

AKUT SENTRAL SERVİKAL SPİNAL KORD SENDROMU (")

(Bir vaka nedeniyle)

Dr. Sabahattin ÇOBANOĞLU (x)

Dr. Bahattin UÇAR (xx)

Dr. Cengiz KUDAY (xxx)

Dr. İbrahim İYİĞÜN (xxxx)

ÖZET:

Travmatik spinal kord sendromlarından olan akut sentral servikal spinal kord sendromu, kordun sentral kısmının etkilenmesine bağlı olarak, üst ekstremitlerde daha bariz olmak üzere tüm ekstremitelerde motor zaaf, idrar retansiyonu ve lezyonun altında his kaybı ile karakterize bir sendrom olup, olguların bakımı, tedavisi, diğer tip spinal kord sendromlarından farklılık göstermektedir.

Bu çalışmada, bu sendromlu bir vaka takdim edilerek, ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

GİRİŞ:

1954 yılında ilk defa SCHNEIDER tarafından tarif edilmiş olan bu sendrom (1), dramatik bir şekilde veya ani olarak ortaya çıkabildiği gibi, bazen gözden de kaçabilmektedir (2). Bu sendromun gözden kaçması, hastanın nörolojik olarak daha da kötüleşmesine sebep olmaktadır (2).

Travmatik spinal kord sendromları 4'e ayrılır (3).

1- Komplet transvers myelopati (tam kesi).

2- Anterior spinal kord sendromu.

3- Brown-Sequard sendromu.

4- Akut sentral servikal spinal kord sendromu.

(") Bu çalışma ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'nde 16-20 Haziran 1986 tarihlerinde düzenlenen GENEL TIP KONGRESİ'nde sunulmuştur.

(x) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı Yard.Doçenti-EDİRNE.

(xx) Devlet Hastanesi Nöroşirürji Kliniği-EDİRNE.

(xxx) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı Doçenti-İSTANBUL.

(xxxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Yrd. Doçenti-ERZURUM

Komplet transvers myelopati en kötü nörolojik defisitle karakterizedir ve lezyon seviyesi altında his ve motor fonksiyonlarda tam kayıp vardır. Bu sendromlu travmatik vakalarda ki nörolojik tablonun medikal veya cerrahi tedavi ile düzelmediği bildirilmiştir. (4,5). Anterior spinal kord sendromunda, spinal kordun 2/3 ön kısmı yani kortiko-spinal ve antero-lateral spinotamik traktusların etkilenmesi söz konusudur. Lezyon seviyesi altında motor fonksiyon kaybı, ağrı ve ısı his kaybı vardır. Bu sendromlu vakalarda arka kordon fonksiyonları korunmuştur (6) ve acil cerrahi müdahalenin (anterior approach) nörolojik tablonun düzelmesinde büyük yeri olduğu bildirilmiştir (7).

Brown-Sequard sendromu; sıklıkla penetre edici yaralanmalarda görülen ve spinal kordun hemi-seksiyonu ile ilgili bir sendromdur.

Akut sentral servikal spinal kord sendromunda spinal kordun sentral kısmı etkilenmektedir ve anatomik özellik dolayısıyla üst ekstremitelerde daha bariz olmak üzere, tüm ekstremitelerde motor zaaf, idrar retansiyonu ve lezyonun altında his kaybı vardır. Bu sendromlu vakaların tedavisi medikaldir, ancak iyileşmenin olmadığı durumlarda cerrahi müdahale gerekebilir. Yani acil cerrahi müdahale gerekmez. Bu noktayı vurgulamak üzere bir vaka sunulmuştur.

