

tartışma paneli 5

tartışma paneli

Dr. Varol Aydın

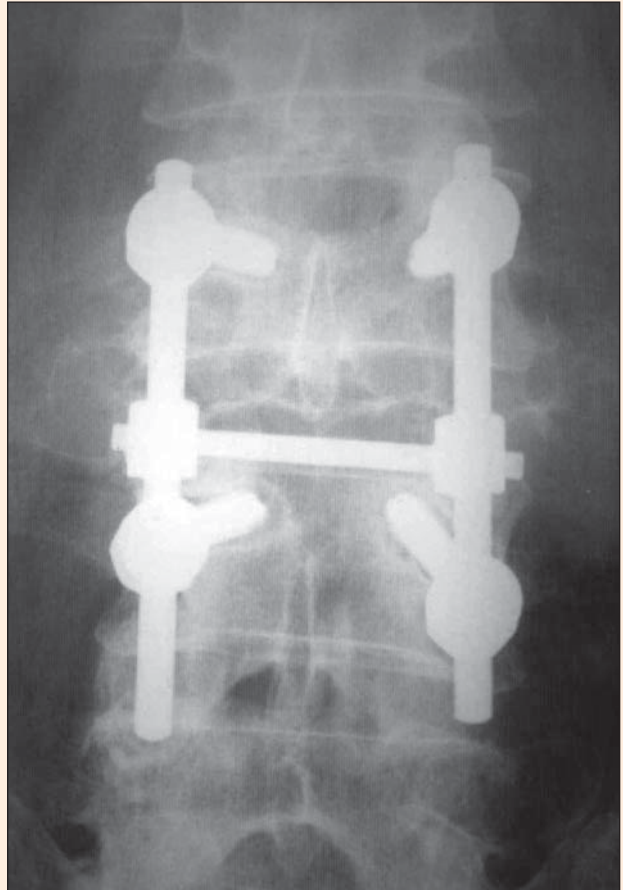
Olgu Sunumu

