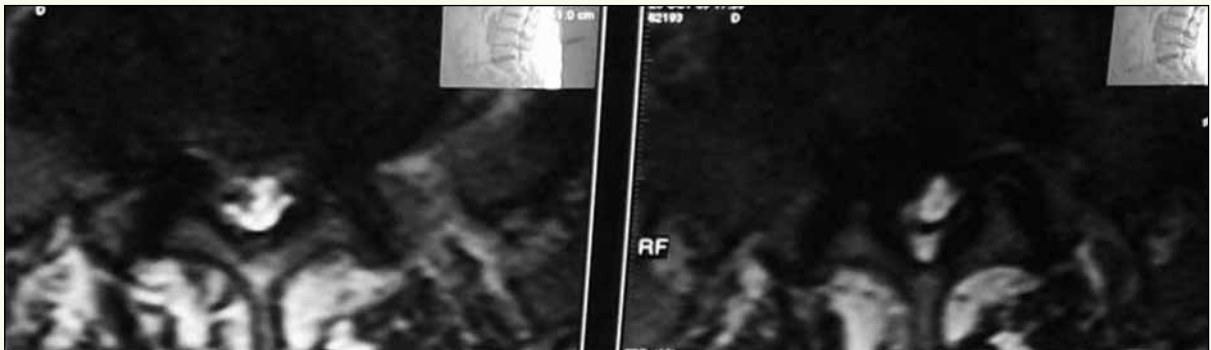
Şekil 2: L2-3 aksiyel kesitleri.



Şekil 3: L3-4 aksiyel kesitleri.



Şekil 4: L4-5 Aksiyel kesitleri.



Şekil 5: L5-S1 Aksiyel kesitleri.

Dr. Özerk OKUTAN

65 yaşında, nörolojik kayıpları ve kısa mesafede olan nörolojik kladikasyonu olan bir hasta. Hastanın L3-L4 ve L4-L5 mesafelerinde ileri derecede dar kanalı mevcut. Bu mesafelerde neredeyde tüm omurilik kanalının bloke olmasına neden olan Lig. Flavum hipertrofileri ve yine kanala ek olarak lateral reseslerin de kapanmasına neden olan bilateral faset hipertrofileri mevcut. Bu bulgularla hastaya L3 ve L4 total laminektomi ve fasetektomilerle ciddi bir dekompresyon yapar, L5-S1 seviyesinde sağdan hemiparsiyel laminektomi, diskektomi ve foraminotomi uygular ve L3-L4-L5-S1 transpediküler vidalama ve posterolateral kemik füzyonla vakayı tamamladım.

Dr. Ayşe KARATAŞ / Dr. Alaattin YURT

Hastanın yapılan direk grafileri, dinamik (hiperfleksiyon-hiperextensiyon) grafileri ve Bilgisayarlı Tomografi incelemesinde instabilite ve ilave kemik patolojinin olmadığı, lomber spinal kanalın dar ve diskin de sert disk olduğu saptanmıştır. Lomber Manyetik Görüntülemesinde L3-4 ve L4-5 ve L5-S1 seviyelerinde dar kanal görüntüsü mevcuttur. Olguya klinik bulguları ve radyolojik incelemeleri sonucunda cerrahi girişim gereklidir. Cerrahi tedavi yöntemi ise, standart dekompresif cerrahi ve bilateral foraminotomiler dir (L3, L4, L5 Total laminektomi+bilateral foraminotomiler). Ameliyat esnasında sağ L5-S1 disk mesafesi yeniden değerlendirilmelidir. Olgu da 3 mesafe geniş laminektomi olması ve ayrıca ameliyat sonrası gelişebilecek instabiliteyi de önlemek için L3-L5 posterior transpediküler enstrümantasyon ve füzyon yapılmalıdır.

Dr. Varol AYDIN

65 yaşındaki bayan hastanın semptom, nörolojik bulgu ve lomber MRG sonuçları değerlendirildiğinde lomber spinal stenoz ve sağ L5 ve sağ S1 kök basıları nedeniyle cerrahi tedavi önerirdim.

