

SPİNAL

ve

PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ

www.spineturk.org



TARTIŞMA PANELİ

BİLİMSEL MAKALE

*Lomber Disk Hernilerinde Cinsel Sorunlar Ne Kadar
Sorgulanıyor?*

TOPLANTILARDAN İZLENİMLER

Sonbahar Sempozyumu 2007

MAKALE ÇEVİRİLERİ

*Pediatric Subaxial Cervical Spine Injuries:
Origins, Management, And Outcome In 51 Patients*

*14 Seviye Omurga Tutulumlu Serviko-torakik Epidural
Apsenin Boşaltılması ve Yaygın Spinal Epidural Apselerin
Cerrahi Seçeneklerinin Tekrar Gözden Geçirilmesi*

SANAT KÖŞESİ

Hakan Esmer

SÖYLEŞİ

Dr. Celal Özbek Çakır

KONGRE, SEMPOZYUM ve KURSLAR



TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ
SPİNAL VE PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ
ÖĞRETİM VE EĞİTİM GRUBU BÜLTENİ
OCAK 2008 / Sayı 38



TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ
SPİNAL VE PERİFERİK SINIR CERRAHİSİ
ÖĞRETİM VE EĞİTİM GRUBU
BÜLTENİ
OCAK 2008 • SAYI 38

TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ
SPİNAL VE PERİFERİK SINIR CERRAHİSİ
ÖĞRETİM VE EĞİTİM GRUBU
YÖNETİM KURULU

Dr. R. Kemal Koç
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Kayseri
korck@erciyes.edu.tr

Dr. Ali Arslantaş
Osman Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Eskişehir

Dr. Süleyman Çaylı
İnönü Üniversitesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Malatya
srcayli@inonu.edu.tr

Dr. Sedat Dalbayrak
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
1. Nöroşirürji Kliniği, Kartal / İstanbul
sedatdalbayrak@gmail.com

Dr. Erkan Kaptanoğlu
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
1. Beyin Cerrahisi Kliniği, Ankara
erkankaptanoglu@yahoo.com

YAZIŞMA ADRESİ
Doç. Dr. Erkan Kaptanoğlu
Türk Nöroşirürji Derneği
Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Bülteni
Taşkent Caddesi 13/4
Bahçelievler 06500, Ankara
Tel: (312) 212 64 08
Faks: (312) 215 46 26
www.spineturk.org
e-mail: erkankaptanoglu@yahoo.com

KAPAK RESMİ
Hakan Esmer

Yazıların içeriğinden yazarlar sorumludur.

Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri
Tel: (312) 222 44 06, ANKARA
E-posta: bulus@bulustasarim.com

İçindekiler

Başkanın Mesajı.....	3
Tartışma Paneli.....	4
Bilimsel Makale	8
Toplantılardan İzlenimler	13
Makale Çevirileri.....	14
Sanat Köşesi.....	21
Söyleşi	25
Kongre Sempozyum ve Kurslar	27

başkanın mesajı 1

başkanın mesajı



Değerli meslektaşlarım,

Bültenin bu sayısında nadir karşılaştığımız servikal bölgede tüberküloz olgusu, bilimsel makale bölümünde; günlük pratiğimizde genellikle ihmal ettiğimiz lomber disk hernilerinde cinsel sorunlar, makale çevirileri bölümünde; pediyatrik alt servikal zedelenmeler ve spinal epidural abse olgusunda cerrahi tedavi seçildi. Sanat köşesinde Hakan Esmer'in eserleri, söyleşi bölümünde ise Dr. Celal Özbek Çakır'ın bir nöroşirürjiyen gözüyle geçirdiği tekrarlayan lomber disk hernisi operasyonlarını içeren anıları ve periferde çalışan nöroşirürjiyenlerin sıkıntılarını bulacaksınız.

Bültenimizin bu sayısını keyifle okumanız dileğimle..

Saygılarımla,

Prof. Dr. R. Kemal Koç
Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi
Öğretim ve Eğitim Grubu Başkanı

tartışma paneli 2

tartışma paneli

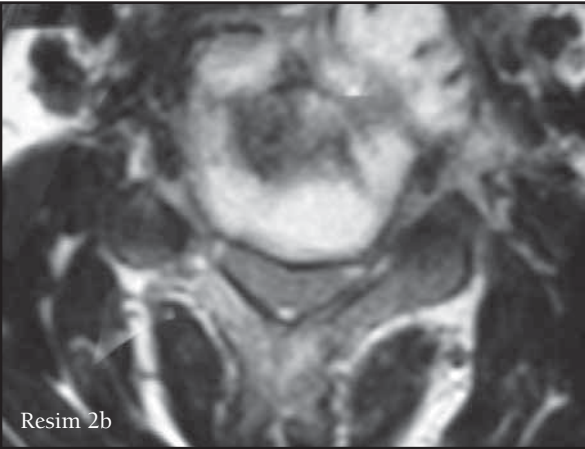
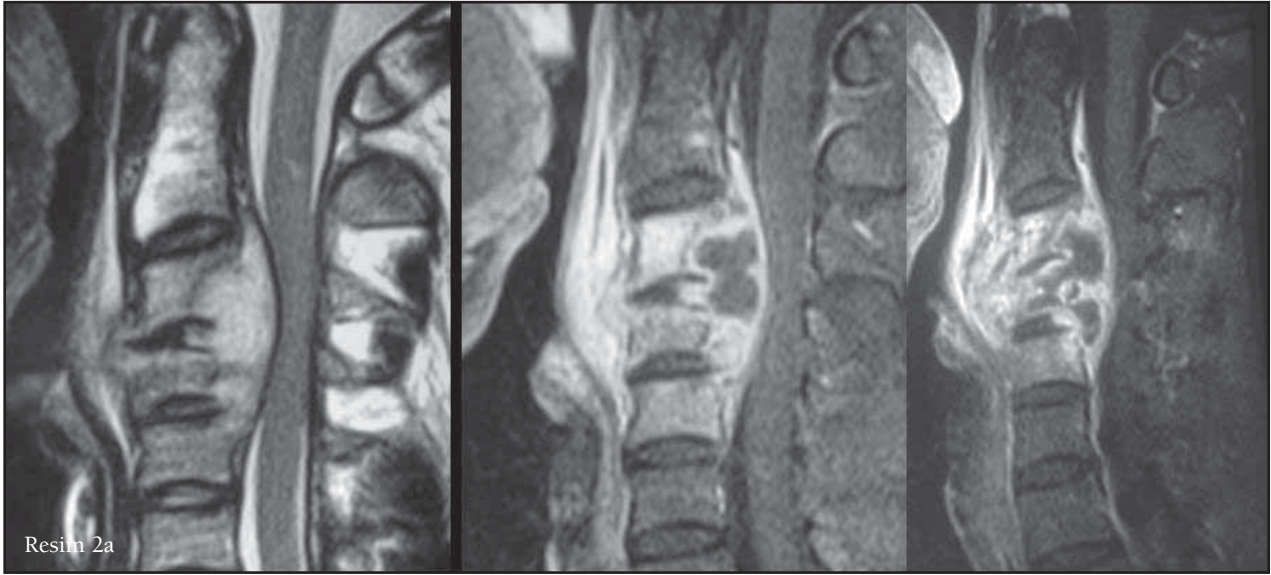
Dr. Kadir Kotil

OLGU:

40 yaşında, erkek olgu 2 ay önce boyun ağrısı nedeniyle MR çekiliyor (Resim 1a-b). MR'ında belirgin patoloji olmadığı düşünülerek nonspesifik tedavi veriliyor.



Olgu boyun ve solda daha fazla kollara yayılan ağrı şikayetinin progressif olarak artması nedeniyle kliniğimize başvurdu. NM de boyun hareketleri ağrılı ve kısıtlı, sol C7 hipoestezi, bilateral Hoffmann refleksi +, DTR ler yaygın hiperaktifti. Sedimantasyon: 38/h, CRP: 45mg/L. MR de C3-6 arasında omurilik basısı yapan, epidural bölge ve paravertebral yumuşak dokuları da etkileyen apse ile uyumlu lezyon tespit edildi (Resim 2a-b).



Tanınız nedir?

Nasıl bir tedavi yaparsınız?

Dr. Serkan Şimşek

Hastada CRP ve sedimantasyon yüksekliği, hızlı ilerlemesi, radyolojik paravertebral yayılım olması nedeni ile öncelikle enfektif bir patoloji düşünüldü.

Perkütan kemik biyopsi ve kültürü tedavinin planlanmasında ciddi katkısı olacaktır.

Hastanın nörolojik durumunu akut olarak gerilememişse kültür ve biyopsi sonucuna göre

eksternal destek ve antimikrobiyal tedavinin sonucu takip edilerek daha az segmenti etkileyecek bir cerrahi planlanabilir.

Kültür ve antibiyotik tedavisinden fayda görmemesi, nörolojik durumun kötüleşmesi takip eden radyolojik değerlendirmelerde patolojinin ilerlemesi anteriorlardan C3-4-5 korpektomi anterior destek ve anterior plak uygulanabilir. Sistemin yetmezliğe gitmemesi için posteriorlardan C2-C6 füzyon ek olarak düşünülmelidir.

Dr. Tahsin Erman

Hastanın öyküsünü, laboratuvar bulgularını ve preoperatif MRG görüntülerini incelediğimde bende omurga enfeksiyonunu, öncelikle de spesifik bir enfeksiyon olan tüberküloza bağlı santral tip osteomyeliti ve Pott absesini düşündürdü. Bunu düşünenin başlıca sebepleri;

1- Hastalığın 2 aylık öyküsünün bulunması; çünkü piyojenik spondilodiskitte başlangıç daha akuttur, brusella ve tüberkülozda daha kronik bir öykü mevcuttur.

2- Hastalığın başlangıcında disk tutulumu olmaksızın vertebra tutulumunun olması özellikle tüberkülozu düşündürüyor, çünkü piyojenik enfeksiyonlarda ve

diğer spesifik bir enfeksiyon olan brusellada disk hastalığının başlangıcında genellikle tutulur.

3- Bu kadar belirgin paraspinal ve epidural apsenin bulunması aynı şekilde daha çok tüberküloz lehinedir; brusellaya bağlı spondilodiskitte'de rastlanabilir ancak bunda genellikle yumuşak doku tutulumu minimaldir.

Nasıl bir tedavi yaparım sorusuna cevabım ise; cerrahi tedavi kaçınılmazdır. Çünkü omurilik basısı bulgularının hem klinik, hem de radyolojik olarak bulunması, cerrahi tedavi için yeterli endikasyondur. Preoperatif biyopsi yapmayı zaman kaybı olur diye düşünmezdim. Ancak cerrahi tedavi öncesi servikal bilgisayarlı tomografi (BT) yapılması mutlaka gereklidir. Çünkü kemik destrüksiyonunun yaygınlığını anlayabilmek ve ameliyatı planlamak için bu olguda BT şarttır. Ancak BT ile eksizye edilecek kemik miktarı ve kemik greftin büyüklüğü saptanabilir. Aynı zaman da bu esnada preoperatif tespit edilen bir kalsifiye paraspinal bir yumuşak doku kitlesinin tespit edilmesi de Pott için karakteristiktir. Kemik tutulumunun, MRG'de değerlendirebildiği kadarı ile özellikle C3 ve C4'ü etkilediği görülüyor. Onun için yüksek servikal yaklaşım (anterior retrofaringeal yaklaşım) ile C3 ve C4'e korpektomi uygulayıp, anterior dekompresyonu takiben, araya krista iliakadan alınan otogreft ve C2-C5 arası servikal plak ile anterior stabilizasyon uyguladım. Eğer preop BT'de C5'in de tutulumunu da tespit etseydim korpektomiye C5'i de ilave edip araya fibula allogreft yerleştirip (2 seviyeden fazla yapılan korpektomilerde krista iliakadan alınan otogreft yetersiz kalabilir) C2-C6 arası plak ile anterior stabilizasyon yaptıktan sonra aynı veya ikinci seansta lateral kitle vida ile posterior stabilizasyon uyguladım. Bundan sonra da tabii ki patolojik incelemeyi ve enfeksiyon çıkarsa mikrobiyolojik tetkikleri takiben uygun ilaç tedavisi başlardım.

Ayrıca bu hastada tüberküloz çıkarsa immün yetmezlik açısından özellikle AIDS'i mutlaka preoperatif evrede araştırırdım.