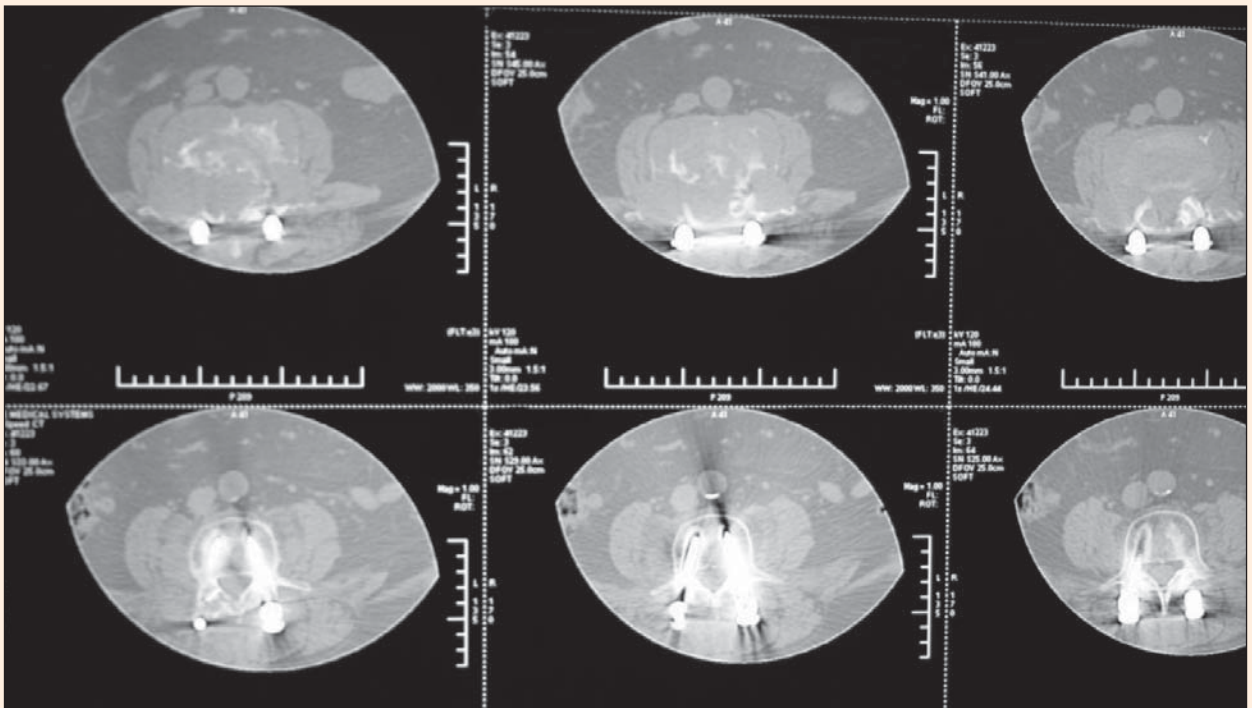
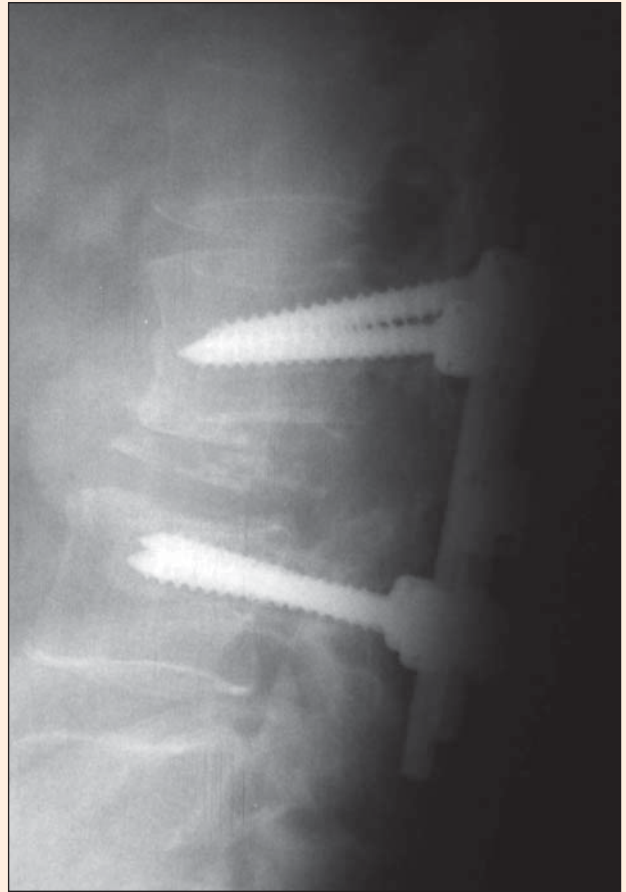
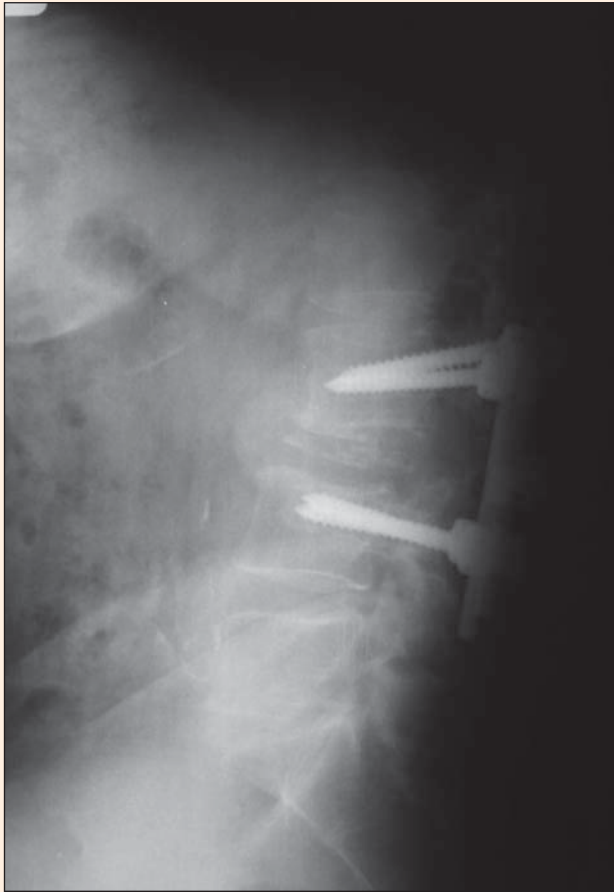
Klinik

