

Anterior Servikal Diskektomi: Nasıl Yapıyorum?

Anterior Cervical Discectomy: How do I do?

ÖZ

Bu derlemede anterior servikal diskektomi ameliyatını nasıl yaptığımı özetliyorum.

Anahtar Sözcükler: Servikal, Diskektomi, Anterior

ABSTRACT

In this review, I summarize how I perform anterior cervical discectomy surgery.

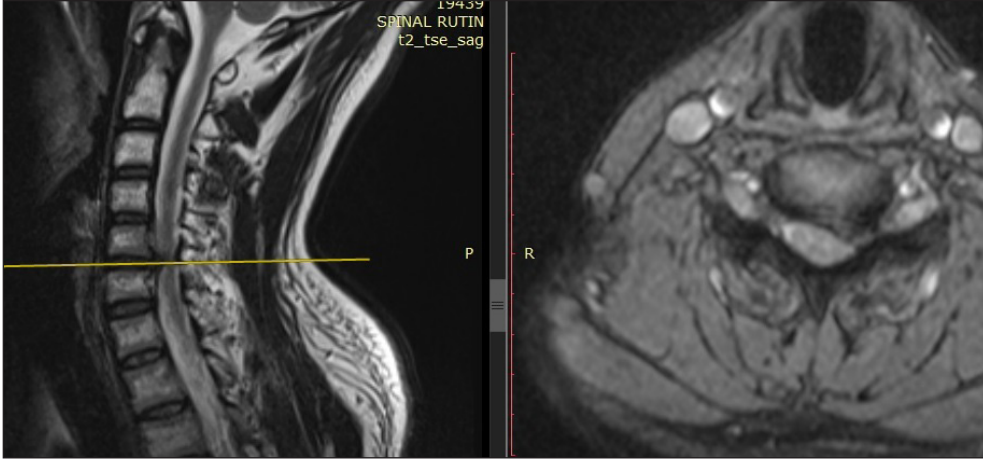
Keywords: Cervical, Discectomy, Anterior

GİRİŞ

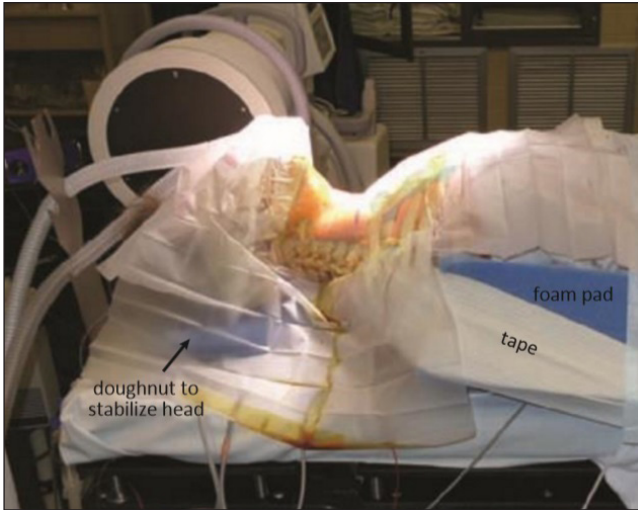
Servikal disk cerrahisinde anterior yaklaşımı nasıl yaparım konusuna başlamadan önce hangi hastaları ameliyat ettiğime kısaca değinmek istiyorum. Eğer servikal disk hernisi (HNP) ilerleyici ve fonksiyonel nörolojik defisite neden oluyor ise, remisyon göstermeyen, konservatif tedaviye yanıt vermeyen şiddetli özellikle radiküler ağrıya neden oluyor ise (hastanın ağrısının şiddetine göre ortalama 4 hafta kadar konservatif tedaviye yanıtı bekleyebiliyorum), teşhisi uzun süre önce konmuş, ancak yaşam kalitesini bozan tekrarlayan semptomları olan hastaları (bu olgular konservatif tedaviden yanıt alma ihtimalleri daha düşüktür) ve ciddi myeloradikülopati bulguları olan hastaları, klinik bulguları radyoloji ile de uyumlu ise cerrahi olarak tedavi etmeye karar veriyorum (Şekil 1). Lomber de olduğu gibi servikal foraminal ekstrede diskler cerrahi tedaviye daha yakın olan olgulardır. Bazen ağrı da o kadar şiddetli olur ki nörolojik muayene bulguları normal bile olsa konservatif tedavi sonucunu beklemeden hemen ameliyat kararı almak gerekebilir.

