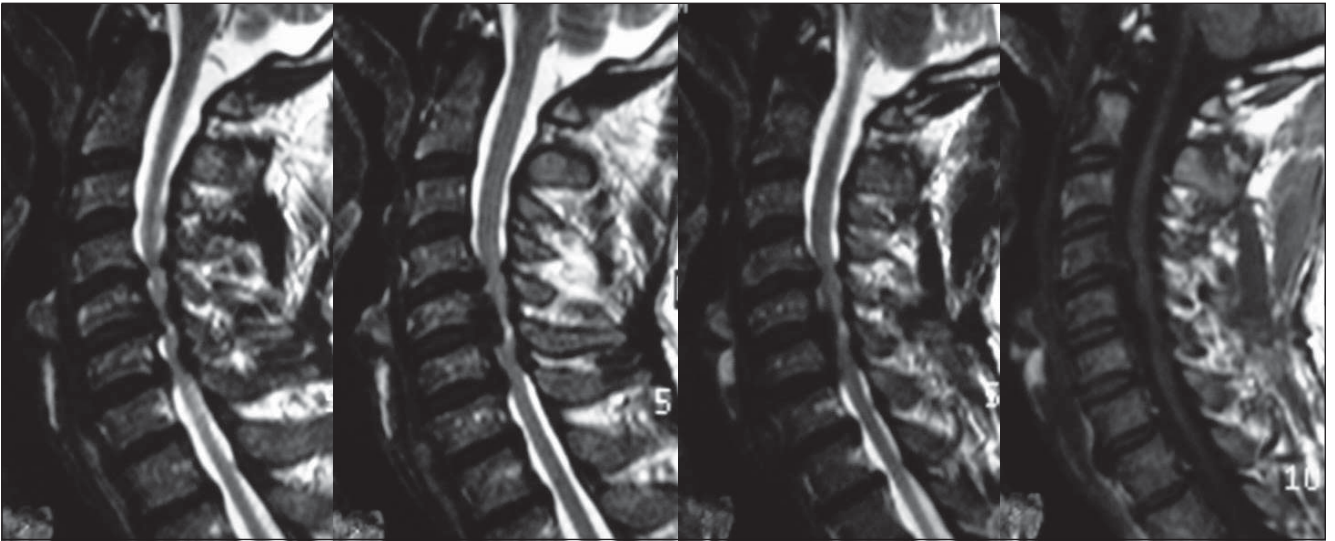


tartışma paneli 2

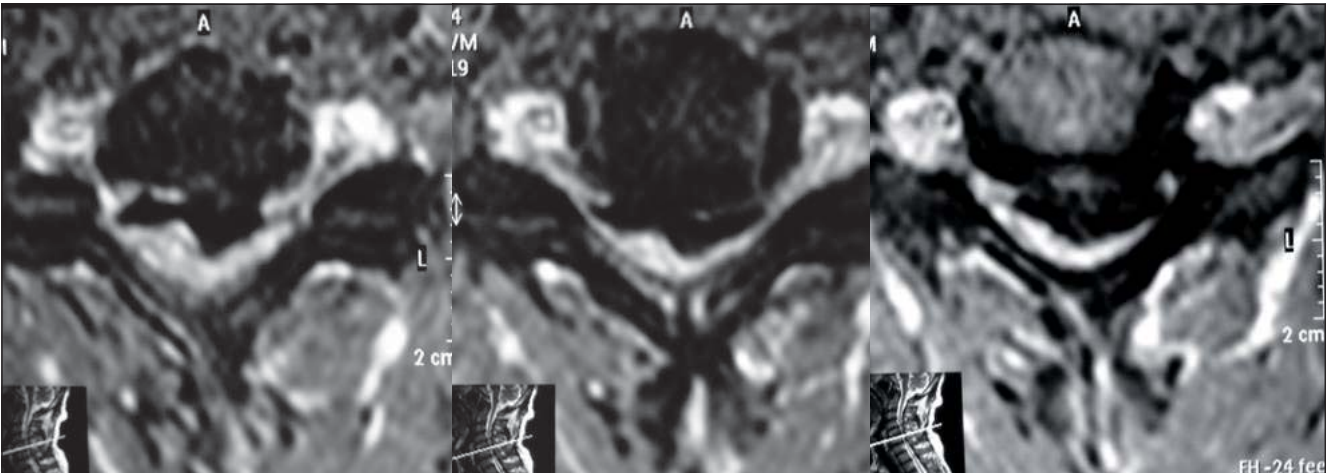
tartışma paneli

Dr. Kemal Koç

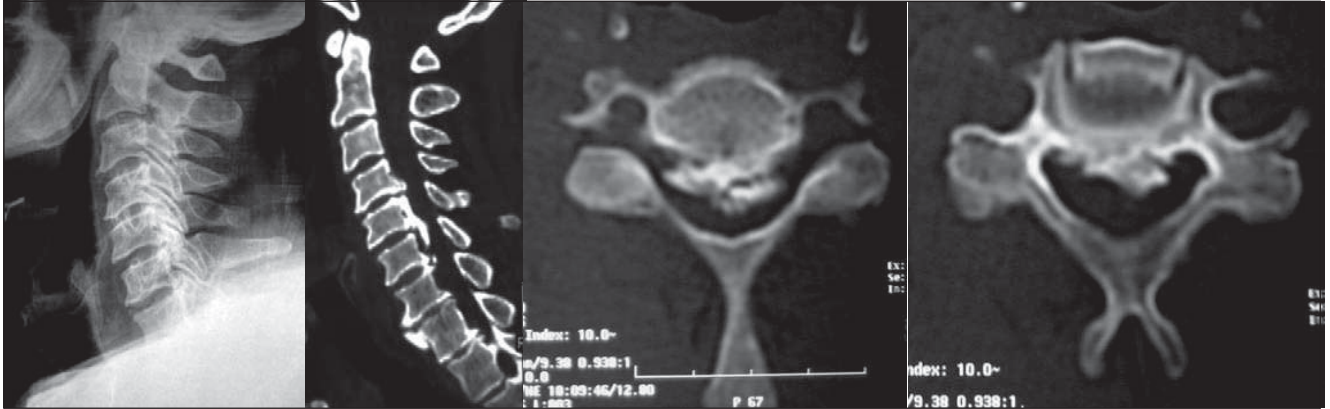
OLGU: SK, 51 y, E, 3-4 aydır destekle yürüyebiliyor. Ellerde uyuşma var. Düğmesini güçlükle ilikleyebiliyor. Sık idrara çıkıyor. Tanınız nedir ? Tedavi planınız nedir?



Şekil 1: C4-7 arasında belirgin omurilik basısı ve C5-6 da T2 hiperintens görünüm



Şekil 2: PLLO andran görünüm, belirgin omurilik basısı



Şekil 3: PLLO görünümü, kanal çapında belirgin daralma

Dr. İhsan Solaroğlu

Hastanın kliniğini Nurick GR4, JOA Skoru 9 olarak değerlendirdim. Direkt grafisi spondilolitik değişiklikleri gösteriyor. Açıkçası sagittal ve aksiyel plandaki MR görüntülemelerini de incelediğimde bunun bir servikal spondilolitik miyelopati olduğunu düşünüyorum. Omurilikte C5 seviyesinde iskemik sinyal değişikliği mevcut. Rekonstrüksiyonu yapılmış servikal vertebra BT'sinde PLL ossifikasyonu dikkat çekici duruyor. Bu hastaya 2 seviye (C5 ve C6) korpektomi ile dekompresyon ve anterior greft (fibula olabilir) ve plakla füzyon uyguladım. Yeterli bir dekompresyon