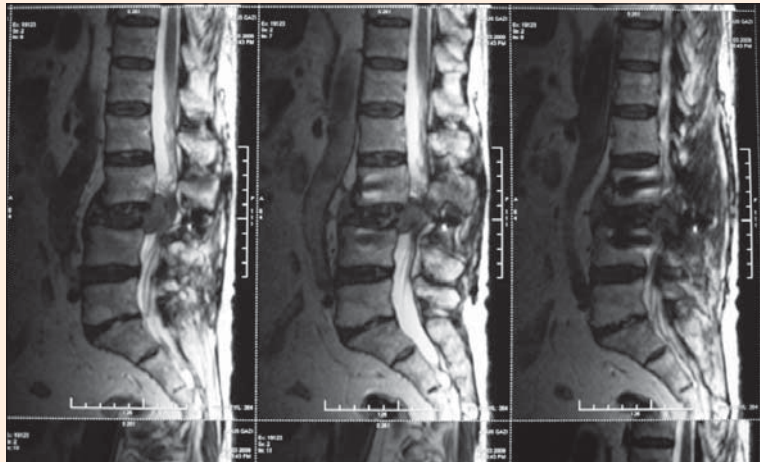
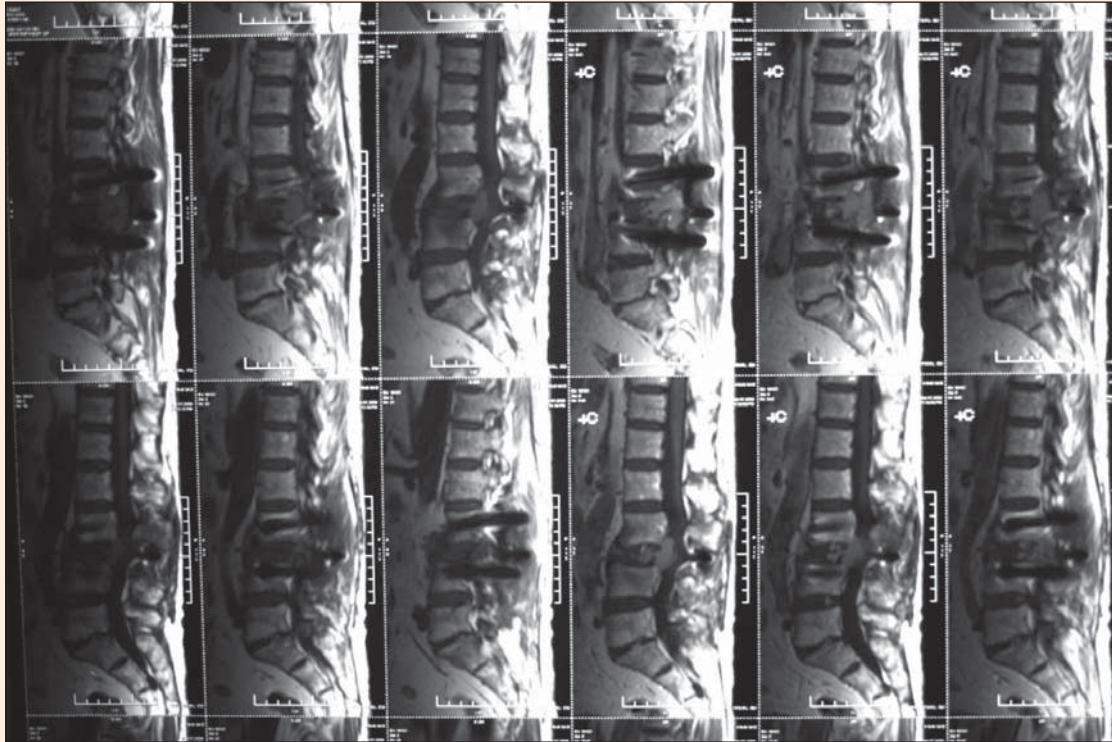
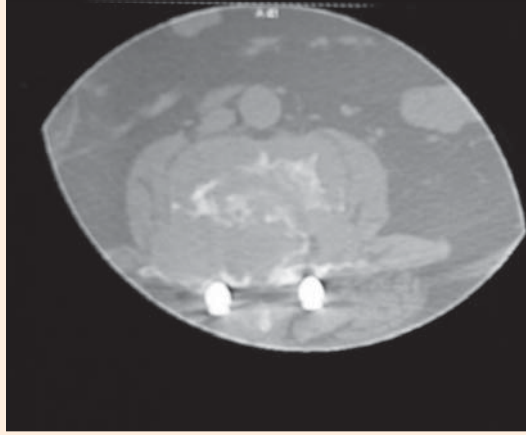
62 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 yıl önce düşme sonucunda L3 omur kırığı tanısı ile başka bir merkezde opere edilerek L2-L4 stabilizasyon uygulanmış. Operasyon sırasında L3 omurunda patolojik görünüm saptanarak biopsi alınmış ancak patoloji sonucu normal kemik dokusu olarak bildirilmiş. 2 ay öncesine kadar hafif bel ağrıları tanımlayan hasta giderek artan bel ağrılarına sağ bacak ağrısı şikayetinin de eklenmesi üzerine kliniğimize başvurdu.