Anterior servikal diskektomi cerrahisini nasıl yapıyorum,

Hastanın entübe edilirken endotrekeal tüpün spiralli ve balonlu olması tercih edilmelidir ve tüp çalışacağımız tarafın karşısına tespit edilmelidir. Uzun süren cerrahilerde rekürren laringeal sinir yaralanma ihtimali azalsın diye tüpün basıncını aralıklı olarak düşürmemiz gerektiğini anestezi hekim arkadaşım ile konuşuyorum. Hastanın omuz altına yastık koyarak boyun ekstansiyonda başının altına da simit koyarak nötr pozisyon veriyoruz. Özellikle servikal alt seviye diskektomilerde mesafe tayini kolay olsun diye omuzları flaster ile aşağı çektiriyoruz (Şekil 2). Sağ elimi kullandığım için sağ taraftan yaklaşımı tercih ediyorum. Diskektomi yapacağımız seviyeye göre boyun çizgilerine paralel orta hata kadar uzanan transvers insizyon yapıyorum (Şekil 3). Örneğin hyoid kemik C3'e, troid kartilaj C4-5'e ve cricoid C6'a karşılık gelir (Şekil 4). Eğer hasta kısa boyunlu ise, kifotik deformitesi varsa, 3 ve üzeri seviye diskektomi yapacak olursam longitudinal insizyon da tercih ediyorum. İşaret konulduktan sonra batikon ile saha temizliğini takiben ve batikonun



Şekil 1: Cerrahi endikasyon konulan C5-6 HNP.



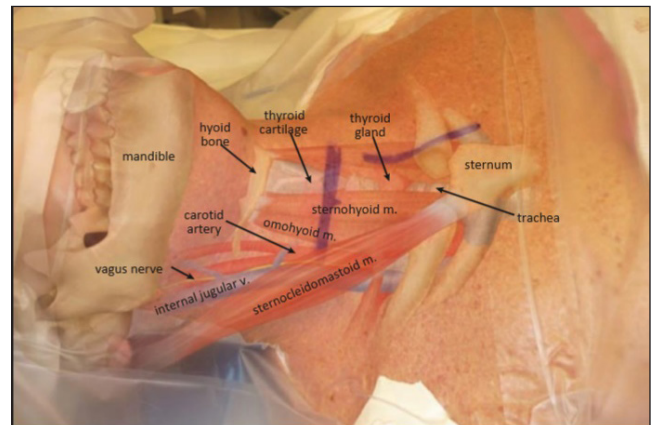
Şekil 2: Cerrahi pozisyon.



Şekil 3: Cilt insizyonu.

bir film tabakası gibi kurumasını bekledikten sonra steril çamaşırları örtüyoruz.

Cilt ve cilt altı geçildikten sonra platizma insizyona paralel açılır. Yüzeysel fasia geçilir, SKM kası lateralde kalacak şekilde küt diseksiyon ile derinleşilir ve yüzeysel fasianın derin tabakası superior-inferior yönde geçildikten sonra karotis kılıfı lateralde, özofagus ve trekea medial de kalacak şekilde küt diseksiyon ile (işaret parmağı yardımı ile) mesafeye ulaşılır. Omohoyoid kası eğer karşımıza gelir ve görüş açımızı kapatır ise kesilebilir. Mesafeye ucu bükülmüş iğne yerleştirilerek skopi ile yan görüntüde mesafe tayini yapılır. Mesafe doğru ise cloward ekartörü yardımı ile prevertebral ince fasia açıldıktan sonra bipolar veya düşük derecede koter yardımı ile otomatik ekartörün ayağının yerleşeceği longus kolli adalesi iki taraflı lateralde doğru sıyrılır. Sempatik sinir yaralanması ve onun



Superficial landmarks include:

- hyoid C3
- thyroid cartilage C4-5
- cricoid C6

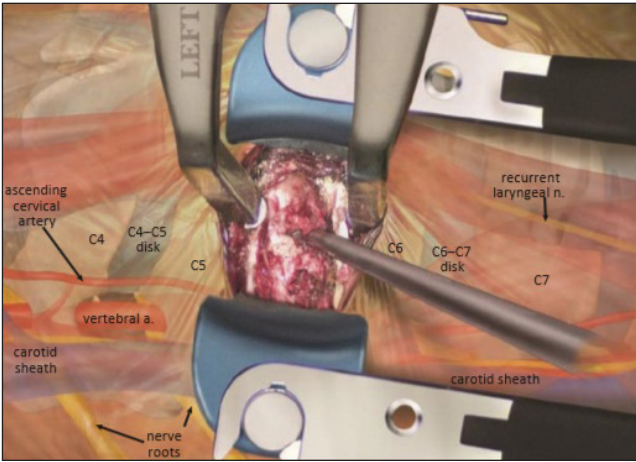
Şekil 4: Cerrahi öncesi uygun işaretleme.

da sonucunda Horner sendromu gelişmesin diye çok aşırı laterale diseksiyondan kaçınmak gerekir. Longus kolli adalelerinin altına otomatik ekartör yerleştirilir (Şekil 5). Otomatik ekartörün ayaklarının özofagus tarafının künt, karotis tarafının dişli olması tercih edilir. İki taraflı künt ekartör de kullanılabilir. Bu aşamadan sonra sahaya mikroskop çekilir (Şekil 6).