Dr. Sait Naderi

Hastanın ilk görüntüleri (T1 ve T2 ağırlıklı sagittal kesitlerde) C4 vertebraında sinyal değişikliği dikkati çekmektedir. Ne varki, bu değişiklik sadece vertebra korpusunda sınırlı kalmış, intervertebral disk veya kanal ile vertebra korpusu önünde başkaca değişiklik gözlenmemektedir. Daha sonra çekilen MR incelemelerinde, C3-4 diskinde sinyal değişikliği, bu bölgeden yukarı (C2 seviyesine kadar) ve aşağı (C5-6 diskinde kadar uzanan epidural abse, aynı zamanda C2 üst hududu ile C5-6 arasında anteriorda da yumuşak dokuda enfeksiyon ile uyumlu görüntü gözlenmektedir. Hastanın radiküler ağrısı her ne kadar, C5-6 kökü ile ilgili görünse de, boyun ağrısı diğer infeksiyöz değişikliklere bağlıdır. Olayın piyojenik veya non-spesifik (olası tüberküloz) olma olasılığı nedeni ile, Kuantiferon kan testi ile tüberküloz ekarte edilmeye çalışılmalıdır. Bu test yapılmamıştır. Ancak sedim orta düzeyde artmış görünmekte, bu daha çok tüberkülozu akla getirmektedir.

Tedavi planı: Bu olguda anterior dekompresyon, füzyon (otogreft veya distrakte edilebilir kafesli füzyon) ile posterior C2-C6 enstrümanlı füzyon planlarım.

Dr. Sedat Çağlı

Hastanın ilk servikal MRG sinde C3 vertebraında osteomiyelit bulguları görülmektedir. Bu aşamada nonspesifik tedavi verilmiş. Ancak hastalıkta ilerleme görülmüştür. Daha sonra çekilen servikal MRG sinde C3-4 osteomiyelit, spondilodiskit ve epidural abse görülmektedir. Klinik olarak yaygın boyun ağrısı ve piramidal bulgular var. Ancak motor defisit eklenmemiş. Hastanın bu aşamada kliniği oluşturan iki fizyopatolojik mekanizma vardır;

1- Instabiliteye bağlı boyun ağrısı

2- Basiya bağlı piramidal bulgular

Bu hastada tüberküloz osteomiyelit, spondilodiskit ve osteomiyelit düşünüyorum. Ancak yerleşimi ve osteomiyelit eşlik edilmesi nedeniyle tedavinin birden fazla aşama ile olması gerekmektedir. Bu hastaya hemen cerrahi debridman ve stabilizasyon yapmak

oldukça sıkıntılı olabilir. Çünkü osteomyeliti olması nedeniyle iki korpusu almak gerekebilir. Ayrıca hastada motor defisit olmaması nedeniyle tedavi seçeneklerimiz birden daha fazladır.

Önerilerim:

1- Hastadan en kısa sürede floroskopi esliğinde perkütan biyopsi alınması. Mikobakterium, bakteriyoloji ve mantar için örnekler gönderilmesi gerekmektedir.

2- Hastaya instabilite nedeniyle Halo-çeket takılması

3- Hastaya PPD, akciğer grafisi, ile tüberküloz araştırılması gerekir. Ayrıca az ihtimal olmasına rağmen brusella aglütinasyon testi yapılması uygun olur.

4- Hastaya 4'lü antitüberküloz başlanmalıdır.

Bu aşmalar gerçekleştikten sonra, hastanın yakın takibe alınması gerekir. Akut nörolojik defisit gelişmesi genellikle vaskülit nedeniyle olur. Bu aşmada hızla dekomresyon yapılması yararlı olabilir. Hastada antitüberküloz tedavi sonrası abse ve osteomyelit gerilemesini beklerim. Daha sonraki aşama C3-4 arasında meydana gelecek olan deformite (muhtemel kifoz) için anterior-posterior cerrahi uygulamam.

Yapılan: Dr. Kadir Kotil

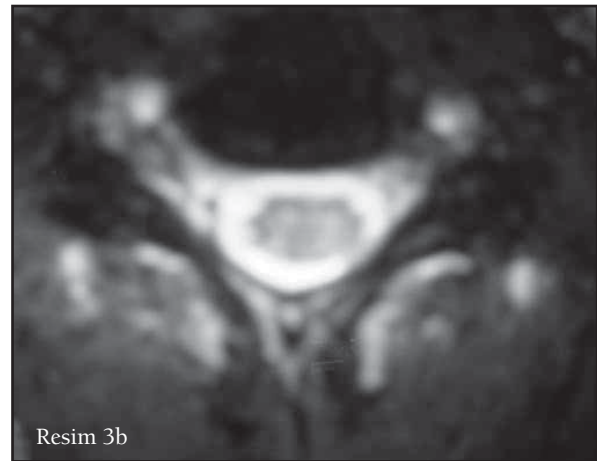
Olguya anterior yaklaşımla C5-6 basit diskektomi ve apse drenajı yapıldı. Po 1. gün mobilize edildi. Po 3. gün taburcu edildi. Patoloji: kronik granümatöz iltihap olarak geldi. Kültür: üreme olmadı

Hastaya üçlü antitüberküloz tedavi (isoniazid, rifampisin, pyrazinamide) başlandı.

Po 2. ay kontrol MR da belirgin patoloji tespit edilmedi (Resim 3).



Resim 3a



Resim 3b

LOMBER DİSK HERNİLERİNDE CİNSEL SORUNLAR NE KADAR SORGULANIYOR?

Kronik medikal hastalıklar ve ağrı bozuklukları cinsel hayatı olumsuz yönde etkileyen durumlardır. Cinsellik yemek bulma, korunma, örtünme ile birlikte insan varlığının önemli gereksinimlerinden biri olarak kabul edilir ve sorunlu olduğunda hayat kalitesinde ciddi kötüleşmelere yol açar. Hayat kalitesini sorgulayan ölçeklerde cinselliği değerlendiren maddeler ya yoktur ya da sayısı yetersizdir (7).

Hastalar genellikle hastalıklarıyla ilgili olan cinsel sorunlarını doktorlarına sormazlar, konunun önemsiz sayılacağını ya da doktorları tarafından ayıplanacaklarını düşünürler. Doktorlar ise aynı şekilde çekindikleri ve bu konularda konuşma becerisinde kendilerini yetersiz hissettikleri için genellikle çekimser davranırlar (2).

Çalışmalar, hastaların hastalıklarıyla ilgili cinsel sorunlara çok önem verdiklerini ve bu konuların doktorları tarafından sorgulanmasını beklediklerini göstermektedir (2,5,6).

Lomber disk hernisi (LDH) tanısı konan bir hastada

gerek nöral bası, gerekse ağrı ve psikolojik durum nedeni ile cinsel işlevler etkilenebilmektedir. Ne var ki bu konunun üzerinde genellikle yeterince durulmaz, postop dönemde de cinsel yaşamın ne zaman ve nasıl sürdürüleceğine ilişkin bir çok hekim yeterince bilgilendirme yapmamaktadır.

Bu çalışmada beyin cerrahisi uzmanlarının lomber disk hastalığında cinsel sorunları ne oranda sorguladıkları ve hastalarına cinsel bilgilendirmeyi ne oranda yaptıkları araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya devlet, üniversite hastaneleri ve özel sektörde çalışan beyin cerrahisi uzmanları dahil edilmiştir. Doktorlara araştırmacılar tarafından hazırlanmış onbir soruluk bir anket verilmiştir (tablo 1). Anketlerin doldurulmasında anonimliğe özen gösterilmiştir. İstatistiksel analizde Mann-Whitney U testi ve one-way ANOVA yapılmış, demografik değerler ise student t testi ve x2 testi ile incelenmiştir.

Tablo 1: Hekimlere uygulanan anket

1- Hekimin yaşı:			
2- Cinsiyet:	☐ Kadın	☐ Erkek	
3- Çalıştığı kurum	☐ Devlet	☐ Üniversite	☐ Özel
4- Kaç yıllık Uzmansınız?			
5- Hasta portföyünüzün ne kadarını spinal olgular oluşturuyor?	☐ %50'den az	☐ %50'den çok	
6- Sizce lomber operasyon geçiren olgularda cinsel konularda bilgilendirme gerekli midir?	☐ Evet	☐ Hayır	

7- Hastalarınızda cinsel disfonksiyonu sorguluyor musunuz?

☐ Evet rutin olarak sorar ve bilgilendiririm

☐ Hayır

☐ Hasta şikayetini dile getirirse cevaplandırırım

8- Lomber operasyon geçiren bir hastada cinsel konularda tavsiyede bulunur musunuz?

☐ Evet-rutin olarak

☐ Hayır

☐ Hasta veya eşi sorarsa

9-Hastalarınızda lomber disk hernisi operasyonundan kaç gün sonra cinsel ilişki tavsiye ediyorsunuz?

10-Rutin olarak tavsiye ediyorsanız, kadın erkek ayırımı yapıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

Bulgular

Çalışmaya 89 nöroşirürji uzmanı katılmıştır. Hekimlerin yaşları 31 ile 59 arasında olup, yaş ortalaması 39 ± 7.0 dir. Hekimlerin %62'si devlet hastanesinde, % 25'i üniversite hastanesinde, %13'ü özel sektörde çalışmaktadır. Hekimlerin ortalama uzmanlık süreleri 10 ± 7.0 yıldır. Hekimlerin %82'si, spinal cerrahinin, operasyon portföylerinin %50'sinden fazlasını oluşturduğunu ifade ederken, %18'i ise spinal cerrahinin, portföylerinin %50'sinden azını oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bazı veriler hekimlerin uzmanlık yıllarına göre de değerlendirilmiştir. Buna göre uzmanlık tecrübesi 10 yıldan az olanlar "genç hekim", 10 yıldan fazla olanlar "kıdemli hekim" olarak tanımlanmıştır.

Hekimlerin %98.9'u, LDH hastalarında postop dönemde cinsel konularda bilgilendirmenin gerekli olduğuna inandıklarını ifade etmişlerdir. Devlet hastanesinde çalışan hekimlerin %98'i LDH cerrahisi sonrası cinsel bilgilendirmenin gerekli olduğunu bildirirken, özel ve üniversitede çalışan hekimlerin tamamı (%100) bu bilgilendirmenin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Genç uzmanlarda bilgilendirmenin gerekliliğine inananların oranı %100 iken, 10 yıldan fazla uzmanlığı olanlarda bu oran %98.6 olarak bulunmuştur.

Preop sorgulamada hekimlerin %41'i LDH nedeni ile opere edilecek hastalarında cinsel disfonksiyonu rutin olarak sorguladığını, %55'i hasta şikayetini dile getirirse konuştuklarını, %4'ü ise sorgulamadığını bildirmiştir. Bu oran devlet hastanesi hekimlerinde sırası ile %36, %61 ve %2, üniversite hastanesi hekimlerinde %50, %41 ve %9, özel hastane çalışan hekimlerde %46, %54 ve %0 olarak bildirilmiştir (tablo 2).

Tablo 2: Hekimlerin kurumlara göre cinsel disfonksiyon sorgulama oranları

	Rutin Bilgi.	Soru üzerine Bilgi.	Sorgulamıyor
Total	% 41	% 55	%4
Devlet	% 36	% 61	%2
Üniversite	% 50	% 41	%9
Özel	% 46	% 54	%0

Hekimlerin %55'i postop dönemde hastalarına rutin olarak cinsel konularda tavsiyede bulunduklarını, %45'i ise ancak hasta veya eşinin sorması durumunda tavsiyede bulunduklarını ifade etmişlerdir. Bu oranlar devlet ve üniversite hastanelerinde, sırası ile %54 ve %46, özel hastanelerde %64 ve %36 olarak bulunmuştur (tablo 3).

Tablo 3: Hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre postop dönemde hastaları cinsel konularda bilgilendirme oranları.

	Rutin Bilgi.	Soru üzerine bilgi.
Total	% 55	% 45
Devlet	% 54	% 46
Üniversite	% 54	% 46
Özel	% 64	% 36

Postop dönemde rutin veya soru üzerine hastaları bilgilendirme oranları genç nöroşirürjiyenlerde % 57 ve %43, kıdemli hekimlerde ise % 60 ve %40 olarak belirlenmiştir (tablo 4).

Tablo 4: Kıdeme göre cinsel konularda bilgilendirme oranları

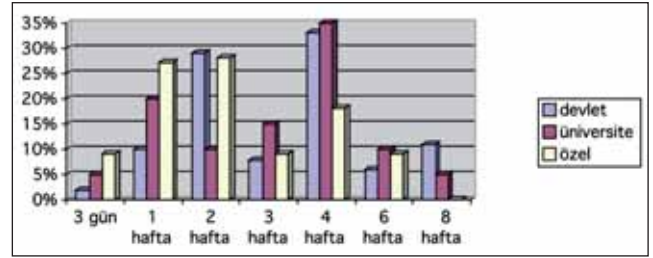
	Rutin Bilgi.	Soru üzerine bilgi.
Genç Hekim	% 57	% 43
Kıdemli Hekim	% 60	% 40

Hekimlere lomber disk hernisi operasyonundan sonra kaç gün içinde hastalarına cinsel ilişkiyi önerdikleri sorulduğunda %5'i üç gün sonra, %14'ü bir hafta sonra, %24'ü iki hafta sonra, %10'u üç hafta sonra, %32'si dört hafta sonra, %7'si altı hafta sonra, %8'i sekiz hafta sonra şeklinde cevap vermişlerdir.