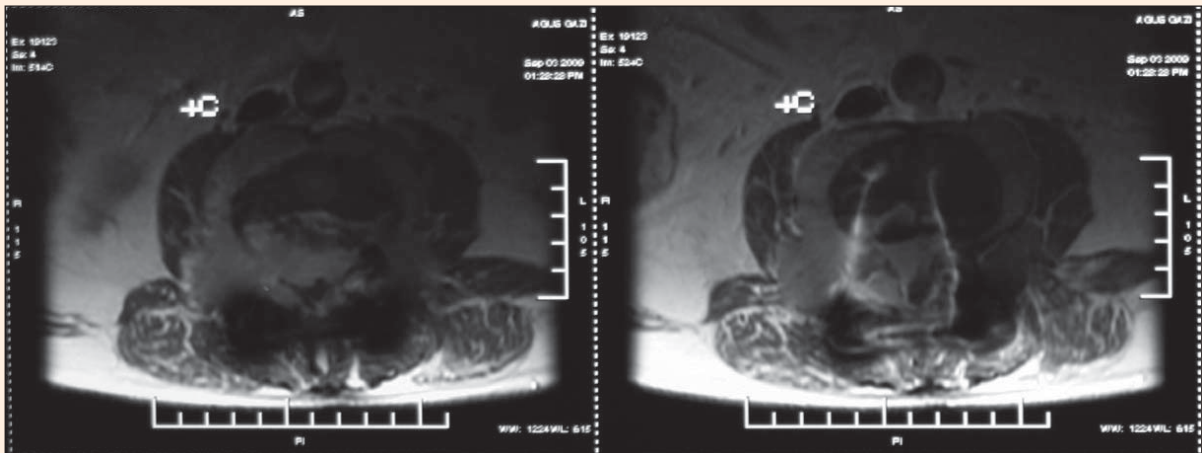
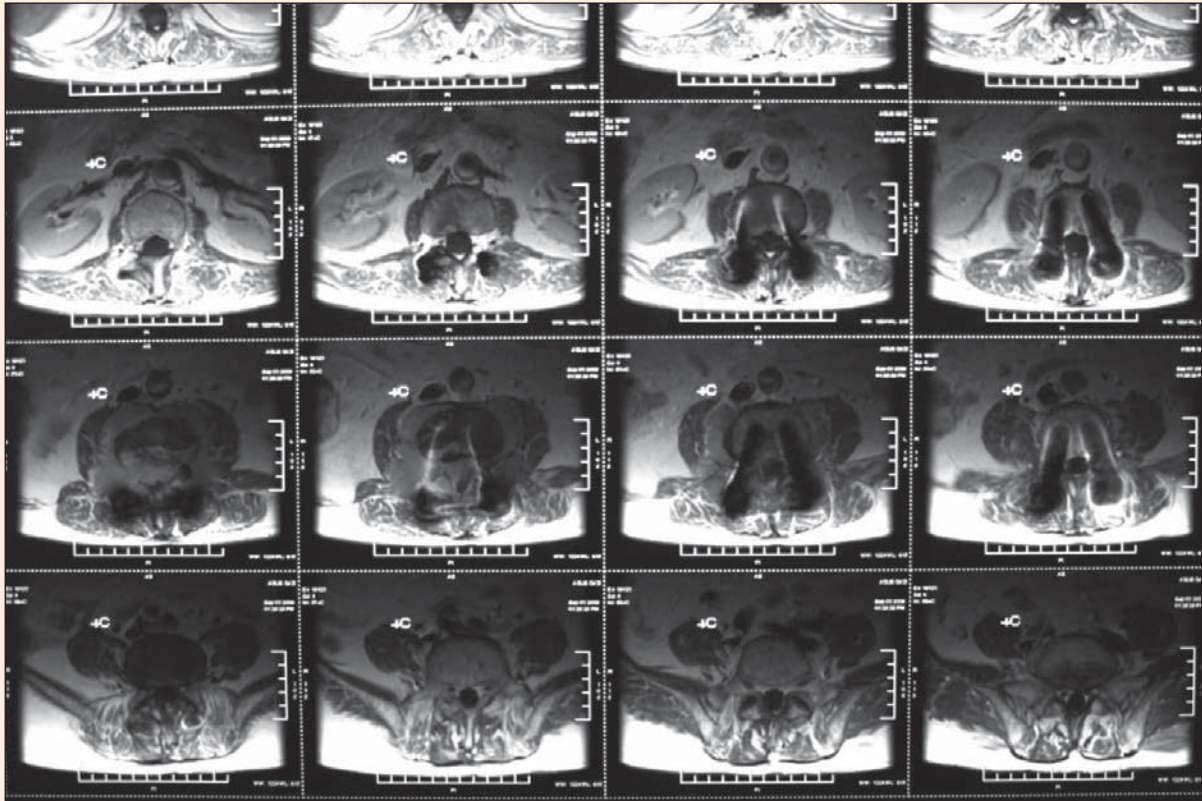
Tetikikleri sonucunda öncelikle omurga metastazı düşünülen ve nörolojik kayıp saptanmayan hasta öncül odak araştırılması ile kemoterapi ve radyoterapi açısından değerlendirilmek üzere Tıbbi Onkoloji kliniğince değerlendirildi. Yapılan incelemeleri sonucunda öncül odak saptanamayan hastaya operasyon planlandı.

