

tartışma paneli 5

tartışma paneli

Dr. Erkan Kaptanoğlu

Olgu Sunumu

13 yaşında kız, Omurgasında eğrilik nedeniyle takip ediliyormuş. Son 1 yıldır şiddetli bel ve sırt ağrısı ağrısı yakınımı mevcut. Nörolojik muayenede belirgin patoloji yok. Radyolojik tetkiklerinde yaklaşık 95 derece skolyozu mevcut.





Dr. Sait Naderi

Öncelikle böyle bir olguda yanıtlanması gereken bir çok soru olacaktır.

Hangi tip skolyoz? Rijit mi fleksibil mi? ilerleme durumu nasıl seyretmiş? Yılda ne kadar atış göstermiş gibi?

Tüm bunları yanıtlamak için MR, BT ve rijit olup olmadığını tespit etmek için ayakta dinamik grafi (veya son dönemde belirtildiği gibi) kasların da etkisini ortadan

kaldırmak için anestezi altında traksiyonlu grafileri çekmek gerekir.

Sonuç olarak ileri derece olan bir skolyoz söz konusu.

Tipine gelince, Lenke 5 King 4 eğriliğinden bahsedilebilir.

Görünüşe göre torakal eğriliğe yapısal özellik kazanmış. Bu hastaya T4-L3 enstrümentsyon gereklidir.

Omuz imbalansı pek düzelmez. Lateral torakal kifoz kaybı varsa Ponte osteotomisi ile torakal fasette gevşetme gerekebilir.

Dr. R. Kemal Koç

13 yaşında kız çocuğu muhtemelen juvenil skolyozu mevcut. Cobb açısı 95 derece. Cerrahi endikasyonu var.

Öncelikle altta yatan başka patoloji varmı? Sorusuna cevap aramak için tüm spinal kanalı MR ile taramak gerekir. Omurilik tümörü, diastematomiyeli, gergin omurilik sendromu gibi intradural patolojiler aranmalı. Eğer intradural patoloji bulunursa öncelikli tedavi edilmelidir. Ayrıca omurgada gelişim anomalileri varmı? sorusuna cevap almak için BT çekilmeli. BT de ayrıca vida konulacak pediküllerin genişliğide değerlendirilir. Lateral eğimli direkt grafide deformite bir miktar düzelmekle birlikte belirgin açılanma devam ediyor.

Önerim:

T4denL5ekadar posterior enstrümantasyon. Fizyolojik eğikliğin apeksinde yani T6,7 de sonlandırmamak için T4 e kadar çıkmak gerekir. L5-S1 aralığında korumakta fayda var. Eğer skolyozu düzeltmede sıkıntı olursa (12 yaşında pek beklenmiyor) skolyozun apeksine yani T11 veya T12 ye lateral osteotomi yapılabilir. Bu enstrümanların yükünü azaltır. Daha iyi korreksiyon sağlanır.

Alternatif yöntem sol yan torakotomi ile T9-L3 aralığındaki tüm disklerin sol yarısını çıkarmak ve bu aralıkları kısaltmak omurga kenarlarına bir miktar osteotomi yapılabilir. Omurga omurga üzerine bineceği için füzyonlaşma çabuk olur. Gerekirse posterior enstrümantasyon ilave edilir.

Dr. Ayhan Attar

Hastanın skolyozu rijid bir skolyoz gibi gözüküyor. Omuz asimetrisi belirgin, direk grafisinde rısser belli olmuyor.CSVL de çok optimal değerlendirilmemekle beraber, çocuğun adet durumu, büyüme progresyon çizgisi mutlaka bilinmeli.

Cobb açısı her ne kadar 95 derece olsa da RVA çok fazla değil ,dolayısıyla üç seçenek öneriyorum:

1. Konservatif takip

2. Harrington rodu ile minimum düzeyde korreksiyon yapacak ama progresyonu engelleyebilecek, perop. ve postop. nörolojik komplikasyonların sifıra yakın olduğu bir cerrahi

3. Minimum T3 veya 4 hizasından başlayan ve S1'e kadar, hatta pelvik fiksasyonun da eklendiği geniş posterior füzyon.

Hastaya omuz asimetrisinin düzelme ihtimalinin zayıf olduğunu, nörolojik hasar olma ihtimalini, solunum veya G.I.S. semptomlarının düzelemeyebileceğini anlatmak gereklidir.

Dr. Murat Hancı

Bu hastanın King¹ sınıflandırmasına (adolesan idyopatik skolyoz) göre değerlendirilmesinde; merkez dik sakral çizgisi (MDSC) çizildiğinde lomber ve torakal omurga eğriliği orta hattı geçmekte ve torakal eğrilik lomber eğrilikten fazla olması dolayısıyla Tip II olarak kabul edilebilir. Bu tipde fleksibilite indeksi \geq sıfırdır.