Devlet hastanesinde çalışan hekimlerin %2'si üç gün, %11'i bir hafta sonra, %29'u iki hafta sonra, %10'u üç hafta sonra, %34'ü dört hafta sonra, %6'sı altı hafta, %8'i sekiz hafta sonra cinsel ilişkiye girmelerini tavsiye etmektedir.

Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin %5'i üç gün, %20'si bir hafta sonra, %10'u iki hafta sonra %10'u üç hafta sonra, %40'ı dört hafta sonra, %10'u altı hafta, %5'i sekiz hafta sonra cinsel ilişkiye girmelerini tavsiye etmektedir.

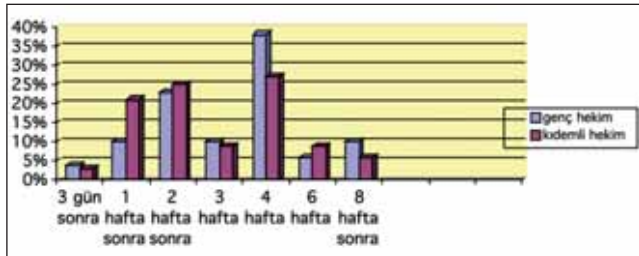
Özel sektörde çalışan hekimlerin %8'i üç gün sonra, %29'u hastalarına operasyondan bir hafta sonra, %28'i iki hafta sonra, %9'u üç hafta sonra, %18'i dört hafta sonra, %8'i ise altı hafta sonra ilişki tavsiye etmektedir (tablo 5).



Tablo 5: Hekimlerin operasyondan kaç gün sonra cinsel ilişkiyi önerdiklerinin kurumlara göre dağılımı.

	3 gün sonra	1 hafta sonra	2 hafta sonra	3 hafta sonra	4 hafta sonra	6 hafta sonra	8 hafta ve sonrası
Total	% 5	% 14	% 24	% 10	% 32	% 7	% 8
Devlet	% 2	% 11	% 29	% 10	% 34	% 6	% 8
Üniversite	% 5	% 20	% 10	% 10	% 40	% 10	% 5
Özel	% 8	% 29	% 28	% 9	% 18	% 8	% 0

Hekimlerin kıdem durumlarına göre yapılan sorgulamanın sonuçları tablo 6'da verilmektedir.



Cinsel ilişkiyi rutin olarak sorgulamadığını ifade eden hekimlerin çoğu, bunu konunun onlar için öncelikli olmadığına bağlamaktadır. Buna göre hekimlerin %45'i konunun öncelikli olmaması, %17'si konunun mahremliği, %17'si zaman yetersizliği, %15'i de diğer sebepleri öne sürmüşlerdir. Üç hekim bu faktörlerin hepsinin etkili olduğunu söylemiştir. Dağılım kurumlara ve kıdeme göre yapıldığında çıkan sonuçlar tablo 7 ve 8'de verilmiştir.

Tablo 6: Hekimlerin operasyondan kaç gün sonra cinsel ilişkiyi önerdiklerinin kıdemlerine göre dağılımı

	3 gün sonra	1 hafta sonra	2 hafta sonra	3 hafta sonra	4 hafta sonra	6 hafta sonra	8 hafta ve sonrası
Genç Hekim	% 4	% 10	% 23	% 10	% 37	% 6	% 10
Kıdemli Hekim	% 3	% 21	% 25	% 9	% 27	% 9	% 6

Tablo 7: Cinselliği rutin olarak sorgulamayan hekimlerde nedenlerin kurumlara göre dağılımı

	Zaman yetersizliği	Konunun mahremiyeti	Konunun öncelikli olmaması	Diğer sebepler	Hepsi
Total	%17	%17	%45	%15	%6
Devlet	% 19	% 13	% 42	% 23	% 3
Üniversite	% 25	% 13	% 50	% 0	% 12
Özel	% 0	% 33	% 67	% 0	% 0

Tablo 8: Cinselliği rutin olarak sorgulamayan hekimlerde nedenlerin kıdeme göre dağılımı

	Zaman yetersizliği	Konunun mahremiyeti	Konunun öncelikli olmaması	Diğer sebepler	Hepsi
Genç	% 21	% 11	% 54	% 7	% 7
Kıdemli	% 13	% 25	% 38	% 26	% 0

Tartışma

Lomber Disk Hernisi gerek oluşturduğu şiddetli bel ve bacak ağrısı, gerekse nöral bası potansiyeli nedeni ile cinsel yaşantıyı etkileyebilmektedir. Kronik hastalıklar ve ağrı bozukluklarında birçok cinsel sorunla karşılaşılabilir. Ancak en sık görülenler, cinsel istekte azalma, erektil disfonksiyon, uyarılma bozuklukları ve orgazmik bozukluklardır (7). Cinsel problemleri sorgulamakta en iyi yöntem klinik görüşme olmasına rağmen, zaman kıtlığı, hasta ve doktorların bu konuları konuşmadaki çekimserlikleri (5,6) bir takım tarama formlarının oluşturulmasına ihtiyacı ortaya çıkarmıştır (3). Bu tarz formlarla, hem doktorların hem de hastaların işi kolaylaşmakta ve cinsel sorunları gözden kaçırma riski azalmaktadır. Özellikle kanser, kalp, diyabet ve multipl sklerozlu hastalarla yapılmış bir çok cinsel problem sorgulama çalışması varken (9,10), literatürde LDH hastalarıyla yapılmış böyle bir çalışma ya da LDH hastaları için bir anket formuna rastlanılmamıştır.

Diğer bir araştırmamızda LDH de cinsel ilişki sıklığının %78 oranında azaldığını ve hastalarda %64 oranında cinsel isteksizlik yaşandığını tespit etmiştik (1). Bel ağrısı, hareket esnekliğini kısıtlamakta, ağrı hissi yorgunluk ve depresyonu tetikleyerek cinsel isteği azaltabilmektedir. Özellikle opiyat içerikli bazı ağrı kesiciler merkezi sinir sistemini baskılayarak cinsel isteği ve uyarılmayı azaltabilirler (10). LDH olan hastalar cinsel problemleriyle ilgili hastalığa bağlı olarak neyin normal, neyin anormal olduğunu, mevcut tedavi yöntemlerini merak etmekte, ancak utandıkları için soramamaktadırlar.

LDH operasyonu sonrası hastalara ne zaman araba kullanabilecekleri, spora başlayabilecekleri gibi günlük aktiviteler rutin olarak bildirilirken, çalışmamızda beyin cerrahisi uzmanı hekimlerin sadece % 41'i rutin olarak her hastada cinsel sorgulama ve bilgilendirme yapmaktadır. % 4'ü hastalarıyla bu konuyu hiç konuşmamakta, % 55'i sadece hasta şikayet ederse yardımcı olmaktadır. Şaşırtıcı olan hekimlerin tamamına yakınının bu konunun önemine inanıyor olmalarıdır. Buna karşın, farklı nedenlerle konuya gerekli önem verilmemektedir. Araştırmamızdan çıkan dikkat çekici diğer bir sonuç ise özel sektörde çalışan hekimlerin diğer kurumlara göre post-op daha erken dönemde cinsel ilişkiyi önermeleridir. Benzer şekilde kıdemli hekimler de genç hekimlere göre daha erken dönemde cinsel ilişkiyi önermektedirler. Literatürde bu konuyla ilgili yeterli bilgi yoktur. Ancak özel kurumlarda hastaların genel olarak yatış sürelerinin kısa oluşu, daha erken dönemde çalışmaya başlamaları bu hasta popülasyonunun fonksiyonelliklerini daha kısa dönemde geri kazandıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda cinsel sorgulama ve bilgilendirme yapmayan hekimlerin neden yapmadıklarına dair en sık cevapları “konuyu öncelikli bulmadıkları” olmuştur. Ağrılı dönemde hastalar için de konu öncelikli olmayabilir ancak, post-op dönemde fonksiyonellik geri gelmeye başladığında cinsel konular öncelikler arasında yer almaya başlar ve daha önce de belirttiğimiz gibi hastaların bu konu hakkında soru sormaya çekindikleri ve hekimlerinden bilgi talep ettikleri bilinmektedir (3,5,6,7). İdeali, bu bilginin geliştiği güzel kaynaklardan değil, operasyonu yapan

hekim tarafından verilmesidir. Bu nedenle, hekimlerin uzmanlık eğitimi esnasında cinsel sorgulama (4) ve bilgilendirme konusunda da özel bir eğitim alması gerektiği kanaatindeyiz.

Kaynaklar

- 1- Akbaş NB, Dalbayrak S, Yılmaz m, Düzgünoğlu M, Naderi S. Lomber Disk Hernilerinde Cinsel İşlev Bozukluğu. Türk Nöroşirürji Derneği 22. Bilimsel Kongresi. Tartışmalı Poster Sunumu. 18-22 Nisan, Kremlin Palace Hotel, Antalya.2008.
- 2- Bitzer J, Platano G, Tschudin S, and Alder J. Sexual counseling for women in the context of physical diseases—A teaching model for physicians. J Sex Med 4: 29–37, 2007.
- 3- Derogatis LR. The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR): An introductory report. Journal of Sex and Marital Therapy 23: 291-304, 1997.
- 4- Hartmann U, Burkart M. Erectile Dysfunctions in Patient–Physician Communication: Optimized Strategies for Addressing Sexual Issues and the Benefit of Using a Patient Questionnaire. J Sex Med 4: 38–46, 2007.

- 5- Parish SJ, Clayton AH. Sexual Medicine Education: Review and Commentary (CME). J Sex Med 4: 259–268, 2007
- 6- Platano G, Margraf J, Alder J, Bitzer J. Frequency and Focus of Sexual History Taking in Male Patients—A Pilot Study Conducted among Swiss General Practitioners and Urologists. J Sex Med 5: 47–59, 2008.
- 7- Schover LR. Sexual Problems in Chronic Illness. In: Leiblum SR, Rosen RC (Ed.s): Principles and Practice of Sex Therapy, Third Edition. 2000. The Guilford Press. New York. Pp 398-422.
- 8- Segraves RT. Drugs and desire. In Leiblum SR, Rosen RC (eds). Sexual Desire Disorders. The Guilford Press. New York. 1988, Pp 313-347
- 9- Spector IP, Leiblum SR, Carey MP, Rosen RC. Diabetes and Female Sexual Function: A critical review. Annals of Behavioral Medicine 15: 257-264, 1993.
- 10- Steinke E, Patterson- Midgley P. Sexual Counseling following acute myocardial infarction. Clinical Nursing Research 5: 462-472, 1996.

SPSG ÜYE LİSTESİ

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mehmet Zileli | 30. Sabri Cem Açıkbaş | 59. Murat Ateş | 88. Ufuk Soylu |
| 2. Fahir Özer | 31. Konuralp İlbyay | 60. Çetin Refik Kayaoğlu | 89. Ahmet Selçuklu |
| 3. Selçuk Palaoglu | 32. Atilla Akbay | 61. Metin Cengiz | 90. Mehmet Özerk Okutan |
| 4. Murat Hancı | 33. Cumhuri Kılınçer | 62. Ahmet Levent Aydın | 91. Mehmet Şenoğlu |
| 5. Sait Naderi | 34. Alper Kaya | 63. Osman Fikret Sönmez | 92. İbrahim Yeral |
| 6. Kemal Koç | 35. Erdal Kalkan | 64. Mehmet Alptekin | 93. Merih Iş |
| 7. Şükrü Çağlar | 36. Gökhan Özçınar | 65. Mehmet Şükrü İnan | 94. Olcay Eser |
| 8. Sedat Dalbayrak | 37. Lale Hancı | 66. Cüneyt Temiz | 95. Şöhret Ali Oğuzoğlu |
| 9. Ümit Kepoğlu | 38. Sedat Çağlı | 67. Erhan Takçı | 96. Salih Işık Dilek |
| 10. Serdar Özgen | 39. Süleyman Çaylı | 68. E. Onur Kulaksızoğlu | 97. Ümit Demirci |
| 11. Erkan Kaptanoğlu | 40. Mehmet Erdal Coşkun | 69. Hakan Somay | 98. Feyza Karagöz Güzey |
| 12. Ali Aslantaş | 41. Yusuf Kurtuluş Duransoy | 70. Deniz Konya | 99. Erhan Emel |
| 13. Ayhan Attar | 42. Özkan Ateş | 71. Hakan Bozoğlu | 100. Nejat Işık |
| 14. Ahmet Menkü | 43. Kaya Kılıç | 72. Tevfik Güç | 101. Tayfun Hakan |
| 15. Hakan Caner | 44. Tuncer Süzer | 73. Alirıza Tosun | 102. Erhan Çelikoğlu |
| 16. Alpaslan Şenel | 45. Gülşah Bademci | 74. Kudret Tezel | 103. Mehmet Ali Demirbaş |
| 17. Zafer Berkman | 46. Aslan Güzel | 75. Tarkan Kızırtıcı | 104. Tansu Mertol |
| 18. Yurdal Seraslan | 47. Faruk Ünal | 76. Altay Bedük | 105. Necmettin Güzel |
| 19. Suat Canbay | 48. Şerif İsmail Yurt | 77. Kemal Benli | 106. Hasan Serdar Coşkun |
| 20. Kemal Yücesoy | 49. Gökhan Bozkurt | 78. Hasan Çetin | 107. Ayhan Koçak |
| 21. Niyazi Nefi Kara | 50. Mehmet Meral | 79. Aşkın Görgülü | 108. Bülent Bozyiğit |
| 22. Mesut Yılmaz | 51. Murat İmer | 80. Varol Aydın | 109. Yusuf Kuyucu |
| 23. Kadir Kotil | 52. Hakan Kayalı | 81. Ajlan Çerçi | 110. Ali Dalgıç |
| 24. Hamit Selim Karabekir | 53. Serdar Kahraman | 82. N Güzin Özdemir | 111. Mehdi Sadat |
| 25. Hakan Bozkuş | 54. Refik Seylan | 83. Bayram Çırak | 112. Tuncay Kaner |
| 26. Habibullah Dolgun | 55. Mustafa Uzunlu | 84. Ali Eray Söylev | 113. Murat Coşar |
| 27. Ethem Beşkonaklı | 56. Z. Oğuz Erdoğan | 85. Ali Samancıoğlu | 114. Bülent Tucer |
| 28. Aybars Akkor | 57. Selim Hacısalihoğlu | 86. Cengiz Özdemir | 115. Murat Kalaycı |
| 29. Altan Acar | 58. Selçuk Uysal | 87. Nürol Cafer Çelik | |