Hasta direkt grafi, BT ve MRG tetkikleri ile operasyona hazırlandı.









Dr. Cem Açıkbaz

Bu hastada öncelikle , posterior yaklaşımla fiksasyonu çıkarır, ve laminektomiyle birlikte olabildiğince geniş posterior tümör rezeksiyonu yaptım. Kesi yerini kapayıp hastayı yan çevirir anterior yaklaşımla, korpektomi ve tümör rezeksiyonu (dura basısını ortadan kaldıracak şekilde) yapıp, anterior takoz greft (cage, kemik greft) ve anterior plak-vidayla destekledikten sonra cildi kapayıp tekrar posterior yaklaşım ile L1-L5 transpediküler fiksasyon yaptım. Öncelikle posterior fiksasyonu çıkarmamın nedeni; bu fiksasyonun korpusu tutan tümöral dokunun yeterli rezeksiyonunu ve vertebra korpus yüksekliği yeniden şekillendirilmesini engelleyeceği içindir. L1-L5 'e transpediküler vida koymamın nedeni ; anterior destek grefti tamamlayacak olan anterior plak -vida siteminde vidaların L2 ve L4 'e yerleştirilmesi nedeniyle aynı seviyedeki korpus içine posteriordan ilave vida koymak istemediğimdendir.

Dr. Murat Coşar

Olgu 62 yaşında, ilk kaynağı bilinmeyen metastatik omurga tümörü gibi duruyor. Nörolojik defisiti yok. Bel ağrıları var.

Direk grafilerde; hastanın 1 yıl önceki operasyonundan sonra L3 vertebra cismi çökmeye devam ettiği ve bu süreçte hastada L3-4-5 spondilolistezis geliştiği görülüyor. L2 ve L4'e yönlendirilen vidaların etrafında görülen radyolüsen alanlar olgunun füzyona gitmediğini ve psödoartroz ihtimalini güçlendiriyor. Mevcut direkt grafilerle bu hastanın instabil olduğunu düşünüyorum.

BT ve MR' da; L3 omurga cisminin posteriordan uzanan kitlenin spinal kanala ve nöral yapılar bası yaptığı görülüyor. Tomita sınıflamasına göre tip V gibi duruyor. Eldeki bilgilerle hastanın Tokuhashi sınıflamasını değerlendirmek güç. Primeri bilinmiyor. Beklenen ömür ile ilgili bir bilgiye sahip değiliz. Tüm bunlara rağmen mevcut bulgularla bu hastaya cerrahi yaklaşım yapmak gerekir diye düşünüyorum.

Nasıl bir cerrahi yaklaşım?

1. Eğer hastanın genel durumu iyiye yada anterior cerrahi kaldıracaksa posterior daha önceden yerleştirilen vidalar çıkarıldıktan sonra anterior L3 korpektomi

yapıldıktan sonra bu bölge füzyon materyali ile desteklendikten sonra tekrar posteriordan dönüp pediküler fiksasyonlar yenilenmeli ve L2 de sisteme dahil edilmeli. Yeni pediküler fiksasyon pediküller uygunsa daha geniş çaplılardan seçilebilir.

2. Hastanın genel durumu anterior cerrahi kaldıracak durumda ise posterior yaklaşım daha uygundur. Posteriordan mevcut sistem çıkartıldıktan sonra L3 posterior elemanların dekompresyonu yapılır. Bilateral faset eklemleri alındıktan sonra her ne kadar güç olsa da posterolateral olarak korpektomi yapılabilir. Epidural mesafedeki kitle çıkartıldıktan sonra mesafeye posterolateral yoldan uygun kafes yada greftler yerleştirilir. Bu aşamalardan sonra posterior pediküler sistem L2 dahil edilerek uygun şekilde tekrar kurulur.