için çaba sarf ederdim (C4 omurgasının inferior endplate'i de posteriora kanala basıyor). Ancak çok daha önemlisi, omurilikteki iskemik sinyal değişikliği göz önünde bulundurulmalı ve hasta ile cerrahiden beklentisinin açıkça tartışılması gerekir diye düşünüyorum.

Dr. Cumhur Kılınçer

Bu bir servikal basıya bağlı miyelopati olgusu. Spondiloza bağlı osteofitler ve hafif posterior indentasyonlar olsa da, basının nedeni büyük ölçüde C4-C6 arası OPLL. Cerrahi kesinlikle endike.

Bası önden olduğu için önden dekompresyon ilk bakışta mantıklı bir seçim gibi görünüyor. Çünkü asıl patolojiyi ortadan kaldırıyor ve direkt dekompresyon sağlıyor. Fakat hatırı sayılır riskleri de var. Kanalı bu olgudaki gibi neredeyse 3 mm'ye inmiş bir hastada OPLL'yi çıkartmaya çalışmak macera olur. Sagittal BT'de görülen, C5 korpusundan aşağı sarkan kuyruk bir dural ossifikasyon bulgusu olabilir ve duranın da ossifikasyon kitlesine katıldığından kuvvetle kuşkulandırılmalı. OPLL turlanıp bitirildiğinde duranın olmadığı görülebilir. Yine de, tüm

risklerine karşın, eğer boyun postürü kifotik olsaydı bu hastada anterior cerrahi tercih ederdim.