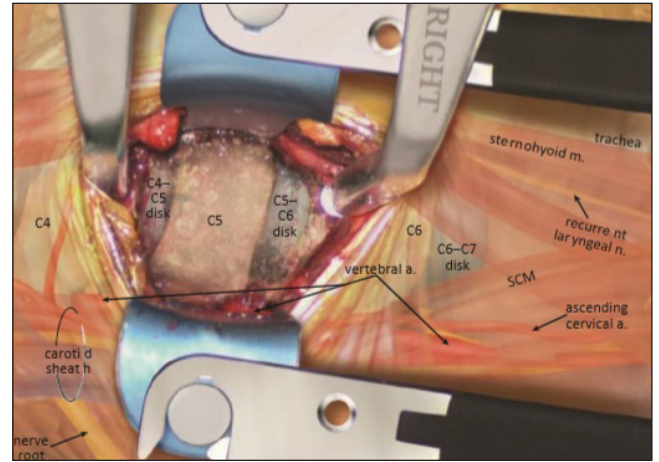
Mikroskop altında annulus fibrosus bisturi yardımı ile kesilir, disk forsepsleri ve küretler yardımı ile disk dokuları çıkarılır. Bu esnada end plate üzerindeki hiyalin kıkırdak alınır ancak end platlere zarar verilmez. Mesafe sprider diye isimlendirilen ekartör, uncusların lateraline yerleştirildikten sonra mikroskop altında diskektomiye devam edilir (Şekil 7). Spondiloz var ise gerekirse tur ile alınır (Şekil 8). PLL de yırtık var mı görmeye çalışılır. Özellikle PLL'in altına sinir hooku ile bakılır, serbest parça bulunur. İçiniz rahat etmedi ise PLL tamamen alınır

dura görülebilir. Bu ameliyatın rutin bir parçası değildir ancak bunu rutin tercih edilmesi de yanlış değildir. Tecrübesiz olan hekim arkadaşlarım bazen mikroskop altında bile karşlarına çıkan yapının dura mı yoksa PLL mi olduğuna karar veremeyebilirler. Okuduğum bir kitapta şöyle diyordu; aklınıza böyle bir soru geliyorsa karşınıza çıkan PLL'dir. Diskin pre op MRG'da yerleştiği yere ve foramenlerin durumuna göre uncinat çıkıntıların lateraline geçilip geçilmemeye karar verilir. Genellikle uncinat çıkıntılara kadar diskektomi yapılır, bunun lateralinde kontrolsüz manevralar vertebral arter yaralanmasına neden olabilir. Dikkat etmek gerekir. Disk boşaltıldıktan ve foramen rahatlatıldıktan sonra genellikle oradan venöz bir kanamanın olmasını bekleriz ve bu bizim içimizi rahatlatır.

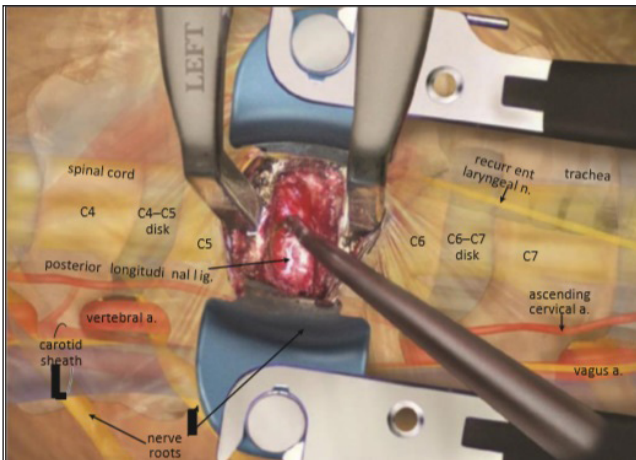
Cerrahinin bu aşamasından sonrası artık cerrahın tercihi kalmıştır. Diskektomi yapılan mesafeye kafes koyulur