toplantılardan
izlenimler 4

toplantılardan izlenimler

Dr. Berker Cemil

SONBAHAR SEMPOZYUMU 2007



Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Sonbahar Sempozyumu: "Omurga ve Omurilik Tümörleri" konulu paneller 18-21 Ekim 2007 tarihleri arasında Antalya'da hep birlikte olmanın verdiği mutluluk ve gururla ve kalabalık bir katılım miktarı ile verimliliği zirvede olacak şekilde yapıldı. Toplantıdan izlenimler diye düşünüldüğünde veya bakıldığında bir toplantı hakkında ne kadar pozitif şeyler söylenebilir ise bu son toplantı için söylenmelidir diye düşünüyorum.

Toplantının açılış kokteylindeki zengin menü herkesin takdirini kazanmış gibi görünüyordu. Konuya meslektaşlarımız yoğun bir şekilde ilgi göstermişti. Pek çok klinikten vakalar sunulmuştu. Konuların yoğun bir şekilde vaka bazında tartışılması ve her tartışmanın sonunda tartışmayı net bir şekilde noktalayan can alıcı ve bağlayıcı-

bitirici cümleleriyle kapatan kıymetli hocalarımızın beyanları toplantıyı oldukça verimli yapmıştı.

İkinci günkü oturumlarda kemik tümörlerinin anatomisi, histolojisi, ayırıcı tanısı ve tümörlerin sınıflanmasından bahsedildi. Üçüncü günde ise tümörlerin tedavi prensiplerinden bahsedildi. Özellikle M. Zileli hocamızın sunumunu yapmış olduğu "Spinal tümör cerrahisinde püf noktalar" dersi çok beğeni aldı. Konular sonrası oturumlarda yapılan olgu sunumları konuların daha iyi anlaşılmasını ve pekiştirilmesine yardımcı oldu.

Bilimsel içeriğiyle bize 3 gün boyunca dolu dolu güncel bilgileri almamızı sağlayan bu sempozyumu bize sunan Sayın M. Hancı ve yönetim kuruluna yürekten teşekkürlerimizi sunar Gala yemeğiyle sıcak bir ortamı ve temposunu kaybettirmeyen emeği geçenlere tüm arkadaşlarımın ve meslektaşlarımın adına teşekkür ederim.

Pediatric Subaxial Cervical Spine Injuries: Origins, Management, And Outcome In 51 Patients

Dogan S, Abbasi SS, Theodore N, Horn E, rekate HL, Sonntag VH.

Division of Neurological Surgery and Spinal Biomechanics Laboratory, Barrow Neurological Institute, St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, Arizona
Neurosurg Focus 20 (2):E1, 2006

Giriş

Pediatric spinal travmalar tüm spinal travmaların %1-10'unu kapsamaktadır. Bu yaş grubu içerisinde vertebral hasarın %60-80'i servikal vertebralara içine almaktadır ve tüm pediatrik yaş grupları içerisinde servikal vertebralara en sık etkilenen bölgedir. Hasarın seviyesine bakıldığında, 8 yaş ve daha küçük yaşlarda, üst servikal vertebralara (C4 üzeri) en sık hasarlanan bölgelerdir, bu yaşın üzerindeki çocuklarda ise hasar daha alt seviyelerde olma eğilimindedir. Bize ait olan daha önce yayınlanmış iki geniş pediatrik servikal hasarla ilgili serilerimizde, 9 yaş ve altı hastaların %69-78'inde üst servikal hasar (oksiput-C2), 10 yaş üzerinin %70-73'ünde ise alt servikal hasar saptanmıştır (C3-7). Bu çalışmada, son 6.5 yıl içerisinde pediatrik grupta subaksiyal spinal hasarın (C3-7 vertebralara arası) mekanizması, paterni ve tedaviyi ve prognozu etkileyen faktörleri gözden geçirilmiştir.

Materyal ve Metod

1999 yılından beri 1. basamak travma servisimize başvuran tüm pediatrik travma vakaları retrospektif olarak incelendi. Bu çalışmaya 16 yaş altında olan ve servikal spinal travma ile gelen tüm hastalar dahil edildi. 1999 ve Haziran 2005 yılları arasında, subaksiyal servikal vertebra hasarı olan bunun yanında servikal omurilik hasarı olan ya da olmayan 51 pediatrik hasta (38 erkek, 13 kız, ortalama yaş 12.4 (10 aylık ile 16 yaş arası)) tedavi edildi. Subaksiyal servikal vertebra hasarı olan hastaların 41 tanesi (%80) 9 ile 16 yaş arası, ve 10 tanesi (%20) 0 ile 9 yaş arası idi.

Subaksiyal servikal vertebra hasarı olan hastalarda en sık rastlanan mekanizma motorlu araç kazası idi (%50),

bunu takiben spor aktiviteleri (%25), düşmeler (%17), değişik travmalar (%6) ve motosiklet kazaları (%2) sebep olarak saptandı. Kurşunlanmalar, brakial pleksus hasarları ve periferik sinir travmaları çalışma dışı tutuldu. Tüm hastalarda, diagnostik radyolojik görüntüleme yöntemlerinden, düz servikal grafi (ön-arka, yan yüzücü pozisyonu), ve bilgisayarlı tomografi çalışıldı. Uyanık ve nörolojik olarak intakt olan hastalarda stabiliteyi değerlendirmek amacıyla, fleksiyon-ekstansiyon grafileri çekildi. Eğer kırık şüpheli ise veya hastada omurilik hasarı düşündürecek bulgular varsa manyetik rezonans görüntüleme yapıldı (32 vaka, %63).

Hasarın seviyesi ve paternini, tanıyı, nörolojik etkilenmenin insidansını, eşlik eden diğer hasarları, radyolojik bulguları ve prognoz değerlendirildi. Hastaların nörolojik fonksiyonları Frankel klasifikasyonuna göre sınıflandırıldı. 3. ve 6. ay da klinik ve radyolojik değerlendirmeler (ortalama takip süresi 9.05 ay, 2.5 – 53 ay arası) yapıldı.

Sonuçlar

Hasar paterni: Radyografik çalışmalarda 4 patern tanındı: kırık (%63), kırık-dislokasyon (%19), dislokasyon (%12) ve safligamentöz hasar (%6). Tek seviye hasarların seviyeler göre dağılımı; C3-4'te 3 (%6), C4-5'te 10 (%20), C5-6'da 12 (%23), C6-7'de 17 (%33). 9 çocukta (%18), hasar bir seviyeden fazla idi. 51 hastanın 33'ü (%64) başvuru anında nörolojik olarak intakt, 8 hastada (%16) tam olmayan ve 7 hastada (%14) omuriliğin kesilmesi saptandı. Ciddi kafa travması olan 3 hastada nörolojik fonksiyonlar (Frankel klasifikasyonuna göre) değerlendirilemedi. Eşlik eden

hasarlar; kafa/yüz travması %24, multipl travma %10, ortopedik hasarlar %6 idi.

Hastaların tedavisi: Başvuru anında olabilecek en kısa sürede aksiyel traksiyon 25 hastaya uygulandı. Kifotik deformitenin düzeltilmesi ve disloke faset eklemlerin redüksiyonu denendi, dikkatli nörolojik monitorizasyon ve redüksiyonun radyolojik değerlendirmesi yapıldı. Nörolojik defisiti ve kompresyonu olan tüm hastalarda acil cerrahi yapıldı. 51 hastanın 18'inde (%36) cerrahi müdahale yapıldı. 15 hastada anterior servikal yaklaşım uygulandı (%83). Bu hastaların 3'ünde (%20) korpus kırığı, 7'sinde (%47) kırık-dislokasyon, 4 tanesinde (%26) vertebral dislokasyon ve bir tanesinde (%7) ligamentöz hasar vardı. 11 vakada (%61) sadece anterior servikal diskektomi ve füzyon uygulandı. 4 vakada (%22) korpektomi, allogreft ile füzyon ve plak ile stabilizasyon uygulandı. 2 hastada (%11) posterior yaklaşım uygulandı. C7 kırık-dislokasyonu olan bir hastada (%6) kombine anterior-posterior yaklaşım uygulandı. Cerrahi uygulanan hastaların yaş dağılımları 8-16 arasında idi. Bizim serimizdeki hasarı olan daha genç hastalar cerrahi girişim gerektirmedi. Tüm hastalar Miami J veya Philadelphia yakalıği ameliyattan sonraki 8-12 haftalık dönemde kullandılar.

33 hasta konservatif olarak tedavi edildi. 7 tanesinde halo veya diğer rijit servikotorasik stabilizasyon cihazları kullanıldı ve 26 tanesi ortalama 8-12 haftalık süre boyunca rijit servikal ortoz kullandı. 10 aylık bebekte unilateral faset dislokasyonu mevcuttu, floroskopi altında iki redüksiyon denemesi başarısız oldu ve hasta özel olarak dizayn edilmiş eksternal ortoz içine yerleştirildi. Tüm hastalarda takipte, BT veya dinamik fleksiyon-ekstansiyon direk grafileri kullanıldı. Konservatif olarak tedavi edilen hastaların hiçbirinde takip sürecinde instabilite veya komplikasyon gelişmedi ve cerrahi girişim ihtiyaçları olmadı.

Postoperatif Sonuçlar: Cerrahi uygulanan ve füzyona gidilen 15 hastanın hepsinde takip sağlandı ve bu hastaların tümünde solid artrodez gösterildi (ortalama süre 13.43 ay, 2.5-40 ay arası). Konservatif olarak tedavi edilen hastalardan 24 tanesi takip edilebildi, 6 tanesi takip edilemedi ve 3 tanesi öldü. Cerrahiyle ilişkili ölüm veya komplikasyon saptanmadı. Başvuru anında nörolojik olarak intakt olan 33 hastanın tümü takip periyodunda stabil seyretti. Tam kesisi olmayan hastalardan 8 tanesinde takip sağlandı, bunlardan 5 tanesinde iyileşme gözlemlendi ve bu 5 hastadan bir tanesi tam olarak iyileşti fakat kalan 3 tanesinde hiçbir değişiklik gözlenmedi. Tam kesisi olan hastalarda 7 tanesinden biri başvurudan kısa bir süre sonra öldü, diğer 6 hastada takip yapılabildi, bunlardan bir tanesi Frankel A'dan C'ye kadar düzeldi, bir tanesi Frankel A'dan D'ye kadar düzeldi, diğer 4 hastada ise herhangi bir düzelme olmadı.

Tam kesisi olan veya olmayan 10 hasta rehabilitasyon merkezine transfer edildi. Ortalama hastanede yatış süresi 7 gün idi (1 ile 78 gün arası). Uzun hastanede kalış süresi, nörolojik defisit veya eşlik eden travmaya bağlı diğer sistemlerin hasarı ile ilişkili idi. Tam kesisi olan bir hasta kafa travmasından 12 saat sonra öldü. Ayrıca diğer 3 hasta eşlik eden kafa travmaları nedeniyle öldüler.

