



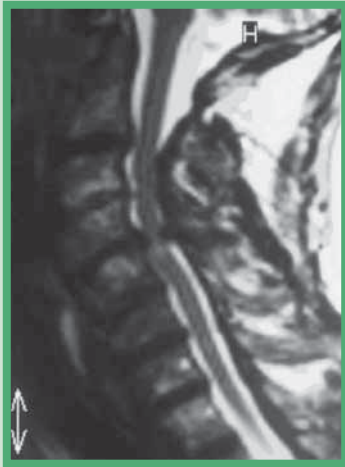
Türk Nöroşirürji Derneği
Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi
Öğretim ve Eğitim Grubu



Hasta bilgilendirme broşürü

SERVİKAL DAR KANAL ve MYELOPATİ

Nedir, Tedavi Seçenekleri Nelerdir?



www.spineturk.org

SERVİKAL MYELOPATİLİ HASTALARIN YAKINMALARI

Servikal kanal darlığı, genellikle sinir kökü (radikülopati) veya omurilik basısına (myelopati) bağlı yakınmalarla kendini gösterir.

Servikal myelopatili hastaların yaklaşık yarısında boyun veya kol ağrısı vardır. Bu hastaların çoğunda kol ve bacakta güçsüzlük ve fonksiyon kaybı meydana gelir.

Servikal myelopatiye bağlı; kollarda güçsüzlük ve gömleğini düğmeleyememek, kapı kolunu açıp kapayamamak, kavanoz kapağını açamamak gibi ellerde beceriksizlik, sık görülen yakınmalardır.

Bacaklar ile ilgili yakınmalar ise yürüme zorluğu, bacaklarda güçsüzlük olarak ortaya çıkar ve yardımsız yürüyememeye kadar ilerleyebilir.

Servikal myelopatili hastaların yakınmalarından bir diğeri de idrar tutamamaktır. Hastalığın ilerlemesiyle idrar ve gaytayı tutamama, istemsiz kaçırma meydana gelebilir.

Bütün bu yakınmaların zamanla ilerlemesi, her hastada farklılık gösterebilir. Bazı hastalarda yakınmalarının ilerlemesi hızlı olurken, bazılarında ilerleme yavaş olmaktadır. Bir grup hastada ise belirli bir noktadan sonra ilerleme durmaktadır.

SERVİKAL MYELOPATİNİN MUAYENE BULGULARI

İlk muayene bulgusu genellikle artmış üst ve alt ekstremitte refleksleridir. Farklı düzeylerde nörolojik defisitler saptanabilir. Erken tanı, bu hastalık grubunda çok önemlidir. Erken tanı sonrası uygulanacak tedavi

ile hastaların yakınmalarının ilerlemesinin önüne geçilebilir.

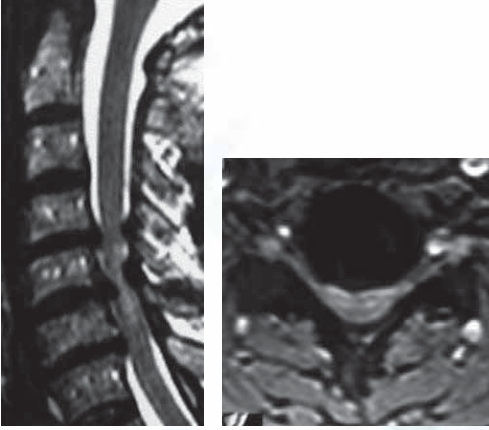
Hastalığın tanısının konulması, hastanın yakınmalarının dinlenmesi ve bunlar doğrultusunda hekimin soru sorması ile başlar. Bu dinleme ve sorgulamayı takiben yapılan muayene ile birtakım nörolojik defisitler saptanabilir ki bunlar: kol ve bacakta artmış refleks (eğer radikülopati varsa, kollarda reflekslerde azalma olabilir), yürüme bozukluğu (hantal veya dengesiz yürüme), el ve ayaklarda his kaybıdır. Muayenede ayrıca klonus (ayağın, sırtına doğru hızlı bükülmesi sonrası hızlı bir şekilde atmaya devam etmesi), babinski (ayağın altı sivri bir cisimle çizildiğinde, başparmak ayak sırtına doğru kıvrılırken diğer parmakların yelpaze şeklinde açılması), Hoffman (elin orta parmağının uç kısmı avuç içine doğru hızla kıvrılıp bırakıldığında, başparmak ve diğer parmakların avuç içine doğru hareket etmesi) gibi patolojik bulgulara rastlanılabilir. Bütün bu bulgulardan bir veya birkaçının saptanması, doktorun servikal myelopatiden şüphe etmesi için yeterlidir.