Fakat bu hastada boyun postürü lordotik ve riski epeyce daha düşük olan posterior cerrahi şansımız var. Kanalı posteriora doğru genişleterek omuriliği OPLDden uzaklaştırabiliriz. Dekompresyon OPLL'nin tuttuğu alanı hafifçe aşmalı ki, omuriliğin posteriora yer değiştirmesi kolaylaşsın ve OPLL zaman içinde ilerlese semptom yaratmasın. Bu yüzden C4-C7 dekompresyon uygun olur. Dekompresyonu nasıl yapalım? Tek başına laminektomi doğru olmaz. Laminektomi+yan kitle vidalaması iyi bir seçenek. Dezavantajı ise postlaminektomi membrana bağlı restenoz, ama bu sık görülen bir durum değil. İkinci seçenek ise, OPLL'de klasik bir uygulama olan muhtelif laminoplasti teknikleri. Bu teknikle uzun dönem takibi bulunan birçok seri yayınlanmış. Makul bir başarı oranı var ve riskleri anterior cerrahiye oranla az. Bu hastada benim de ilk tercihim plaklı open-door laminoplasti olurdu. Plato tarzı OPLL olgularında, tepe tarzı OPLL olan olgulara kıyasla daha iyi sonuçlar bildirilmiş (Bu olgu mikst ama platosu daha belirgin). Yalnız hastaya laminoplasti kararı vermeden önce bir fonksiyonel servikal grafi çeker ve bir instabilite ya da hiper mobil bir boyun olmadığından emin olurum. Çünkü OPLL disk mesafelerini tam bir birleştirmemiş ve hala hareket olabilir. Laminoplasti füzyonsuz bir teknik olduğundan ve boyun kaslarını ne de olsa zayıflattığından ameliyat sonrasında boyunda hareket genliği artabilir. Bunu stabilize etmek için de OPLL ilerleyebilir. Hiper mobil bir boyunda laminektomi ve füzyonu ön plana alırdım.

Özetle, düşük riskine ve dokümanite edilmiş makul başarı oranlarına binaen, bu hastada laminoplasti öneririm (C4-C7). OPLL zamanla ilerleyebileceğinden hastayı takip ederim. Bir anterior cerrahi her zaman yapılabilir, ama genişlemiş bir kanalda daha güvenli olur.

Dr. Erdal Çoşkun

Hastada C4-5, C5-6 ve C6-7 de OPLL ye bağlı servikal radikülomiyelopati mevcut. C5-6 da bası belirgin ve solda tüm C5 korpusu boyunca uzanan ossifiye kısım ana klinikten sorumlu. JOA puanı muhtemelen 11 in altında. Semptomların oluşma süresi kısa, böyle olduğunda kliniği hızlandıran minör travmalar söz konusu olabilir. Travmaların varlığında iyileşme tam olmayabiliyor. Hastanın beklentilerini anlatırken sinsi başlayıp yavaş ilerleyen hadiselerde oluşma süresi kadar bir dönemde iyileşme beklentisinde olması, araya giren travma varsa kısmi bir iyileşme olacağı anlatılmalıdır. Diabetes mellitusun bu hastalarda sık görüldüğü ve eşlik eden bir polinöropatinin varlığı EMG ile araştırılmalı ve hastaya bununda iyileşme sürecini etkileyeceği anlatılmalıdır.

3 seviyeye kadar önden yaklaşım, daha fazla olduğunda posterior dekompresyon genelde önerilen tedavidir. Ancak posterior yaklaşımlarda radikülopati yakınmalarında iyileşme kısıtlı olmaktadır.

Hastanın lordozu iyi. C5 korpektomi ile C4-6 arası dekompresyon sağlanır. C6 korpusununda üst son plağı alınarak OPLL nin alt sınırına ulaşılır. C6-7 deki basıya ait aksiyel kesitler yok. MR a göre ılımlı bası var ve cerrahiye C6-7 yide kapsayacak kadar uzatmak gerekemeyebilir. Burada OPLL adacığını ortada bırakarak öncelikle çevresini inceltmek ve sağlam durayı bulmak önemlidir. Bu hastalara dura yapışıklığı eşlik etmekte ve ossifiye kısmı kaldırırken dura yırtığı oluşarak ameliyat sonrası dönemi uzatan ve karmaşıklaştıran sorunlar çıkmaktadır. Özellikle diabetes mellitusun eşlik ettiği durumlardaki dahada komplike bir ameliyat sonrası dönem söz konusu olur.