Tartışma

Subaksiyal Servikal Spinal Hasarın Paterni ve Mekanizmaları: Çocuklar erişkinler ile karşılaştırıldıklarında, sıklık, tip, lokalizasyon ve spinal kolon ve omurilik hasarındaki farklılıklara bir çok faktör katkıda bulunmaktadır. Bu farklılıklar pediatrik omurganın, gelişimsel, anatomik ve biyomekanik özelliklerine bağlı olmaktadır. Oransız büyük kafa ve tam gelişmeyen boyun kasları nedeniyle fleksiyon-ekstansiyon kuvvetleri karşısında servikal vertebral büyük kuvvetlere maruz kalmaktadırlar. Ayrıca eklem kapsüllerinin, ligamanların ve kartilaj end-platelerin elastikiyeti travmatik kuvvetleri absorbe edip dağıtılmasına da neden olmaktadır. Fasetlerin özellikle de C1-2'nin horizontal konfigürasyonu, korpusların kama şeklinde olması anteriora kaymayı kolaylaştırmaktadır. Bu nedenlerle kırıklara ve dislokasyonlara (özellikle üst servikal bölge) neden olmaktadır, ayrıca radyolojik anormallik olmadan ciddi ligamentöz hasar sonucu omurilik hasarı oluşabilmektedir.

Çocukların servikal vertebralaları, 8-9 yaşına kadar erişkin servikal vertebralalarının karakteristik özelliklerine erişmemektedirler. Zamanla, omurga kemikleşmeye ve olgunlaşmaya başlamaktadır, kama şekilli yapısını kaybetmektedir, fasetler daha vertikal hale gelmektedir, servikal adaleler daha güçlü olmaktadır ve ligaman ve kapsüller gerilme kuvvetlerine karşı daha dayanıklı olmaktadır.

Küçük çocuklar daha ziyade üst servikal, erişkinler ise alt servikal hasara maruz kalma eğilimindedirler. Bulgularımızda da gösterdiğimiz gibi, subaksiyal hasarı olan hastaların çoğunluğu (%60) 9 ile 16 yaşları arasındadırlar. Bu patern erişkinlerde C5-6'daki hareketin kaldırma noktası olduğunu yansıtmaktadır. Bu nokta çocuklarda C2-3 seviyesidir. Serimizde en çok etkilenen subaksiyal bölge, literatürle uyumlu olarak C6-7 ve C5-6 idi (sırasıyla %33 ve %23). Kokoska ve ark. hastalarının %56'sında hasarın C5-7 seviyesinde, Patel ise %28 oranında hasarın C5-7 seviyesinde olduğunu bildirmişlerdir.

Hastalarımızdan 9 tanesinde (%18), birden fazla seviyede hasar saptandı. Gerçekte, çocuklarda servikal travmalarda birden fazla seviye hasarı %7-22 arasında

gösterilmektedir. Her ne kadar bizim serimizdeki çoklu seviye hasarı olan hastaların hepsi 8 yaş veya üzeri olsalar da bu yüksek oranın, tam gelişmeyen vertebraların artmış esnekliğine bağlı olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte vertebraların artmış esnekliği tek sebep olmayabilir. Sert vertebra yapısına sahip daha ileri yaşlardaki çocuklarda ve erişkinlerde aynı oranda birden fazla seviyede hasarı tespit edilmektedir. Erişkinlerde birden fazla seviyede hasar oranı yaklaşık %19 olarak rapor edilmiştir. Travmanın oluşturduğu kuvvetin, küçük bir vertebra korpusu üzerine dağıtıcı etkisi veya aynı kuvvetin miktarı birden fazla seviyede hasarının yüksek insidansını açıklayabilir. İlginç olarak, genç hastalardaki hasarlar konservatif olarak tedavi edilebilirken cerrahi yapılan hastaların tümü 8 yaş ve üzeri idiler.

Enstitümüzde hastalarımızın çoğunda kırık hattı posterior elemanları kapsamaktadır (spinöz proses, lamina, faset, pedikül kırığı). Kompresyon kırıkları ve kırık-dislokasyon eşit oranda görülmektedir (%19). Dislokasyon veya kırık-dislokasyonu olan hastalar yalnız kırığı olan hastalara göre nörolojik hasar insidansları daha yüksektir. Bu bulgular beklenen bulgulardır. Çünkü dislokasyon veya kırık-dislokasyon daha fazla kaymaya sebep olacaktır. Ayrıca bu duruma neden olabilmek için daha fazla kuvvet gerekmektedir.

Subaksiyal servikal vertebra hasarının en sık sebebi motorlu araç kazaları (%50) ve spor yaralanmalarıdır (%25). Bu bizim pediatrik servikal vertebra travmalarındaki tecrübelerimizle aynıdır, motorlu araç kazaları (%48) ve spor yaralanmaları (%35). Patel ve ark. nın serilerinde motorlu araç kazaları %61, düşmeler %18 oranında görülmektedir. Bu nedenle subaksiyal servikal vertebra hasarı sebepleri tüm servikal vertebra hasar sebeplerinden farklı değildir.

Pediatrik servikal vertebra travmalarında hastaların %66'sında kafa travması da tespit edilmektedir. Bizim serimizde, daha önceki yayınlarımızın aksine (%40), bu oran daha azdır (%24). Ayrıca serimizdeki oranlar %30-53 arasında oran veren diğer çalışmalardan da daha düşüktür.

Pediatrik Subaksiyal Servikal Vertebra Travmalarında Tedavi: Bu tip travmaların tedavisi, büyüme periyodu içinde olduğundan problemli olabilir. Bu travmaların çoğu cerrahiye gerek duyulmadan, eksternal stabilizasyonla tedavi edilebilir. Bununla birlikte pediatrik servikal vertebra travmalarının tedavisi kişiye göre ayarlanmalıdır. Tedavi, hastanın yaşı, hasarın seviyesi ve ciddiyeti, nörolojik etkilenme miktarı ve eşlik eden diğer hasarlara bağlıdır.

Vertebra hasarı düşünülen herhangi bir hasta, tüm vertebral kolonu ve omurilik değerlendirilene kadar immobil tutulmalıdır. Çalışmamızda gözlemlediğimiz gibi %18 hastanın servikal vertebraları birden fazla seviyede hasarlanmış olabilir. Bu nedenle bu hastalarda veya ciddi kafa travması veya sistemik travması olan ve şuuru kapalı olan hastalarda tüm vertebral kolonun değerlendirilmesi gerekmektedir.

Radyolojik değerlendirme rutin düz röntgen filmleri ile başlar. Servikal spinal travmalarda rutin incelemeler, ön-arka, yan ve ağzı açık odontoid grafilendir ve servikotorasik bileşkeyi de içine almalıdır. Direk grafide kırık tespit edilen alan veya gösterilemeyen alan BT ile değerlendirilmelidir. Nörolojik defisiti olan hastalarda epidural hematoma veya servikal disk gibi akut lezyonu ekarte etmek amacıyla MRG incelemesi yapılmalıdır. Takip grafileri, dinamik fleksiyon-ekstansiyon grafileri ve BT olabilir. Bizim serimizde solid füzyonu değerlendirmek amacıyla dinamik fleksiyon-ekstansiyon grafileri kullanıldı.

İmmobilizasyon veya mümkünse redüksiyondan sonra acil cerrahi nadiren gerekmektedir. Çoğu vaka konservatif yöntemlerle tedavi edilebilir. Serimizde 33 hasta (%64) konservatif olarak tedavi edilmiştir. 6 hastada (10 aylık bebek dahil), halo veya özel dizayn edilmiş ortezlerle başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir ve herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir. Halo ile traksiyona alınan bir hasta 12 saat sonra mevcut olan kafa travması sebebiyle ölmüştür. Mubarak ve ark. 7, 16, 24 aylık bebeklerde halo uygulamasını raporlamıştır. Bu hastalarda halo 2-3.5 ay uygulanmıştır. Marks ve ark. 3 aylık ile 12 yaş arası 8 çocukta 6 hafta-12 ay süre ile halo tedavisini raporlamıştır. Osenbach ve Menezes, halo ile immobilizasyonun daha üstün olduğunu ve çocuklarda tedavide kullanılması gerektiğini önermişlerdir. Daha önceki bir çalışmamızda 42 servikal spinal travmalı hastada halo ile başarılı bir tedavi edilebildiğini raporlamıştık.

Cerrahi endikasyonlar; redüksiyon sağlayamama, kalıcı instabilite, faset instabilitesinin eşlik ettiği ligamentöz hasar, 15 dereceden fazla kifoz, belirgin kompresyon, vertebra dislokasyonu ve progresif nörolojik defisite neden olan omurilik kompresyonudur. Epidural hematoma ve disk hernisi acil cerrahi endikasyon oluşturmaktadır.

Hem anterior hem de posterior yaklaşımlarla, başarılı artrodez ve solid füzyon, normal büyüme paterni ve servikal vertebraların uygun dizilimi sağlanabilmektedir. Serimizde subaksiyal servikal travması olan 15 hasta (%30) anterior yaklaşım ile, 2 tanesi posterior, bir tanesi de kombine yaklaşımlarla ameliyat edilmiştir. Tüm vakalarda solid füzyon sağlanmıştır. Takiplerde normal büyüme paterni uygun dizilim gözlemlenmiştir. Rijit vida ile

fiksasyondan sonra hiçbir hastada postoperatif instabilite ve füzyon sonrası deformite gözlemlenmemiştir.

Pediyatrik Subaksiyal Servikal Vertebra Travmalarının Sonuçları: Pediyatrik subaksiyal servikal vertebra travmalarının prognozu başvuru anındaki nörolojik hasara bağlıdır. Serimizde nörolojik olarak intakt olan tüm hastalar takipte stabil seyretmişlerdir. Tam hasarı olamayan hastaların %62.5'i tam olarak iyileşmişlerdir. Bu hastaların yüksek iyileşme oranları, pediyatrik grupta kemik ve ligamanların çabuk iyileşme özellikleri ve sinir sisteminin yüksek yenilenme kapasitesine bağlı oldukları düşünülmektedir. Tam kesisi olan 6 hastadan birinde Frankel skoru 3 diğerinde ise 2 derece iyileşmiştir fakat 4 hastada hiçbir değişiklik olmamıştır. Bununla birlikte tam kesisi olan hastalar zamanla az da olsa iyileşme gösterebilmektedirler. Diğer vakalardaki mortalite oranları (%16-35) karşılaştırıldığında serimizde mortalite oranları düşük (%8) gözlemlenmiştir. Üst servikal travmalarda

daha yüksek oranda kafa travması olduğundan sonuçlar daha kötüdür.

Sonuç

Pediyatrik subaksiyal servikal vertebra travmaları sıklıkla 9-16 yaşlar arasında ve C5-7 vertebraları seviyesinde görülmektedir. Birden fazla seviye etkilenmesi 8 yaş üzeri çocuklarda sık olup daha küçük yaşlarda nadirdir. Pediyatrik servikal vertebra travmalarının tedavisi kişiye göre ayarlanmalıdır. Çoğu pediyatrik subaksiyal servikal vertebra travmalı hasta konservatif olarak tedavi edilebilir. Eğer endikasyonu varsa, hem anterior hem de posterior yaklaşımlar güvenli ve etkilidir. Komplikasyon oranları düşük ve füzyon oranları yüksektir. Cerrahi hastaların erken dönemde mobilizasyonunu da sağlamaktadır. Pediyatrik subaksiyal servikal vertebra travmalarının prognozu başvuru anındaki nörolojik hasara bağlıdır, fakat erişkin gruba göre daha iyi gibi gözükmemektedir.

14 Seviye Omurga Tutulumlu Serviko-toraksik Epidural Apsenin Boşaltılması ve Yaygın Spinal Epidural Apselerin Cerrahi Seçeneklerinin Tekrar Gözden Geçirilmesi

Payer M, Walser H.

Spine and Pain Zürich, Witellikerstrasse 40,8008, Zürich, Switzerland,
Neurology Center Hirslanden, Zürich, Switzerland J Clin Neurosci. 2008 Apr;15(4):483-6

Özet

Spinal epidural apse (SEA) spinal peridural mesafenin nadir görülen enfeksiyonudur, genellikle enfeksiyonun uzak bir kaynağından bakterinin hematogen yayılımı ile veya spinal kanal içine osteomiyelit veya paravertebral apselerin direk yayılımı sonucu oluşur. 5 veya daha çok seviyenin tutulumu ile görülen geniş bir SEA olağanüstü ve hayatı tehdit edici bir durumdur. Farklı cerrahi stratejiler tipik olarak posteriorda lokalize yaygın spinal epidural apselerde kullanılmıştır: tüm seviyeleri içeren çok seviye laminektomiler; orta seviyeden yapılan laminektomiler veya fenestrasyonlar ile buraya yerleştirilen ve kranial ve kaudal olarak itilen irrigasyon kateterlerini içeren kateter işlemleri; veya tutulmuş seviyelerde çok seviye interlaminer fenestrasyonlar. Bu çalışmada 14 seviye serviko-toraksal spinal epidural apsenin bütün tutulmuş seviyelerdeki kontralateral apse formasyonlarının da irrigasyonu ile çok

seviye ünilateral fenestrasyonlar yapılarak boşaltılmasını rapor edildi. Aynı zamanda geniş SEA için uygulanan cerrahi stratejiler tartışıldı.