Hasta taburcu edildikten sonra onkoloji takibine verilir.

Dr. Kamil Sucu

Hastanın direkt lomber vertebra grafilerinde AP grafilerde vida şaftı çevresinde görülen hipodens, ve onu da çevreleyen sklerotik-hiperdens alan vidaların vertebra korpusları içinde oynayarak boşluk yarattığını yani "nonunion" u işaret eden bir bulgu. Lateral grafilerde de zaten L3 vertebra korpusunun kollapsı sonucu oluşan kifoz ve retrolistezis görülmekte. Aksiyel BT kesitlerinde L3 korpusunun destrüksiyonu ve paravertebral tümöral dokunun psoas adelesini invaze etmeksizin ittirdiği görülmekte. Pre ve post kontrast sagittal T1 ağırlıklı MRG kesitlerinde L3 korpusundan epidural mesafeye kanal içine uzanan tümör kitlesinin kontrast tuttuğunu söyleyebiliriz. T2 ağırlıklı sagittal MRG kesitlerinde L3 korpusundan posteriordan, kanala uzanan tümör dokusunun sınırları ve kauda liflerinin basısı net bir şekilde görülmekte. Kontrastlı T1 ağırlıklı aksiyel MRG kesitlerinde de L3 korpusundan kaynaklanan tümörün epidurale ve paravertebral alana uzanımlarını görebilmekteyiz. Ön tanımlar metastaz, plazmasitom ve lenfomadır. Her durumda stabilizasyon cerrahisi yapılacak olmasına karşın tümör eksizyonunun sınırlarını kararlaştırmak için cerrahi öncesi perkütan spinal biyopsi ile tanı koymak çok önemlidir.

Stabilizasyon için L2 ve L4'e monoaksiyel 6.5 mm çapındaki pedikül vidalarını eski traseden farklı bir yolla gönderir, L1 ve L5'e koyacağım poliaksiyel 6.5 mm çapındaki pedikül vidaları ile sistemi uzatırdım. L2 ve L4 vidalarının yeterince sağlam olmadığını hissedecek olursam metil metakrilat ile vida traselerinden vertebroplasti yapıp vidaları ondan sonra gönderirdim. Rodları iki adet transvers bağlayıcı ile birbirine bağladım. L4 ve L5'e uzun kafalı (listezis) vidalar koyardım. Önce L1 ve L2'deki set vidalarını sonra da L4 ve L5'deki set vidalarını sıkarak retrolistezisi düzeltirdim. L3 korpusu tamamen destrükte olduğu için için öne destek konmazsa sistemin bir süre sonra iflas etmesi kaçınılmazdır. Ben bu desteği açılabilir korpektomi kafesi ile sağladım.

Biyopsi sonucu lenfoma veya plasmositom gelmesi durumunda tümör çıkarılması sınırlı tutulabilir. Yine de dura dekompresyonunu takiben posterolateralden kafes için gerekli yer açacak kadar tümör çıkarılmalıdır. Yanlızca posterior açılış yeterli olur. Sonrasında hasta kemoterapi-radyoterapi opsiyonlarının değerlendirilmesi için hematolojiye yönlendirilir. Biyopsi sonucunun metastaz gelmesi durumunda hastanın genel sağlık durumunun iyi olması, ekstraspinal kemik metastazının bulunmaması, vertebra metastazı sayısının 1 olması, iç organ metastazı olmaması ve nörolojik tutulumun olmaması hastanın yaşam süresini tahmin etmede kullanılan revize Tokuhashi skorlamasında (1) 9 (dokuz) puan almasını garanti eder. Bu da tek lezyon olduğu için ve de büyük iç organlara metastaz olmadığı için eksizyonel cerrahi endikasyonu demektir. Paravertebral alana ve posteriora yayılım tümörün içine girmeden "en blok rezeksiyon" yapmayı imkansız hale getirirse de posterior cerrahiye eklenecek bir anterior cerrahi ile tümörü gros total çıkarmak için gayret sarfederdim. Bu durumda kafesi önden yerleştirdim.

1-Tokuhashi Y, Matsuzaki H, Oda H, Oshima M, Ryu J. A revised scoring system for preoperative evaluation of metastatic spine tumor prognosis. Spine 2005 30(19):2186-91.

