

Dermal Sinüs Traktı

Dermal Sinus Tract

ÖZ

Konjenital bir patoloji olan dermal sinüs traktı, okkült spinal disrafizmler grubuna dahildir. Tekrarlayan menenjit atakları, gergin omurilik sendromu veya gelişebilecek epidermoid kitlelerin bası etkisine bağlı olarak klinik oluşturabilir. En sık lumbosakral bölgede görülse de kraniyospinal alanda, büyük çoğunlukla orta hatta herhangi bir seviyede rastlanılabilir. Dermal sinüs traktı olan olgularda uzun dönem sonuçları etkileyen en önemli faktör; enfeksiyon, inklüzyon tümörleri, gergin omurilik sendromu gelişip nörolojik kötüleşme ortaya çıkmadan, erken bebeklik döneminde cerrahi tedavinin gerçekleştirilmesidir.

Anahtar Sözcükler: Dermal, Sinüs, Traktusu, Konjenital, Malformasyon

ABSTRACT

Dermal sinus tract, a congenital pathology, belongs to the group of occult spinal dysraphisms. It may cause clinical status due to recurrent meningitis attacks, tethered cord syndrome or compression effect of epidermoid masses that can be develop. Although it is most commonly seen in the lumbosacral region, it can be encountered in the craniospinal area, most often at any level in the midline. The most important factor affecting long-term results in cases with dermal sinus tract is performing surgical treatment in early infancy, before infection, inclusion tumors, tethered cord syndrome develop and neurological deterioration occurs.

Keywords: Dermal, Sinüs, Tract, Congenital, Malformation

GİRİŞ

Konjenital bir patoloji olan dermal sinüs traktı, okkült spinal disrafizmler grubuna dahildir. Tekrarlayan menenjit atakları, gergin omurilik sendromu veya gelişebilecek epidermoid kitlelerin bası etkisine bağlı olarak klinik oluşturabilir. En sık lumbosakral bölgede görülse de kraniyospinal alanda, büyük çoğunlukla orta hatta herhangi bir seviyede rastlanılabilir. Güncel insidansı ile ilgili bir çalışma olmamakla birlikte, radyolojik görüntüleme yöntemlerinin kullanımda yaygın olmadığı 1970'li yıllara ait çalışmalarda görülme sıklığı yaklaşık olarak 1500-2500 doğumda 1 olarak belirtilmiştir (7,10).

EMBRYOGENEZ ve PATOLOJİ

Dermal sinüs traktusu, intrauterin 3-5. haftalarda nöral ektoderm ve kutanöz ektodermin birbirinden ayrılmasında anormallik sonucu oluşmaktadır. Spinal kordu oluşturan nöral ektodermin epidermal ve dermal yapıları oluşturan kutanöz ektodermin birbirinden ayrılması sırasında iki tabaka arasına mezoderm tabakası girerek vertebral kolon ve paravertebral yumuşak dokuları oluşturur. Bu tabakalanma sürecinde problem olduğunda, dermal sinüs traktusunun oluşumuyla

sonuçlanan persistan bir bağlantı ortaya çıkabilmektedir (2,8). Dermal sinüsler ciltten spinal kanal içerisine kadar herhangi bir yerde sonlanabilir; dolayısıyla kas, fasya, dura veya nöral dokuyla temas hâlinde olabilir (5). Dermal sinüsler büyük çoğunlukla orta hat yerleşimli olmakla birlikte nadiren paravertebral yerleşimli de olabilmektedir. %1 servikal yerleşim, %10 torakal yerleşim, %41 lomber yerleşim, %35 sakral yerleşim görülmektedir (3,7).

KLİNİK

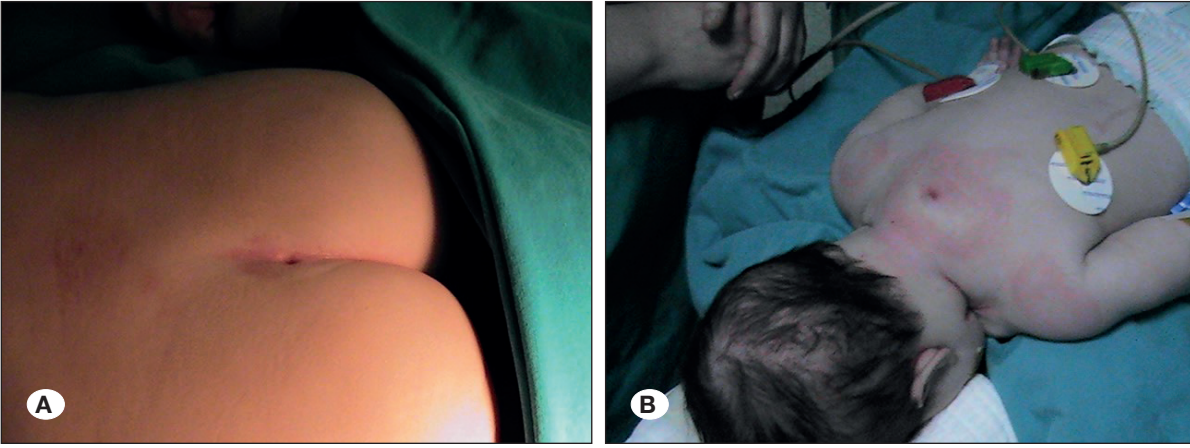
En sık başvuru şekli cilt bulgusudur (Şekil 1). İntergluteal kıvrımın üzerinde dermal sinüs ağzını temsil eden cilt açıklığı temel cilt bulgusu olmakla birlikte renk değişiklikleri, hipertrofik, lipomatöz şişlikler de görülebilmektedir. İntergluteal kıvrımın üst sınırının altında kalan açıklıklar, kör bir şekilde sonlanan sakrokoksigeal kanallardır ve spinal kanalla ilişkileri yoktur, tedavi gerektirmezler (7). İzole dermal sinüs olgularında nörolojik muayene başlangıçta olağan olmakla birlikte ilerleyen zamanla birlikte, tedavisiz olgularda gergin omurilik sendromu belirti ve bulguları ortaya çıkabilmektedir. Nörolojik bulgular arasında motor kuvvet kaybı, hipoestezi, idrargaita inkontinansı, refleks kusurları yer alır. Dermal sinüs ağ-