Anahtar kelimeler: epidural abse, omurga, spinal enfeksiyon

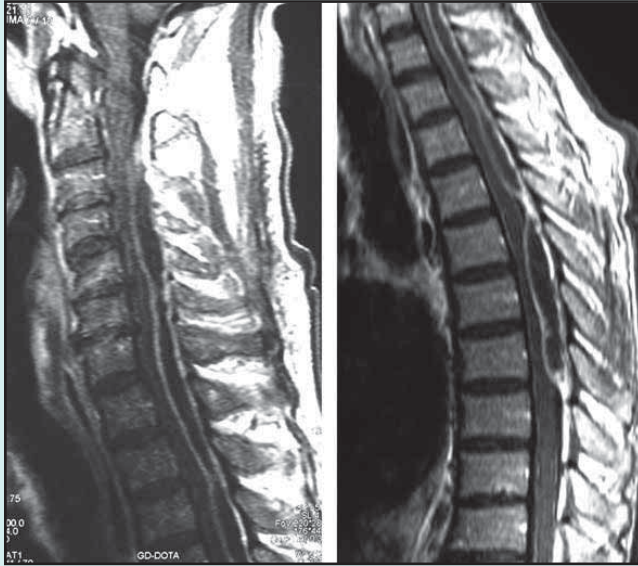
1. Giriş

Spinal epidural apse (SEA) nadir görülen bir durumdur, sıklıkla immün sistem yetmezliği olan hastalarda spinal peridural boşluğun ciddi bir enfeksiyonu olarak karşımıza çıkar. Klinik olarak ateş, sırt ağrısı ve ilerleyici nörolojik defisiti içeren üç bulgu ile belirti verir. Enfeksiyonun yolu bakterinin hematogen yayılımı veya spinal kanal içine bir osteomiyelitin direkt yayılımı iledir. Epidural analjeziden sonra 1/2000 oranında görülür. Başarılı konservatif tedavi raporlarına rağmen, tedavinin başlıca dayanağı cerrahi

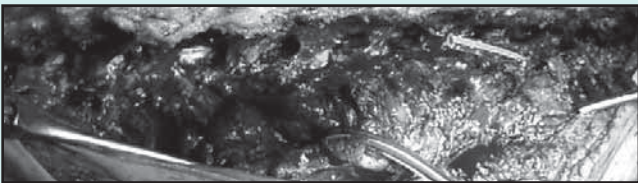
boşaltmadır ve bu işlemi 4-6 hafta intravenöz antibiyotik verilmesi izler. Geniş SEA yüksek mortalite oranı ile seyreden ve titiz bir medikal müdahaleyi gerektiren bir durumdur. Bu çalışmada C2'den T8'e kadar uzanan 14 omurga seviyeyi içeren bir SEA rapor edildi ve geniş spinal epidural apseler için rapor edilmiş cerrahi stratejileri tartışıldı.

2. Olgu Sunumu

Mide kanseri nedeniyle total gastrektomi yapılmış 70 yaşında erkek hasta; bir torakal epidural kateter 4 gün boyunca postoperatif ağrı kontrolü için uygulanmış. Kateter çıkarılmasından 3 gün sonra hastada ilerleyici boyun-sırt ağrısı, ateş, yükselmiş C-reaktif protein (CRP) seviyesi, ve orta derecede bilateral intrinsek el kaslarında zayıflık gelişti. MRI C2'den T8'e kadar uzanan posterior spinal epidural apseyi ortaya çıkardı (Resim 1). Acil apse boşaltılması uygulandı. Posterior orta hat yaklaşımı yoluyla paraspinal adeleler solda C2'den T8'e kadar ayrıldı ve interlaminer fenestrasyonlar C2'den T8'e sol yanda bütün seviyelerde uygulandı. Apse aspiratör ve dissektörler kullanılarak boşaltıldı. Her bir seviyede interspinöz ligamanın ventral kısmı çıkarıldı, ki bu işlem karşı tarafın en üstündeki apse aspirasyonunu mümkün kıldı (Resim 2). Bol miktarda



Resim 1: Preoperatif MR



Resim 2: İntraoperatif görünüm

serum fizyolojik ile yaranın yıkanmasından sonra, yara subfasial yerleştirilmiş drenlerinin üzerinden kapatıldı ve drenler 5 gün yerinde kaldı. Çok hassas Staphylococcus Aureus tanımlandı ve hasta 5 hafta boyunca intravenöz flucloxacillin ile tedavi edildi. Postoperatif 1. haftada MRI hiçbir kalan spinal epidural apseyi göstermedi (Resim 3) ve hastanın intrinsek el kasları 4 hafta içinde tamamen iyileşti. Postoperatif 2. aydan sonra hastada sadece hafif bir ağrı vardı ve nörolojik fonksiyon ve hareket ile servikal dizilim normaldi. Postoperatif 5. ayda hasta tümörünün ilerlemesinden dolayı öldü.



Resim 3: Postoperatif görünüm

3. Tartışma

Omurga seviyelerin kritik sayısı belirtilmemesine rağmen, basılmış bildirilere göre büyük spinal epidural apseler genellikle 5 seviyeden daha çoğunu tutar ve %15'e kadar giden ölüm oranı ile ilişkilidir. Medikal tedavi C3'den L2'e kadar uzanan 18 seviye SEA olgusunda başarılı bir

şekilde kullanılmış olmasına rağmen, çoğu bildiriler geniş SEA'lerin acil cerrahi dekompresyonunu desteklemektedir. Büyük spinal epidural apselerin boşaltılmasında değişik cerrahi yöntemler bildirilmiştir (Tablo 1). Richmond ve Schmidt T2'den S1'e uzanan 17 seviye laminektomi yoluyla bir spinal epidural apseyi temizlediler. Halbuki,

Tablo 1: Yaygın spinal epidural abseli (5 veya daha fazla seviye) olgularda bildirilen cerrahi yöntemlerin özeti

Yazar	SEA nin lokalizasyonu	Teknik
		Çoklu seviye laminektomi
Richmond, Schmidt	Orta servikal-sakrum	T2 - S1 çoklu seviye laminektomi. Sonuç: hasta paraplejik kaldı.
		Kateter uygulaması
Ansari ve ark	Kranioservikal-T12	Laminektomi: C1 + C3/4 + C7/T1 + T4/5 + T7/8; Laminektomiden kateter ilerletilerek epidural mesafe yıkandı. Sonuç: po 30 günde ağrı ve ateş semptomları düzeldi.
Panagiotopoulos	C7-L5	Bilateral sınırlı laminektomi: T2/3 + L1/2; ventrikülo-peritoneal shunt kateteri laminektomiden ilerletildi. Epidural mesafe sürekli aspire edildi ve yıkandı. Sonuç: po 3 hf da miyelopati tam düzeldi.
Lange ve ark	C4-T3	Laminektomi: C4 + T2; laminektomiden ilerletilen tüple aspirasyon ve irrigasyon. Sonuç: po 6. ayda miyelopati kısmen düzeldi.
	C3-sakrum	Flavektomi: C7/T1 + T12/L1; laminektomiden ilerletilen tüple aspirasyon ve irrigasyon Sonuç: po 6. ayda miyelopati kısmen düzeldi.
	C3-L5	Flavektomi: C7/T1 + T5/6 + L5/S1; laminektomiden ilerletilen tüple aspirasyon ve irrigasyon Sonuç: po 6. ayda miyelopati kısmen düzeldi.
	C3-L5	Laminektomi: C6 + T5 + L3; laminektomiden ilerletilen tüple aspirasyon ve irrigasyon. Sonuç: öldü.
Lam ve ark	C1-T12	C5 korpektomi; pediatrik nasogastrik kateter anterior epidural mesafede kranial ve kaudal yönde ilerletildi. C4-6 anterior stabilizasyon. Sonuç: tam nörolojik iyileşme.
Schultz ve ark	C2-L5	Laminektomi: C2-3 ve L3-5; 5 no Fogarty kateter laminektomilerden kranial ve kaudal ilerletildi, balonu şişirildi ve geriye çekildi. Sonuç: po 6 ay içinde tama yakın iyileşme.
	C6-L1	Laminektomi: C6 ve L1; 5 no Fogarty kateter laminektomilerden kranial ve kaudal ilerletildi, balonu şişirildi ve geriye çekildi. Sonuç: bilinmiyor.
		Çoklu seviye tek taraflı fenestrasyon
Payer ve Walser	C2-T8	Çoklu seviye tek taraflı fenestrasyon: C2-T8 Sonuç: 4 hafta içinde tam iyileşme.

çok seviye laminektomiler potansiyel olarak omurga stabilizasyonunu bozar ve önemli miktarda kan kaybına, artmış postoperatif ağrıya, iyileşme süresinin uzamasına neden olabilir. Daha az invaziv kateter uygulamaları bildirilmiştir: Spinal epidural apse alanının en üst ve en alt noktalarından ve bazen orta seviyelerde laminektomiler ve fenestrasyonlar uygulandı, farklı tipteki kateterler kranial ve kaudal yönlerde spinal kanal içine yönlendirildi. Sadece bir merkezde anteriorda lokalize büyük SEA olgusu rapor edilmiştir, bu olguda C1'den T12'e uzanan ventral bir SEA pediatrik nasogastrik tüp kullanılarak C5 korpektomi yoluyla kranial ve kaudal irrigasyon ile temizlenmiştir.

Bizim geniş 14 omurga seviyedeki spinal epidural apse bütün tutulmuş seviyelerde unilateral flavektomiler ile ve aynı fenestrasyon yerlerinden karşı taraftaki apse formasyonlarının çıkarılmasını sağlayarak başarılı bir şekilde boşaltılmıştır. Bu ünilateral yaklaşım spinal stabilizeyi tamamen korur ve kan kaybını azaltıp cerrahi süresini kısaltarak spinal epidural apsenin tamamen temizlenmesini sağlar. İlave olarak, henüz hiçbir komplikasyon bildirilmemesine rağmen, bir kateterin kör bir şekilde spinal kanala itilmesi sonucu olabilecek potansiyel risklerden kaçınmamızı sağlar. Sonuçta, biz unilateral interlaminar çok seviye yaklaşımın geniş spinal epidural bir apsenin boşaltılması için güvenli ve etkili olduğunu bulduk ve kateter işlemlerine makul bir alternatif olduğunu düşünüyoruz.

Sonuç

Posterior lokalizasyonlu geniş spinal epidural apse kateter ile boşaltılmalıdır. Seçilmiş uç seviye ve orta seviye fenestrasyonlar veya laminektomiler yoluyla irrigasyon kateterleri kraniale ve kaudale doğru itilerek irrigasyon yapılır, yada çok seviye unilateral fenestrasyonlar yapılarak karşı taraftaki apse formasyonlarının da boşaltılması ve irrige edilmesi sağlanır.

Kaynaklar

1. Curry W, Hoh B, Amin-Hanjani S, et al. Spinal epidural abscess: clinical presentation, management, and outcome. *Surg Neurol* 2005; 63:364–71.