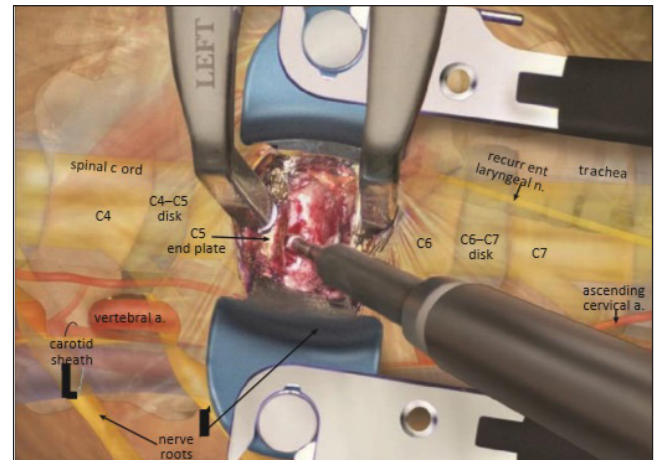
Şekil 5: Ekartörün yerleştirilmesi.



Şekil 6: Disk mesafesinin açığa çıkarılması.



Şekil 7: Diskektomi yapılması.

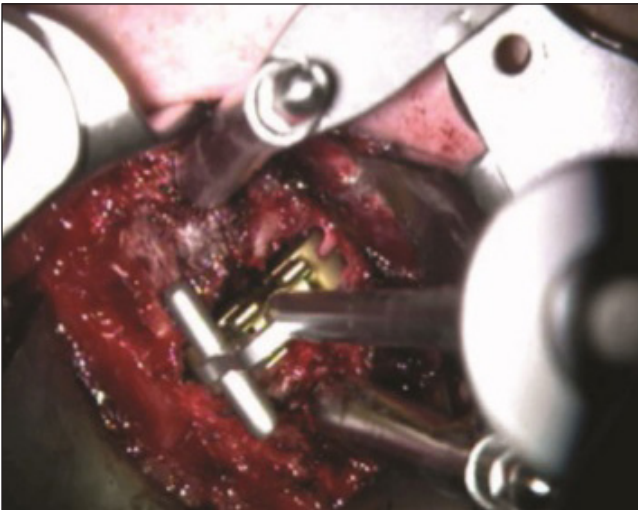


Şekil 8: Osteofitlerin turlaması.

mı koymayalım mı? Kafes koyacak ise hangisini tercih edelim, PEEK kafes mi yoksa yeni nesil protez mi koyalım?. Ben klinik sonuçlarımın daha iyi olduğunu düşündüğüm için PEEK kafes koymayı tercih ediyorum. Hiç koymamayı veya protezi tercih etmiyorum. Yazımızın konusu bu olmadığı için bu konunun ayrıntılarına girmiyorum ancak, kafes yerleştirmeyi tercih etmemin en büyük sebebi omurganın dizilimini korumak veya diziliminde bozukluk var ise bunun yeniden oluşturulmasına katkı sağlamak veya cerrahiye bağlı bozulmasını, çökmesini önlemek ve böylece özellikle boyun ağrısının cerrahi tedaviden daha iyi yarar görmesini sağlamak ve ayrıca da foramen yüksekliğini de koruyarak veya bozulmuş ise restore ederek, hastanın radiküler yakınmalarının iyileşmesine katkı sağlamaktır. Mevcut disk yüksekliğinden 2-3 mm daha yüksek kafes tercih ediyorum ve traksiyon altında mesafeye çakıyorum (Şekil 9). Kafes kullanılmasının klinik sonuçları etkilemediği ve konulmasına gerek olmadığını savunanlar da vardır.

Servikal diskektomi uyguladığım hastalarda 3 seviyeye kadar sadece PEEK kafes yerleştiriyorum üzerine plak koymuyorum. Plağı tercih ettiğim olgular ise özellikle travmatik disk hernileri ve 4 seviye yaptığım disk hernileridir. Bu aşamadan sonra skopi ile yerleştirdiğim kafesi kontrol ediyorum ve problem yok ise kapatma aşamasına geçiyorum.

Kapatma esnasında mesafeye ben dren koymuyorum ancak mesafeye penröz veya kapalı bir dren yerleştirilebilir. Bol SF ile mesafeyi yıkadıktan sonra platisma, cilt altı ve cildi kapatarak hastanın uyanmasını bekliyorum. Hasta



Şekil 9: Mesafeye kafes yerleştirilmesi.

uyanmadan kontrol nörolojik muayenesini yapmadan asla ameliyathaneden ayrılmıyorum.

Sonuç olarak anterior servikal diskektomi+kafes titiz cerrahi yaklaşım ile komplikasyonu az, yüz güldürücü bir cerrahidir (Şekil 10-11).



Şekil 10: Post op yan servikal grafi.



Şekil 11: Post op MRG görüntüsü.