Dr. Bayram Çırak

62 yaşında düşme sonrası L3 omur-gövde kırığı olan bu hastanın, 1 yıl önceki düşmesinden beri

(belki de ondan da önce) devam eden sorunlarına basamak basamak bakarsak:

1. Hastanın düşmeden öncede bir malignansi veya omurga enfeksiyonunu düşündürecek, bel ağrısı, ateş, halsizlik benzeri yakınmaları var mı-yok mu? Yani L3 kırığı patolojik bir kırık mı, travmatik bir kırık mı ayırd etmek gerekli.
2. Sanırım bu radyolojik tetkikler son yatışında yani travmadan 1 yıl sonraki görüntüler, erken posttravmatik ya da ameliyat sonrası görüntüleri varsa elde etmek gerekli. Yine hastanın son yatışında ameliyat öncesi, temel kan tetkiklerini: tümör göstergeleri yanında, enfeksiyon göstergelerini, brusella ve tuberküloz da dahil olacak şekilde incelemekte yarar var.
3. Hastanın travma sonrası yapılan ameliyatı sırasında alınan L3 kemik biyopsisi tek bir yerden mi alınmış, omurga gövdesinin değişik yerlerinden mi alınmış (kemiğin farklı yerlerinden alınmış örnekler farklı sonuçlar verebilir), sadece patolojide malignansi için mi incelenmiş, yoksa iltihabi bir olay soruşturmak üzere mikrobiyolojik olarak da incelenmiş mi? Hastanın L3 omurga arka elemanları sağlam mıydı? Laminektomi mi yapıldı? İnfiltrasyon mu? Sorgulamak gerekli
4. Hastanın şu anki durumunda:
 - a) Patolojisi bilinmeyen bir omurga gövde kırığı
 - b) Bel ağrısı ile beraber radiküler ağrısı mevcut.
 - c) Radyolojik incelemesinde: Vertebra plana haline gelmiş bir L3 omurga kırığı, sağ forameni tamamen kapatmış ve kanalı daraltmış, prevertebral bölgede de ana arterlerde öne açılmaya sebep olmuş, ve T1 ve T2 de izointens kitle görünümü mevcut. Intervertebral alana bakan alt ve üst vertebra endplate lerinde dejenerasyon izlenmiyor, yani kitle izole olarak L3 omurgasını tutmuş durumda. Diğer omurlarda da herhangi bir tutulum izlenmiyor.

Ben bu hastaya

1. Önce tümör ve enfeksiyon göstergelerine bakarım. Brusella, tuberküloz ve non spesifik spinal enfeksiyon göstergelerine bakarım. PPD, sedimantasyon, CRP bakarım (postop. takip için de gerekli).
2. Ben bu hastada ön ve ayırıcı tanı olarak: öncelikle spesifik enfeksiyonlar (bursella veya tbc), sonrada ilk sırada plazmositom benzeri fokal tutulumla giden malignansileri düşünürüm. Bu ön tanılarla cerrahi hazırlık yapar:
3. Daha sonra hastayı ameliyata alırım. Önce posteriordaki vidalara dokunmadan rodları çıkartırım. Daha sonra her iki taraftan transpediküler yaklaşımla intervertebral alana girer L3 total vertebrektomi yaparım. Bu sırada yapacağım bir frozen ve acil mikrobiyolojik incelemelerle kitlenin enfeksiyon mu yoksa malignansi mi olduğunu ayırt etmeye çalışırım.
4. Vertebrektomi alanına yüksekliği korumak için kafes, kafes içi ve etrafına da akrilik koyarım. Daha sonra posteriorda rodları

