

bölüm 2

Prof. Dr. Şeref DOĞAN

Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Bursa

LOMBER MİKRODISKEKTOMİ

Konu ile ilgili bağlantıya yandaki linkten ulaşabilirsiniz <http://www.spinetr.com/video.aspx?video=6>

Lomber disk hernisinin cerrahi tedavisinde, klasik açık diskektomi, Mixter ve Barr'ın 1934 yılında tanımlamasından 1980'lere kadar standart cerrahi teknik olarak uygulanmıştır. 1967'de M. Gazi Yaşargil, lomber diskektomi için mikroskop kullanılarak Mikrodiskektomi tekniğini tanımlamıştır. Günümüzde pek çok alternatif teknik tanımlanmış olsa da altın standart cerrahi teknik olarak mikrodiskektomi kabul görmektedir.

Mikrodiskektomi; standart açık diskektominin modifiye edilmiş hâlidir. Daha küçük cilt kesisi, daha az kas diseksiyonu, ligamentum flavumun korunabilmesi ve sonuçta daha hızlı iyileşme yöntemin avantajlarıdır.

Lomber disk hernilerinin çok büyük bir kısmı konservatif tedavilerden fayda görse de Kauda equina sendromu, ani ya da ilerleyici kuvvet kaybı, 4-6 hafta konservatif tedaviye yanıt alınamaması ve sık tekrarlayan disk hernisi atakları olan hastalarda cerrahi tedavi gereklidir.

Cerrahi teknik

Mikrodiskektomi genel ya da spinal anestezi altında yapılabilir, insizyondan yarım saat önce verilecek antibiyotik profilaksisi için genellikle birinci kuşak sefalosporinler yeterlidir. Prone semifleks ya da diz-göğüs (sitting prone) pozisyonları cerrahin tercihinine göre seçilebilir. Hastaya uygun pozisyon verildikten sonra mesafe tayini için hastanın sırtına dik olarak bir iğne batırılır ve C kollu skopi ile mesafe teyit edilir. Hastanın belinin boyanması ve steril örtünmeyi takiben orta hattan yaklaşık 2 cm kesi ile cilt-ciltaltı geçilir. Torakolomber fasiya orta hattın birkaç mm lateralinden açılarak paravertebral kaslar subperiostal diseke edilir, kasların lateralde inferior fasetin lateraline kadar sıyırılması yeterlidir. Sahaya mini Taylor, Mayerding, Scoville, Caspar ya da benzeri ekartör yerleştirilmesini takiben mikroskop çekilir. Faset hipertrofisi varsa inferior fasetin medialinden kısmi bir rezeksiyon yapılabilir. Ligamentum flavumun dış

tabakası kerrison ronger ile sıyırılarak alınır takiben iç tabaka lateralde fasete yapıştığı yerden bir disektör yardımıyla ayrılır, ince bir kerrison ronger ile laminaya doğru kesilerek süperioru, foramene doğru kesilerek inferioru serbestleştirilir, araya küçük pediler yerleştirilerek foramenin üzeri açılır, özellikle inferiora migre olmuş disklerde geniş foraminotomi gerekebilir. Lateral kenarları serbestleştirilen ligamentum flavum mediale doğru açıldığında çıkışından itibaren sinir kökünün laterali görülür, disektör ve ince aspiratör ile araya küçük pediler yerleştirilerek kök mediale ekarte edilir, bu esnada şayet sekestre disk fragmanı bulunursa etrafından sinir hook ile serbestleştirilerek disk forsepsi ile çıkartılır, anulusta defekt görülebiliyorsa defektten disk mesafesine girip bir miktar disk boşaltılır, defekt görülemiyse anulusu kesip diski boşaltmaya gerek yoktur, ekstrüde disk hernilerinde ise ekstrüde fragman alındıktan sonra defekti genişletmemeye gayret ederek disk aralığına girmek ve boşaltmak gerekir. Kapsül bütünlüğünün tam bozulmadığı protrüde disklerde ise anulus mutlaka disk aralığına paralel lineer küçük bir insizyonla açılmalıdır. Diskektomi sırasında disk forsepslerinin anulusun dışından maksimum 3 cm kadar içeri sokulması güvenlidir, daha derin girişlerin anterior anulusun zedelenmesine, vasküler ve retroperitoneal yaralanmalara neden olabileceği akıldan çıkartılmamalıdır. Diskektomi sırasında kök ekarte edilirken sık aralıklarla serbest bırakılmalı, kök ekartörü mümkün olduğunca az kullanılmalıdır. Diskektomi sonrası mesafenin bol serum fizyolojik ile yıkanması hem hemostaza yardımcı olacak hem de gözden kaçan küçük fragmanların yakalanmasına yardım edecektir. Diskektominin tamamlanmasından sonra masanın semi-fleks pozisyonunun nötrale düzeltilmesi ile epidural mesafede hemostaz oldukça kolaylaşır, hemostaz tamamlanıp ekartörler çıkartıldıktan sonra torakolomber fasiya 1/0, 2/0, cilt altı 2/0, 3/0, cilt subkutiküler 3/0, 4/0 emilebilen sütürlerle kapatılır.