

MENİNGOSEL VE MENİNGOMİYELOSEL (9 VAK'A DOLAYISIYLA)

Burhanettin SAVAN(x)

Nizami ÇELENK(xx)

Ergun F. SABAR(xxx)

Merkezi sinir sisteminin konjenital anomalileri ya doğumla birlikte görülür veya doğumdan sonra herhangi bir yaşta ortaya çıkar. Böyle çocukların büyük bir kısmında germ plazmasında primer bir defekt mevcuttur. Diğer bir şekilde ise fetus, gelişmesi isesnasında bazı eksternal etkenlere-maruz kalmaktadır.(2, 3, 4).

Vertebraların gelişmesindeki bir defekte bağlı olarak columna vertebralisin kapanamamasına spina bifida denir(4). Bu hastalar esas iki grupta sınıflandırılır. 1) Vertebraların kapanmasında basit bir defekt olan şekiller (Spina bifida occulta). 2) Meningosel ve meningomiyelosel ile bir arada olan şekil ki burada vertebral defekt, üzerini örten meninkslerin ve cildin kese şeklindeki çıkıntısıyla müşterektir (3, 4, 5). Meninkslerin ve noral elemanların Spina bifida şeklindeki defekten çıkışı değişik şekillerde olur. Meningosel halinde sadece meninksin dışarıya çıkın-

tısı vardır. Şayet kese nöral elemanlarda ihtiva ederse buna meningomiyelosel denir. Clinical Society of London'un raporlarına göre her 1000 doğumdan birinde bu tip anomaligörülmektedir (2).

MATERYEL VE METOD

Materyelimizi 1.I.1970- 8.III.1971 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde tesbit ettiğimiz 9 vak'a teşkil etmektedir. Vak'alar cins, lezyonun lokalizasyonu ve klinik şekli, cerrahi müdahale ve neticeleri bakımından tetkik edilmiştir. Sonuç tablo I de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Spinal meningosel ve meningomiyeloselin vertebral kanal içinden dışarıya çıkışı ekseriya posterior istikamette olup doğumdan sonra kolayca tanınır. Nadiren toraks, karın ve pelvis içinde de olabilir. Vakâ'larımızda kitlenin doğuştan mevcudiyetine rağmen hastahaneye geç getirilişi, ebeveynlerinin ihmalkârlığı veya böyle bir anomaliden çocuğun kurtulamıyacağı kanısındandır.

'x' Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü Öğretim Görevlisi

'xx' Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü Asistanı

'xxx' Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü Başkanı

Tablo I

İsim	Prot.	Yaş	Cins	Kitlenin lok.	Kitlenin cinsi	İşlem	Sonuç
S.E.	9697	5 gün	Erk.	Lumbo-sakral	Meningomiyelosel	Eksizyon	Şifa
E.B.	7663	20gün	«	Servikal	Meningosel	«	«
S.Ö.	8711	4 gün	«	Lumbo-sakral	Meningomiyelosel	«	«
N.M.	7856	3,5ay	Kız	«	«	«	Exitus
A.M.	9189	1gün	Erk.	«	«	«	Şifa
A.G.	8449	10gün	«	Lumbal	«	—	Haliyle
—	—	12 saat	«	Torakal	Meningosel	«	Şifa
H.S.	1972	3 ay	«	Lumbal	Meningomiyelosel	—	Haliyle
L.T.	—	10gün	«	Lumbo-sakral	«	—	«

Cerrahi teknik olarak, lumbal ve lumbo-sakral bölgede lokalize olan kitleler için eliptik yatay, daha yüksek seviyede olanlar için eliptik dikey kesi uygun olmaktadır(2). Derin lomber fasiaya ulaşıldığında kese boynu künt disseksiyonla ortaya çıkarılır. Fasiadaki defekt umumiyetle küçüktür. Kese açılarak içinde nöral elemanlar olup olmadığına bakılır. Nöral elemanlar yoksa kese dip kısmından ampüte edilerek ipek sütürlerle kapatılır. Nöral elemanlar mevcutsa dikkatlice dissekte edilip spinal kanal içine itilir. Daha sonra lumbo-dorsal fascia ve cilt kapatılır. Eğer cilt defekti geniş ise greft koymak icabeder.

Vak'aların % 85 inde lezyon lumbo-sakral bölgededir(1). Kitlenin hacim ve karakterlerine bakarak meningosel ve meningomiyelosel arasında preoperatif olarak ayırıcı teşhis güçtür. Nadiren transiluminasyonla kese içindeki nöral elemanlar tefrik edilebilir(2).