Lenke² sınıflandırmasına göre değerlendirilmesinde; asıl eğrilik (curve) yeri ve yana eğilme grafilerinde Cobb açısı $\geq 25^\circ$ olmasından dolayı Tip 5 (yapısal torakolomber major) olarak değerlendirilebilir. Lomber deformite MDVÇ'ye göre değerlendirildiğinde; stabil lomber vertebra L3, deformitenin apeksi T12'dir. Lomber belirlemeye göre ise Tip A olarak, torasik sagittal profile göre ise (T5-T12) $10^\circ-40^\circ$ arasında olduğundan normal olarak kabul edilebilir. Bu değerlendirme sonucunda Lenke sınıflandırmasında Tip 5AN olarak sınıflandırılabilir.

Hastanın radyolojik grafileri Cobb³ metodu ile değerlendirilmesi yapıldığında dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır; koronal plan grafisinde C7 plumb çizgisi S1 vertebra son-plağının sağ tarafında kaldığından pozitif koronal balans olarak değerlendirilebilir. Koronal planda deformitenin apeksi T12, deformitenin proksimalde son omuru T8 ve distalde son omuru L2'dir. MDSC'ye göre apikal omur ötelenmesi (T12) gerçek grafiler üzerinde ölçülmelidir. Benzer şekilde apikal omur rotasyonu (T12) Nash-Moe⁴'ya göre değerlendirildiğinde derece 2 olarak değerlendirilebilir. Bu İliak apofiz kalsifikasyonu Risser derecelendirmesine göre tam füzyon olan derece 5 olarak değerlendirilebilir.Pelvik balans koronal planda iliak kanatlar arsından çizilen yatay çizgi ile ölçüldüğünde sağ iliak kanat sola göre yukarıda görülmektedir. Grafilerde femur başları net görülmediğinden bacak boyu hakkında bilgi edinilememektedir. Hastanın fotoğrafları ile klinik değerlendirme yapıldığında da sağ pelvisin ve skapulanın sola göre yukarıda olduğu görülmektedir. Hastanın öne eğilmiş fotoğraflarında bu deformitenin kısmen düzeldiği görülmektedir.

Sagittal plan grafisinde; Torakal kifoz açısı T1-T12 arasında, torakolomber kifoz açısı T10-L2 arasında ölçülmelidir. Lumbosakral lordoz açısı ile T12/L1-S1 arasında ölçülmelidir. Sagittal balans değerlendirilmesi

için servikal (C2-7) torasik (T1-9), sakrum ve femur başı arasındaki ilişki değerlendirilmelidir. Sagittal balans ölçümü için plump çizgisi ile S1 üst son-plağının arka kenarı arasındaki ilişki önemlidir. Hastanın grafilerinde C7 omuru görülmediğinden sagittal balansın pozitif veya negatif değerlendirilmesi yapılamamaktadır. Benzer şekilde femur başı sagittal grafilerde net görülmediğinden pelvik indeks ve pelvik tilt değerlendirilememiştir. Sakral eğim açısı ise normal olarak değerlendirilebilir.

Konveksitesi sola bakan bu deformitenin düzeltilmesinde üst torakal bölgeden (T4-5) S1'e kadar rod ve pedikül vida stabilizasyon ile lomber bölgede konveks, torakal bölgede konkav taraftaki rodlara yapılacak rotasyon düzeltilmesi ile deformitenin fleksibilite endeksi sıfır olarak değerlendirildiğinden normale yakın düzeltilmesine gidilmesi uygun olabilir. Kemik füzyon olarak hastanın spinöz çıkıntıları, allogreft ve deminearlize kemik matriks, füzyon yatağı olarak faset eklem yüzeyleri ve lamina yüzeyleri dekortike edilerek kullanılabilir.

Referanslar

1. King HA, Moe JH, Bradford DS, Winter RB. The selection of fusion levels in thoracic idiopathic scoliosis. JBJS (Am) 65: 1302-1313, 1983.
2. Lenke LG, Betz RR, Harms J, Bridwell KH, Clements DH, Lowe TG, Blanke K. Adolescent idiopathic scoliosis: A new classification to determine extent of spinal arthrodesis. JBJS (am) 83: 1169-1181, 2001.
3. Cobb JR. Outline for the study of scoliosis, in Edwards JW (Ed): Instructional Course Lectures. Ann Arbor, American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1948, sy 261-275.
4. Nash CL Jr, Moe JH. A study of vertebral rotation. JBJS (Am) 51: 223-229, 1969.