

Derleme / Review

LOMBER DİSK HERNİSİNİ NASIL YAPIYORUM?

Günlük pratiğimizde geniş bir alanı içeren lomber disk hernilerine yaklaşımımız; aldığımız eğitim, edindiğimiz deneyimler ve sonuçlarımızın yorumlanması doğrultusunda şekillenmektedir.

Klinik Değerlendirme

Cerrahi başarıda en önemli aşamadır. Değerlendirme, hasta kapıdan girince başlar. Giriş şekli, ayakta duruşu, yürüyüşü, yüzündeki ifade, oturma şekli vs bize birçok şeyi anlatır. Değerlendirmeye “şikayetiniz veya yakınmanız nedir?” sorusu ile başlanır ve maalesef en zor yanıt alınan sorudur. İlk cevap, çoğu zaman “bel fitiğim var” olur ve uzun hikayesini anlatmaya başlar. Israrla niye başvurduğu sorgulanmalı, yakınmaların başlangıcı, süresi ve ayrıntıları kaydedilmelidir. Bize gelmeden önce geçirdiği aşamalar bilinmelidir. Bel ve radiküler ağrının derecesi, karakteri ve yayılım şekli ayrı ayrı değerlendirilir.

Muayene aşaması, cerrahiye karar vermede son derece önemlidir. Ağrı değerlendirme, provokasyon testleri, ayrıntılı nörolojik muayeneyi ve kısa psikiyatrik değerlendirmeyi kapsar. Ağrısı ile uyumlu nörolojik bulgu, özellikle nörodefisit, bizi cerrahiye götürecektir. Hastanın genel durumu, eşlik eden hastalıklar ve ayırıcı tanıları gözden geçirilmelidir.

Bel ağrısının ön planda olması, lomber disk cerrahisi başarısı için olumsuz bir durumdur, Disk cerrahisi başarısından kuşku duyduğum her koşulda, ayakta direkt grafiler ve dinamik grafileri ile BT ister, stabilizeyi gözden geçiririm ve diskektomiden uzak durmaya gayret ederim.

LDH tanısında günümüzde ilk istenen tetkik, MRG yöntemidir. Rapora değil, görüntüye bakarak değerlendirme yapılır. Varsa eski tetkiklerine de bakmak gerekir. Amacımız, klinik ile uyumlu radyolojik bulguyu saptayabilmektir. Hastanın klinik değerlendirmesine göre tekrar tekrar incelemek, doğru karar vermemizi sağlar, hatayı azaltır. Uyumsuz bir bulgu varlığında, tanımımızı gözden geçirmemiz gerekir.

MRG de nelere bakarız? Disk hernisi olan seviyede; komşu sağlıklı seviyelerle kıyaslanan disk yüksekliği, dejenerasyonun derecesi, anuler yırtığın ve disk hernisinin tipi, uzanımı, yumuşaklığı/sertliği, osteofit/kalsifikasyon varlığı, son-plak değişiklikleri, spinal kanal/intervertebral foramen/reses genişliği, nöral yapıların ne kadar bası altında olduğu, fasetlerin, ligamanların ve paravertebral kasların durumu gibi birçok değerlendirme kriteri kullanılmaktadır. Bu bulgular çerçevesinde cerrahi endikasyon ve cerrahi teknik kararımız şekillenmektedir.

Cerrahi Kararı Nasıl Veriyorum?

- Radiküler ağrısı ile uyumlu majör nörolojik defisit, radyoloji ile de örtüşüyorsa direkt cerrahiye karar veriyorum. Başka seçenek sunmuyorum.
- Radiküler ağrısı ile uyumlu minör nörolojik defisit, radyoloji ile de örtüşüyorsa cerrahi öneriyorum. Eğer cerrahi istemiyorsa, defisiti konusunda uyarıyorum.
- Sadece ağrı var, defisiti yok ise; radyoloji önemli.
 - Kanalı dolduran, büyük bir disk hernisi varlığında cerrahi öneriyorum.
 - Küçük bir hernisi varsa, ağrının şiddeti, süresi, seyri ve konservatif tedaviye yanıtı önemli. Bu durumda, cerrahi dışı tedavi seçenekleri sunuyorum, 5-10 gün kadar konservatif tedavi ile beklemesini öneriyorum.
 - Bu sürede rahatlama olursa ve yeni değerlendirmede de defisiti yoksa, cerrahiden uzaklaşıyorum, FTR öneriyorum ve egzersiz veriyorum.
 - Rahatlama olmadı ise nörolojik muayeneyi tekrarlıyorum. Defisiti yok ise, spinal enjeksiyon seçeneklerini sunuyorum.

Cerrahi Yaklaşımım

2006 yılından beri, tıbbi bir gereklilik olmadığı veya hasta ısrarla genel anestezi (GA) talep etmediği sürece, sedoanaljezi ile spinal anestezi altında (SAA) cerrahi uyguluyorum.

- GA'nin olası komplikasyonlarının ve postop ağrı yakınmasının olmaması avantajları,
- Postop erken nörolojik muayene yapılamaması dezavantajdır.