zından beyin omurilik sıvısı akıntısı olan olgularda tekrarlayan menenjit atakları, spinal abse oluşumu, enfekte inklüzyon lezyonları görülebilir (1,5). Özellikle infantil dönemde, tekrarlayan menenjit atakları varlığında spinal dermal sinüs olasılığı akla gelmelidir. En sıklıkla görülen etken mikroorganizmalar S.aureus, E.coli, Klebsiella ve anaerobik bakterilerdir (7). Spinal dermal sinüsler infantil dönemde gözden kaçırılsa inklüzyon tümörlerinin kitle etkisi sonucu nöral bası, araknoidit veya gergin omurilik sendromuna ait belirti ve bulgularla karşılaşılabilir. Hızlı nörolojik bozulma, intraspinal abse veya enfekte inklüzyon tümörlerine bağlı görülebilir ve acil cerrahi girişim gerektirir. Dermal sinüs traktusunun intradural alana girip nöral dokulara yapıştığı olgularda omurilik gerilir ve özellikle hızlı boy uzama evrelerinde gergin omurilik sendromu belirti ve bulguları ortaya çıkabilir. Bu belirti ve bulgular arasında bel ve bacakta ağrı, yürüme bozukluğu, skolyoz,

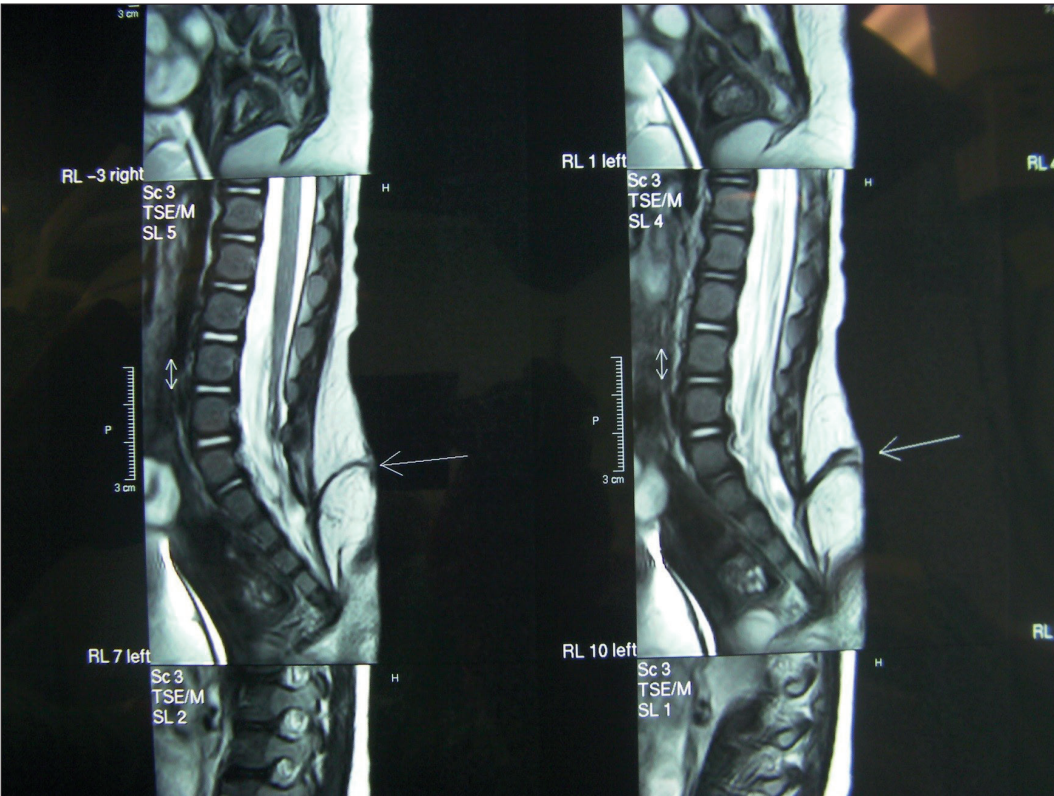
ortopedik deformiteler, motor ve duyu kusurları, sfinkter sorunları yer alır (4,10).