Korpektomi sonrası iliak kanattan alınan greft C4-6 arası yerleştirilerek plakla desteklenir. Oblik korpektomi ile bu dekompresyonun sağlanıp plaktan kaçınılması bence yetersiz olur.

Dr. Erdal Kalkan

51 y, E, 3-4 aydır destekle yürüyebiliyor. Ellerde uyuşma var. Düşmesini güçlkle ilikleyebiliyor. Sık idrara çıkıyor.

Olgunun direkt grafilerinde servikal spondilolitik değişiklikler izleniyor. Sagittal ve aksiyel MR görüntüleri özellikle C4-5, C5-6 seviyelerinde omuriliğin anteriordan basısını ve C5-6 seviyesinde omurilikte miyelomalazik değişiklikleri gösteriyor. Rekonstrüksiyonlu BT ise her iki seviyede kanalın ileri derecede anteriordan basıya bağlı daraldığını, C5 posteriordaki ostefitin PLL ossifikasyonu ile birlikte omuriliği bu düzeyde komprese ettiğini gösteriyor.

Klinik ve radyolojik bulguları ile olgunun tipik bir servikal spondilolitik miyelopati olduğunu düşünüyorum.

Tedaviye başlamadan önce hasta ile çok iyi iletişim kurarak gelişmiş olan omurilik miyelomalazisine bağlı semptomların düzelmeyebileceğini anlatarak amacımızın progresyonu önlemek ve rehabilitasyonla ne kazanabilirsek kar olduğunu anlattırdım.

Tedavide planım C4 inferiorundan başlayarak C6 ortasına kadar anterior dekompresyonu sağlamak olurdu. Bunun içinde C4-5 diskektomi, C5 korpektomi, C5-6 diskektomi, C6 kısmi korpektomi, ostefitlerin temizlenmesi, C4-6 fibula grefti yerleştirdikten sonra C4-C7 anterior plakla stabilizasyon yapardım. Böylece SSM için anterior dekompresyon, stabilizasyon ve füzyon prosedürünü tamamlamış olurdu.

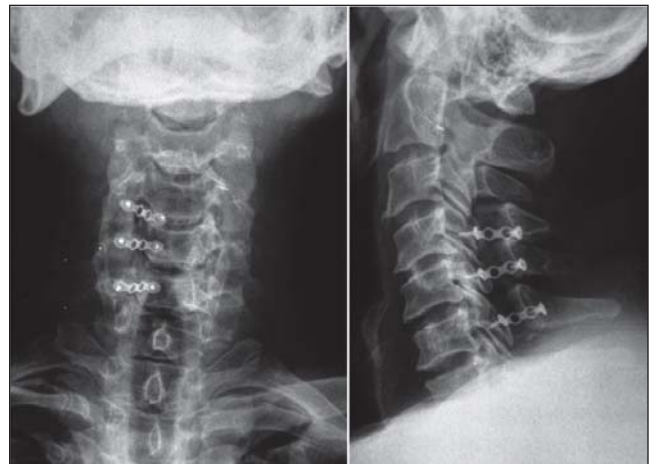
HASTAYA YAPILAN

Dr. R. Kemal Koç

Olguda servikal spondilolitik miyelopati kliniği var. Preop JOA skoru 8 p. Nöroradyolojik tetkiklerde C4-7 seviyelerini içeren PLLO mevcut.

Hastaya cerrahi girişim önerildi. Girişim sonrası nörolojik iyileşmenin tam olmayacağı yaklaşık %25 iyileşme beklendiği, bu girişimin kötüye gidişi önleyeceği bilgisi verildi.