Nötral prone pozisyonda cerrahi saha hazırlığından sonra skopi ile insizyon yeri belirlenir. 2-3 cm medyan cilt-cilalı insizyonu ile fascia açılır, kas kesilmeden Meyerding ekartör yerleştirilir. Tekrar skopi ile seviye teyit edilir ve sahaya mikroskop çekilir.

Kerrison rongeur ile parsiyel hemilaminotomi yapıyorum. Sıklıkla 3 mm Kerrison tercih ediyorum. Spinal kanal sıkışık veya rahatlığına göre 2 veya 4 mm kullanılabilir. Sadece lamina kalınlığının fazla, Kerrison açıklığının yetersiz kaldığı durumlarda, laminayı inceltmek için drill kullanıyorum. Lig.flavumu almadan önce kemik alımını tamamlıyorum. dura ve kök lateralini açıyorum. Disk hernisinin oryantasyonuna göre kranyal veya kaudal yönde ilerlenebilir.

Flavektomi yapıyorum, korumak için bir çaba göstermiyorum. Ancak epidural yağlı dokuyu muhafaza etmeye çalışıyorum. Sıkışık kökün lateralini ve aksillasını ince Kerrison ile açarak ve sinir huku veya disektörle diseke ederek diskektomi alanımı hazırlıyorum. Sol elimde bulunan ince aspiratör ile ekarte ederek diskektomi yapıyorum. Mümkün olduğunca kök ekartörü ekartman kullanmam. Kullanmak zorunda kalırsam, kısa aralıklarla ekarte ettiririm.

Diskektomi tarzım olguya göre değişken;

- Fragmante, serbest veya subligamantöz ekstrüde disk hernisi (kranyale, kaudale vs) varlığında, geniş bir anüler yırtık yoksa, sadece **fragmantektomi** uyguluyorum. Foraminotomi yaparak cerrahi tamamlıyorum.
- Geniş anüler yırtık ve geniş tabanlı disk hernisi varlığında, disk fazla dejenere olmamış taze bir disk ise nükleusu boşaltıyorum, anulusu muhafaza etmeye çalışıyorum (**parsiyel veya subtotal diskektomi**)
- Disk tamamen dejenere olmuş ve anüler yırtık geniş ise **total diskektomi** yapıyorum. Çekici ve itici küretler kullanarak diski tamamen boşaltmaya gayret ediyorum. Osteofit varlığında anterior foraminotomi ekliyorum. Bu olgularda kontrlateral flavektomi ve foraminotomi rutinim. Karşı kökün aksillasını ve omuzunu mutlaka kontrol ediyorum.

Özellikle total diskektomi yaptığım olgularda rutin olmak üzere, hastanın veya cerrahinin özelliğine göre dren kullanıyorum. Fasyayı vicryl ile kapatıp, aynı malzeme ile ciltaltı sütür atıyorum, çoğu olguda cilt dikişi kullanmıyorum.

Bazı özel durumlar ve trikler;

- Ameliyat öncesi; IV olarak 2gr Sefazolin ve 250 mg prednizolon rutin uygulamam
- Yıkama solüsyonunda 1 litre SF içinde 1amp (250mg) rifampycin mevcuttur.
- Her olguya "son rutüş" diye adlandırdığım cerrahi saha kenarlarını düzeltme (ligaman artıklarını alma, kemik kenarları düzleme ve foramitomi tamamlama vb) uyguluyorum. Foraminotomi sınırım, pedikülün inferior hizasıdır.
- Beraberinde kanal darlığı olan disk hernilerinde tek tarafı yaklaşımla bilateral mikrodekompresyon yaklaşımı kombine ediyorum.
- Kauda sendromuna yol açmış veya açması muhtemel büyük bir disk hernisi varlığında, çoğu kez bilateral hemilaminotomi yaptıktan sonra, nöral ekartman yapmadan lateralden 11 numara bistüri ile insize ederek diskektomiye başlıyorum. Herniye diski, disk seviyesine çekerek almaya gayret ediyorum.
- Far lateral disk hernisi varlığında, 6-8 cm lateralden insizyonla transmuskuler transforaminal mikrodiskektomi uyguluyorum. Beraberinde kanal içine de müdahale etmem gerekirse ayrı bir medyan insizyonla giriyorum.
- Erken dura yırtığı olursa, yırtık alanını örtterek kanal içi sıkışıklığı ortadan kaldırdıktan sonra tamir yapıyorum. Mutlaka sütür ile kapatmaya çalışıyorum. Yapıştırıcı ve greft materyal kullanmam. Gerekirse otojen fasya, adale veya yağ ile yama yaparım.
- Kanama kontrolünde, pamuk koyarak ve yıkayarak bekliyorum. Kendiliğinden ve koterizasyonla durmayan kanama durumunda, epidural kanama için sellüloz ve/veya jelatin sünger, kemik için bone wax dışında kanama durdurucuları kullanmıyorum.

Hastaları postop 1. gün ayağa kaldırıp, taburcu ediyorum. Yatakta yan dönüp oturarak ayağa kalkmasını, kalktığında korse kullanmasını, saatte bir 10 dk dolaşmasını, yemeğini ayakta yemesini ve bir hafta sonra kontrole gelene kadar oturmamasını tembih ediyorum.