2. Reihsaus E, Waldbaur H, Seeling W. Spinal epidural abscess: a meta analysis of 915 patients. *Neurosurg Rev* 2000; 23:175–204.
3. Wang L, Hauerberg J, Schmidt J. Incidence of spinal epidural abscess after epidural analgesia: anationa 11-year survey. *Anesthesiology* 1999; 91:1928–36.
4. Lo'hr M, Reithmeier T, Ernestus R, et al. Spinal epidural abscess: prognostic factors and comparison of different surgical treatment strategies. *Acta Neurochir (Wien)* 2005; 147: 159–66.
5. Ansari A, Davies DW, Lohn JW, et al. Extensive spinal epidural abscess associated with an unremarkable recovery. *Anaesth Intensive Care* 2004; 32:825–9.
6. Duc C, Grange L, Gaudin P, et al. Extensive primary epidural abscess. Report of a case. *Joint Bone Spine* 2002; 69:312–5.
7. Lam K, Pande K, Mehdian H. Surgical decompression: a life-saving procedure for an extensive spinal epidural abscess. *Eur Spine J* 1997; 6:332–5.
8. Lange M, Tiecks F, Schielke E, et al. Diagnosis and results of different treatment regimes in patients with spinal abscesses. *Acta Neurochir* 1993; 125:105–14.
9. Panagiotopoulos V, Konstantinou D, Solomou E, et al. Extended cervicolumbar spinal epidural abscess associated with paraparesis successfully decompressed using a minimally invasive technique. *Spine* 2004; 29: E300–3.
10. Richmond B, Schmidt III J. Seventeen level laminectomy for extensive spinal epidural abscess: case report and review. *WV Med J* 1994; 90:468–71.
11. Schultz Jr K, Comey C, Haid Jr R. Technical note. Pyogenic spinal epidural abscess: a minimally invasive technique for multisegmental decompression. *J Spinal Disord* 2001; 14:546–9.

sanat
köşesi 6

sanat köşesi

Dr. Ali Arslantaş

Hakan Esmer**Özgeçmiş**

1973'te Trabzon-Vakıfkebir'de doğdu. 1990'da K.T.Ü. Fatih Eğitim Fakültesi Resim İş Öğretmenliği Bölümü'ne girmeye hak kazandı. 1994'te lisans eğitimini bitirip, aynı yıl Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün açmış olduğu Resim (Yüksek Lisansı'na) Programı'na girdi. 1995'te Anadolu Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi Resim Bölümü'ne asistan olarak atandı. 1996'da bitirdiği yüksek lisansın ardından Anadolu Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi Resim Bölümü'nde görevini Öğretim Görevlisi olarak devam ettiren Esmer 29 kişisel sergi açmış, yurtiçi ve yurtdışında birçok karma sergi ve yarışmalı sergilere katılmıştır. Esmer'in 13 ödülü bulunmaktadır.



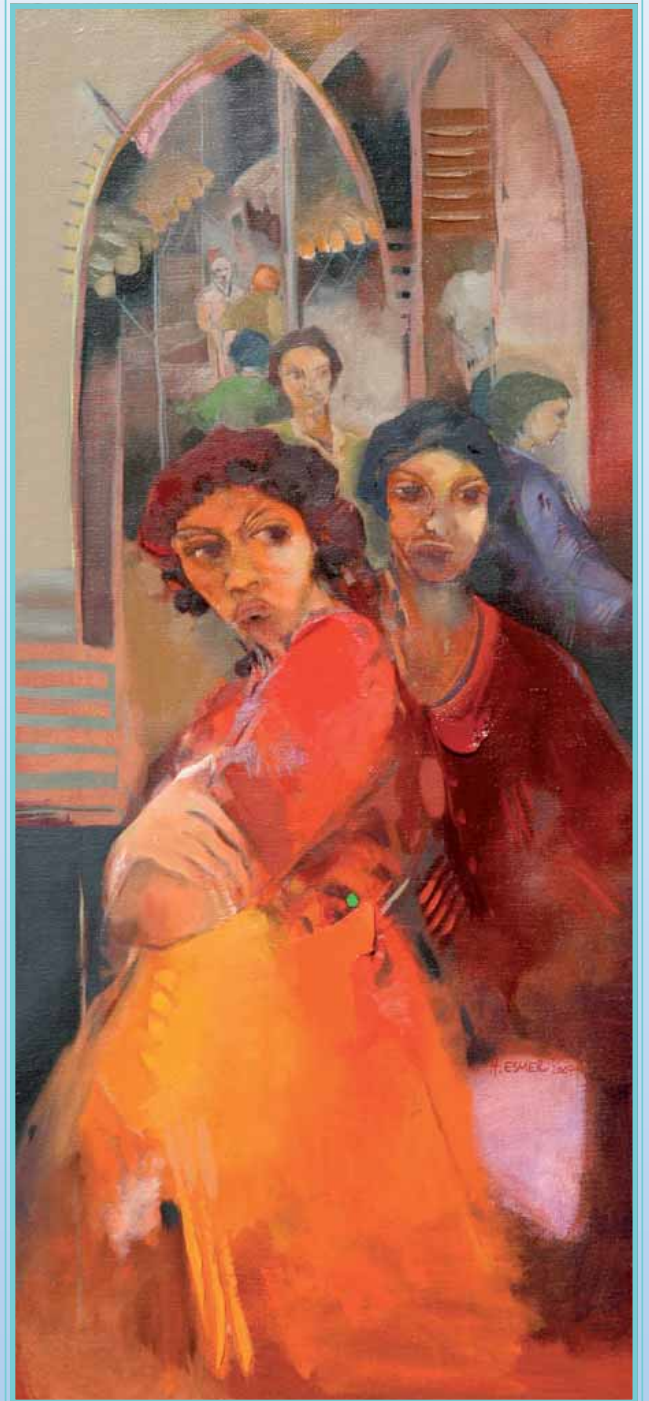
Kişisel Sergiler

2007 Artİstanbul, Mert Dostal Sanat Galerisi / 2007 As-Art Sanat Galerisi, Ankara / 2007 Art-Shop Sanat Galerisi, İzmir / 2007 Eskişehir Anadolu Üniversitesi Kütüphane Sergi Salonu / 2007 As-Art Sanat Galerisi, Ankara / 2006 Galeri Soyut, Suluboya Resim Sergisi, Ankara / 2006 Artİstanbul-Mert Dostal Sanat Galerisi, İstanbul / 2006 Galeri Soyut, Ankara / 2005 Artİstanbul-Galeri Soyut, Çankaya / 2005 Leonardo Sanat Galerisi, İstanbul / 2005 Artist Sanat Galerisi, İstanbul / 2005 As-Art Sanat Galerisi, Ankara / 2004 Çakınberk Sanat Galerisi, Balıkesir / 2004 Soyut Sanat Galerisi, Ankara / 2003 Endora Sanat Galerisi, İzmir / 2003 As-Art Sanat Galerisi, Ankara / 2002 Artist Sanat Galerisi, İstanbul / 2002 Art-Shop Sanat Galerisi, İzmir / 2001 İMKB Sanat Galerisi, İstanbul / 2001 Soyut Sanat Galerisi, Ankara / 2001 Eskişehir Devlet Güzel Sanatlar Galerisi / 2000 Çakınberk Sanat Galerisi, Balıkesir / 2000 eskisehir.net Sanal Sergi / 2000 Kuydaş Sanat Galerisi, Kuşadası / İzmir / 2000 Leonardo Sanat Galerisi, İzmir / 2000 Soyut Sanat Galerisi, Ankara / 1999 Mustafa Parlar Sanat Galerisi, Ankara / 1999 Tarişbank Sanat Galerisi, İzmir / 1998 Turkuaz Sanat Galerisi, Ankara / 1997 Tekel Sanat Galerisi, İstanbul / 1994 Trabzon Devlet Güzel Sanatlar Galerisi

Sanat Eleştirmenin Görüşleri

YAŞAMI DÜŞLEMEK...

Yirmibirinci yüzyılın insanının hızla akıp giden yaşam karşısında algılama, duyumsama ve bellekte biriktirerek yineleme aşamalarından yoksun yaşamına en yakışan eylem düşlemek olmalı. Hızın karşısında tükenip giden yaşamı düşlemek.





Her geçen gün, giderek daha çok kapalı mekânlara tutsak olan bir yaşam modeli karşısında yapılabilecek tek eylem olmalıdır düşlemek. Ev, otomobil, büro yaşamın temel akışındaki tutsaklıklarsa, eğlence mekânları, spor ve alışveriş merkezleri hatta müzeler de kapalı mekân tutsaklıklarıdır. Bilindik mekânlar ve bilindik insanların çevresinde tutsak kalan insan, başkalaşım alanlarını internet tutsaklığında çözümlemeye çabalamaktadır.

Önemsenmek ve saygınlık kazanmak koşulu tüketime endeksli bir dünyanın bireyidir yirbirinci yüzyıl insanı. Değeri ve hatta var olmasının anlamı kapital olan bir düzenin parçasıdır. Toplum içinde kabul görmek ve değer kazanmanın koşulu iyi bir ev, araba, iş olması yetmez. Aynı zamanda belirli markalar kullanmak, belirli eğlence ve spor merkezlerinde olmak, belirli insanlarla zorunlu dostluklar kurmaktır. Kısıtlı ve dar alanlarda belirli ve sıkıcı birliktelikler yaşamaktır bir anlamda. Özgürlük içinde özgür düşünce ve yaşamdan uzak kalmaktır. Kalıpların içinde sıkışıp kalmaktır. Yapay dostlukların sanal dünyasını paylaşmaktır.



Tüketim kısılcacının içinde kalan ve daha çok tüketmek itkisiyle daha çok kazanmak ilkesiyle geçen bir yaşamın gerçekliği ancak düşlerde gizlidir.

Hakan Esmer doğa ve yaşam kesitlerinde yaşam düşlerine göndermeler yapmaktadır.

Her gün önünden hızla geçip gittiğimiz, ancak algılama hızımızın ötesinde kalan doğa kesitlerini resimlemektedir. Durup izleyecek ve gizemini duyumsama gereksinimini göz ardı ettiğimiz doğa görünümünü tuvallerine aktarmaktadır. Yalnızca arabanın camının sınırlarından görebildiğimiz manzaraları yeniden görmemizi ve neleri umursamadığımız anımsatmaktadır. Esmer, kapalı bir mekândan diğerine akan yaşamın satır aralarını okumaktadır. Yetişebilmek endişesiyle sollayıp geçtiğimiz yaşamdan kesitler vermektedir. Gerçek, samimi içten dostluklarla anlam kazanacak bir yaşam yerine seçtiğimiz zorunlu, yapay ilişkiler zincirine göndermeler yapmaktadır. Orda bulunmak, görünmek, onlar arasında olmak endişesinin yarattığı sığ eğlencelerin yapay birlikteliklerini sorgulamaktadır.

Farkında olmaktan uzak, elimizden kayıp giden gerçeklikleri vurgulamaktadır.

Sanal bir dünya içinde var olmaya çabalayan, yaşamı düşlere tutsak eden yirmibirinci yüzyıl insanının dramını tartışmaya açmaktadır.

Kıymet Giray

Sanat Eleştirmeni



7
söyleşi

Dr. Celal Özbek Çakır

söyleşi

Tüm sağlık emekçilerine merhaba;

Sizlere şu anda taze bir beyin cerrahisi uzmanı olarak sesleniyorum. Aslında bu yazının konusu empati; ancak hepimizin yaşadığı ve kimimizin halen içinde bulunduğu ve bir cadı kazanını andıran beyin cerrahisi ihtisasından biraz bahsetmeden bu konuya girmek istemiyorum. Öncelikle hepimizin tırnakları ile kazıyarak geçtiği bu süreçten bahsetme cüretini gösterdiğim için affınıza sığınıyorum. Genel olarak nöroşirürji ihtisasına üç tip insan başlar. Birinci grubu gerçekten istekli ve bilinçli olarak başlayanlar oluşturur. İkinci grubu hasbel kader puanı tutan ve ülkemizdeki uzmanlık sisteminin bir komplikasyonu olarak gelenler oluşturur (ki bu gruptakiler doğal seleksiyon gereği eğitimin başında elenirler). Üçüncü grubu ise bilinçsiz olarak gelip içlerindeki beyin cerrahisi olma cevherini keşfedenler oluşturur. Hangi gruba ait olursanız olun başlangıçtaki düşünce yapınız zaman içerisinde siz fark etmeden değişecektir. Sürecin başlangıcında ‘acaba nazi Almanyası daha mı insani idi’ diye her gün kendilerine soranlar zaman içerisinde kendilerini alt kademlilerini fırçalarken ‘cerrahide disiplin en önemli şeydir’ veya ‘benim çömezliğimde böyle bir hata kesinlikle affedilmezdi’ derken bulurlar. Ama endişe edilecek bir şey yok. Bunu bir malignitenin prognozu gibi kabul edebilirsiniz. Sürecin sonuna doğru bir de bakarsınız ki siz de sistemin dışlarından birisi hale gelmişsiniz. Tüm insanlıkla ilgili söylemlerinizi kaybolmuş ve dikta yönetiminin parçası olmuşsunuz. Ne kadar demokratik olursanız olun şunu unutmayın ki sürecin ilerleyen dönemlerinde öğreneceğiniz en önemli gerçeklerden birisi, bir cerrahi kliniğinin hele de beyin cerrahisi kliniğinin asla %100 demokrasi ile yönetilemeyeceğidir. Çünkü dünyanın hiçbir yerinde 48 saat uykusuz kalmış bir insana, ölümle yaşam arasında seçme şansı olmayan bir insanın yaşam şansını demokrasi ile bırakamazsınız. Bunu ancak bir dikta yönetimin zoru ile yapabilirsiniz. Bu zorlayıcı tutumu eleştirseniz de aslında bu tutum sizin masada yatan insan ile ortak paydada buluşmanızı sağlar. Aslında bunu daha duygusal olarak dillendirirsek bu bir kader ortaklığıdır. Çünkü ikinizin de seçme şansı yoktur. Bunu tepenizde Demokles’in kılıcı gibi