Hastanın lomber sagittal MRG kesitleri L1-2 L2-3 düzeylerinde kısmi, L3-4, L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde ise ileri derecede faset ve ligamentum flavum hipertrofileri olduğu izleniyor. Ayrıca tüm disk seviyelerinde dejenerasyon, intervertebral disk yüksekliklerinde azalma ve özellikle L3-4, L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde spinal kanalından daraltan herniasyon görünümüleri mevcut.

Aksiyel MRG kesitlerinde de L2-3, L3-4, L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde iki taraflı lig. flavum ve faset hipertrofilerinin çok belirgin olduğu ve spinal kanal lateral çapının azaldığı

görülmüyor. L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde ise spinal kanalın özellikle sağ tarafta öndeki disk kaymaları nedeniyle daralmış olduğu izleniyor.

Lomber MRG'de izlenen disk kaymaları ile lig. flavum ve faset hipertrofilerine rağmen spinal kanal ön-arka çapında belirgin azalma olmadığı görülüyor. Bu nedenle hastadaki semptom ve bulguların santral spinal stenozdan çok iki taraflı lateral stenozdan kaynaklandığı düşüncesindeyim.

Hastanın mevcut tetkiklerine ek olarak özellikle dinamik lomber grafiler ve lomber BT ile de değerlendirilmesinin gerektiği kanısındayım.

Hastadaki semptom ve bulgularla lomber MRG kesitlerine dayanarak önereceğim tedavi ise L2-3, L3-4, L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde iki taraflı hemiparsiyel laminektomiler, kısmi medial fasetektomiler, lig. flavumların çıkartılması ve foraminotomiler ile posterolateral dekompresyon, L3-4, L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde ise özellikle sağ taraftan yapılacak diskektomiler ile anterior dekompresyon olacaktır.

Ameliyatta L1-2 düzeyine yönelik girişim kararı ise bu düzeyden geçen aksiyel MRG kesitlerine göre verirdim. Laminektomi ve fasetektomileri stabilizeyi bozmayacak ancak yeterli dekompresyon sağlayacak şekilde olabildiğince geniş yapar ve mutlaka lig. flavumları tamamen çıkartırdım.

Hastada spinöz çıkıntılarla supraspinöz ve interspinöz ligamentlerin korunmasının önemli olduğunu düşünüyorum, bu nedenle fasiayı iki taraflı olarak orta hattan uzak kalacak şekilde koter kullanmadan açar ve paravertebral kasları da koter kullanmadan diske ederek spuraspinöz ve interspinöz ligamentleri korurdum.

Hastada stabilizasyon uygulamayı düşünmez ve mümkün olduğunca buna gerek duymayacak düzeyde dekompresyonla yetinirdim. Hastanın yaşı, intervertebral disk yüksekliklerinin azalmış olması, çok seviye girişim uygulanacak olması ve spinal kanal darlığının kemik dokulardan bağ dokularına bağlı olması nedeniyle cerrahi olarak instabilite oluşturmaktan kaçınıldığında stabilizasyon uygulanmasına gerek kalmayacağını düşünüyorum.

Operasyon sonrası erken dönemde lumbosakral korse, geç dönemde de paravertebral kasların güçlendirilmesine yönelik ekzersizler ile omurga stabilitesinin korunmasına destek olunmasını, instabilite gelişme olasılığına karşı da hastanın periyodik olarak dinamik lomber grafilerle izlenmesini öneririm.

Kolaylıklar ve saygılar dilerim.

HASTAYA UYGULANAN CERRAHİ

- L3 total laminektomi, sağ L3-4 diskektomi
- L4 total laminektomi, L4-5 bilateral diskektomi
- L4-5 kafes ile TLIF
- Sağ L5-S1 hemilaminektomi +
foraminotomi+diskektomi

- L3, L4, L5 ve S1 bilateral pedikül vidaları ile stabilizasyon
- Posterolateral füzyon (otogreft)
- Hasta yaklaşık 2 yıldır takipte, sorun yok.