Ayak anomalileri, hidrosefalüs, doğuştan kalça çıkığı, genito-üriner sistem anomalileri, konjenital kalp hastalıkları ve umbilikal herni gibi konjenital anomaliler meningosel ve menin-

gomiyelosel ile bir arada bulunabilirler(2). Vak'alarımızdan birinde doğuştan kalça çıkığı mevcuttu (S.Ö. Prot. 8711). Bu bulgu, literatürde bu anomalilerin, konjenital diğer defektlerle bir arada bulunabileceği hususunu teyid etmiştir.

Nöral yapılar kese içinde bazan serbest, bazende kese cidarına yapışmıştır. Kese hacmi çok değişik olup üzeri ya deri ya da epitelyal membran ile örtülüdür.

Meningosel ve meningomiyelosel için cerrahi tedavi zamanı ve endikasyonları kati olarak belirtilmiş değildir. Küçük ve pediküllü keseler doğumdan hemen sonra çıkarılmalıdır. Zira kese her an patlayarak enfeksiyona (menenjit) ve likör kaybına sebep olabilir. Daha büyükleri için birkaç hafta veya ay üzerindeki membranın kalınlaşması ve hidrosefali teşekkül edip etmediğini anlamak için beklemek gerekir(23-). Kese hacminin artması ve başın büyümesi hidrosefali veya muhtemelen Arnold-Chiari malformasyonunun mevcudiyetini düşündürmelidir(2,5). Bu durumda serebro-spinal basınç kontrol altına alınmaya kadar müdahale pek uygun değildir. Zira

likör tazyiki ile yara iyileşmesi olmayabilir. Operasyondan sonra alt ekstremitelerin motör gücü ve sfinkter tonüsü kontrol edilir. Ayrıca hidrosefali yönünden tetkik gerekir.

Anal ve vesikal sfinkter tonüs kaybıyla birlikte alt ekstremitelerde total paralizi mevcutsa böyle durumlarda cerrahi müdahale ancak keseden likör akması veya defektin örtüden mahrum oluşu halinde yapılır(3). Bu durumdaki bir çocuk sportif bir tedavi ile yaşar, hidrosefali teşekkül etmez ve diğer konjenital defektler olmazsa, bir kaç ay veya yıl sonra gerek estetik bakımdan ve gerekse paraplejili çocukların kolay bakımı yönünden cerrahi tedavi yapılır(3). Kese üzerini örten

zar ince, masere ve likör sızdırıyorsa veya enfekte ise büyük bir hayati tehlike mevcuttur. Hatta bazı durumlarda enfeksiyonun geçmesini beklemek lazımgelir. Üç vak'amızda parapleji ve anal sfinkter tonüsü kaybı tesbit edildiğinden cerrahi müdahale yapılmamıştır. Bu vak'alardan birisine ait resim ve grafi gösterilmiştir (Şekil1,2).

Hastalarımızın hepsinde yara iyileşmesi normal zamanda olmuş ve operasyona bağlı olabilecek nörolojik bir kusur tesbit edilememiştir. Kese eksizyonundan sonra cildi kapatmak için grefte ihtiyaç olmamıştır. Exitus olan bir vak'amızda ise ölüm sebebi olarak bronkopnömoni tesbit edilmiştir.



Resim 1



Resim 2

SUMMARY

Nine spinal meningocele and meningo-myelocele cases were admitted and treated in the Department of General Surgery of Medical School of the University of Atatürk within the period of January 1970-March 1971.

The ages and sexes of the cases; the localizations and clinical types of the lesions; the modes and the results of the surgical intervention have been discussed briefly.

REFERANSLAR

1. Ackerman, L.V.: Surgical Pathology, ed. 3, Saint Louis, The C.V. Mosby Company, 1964, p. 106.
2. Benson, C.D., Mustard, W.T., Ravitch, M.M., Snyder, Jr. W.N.H., Welch, K.J.: Pediatric Surgery. Vol. 2, ed. I, Chicago, Year Book Medical Publishers, 1962, p. 1234.
3. Loyal, D.: Textbook of Surgery, ed. 8, Philadelphia and London, W. B. Saunders Company, 1966, p. 1402.
4. Meritt, H.H.: A Textbook of Neurology, ed.4, Philadelphia, Lea-Febiger, 1963, p. 417.
5. W. Bryan, J.: An Introduction to Neurosurgery, ed. 2, London, William Heinemann Medical Book Limited, 1970, p. 319.