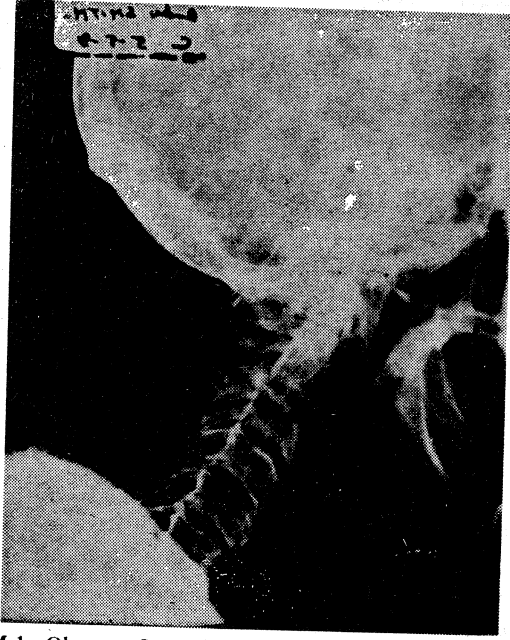
VAKA TAKDİMİ:

69 yaşında, erkek hasta 1981 de alkollü iken düştükten sonra Edinburh Üniversitesi Nöroşirürji Departmanı'na yatırılmıştır. Yapılan muayenesinde; sağ frontalde Laserasyon, kollarda kuvvetin 2/5, bacaklarda ise 4/5, idrarın retansiyonda ve hissiyetin normal olduğu saptandı. Planter cevap iki taraflı fleksördü. Hasta iki taraflı kol ve el parmaklarında uyuşukluk, karıncalaşma, yanma ve iğneleme gibi parestezik şikâyetlerden yakınuyordu.

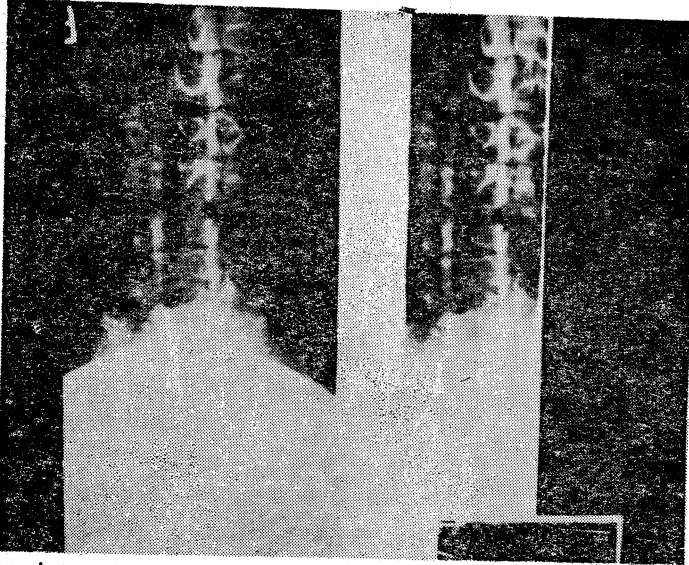
Bu nörolojik tablosu ile Akut sentral servikal spinal kord sendromu teşhisi konan hastaya çekilen direkt servikal grafide yaygın ve ileri derecede osteo-dejenerasyonun olduğu saptandı (Resim 1).

Bu vakada akut sentral servikal spinal kord sendromu düşünüldüğünden konservatif tedavisine karar verildi. Şöyleki: Fizyoterapi, servikal kollar ve stereoid tedavisi uygulandı. İlk bir kaçgün nörolojik düzelme olmasına rağmen, iyileşmenin daha ileri gitmemesi nedeniyle, vakaya yatışının 8. gününde Metrizamide 3.75 kullanarak sisternal ponksiyonla yapılan servikal myelografide C₃-C₇ arasında servikal kanalın stenotik olduğu görüldü (Resim-2).

Vakaya C₃-C₇ dekompresit laminektomi uygulandı ve postoperatif fizyoterapiye devam edildi. Hastanın nörolojik iyileşmesi pre-operatif devreye nazaran hızlandı.



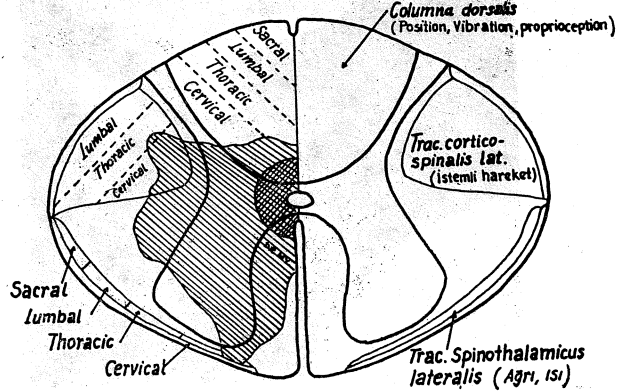
RESİM-1: Olgunun Lateral pozisyonundaki direkt servikal grafisi.