TANI

İntergluteal kıvrım üzerinde dermal çukurluğa veya açıklığa sahip bir yenidoğan mutlaka dermal sinüs yönünden değerlendirilmelidir. Üç aylıktan küçük bebeklerde ultrasonografi ile dermal sinüsün seviyesini, yönünü, uzunluğunu, intraspinal abse veya inklüzyon tümörlerini, spinal kord pulsasyonunun durumunu görmek mümkündür (6). Dermal sinüs görülen olgularda, farklı seviyelerdeki okkült patolojilerin gözden kaçırılmaması için, tüm spinal kolon MR ile değerlendirilmelidir (Şekil 2). MR ile eşlik eden diğer spinal disrafizm patolojileri, intraspinal abse ve inklüzyon tümörü varlığı ayrıntılı biçimde değerlendirilir. Hidrosefali veya intrakraniyal



Şekil 1A, B: Kliğinimiz arşivinden dermal sinüs traktusu olan olgulara ait cilt bulguları.



Şekil 2: Kliğinimiz arşivinden dermal sinüs traktusu olan bir olguya ait MR görüntüsü.

malformasyonlar dermal sinüs traktı olan olgularda nadir görülmeyle birlikte şüphelenilen olgularda görüntülemeye kraniyal MR de dahil edilmelidir. Mesane disfonksiyonu olan olgularda, mesane- böbrek ultrasonografi ve ürodinami tetkiklerinden de faydalanılabilir (10).

TEDAVİ

İntergluteal kıvrımın üzerindeki herhangi bir seviyede saptanan dermal sinüs traktları opere edilmelidir. Cerrahi esnasında traktus, ciltten başlayarak sonlandığı yere kadar takip edilip ortaya konulmalı ve rezeksiyon yapılmalıdır. Bazı olgularda sinüs traktı dura üzerinde kör bir şekilde sonlanırken bazı olgularda ise intradural alana girmektedir. Dura üzerinde kör bir şekilde sonlanan olgularda dahi dura açılıp intradural alan kontrol edilmelidir (7,9). İntradural alanda çalışırken nöromonitör kullanılması faydalı olacaktır. Preoperatif dönemde yapılan radyolojik görüntülemelerde saptanan ek patoloji (diğer spinal disrafizm patolojileri, intraspinal abse veya inklüzyon tümörleri) varsa aynı seansta onlara da cerrahi olarak müdahale edilmelidir. İntradural alanda enfekte materyal mevcutsa, uygun antibiyoterapinin uygulanabilmesi için, mutlaka mikrobiyolojik incelemeye gönderilmelidir. Postoperatif dönemde, izole edilen mikroorganizmaya yönelik ve uygun süre intravenöz antibiyoterapi uygulanmalıdır (4,5).

Dermal sinüs traktı olan olgularda uzun dönem sonuçları etkileyen en önemli faktör; enfeksiyon, inklüzyon tümörleri, gergin omurilik sendromu gelişip nörolojik kötüleşme ortaya çıkmadan, erken bebeklik döneminde cerrahi tedavinin gerçekleştirilmesidir (7,10).

KAYNAKLAR

1. Ackerman LL, Menezes AH: Spinal congenital dermal sinüs: A 30-year experience. *Pediatrics* 112(3 Pt 1):641-647, 2003
2. Elton S, Oakes WJ: Dermal sinüs tracts of the spine. *Neurosurgical Focus* 10(1):e4, 2001
3. Gupta DK, Shastank RR, Mahapatra AK: An unusual presentation of lumbosacral dermal sinüs with CSF leak and meningitis. *Pediatric Neurosurg* 41:98-101, 2015
4. Jindal A, Mahapatra AK: Spinal congenital dermal sinüs. An experience of 23 cases over 7 years. *Neurol India* 49:243-246, 2001
5. Kanev PM, Park TS: Dermoids and dermal sinüs tracts of the spine. *Spinal dysraphism. Neurosurg Clin N Am* 6(2):359-366, 1995
6. Kaufman BA: Neural tube defects. *Pediatr Clin N Am* 51(2):389-419, 2004
7. Kazan S: Spinal dermal sinüs. İçinde: Baykaner K, Erşahin Y, Mutluer S, Özek MM (eds), *Pediyatrik Nöroşirürji*. Ankara: TNDER Yayınları, 2014
8. Radmanesh F, Nejat F, El Khashab M: Dermal sinüs tract of the spine. *Child's Nerv Syst* 26:349-357, 2010
9. Tamburrini G, Ozek MM, Cinalli G, Maixner WJ: Spina bifida, management and outcome. *Child's Nerv Syst* 25(4):511, 2009
10. Ülkü G, Börcek AO: Spinal dermal sinüsler. *Türkiye Klinikleri* 6(2):68-71, 2016