SERVİKAL MYELOPATİDE DOĞAL SEYİR

Klinik genelde sinsi başlar, ilerleme oranı değişiktir ve miyelopati geliştikten sonra tamamen düzelme nadirdir. Olguların %75'inde stabil periyotlarda ataklar halinde kötüleşme, %20'sinde yavaş progresyon, %5'inde ise ani kötüleşme görülmüştür. Miyelopati ilerledikçe her iki alt ekstremité daha güçsüz ve spastik hale gelir. Sfinkter kontrolüyle ilgili problemler olabilir, inkontinans seyrekir. Çok ilerlemiş vakalarda yürümek için destek gerekir. Özellikle yaşlı vakalarda hareket bazen imkansızdır.

SERVİKAL MYELOPATİNİN TANISI

Boynun direk röntgen filmleri, servikal dar kanal tanısını doğrulamak için yeterli bilgi vermeyebilir. Genellikle bu tanıyı koymak için Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) kullanılır. MRG, dar servikal kanalı ve sıkışmış omuriliği çok detaylı olarak gösterir. Bilgisayarlı Tomografi (BT), servikal kanala taşan kemik yapıları daha iyi görmek için kullanılabilir.



Resim 1: A: T2 ağırlıklı sagittal MR görüntüde sinyal yoğunluğunda artış, B: T2 ağırlıklı aksiyel kesitte yılan gözü görünümü ve belirgin omurilik basısı

Sinir iletilerinin değerlendirildiği elektrofizyolojik testlerle, servikal myelopatinin diğer hastalıklarla ayırıcı tanısı yapılabilir. Elektromiyografi (EMG) ve sinir ileti hızı çalışmaları servikal myelopati ile periferik sinir hastalıkları, özellikle periferik sinir sıkışmalarının ayırıcı tanısında yardımcı yöntemlerdir. Somatosensoryal uyarılmış potansiyeller (SEP), kol veya bacadan verilen uyarının beyinden kaydedilmesi şeklinde yapılan test olup iletideki aksama, omurilik basısını gösterir. Bu test de servikal myelopati ile diğer hastalıkların ayırıcı tanısında yardımcıdır.

SERVİKAL DAR KANALDA TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Hafif seviyede servikal dar kanal olan olgularda myelopati bulguları olsa da olmasa da tedavilerinde ilk seçenek ameliyat dışı yöntemler olabilir. Buna karşın kol ve bacaklardaki güçsüzlüğün ve ağrının artma, yürüme kapasitesinin ise azalma ihtimaline karşın genellikle cerrahi tedavi tavsiye edilmektedir. Cerrahi tedavinin amacı omurilik ve sinir kökü üzerindeki basının ortadan kaldırılmasıdır (dekompresyon). Bu amaca değişik ameliyat teknikleri ile ulaşılabilir.