RESİM-2: Olgunun Metrizamit ile Yapılan A-P servikal myelografisi.

TARTIŞMA

a) Fizyolojik-patoloji: Servikal spinal kordun anatomik kesiti Şekil -1'de gösterilmiştir. Bu anatomik kesitte'de görüldüğü gibi servikal ve torasik lifler kordun merkezine (senter) daha yakın seyrettiği halde, alt ekstremitel lifleri daha lateral ve periferde yer alır. İdrar kesesi lifleri ise alt ve üst ekstremitel lifleri arasında bir yerde seyrettiği sanılmaktadır (1). (Şekil-1).



Şekil.1.1. Medulla Spinalis'in cervical bölümünden
Bir kesit

En sık olarak Hiperekstansiyon travmalarında görülen bu sendromla ilgili deneysel bilgi ve çalışmalar, travmanın spinal kordu orta hat üstünde arka-ön yönde kompresyona uğrattığını ortaya koymuştur (2).

Bu deneysel çalışmalar sonunda otopsi materyelleri tetkik edildiğinde; kordun sentral kısmında nekroz ve etrafında perifere yani traktuslara doğru uzanan düzensiz şekilde yer almış ödemin mevcut olduğu görülmüştür (1,2). (Şekil-1).

Nekroz ve hematomyeli irreversibl, ödem ise reversibl olup, olgulardaki nörolojik disfonksiyon bunlara bağlı olarak değişmektedir (1,2).

Ödem geriledikçe, nörolojik iyileşme anatomik bir patern gösterir; şöyleki, önce alt ekstremitelerde motor fonksiyon geri döner. bunu idrar kesesi fonksiyonunun geri dönüşü izler ve en son olarak kol ve parmaklarda motor fonksiyon geri döner (1,2).

His fonksiyonlarındaki iyileşme ise motor iyileşmede olduğu gibi özel anatomik bir paterni izlememektedir (1,2,8).

Olgularda ortaya çıkan parastezik şikayetlerin ise spinal kord da çaprazlaşan spino-talamik liflerin zedelenmesiyle ilgili olduğu sanılmaktadır (8). Nadir olarak

olgularda sadece his kusuru (parestezi, disestezi gibi) ortaya çıkar, motor kusur görülmeyebilir (2).

b) Etiyolojik mekanizma:

Etiyolojik faktör olarak en sık olarak hiperekstansiyon tarzındaki baş-boyun travmaları bildirilmiştir. (1,2). Bu tip travmalar, spinal kordun ön ve/veya arka yönde kompresyonuna hipertrofik ligamentum flavum, osteofitler veya dejenere protrude disk vasıtasıyla sebep olur (1) ve bu nokta kadavralarda yapılan myelografik tetkiklerde doğrulanmıştır (2).

Bu sendromla ilişkili diğer etiyolojik mekanizma olarak; ciddi servikal kompresyon fraktürleri, fraktür-dislokasyonları, konjenital spinal kanal darlığı (2), spinal kanala kurşun penetre olması (8), vertebro-baziler yetmezlik (9) ve intramedüller kanama veya tromboz (9) ileri sürülmüştür.

c) Bakım-tedavi:

Yüz veya frontal bölgede mevcut yüzeysel sıyrık, ekimoz gibi künt travma izleri olgunun hiperekstansiyon tarzında bir travmaya maruz kaldığını gösteren ip uçlarıdır (2) ve sentral kord sendromu tanısı konan hastaya hiperekstansiyona mani olmak üzere servikal kollar takılmalıdır (2). Nörolojik observasyona alınarak takip edilen olguların öncelikle konservatif tedaviye (steroid) alınmaları ve en kısa sürede fizyoterapi uygulanmasının gerekli olduğu bildirilmiştir (2).