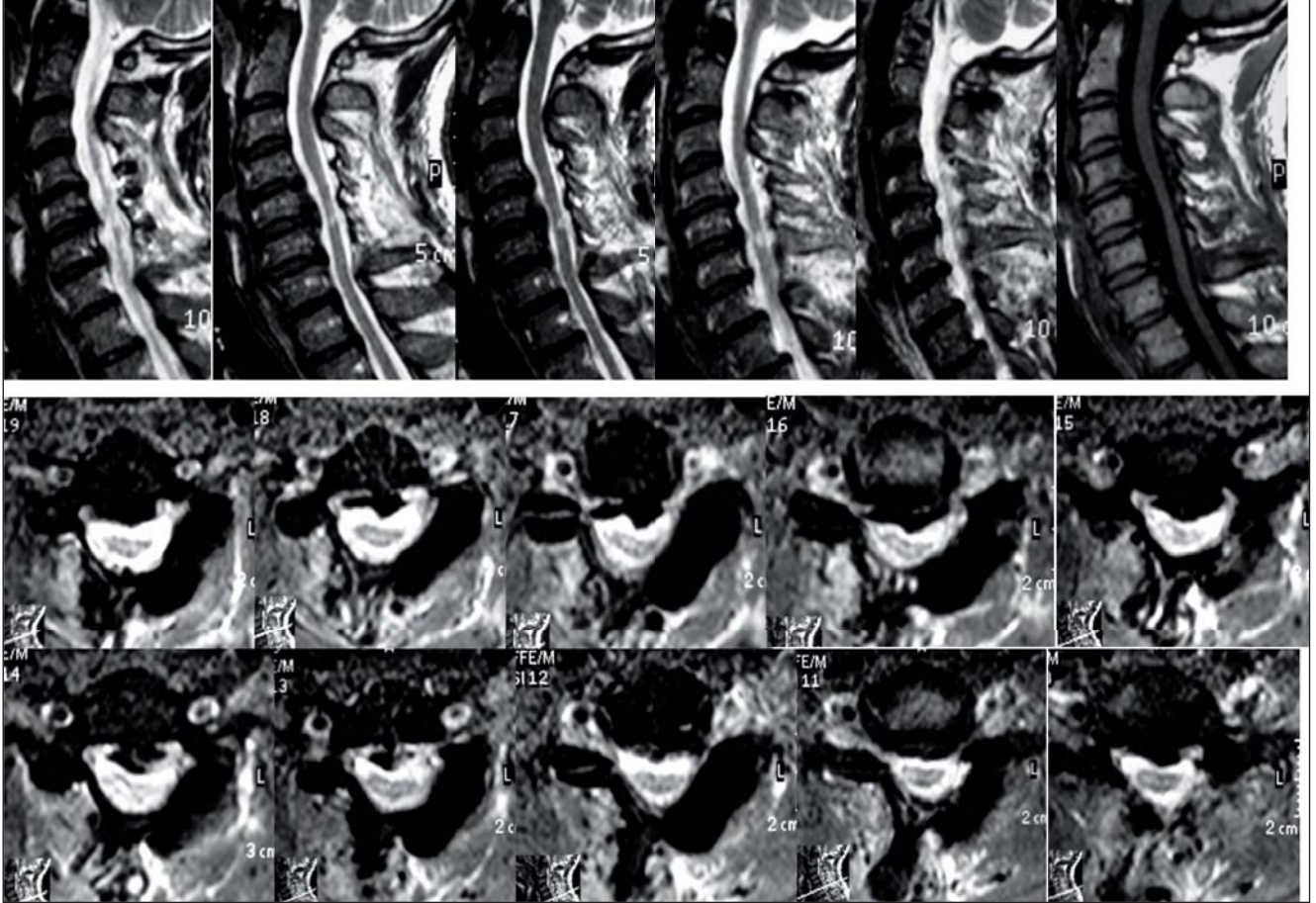
PLLO da ossifiye ligaman durayıda içine aldığından dolayı korpektomide PLL çıkarılırsa direkt pia ile karşılaşılır. BOS kaçağı olması kaçınılmaz. Alternatif yöntem ossifiye ligamanı yüzdürme tekniği. Bu teknikte BOS kaçağı daha az. İki seviye korpektomi ve plaklamada psödoartroz riski



Resim 4: C4,5,6 ya açık pencere laminoplasti. Miniplakla tespit görülüyor

yüksek. Olguda lordoz korunduğu ve anterior cerrahinin riskleri düşünülerek laminoplasti tekniği uygulandı. Laminoplastide basının bir üst bir alt seviyesinin laminoplastiye dahil edilmesi gerekir. Yani C4,5,6,7 ye

laminoplasti yapmak gerekir. Ancak C7 ye laminoplasti önerilmemekte. Bu nedenle C4,5,6 ya laminoplasti, C6-7 ye arkokristektomi (C6-7 flavektomi C7 nin ½ üst yüzeyinin alınması) yapıldı. Po 1. ayda JOA skoru 12



Resim 5: Spinal kanalın genişlediği ve omuriliğin belirgin rahatladığı gözleniyor.



Resim 6: Kanal çapının genişlediği görülüyor. Alt sağdaki resimde arkokristektomi tekniği ile kanal çapının rahatlatılması