duran hocalarınız söylemese de aslında onların da size dillendirmeden öğretmeye çalıştıkları şey (umarım!!) budur. Seçme şansı olmayan iki insan. Birisi aciz kul, diğeri kaderin tecellisi rolünü üstlenmiş cerrah. Eğer bu nosyonu ve mesajı kaptıysanız sorun yok. Eğer kapamadıysanız zaten bu yazıyı okuyor olmazsınız (muhtemelen bir yerlerde başka bir bölümde ihtisas yapıyorsunuzdur). Bundan sonrası ayrışma noktası. Akademisyenlik mi yoksa Anadolu’da beyin cerrahisi mi? Bu aşamadan sonra her adımınız bununla ilgilidir. Günümüzün yükselen trendini biliyoruz!! Anadolu’da beyin cerrahisi denilince akla gelen ilk şey, ekmek kapısı spinal cerrahi. Bunu söylerken mecburi hizmete başlayacak olan bir nöroşirürjiyen olarak eleştiri amacı ile yazma ukalalığını gösterdiğimi düşünmenizi istemem. Ülkemizin gerçeklerini ve periferdeki imkanları düşünecek olursak insanların nasıl mucizeler sergilediklerini hepimiz az çok biliyoruz. Tabi ki kralların tahtında oturan ve beyin cerrahisinin sözde burjuva kesiminin eleştirilerini göz ardı etmemiz lazım. En çok yapılan eleştiri de beyin cerrahisinin giderek spinal cerrahiye kayması. Şunu açıkça belirtmek gerekir. Sürecin spinal cerrahiye kayması bir seçim değil mecburiyet. Koşullar bunu gerektirdiği için ister istemez insanlar kendilerini bu yönde geliştirmek zorunda kalıyorlar. Kendi adıma fıkrimi beyan edecek olursam, ben mecburi hizmet sonrası eğer kranial vaka yapamazsam, bu olanağa sahip olanları kıskanarak izleyeceğim. Size tüm samimiyetimle soruyorum, anevrizma diseksiyonu için pterional kraniyotomi yapan ve sfenoid kanadın bir bakirenin pubisini andıran o görüntüsünü özlemeyen olabilir mi? Çözüm ne? Gerçekten nöroşirürji yapmak istiyorsanız bu ülkede bunu rahatlıkla sağlayacak yerler; genel olarak üniversite veya eğitim hastaneleri. Tabi ki ülkemizde demokrasinin son kaleleri olan ve bilimin aslında satın alınamayacağı sözde sancakları olan öğretim üyesi kadrolarının yoksunlukları nedeni ile boşaltılmak zorunda kalındığını göz ardı etmemek lazım. Ne kadar eleştirsek de emin olun bir süre sonra o sürekli eleştirdiğimiz ve diktatör olmakla suçladığımız insanları mumla arayacağız. (her ne kadar bazıları ancak kendi eksenlerini aydınlatsa da).

Bunun olmaması için ne yapıyoruz? HİÇ!! Neyse biz yine de sadece seyretmekle yetine duralım. Maazallah ne olur, ne olmaz belki içinde bulunduğumuz gayta çıkurunun en dibine itiverirler.

Gelelim aslında yazının temel konusuna .EMPATİ!! Empati olmasının sebebi kendimin üç defa disk cerrahisi geçirmiş ve en sonunda posterior enstrümantasyon yapılmış olması. İlk cerrahimi 1997 yılında sol L4-5 disk hernisi nedeni ile geçirdim. Nörolojik muayene bulgum ise solda 4/5 lik dorsifleksiyon zafiyeti. Tıp fakültesi 4.sınıf öğrencisi idim ve sol L4 hemiparsiyel laminektomi ve L4-5 diskektomi yapıldı. Post operatif bir ay içerisinde defisitim düzeldi. Sonrasında normal aktiviteye devam. İkinci cerrahim sekiz yıl sonra yine akut gelişen (belirgin bir zorlama hikayesi yok) bu sefer sağda 3/5 lik plantar fleksiyon zafiyeti. MR sonucu sağ L5-S1 santrolateral disk hernisi. Bu sırada beyin cerrahisi ihtisasımın 3. yılındayım. Tabi ki aktif, genç hastaya yapılması gereken sağ L5-S1 mikrodiskektomi. Post operatif 6. haftada defisitim tamamen düzeldi. Yine beyin cerrahisi ve aktif yaşama devam. Operasyon sonrası iki yıl ağrısız period. İki yıl sonra yine akut gelişen sol dorsifleksiyon zafiyeti (Bu süreçlerin hiçbirisinde aktif sosyal yaşamı kısıtlayan ağrı yok). MR sonucu sol L4-5 nüks disk hernisi. Buradan sonrası problem. Problem, herkes açısından geçerli. Temel problem sizi ameliyat edecek hoca için. Endikasyon tamam ancak ne yapmak lazım. Poliklinikten veya acilden başvuran hasta olsa daha kolay ama bu sefer masanın diğer ucundasınız. Ne yapalım? Temel soru bu. Aslında çok kolay bir soru gibi geliyor. Ama emin olun konu kendiniz olunca süreç farklı işliyor. Daha önce de dediğim gibi endikasyon tamam, ama nasıl yapalım? Tam bir sac ayağı. Birinci ayak; sadece diskektomi mi yapalım? Hadi diyelim ki bu fazla duygusal düşünmek yüzünden oldu ve ekarte edildi. Üçüncü cerrahi, her seferinde nüks, MR da modic dejenerasyon mevcut. Bu seçeneği geçtik. Bu da düşünülür mü diye sormayın. Emin olun konu kendiniz olunca enstrümantasyon kararı vermek bile zor. Enstrümantasyon kararını aldık diyelim. Bu sefer de ne yapalım problemi var. Dinamik mi, füzyon mu? Öğretim üyesi asistanını bu kadar düşünür mü deyip de geçmeyin. Konu kendi elemanları

olunca bekenmedik şekilde duygusal ve konservatif olabiliyorlar. Bu duygusallık içinde dinamik stabilizasyon mu, yoksa füzyon mu yapalım kararını almak bile oldukça güçleşiyor. Şunu açıklamam gerek. Son geçirdiğim cerrahi girişim benim asistanlığımın son dönemine rastladı. Kendi filmlerimi negatoskopta gördüğümde benim aklıma ilk gelen disk forsepsi ile mesafeye girip mesafeyi tamamen boşaltıp mesafeyi dondurmak oldu. Dondurayım ki bir daha mikron boyutta dahi nüks olmasın. Saçma bir düşünce mi? Evet saçma ama eğer operasyon geçirmekten sıkıldıysanız ve cerrahi olacak kişi sizseniz pek değil. Buradan sonra yazımı toplayayım. Konu neydi? Empati. Hepimiz mesleğimiz gereği defalarca veya hergün çoğu zaman tek taraflı, belki de bilimselliğin getirdiği güven ve bencillikle başkalarının hayatını ilgilendiren hayati kararlar veriyoruz. Günlük alışkanlıkların içerisinde bu çok olağan gelebilir. Ama emin olun ki konu kendiniz olunca durum böyle değil. Ben ileride meslek hayatımda kendim gibi bir hasta gördüğümde iyi olacağını düşünerek dinamik stabilizasyon düşünebilirim ama cerrahinin ve özellikle post op sürecin ne kadar ağırlı olduğunu bir kere yaşamak bile konservatif değil de daha radikal prosedürlerin kendinizde dahi uygulanmasını tercih ettirebiliyor. Emin olun hastanızı taburcu ederken önemsemeden reçete ettiğiniz ağrı kesici bile hastanın post op konforunda o kadar önemli ki. Yani eğer tüm bu sıkıntıları yaşamış, ameliyat sonrası yatmanın bile ne kadar dayanılmaz olduğunu bilebilerseniz komşu segment problemini veya füzyonu bir dahaki sefer mi yapalım diye düşünmezsiniz. Emin olun en çok dert ettiğiniz şey aynı süreci tekrar yaşamamak. Şu anda ki durumuma gelince, günlük aktif yaşantımı rahatlıkla idame edebiliyorum. Bir iyi yanı hastaların sıkıntılarını daha iyi anlayabiliyorum. Yazımın sonunda cerrahimi gerçekleştiren ve tüm bu sıkıntılı süreç içerisinde bir hasta olarak kaprislerime katlanan ve desteklerini eksik etmeyen değerli hocalarım Doç.Dr.Süleyman ÇAYLI ve Doç.Dr.Özkan ATEŞ'e saygı ve şükranlarımı sunarım.

Dr. Celal Özbek Çakır

kongre, sempozyum ve kurslar 8

kongre, sempozyum ve kurslar

109th Meeting of the British Neuropathological Society

January 9-11, 2008. London, UK
e-mail: webmaster@bns.org.uk

New York State Spinal Cord Injury Research Program Symposium: From the Bench to the Bedside, the Latest Discoveries in SCI

January 14-16, 2008.
New York, NY, US

5 th Congress EURONEURO 2008

January 15-17, 2008.
Maastricht, Netherlands
e-mail: info@euroneuro.eu

Spinal Revision for FRCS

January 17-18, 2008. London, UK
e-mail: orthopaedic@rcseng.ac.uk

World Congresson Neck Pain

January 20-22, 2008.
Angeles, CA, US
e-mail: congress@cirpd.org

Spinal Revision for FRCS

January 22-23, 2008. London, UK
e-mail: orthopaedics@rcseng.ac.uk

World Forum for Spine Research

January 23-26, 2008.
Kyoto, Japonya

International 26th Course For Percutaneous Endoscopic Spinal Surgery And Complimentary Minimal Invasive Techniques

January 24-25, 2008.
Zurich, Switzerland
e-mail: bethania-spine@bluewin.ch

ONE Spine: Controversies in Spine Surgery

February 8-9, 2008. Cancun, Mexico
e-mail: vbroyles@broad-water.com

American Society for Spine Radiology 2008 Annual Meeting

February 21-24, 2008.
Indian Wells, CA, US
e-mail: kcammarata@asn.org

Neurological Anatomy

February, 25-27, 2008. London UK.
e-mail: neurosurgery@rcseng.ac.uk

Neuroradiology

February 28, 2008. London, UK
e-mail: neurosurgery@rcseng.ac.uk

Lumbar Interbody Spine Surgery SMI, Burr Ridge, IL

April 4-5, 2008. Las Vegas, NV

SpineFEST: Symposium Forum on Emerging Spinal Technologies

April 18, 2008. Toronto, ON, Canada
e-mail: ce.med@utoronto.ca

2008 American Association of Neurological Surgeons 76 th Annual Meeting

April 26-1 May, 2008.
Chicago, IL, USD
e-mail: custserv@aaos.org

25 th Annual MRI of the Head & Spine 2008 National Symposium

April 28-30, 2008.
Las Vegas, Nevada, US
e-mail: lucy@edusymp.com

BritSpine 2008

April 30-2 May, 2008.
Belfast, Northern Ireland
e-mail: sue.britspine@yahoo.co.uk

Essential Skillis in Neurosurgery

May 7, 2008. London, UK
e-mail: neurosurgery@rcseng.ac.uk

AAOS and SRS Present Current Trends and Treatment Methods in Pediatric and Adult Spinal Deformity

May 16-17, 2008.
Westlake, TX, USA
e-mail: custserv@aaos.org

Spineweek 2008

May 26-31, 2008.
Geneva, Switzerland
e-mail: spineweek2008@symporg.ch

8th World Biomaterials Congress

May 28- 1 June, 2008.
Amsterdam, Netherlands
e-mail: expo.wbc2008@lgce.nl

18th Meeting of the European Neurological Society

June 7-11, 2008. Nice France
e-mail: j.bicher@akm.ch

Technical Advances to Skull Base Surgery

June 9-11, 2008. London UK
e-mail: neurosurgery@rcseng.ac.uk

ISCAS-12 th Annual Conference of the International Society for Computer Aided Surgery

June 25-28, 2008. Barcelona, Spain
e-mail: Office@cars-int.org

15 th International Meeting on Advanced Spine Techniques

July 8-11, 2008. Hong Kong, Chia
e-mail: admin@imastonline.com

REVOLUTIONIZING

MOTION PRESERVATION



**DISC
MOTION**
TECHNOLOGIES



TRUE TSMS™

Total Spinal Motion Segment



Head Office: Büklüm Sokak No: 38/8 06700 Kavaklıdere - ANKARA - TURKEY
Tel: +90 312 467 56 38 Faks: +90 312 467 84 94

Istanbul Office: Fahrettin Kerim Gökay Cad. 99-1 D.13 Ziverbey-Kadıköy - İSTANBUL - TURKEY
Tel: +90 216 337 61 03 Faks: +90 216 348 65 09

FROST & SULLIVAN

2008

BEST
PRACTICES
AWARD

NORTH AMERICAN
SPINAL NON-FUSION TECHNOLOGIES
PRODUCT INNOVATION AWARD