Otörlerin çoğunluğu erken devrede myelografi veya cerrahi girişimin gerekli olmadığına inanmaktadır. Çünkü, olguların bazıları dekompresif laminektomiden sonra nörolojik olarak daha kötüye gitmiş veya eks olmuştur (1,2). Myelografide genellikle "stop" görülmez ve dolayısıyla acil cerrahi indikasyonunun olmadığı bildirilmiştir (2).

Bununla beraber otörlerin bir kısmı, stabilizasyon yani subakut safhaya ulaşan fakat nörolojik bir iyileşme göstermeyen olgularda ise, posterior veya anterior dekompresyonun indike olduğuna inanmaktadır (10).

Takdim edilen olgumuzda Akut sentral servikal spinal kord tanısı konarak, önce konservatif tedavi (servikal kollar, steroid tedavisi ve erken fizyoterapi) denendi. Nörolojik iyileşmenin istenilen hızda olmaması nedeniyle olgumuza konvensiyonel myelografi tetkiki (11) yapılarak, posterior dekompresyon ameliyatı yapıldı ve nörolojik iyileşmesi hızlandırıldı. Bu olgudan da anlaşılabileceği gibi, akut sentral kord sendromunun bakımı, tedavisi diğer tip travmatik kord sendromundan ayrılık göstermektedir.

d) Prognoz:

Sentral servikal kord sendromunun prognozu genellikle iyidir. Kordun sentral kısmındaki lezyonların çoğu stabil olduğu halde kanama karanyal ve kaudal yön- lere ilerleyebilir veya kordun diseksiyonuna sebep olarak olgunun ölümüne sebep

olabilir (2). Olguların bazılarında nörolojik defisit kalmadığı halde, bir kısmında ise genellikle üst ekstremitelerin özellikle el parmaklarını motor fonksiyonlarında iyileşme görülmeyebilir.

SUMMARY

THE SYNDROME OF ACUTE CENTRAL CERVICAL SPINAL CORD

Acute central cervical spinal cord syndrome, being a kind of traumatic spinal cord syndrome, is characterized by disproportionately more motor impairment of the upper than of the lower extremities, bladder dysfunction, usually urinary retention and varying degrees of sensory loss below the level of the lesion; management and treatment of those cases differ from those of the other spinal cord syndromes.

KAYNAKLAR:

- 1- SCHNEIDER, R.C.; CHERRY, G. and PANTEK, H: The Syndrome of acute central cervical spinal cord injury. J. Neurosurg: 11: 546-77. 1954.
- 2- MORSE, S.D.: Acute central cervical spinal cord syndrome. Annals of Emergency Medicine. 11 (8): 436-38, 1982.
- 3- WEISS, M.H.: Mid and lower cervical spine injuries. (In Neurosurgery. Eds: WILKINS, R.H. and RENGACHARY, McGraw Hill Book Co. 1708-15, 1985).
- 4- HEIDEN, J.S.: WEISS, M.H. and et al: Management of cervical spinal cord trauma in Southern California. J. Neurosurg. 43: 73236, 1975.
- 5- WAGNER, F.C. and CHEHRAZI, B.: Early decompression and neurological outcome in acute cervical spinal cord injuries. J. Neurosurg. 56: 699-705, 1982.
- 6- SCHNEIDER, R.C.: The Syndrome of acute anterior spinal cord injury. J. Neurosurg: 12: 95-122, 1955.
- 7- O'LAOIRE, S.B. and THOMAS, G.T.: Surgery in incomplete spinal cord injury. Surg. Neurol: 17: 12-15, 1982.
- 8- SCHNEIDER, R.C. and SCHEMM, G.W.: Vertebral artery insufficiency in acute and chronic spinal trauma. J. Neurosurg. 18: 348-360, 1961.
- 9- MORTARA, R.W. and FLANAGAN, M: Acute central cervical spinal cord syndrome caused by missile injury. Neurosurg. 6 (2): 176-180, 1980.

- 10- COOPER, P.R. and COHEN, W.: Evaluation of cervical spinal cord injuries with metrizamide myelography-CT scanning. J. Neurosurg. 61: 281-89. 1984
- 11- BOSE, B.; NORTHRUP, B.E. and et al.: Reanalysis of central cervical cord injury management. Neurosurg. 15 (3): 367-72, 1984.