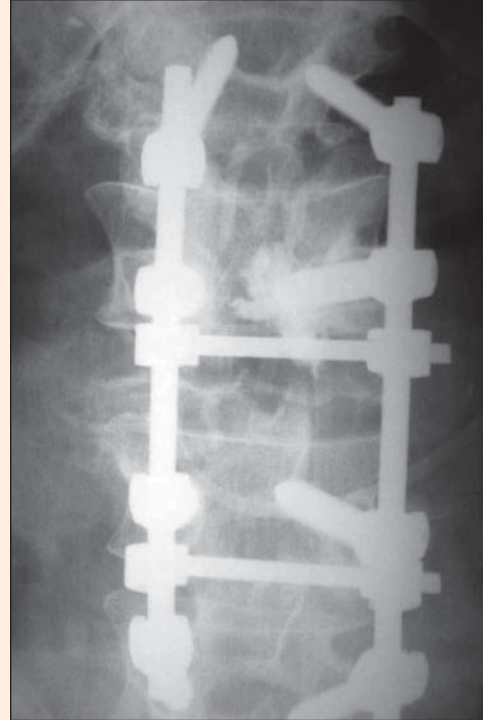
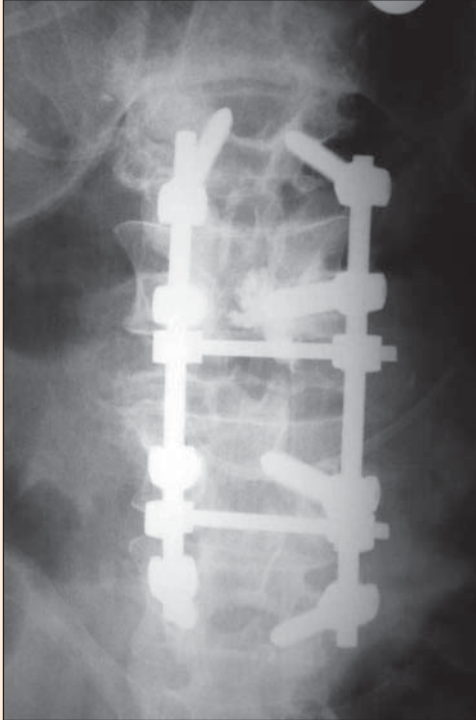
tekrar yerine koyar ameliyatı sonlandırırım. Ameliyat sonrası da eğer patoloji enfeksiyon ise uygun antibiyoterapi veya malignansi ise tümör cinsine göre radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulayırım.

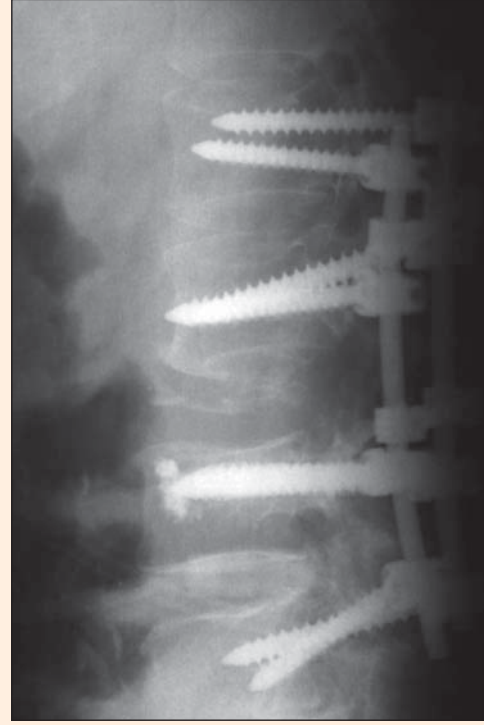
HASTAYA YAPILAN

Operasyon:

Hastaya genel anestezi altında posterior yaklaşımla sağ taraftan transpediküler yolla L3 omur yerleşimli kitleden subtotal eksizyon uygulandı. L2-L4 stabilizasyon sistemi L1-L5 arasında olacak şekilde yeniden kurgulandı. Operasyon sırasında özellikle sağ L4 pedikül vidası olmak üzere, tüm vidalarda sıyırma olduğu görüldü, 6,5 mm çaplı L2 ve L4 vidaları sağ L4 pedikül vidası yatağına kemik çimentosu da doldurularak 7,5mm çaplı vidalarla değiştirildi.

Postoperatif dönemde şikayetlerinde düzelme sağlanan ve herhangi bir komplikasyon ya da nörolojik defisit gelişmeyen hastanın patolojik inceleme sonucu Multipl Myelom olarak bildirildi. Hasta ek tedavileri için Hematoloji bölümüne devredildi.





SONUÇ:

Hastanın ilk operasyonundan sonra geçen süreçte L3 omurunda tüm kemik dokunun kaybına neden olan ve MRG'de kontrast tutulumu gösteren kitlenin öncelikle metastatik olduğu düşünüldü. Ancak hastada öncül odak bulunamadığı için öncelikle biopsi ile patolojik tanı konulması ve posterior stabilizasyon sisteminin revizyonu planlandı. Patolojik inceleme sonucuna göre de anterior

yaklaşımla tümör rezeksiyonu ve L2-L4 intervertebral kafes yerleştirilmesi öngörüldü. Hastanın patolojik inceleme sonucunun Multipl Myelom olarak bildirilmesi üzerine öncelikle kemoterapi ve radyoterapi açısından değerlendirilmek üzere Hematoloji kliniğine devri kararlaştırıldı.

Hasta anterior girişim gerekliliği açısından da izleme alındı.