Boynun önünden yapılan ameliyatlar:

Eğer omuriliğin sıkışmasına servikal disk, omur kemiğinin gövdesi ve ön taraftaki ligamanlar neden oluyorsa, omuriliği sıkıştıran bu parçalar boynun önünden yapılan cerrahi ile çıkartılıp omurilik rahatlatılır. Omurgayı sağlamlaştırmak amacıyla, o segmentin hareketsiz hale getirilmesine füzyon denilmektedir. Çıkartılan parçaların yerine konulan kemik greft, omurganın bu segmentini destekleyip güçlendirir. Çoğu cerrah, kurulan bu yapıyı daha da güçlendirmek için o segmente plak vida sistemi takmayı tercih edebilir.

Boynun arkasından yapılan ameliyatlar:

- Laminektomi; omuriliği arkadan sıkıştıran lamina ve ligamanların alınmasını içerir. Bazı olgularda cerrah omurgayı güçlendirmek için laminektomiye füzyon cerrahisini ilave edebilir.
- Laminoplasti; boynun arkasından yapılan cerrahi ile servikal kanalın genişletilmesi esasına dayanır. Bu operasyonda bazı kemik parçaları çıkarıldıktan sonra laminalar menteşe dayanağındaki kapı gibi kaldırılıp tekrar kapanması önlenerek spinal kanal genişletilir.

Cerrahiden sonra hastaların en az birkaç gün süreyle hastanede kalması gerekmektedir. Birçok hasta operasyondan 6-9 saat sonra günlük aktivitelerine dönmeye başlayabilir. Ameliyat sonrası hastanın uygulaması gereken rehabilitasyon programı doktoru tarafından belirlenir.

SERVİKAL MYELOPATİDE AĞRININ YÖNETİMİ

Servikal myelopatide ilaç kullanımının amacı ağrı, adele spazmı ve diğer semptomları hafifletmektir. Doktor bir veya birkaç ilaç kullanımını önererek hastanın yakınmalarını hafifletmeye ve fonksiyonel kapasitesini arttırmaya çalışır. Bu ilaçların gereğinden fazla alınması daha hızlı iyileşmeye yol açmadığı gibi, istenmeyen ilaç yan etkilerinin ortaya çıkmasına neden olabilir.

Eğer hastanın ağrısı varsa, doktor yüksek doz analjezikler, non-steroidal anti-inflamatuvar (NSAID) ve kas gevşetici kullanımını önerebilir. Eğer ağrı çok daha güçlü ve bu ilaçlar ile kontrol altına alınamıyorsa, güçlü narkotik ilaçlar (opioidler) reçete edilebilir.

Ağrıya yönelik uygulanabilecek diğer yöntemler:

- Ağrının tetiklendiği bölgeye lokal anesteziğin yapılması (bazen buna steroid de eklenebilir). Bu injeksiyon direkt ağrılı kas veya yumuşak doku içine yapılır.
- Bir başka tetikleyici bölge injeksiyonu da faset eklem injeksiyonudur.
- Ağrılı bölgeye soğuk veya sıcak uygulamalar analjezik amaçlı kullanılabilir.

PROGNOZ

Cerrahi uygulanan hastaların yarısından biraz fazlasında preop durumlarına göre düzelme görülmektedir. Cerrahinin en büyük amacı kötüye gidişi önlemektir.

Prognozu olumsuz etkileyen faktörler: ileri yaş, ciddi nörolojik defisit, çoklu seviye bası, uzun süren nörolojik defisit varlığı ve kanalın ön arka çapının darlığı, MR'de omurilik içerisindeki sinyal değişimlerinin varlığı.

UYARI

Bu broşür, hastaları bilgilendirmek için şu anki bilgilere göre genel uygulamaları içerecek şekilde hazırlanmıştır.

Daha fazla bilgi için doktorunuzla görüşünüz.



TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ
SPİNAL VE PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ
ÖĞRETİM VE EĞİTİM GRUBU

Taşkent Caddesi 13/4, 06500 Bahçelievler ANKARA

Tel: 312 212 64 08 Faks: 312 215 46 26

E-posta: info@turknorosirurji.org.tr

www.spineturk.org