Hydrosyringomyelia in an Ankylosing Spondylitis Patient After Stabilization Surgery

Ankilozan Spondilitli Hastada Stabilizasyon Cerrahisi Sonrası Gelişen Hidrosiringomyeli

Stabilizasyon Cerrahisi ve Hidrosiringomyeli / Hydrosyringomyelia and Stabilization Surgery

Deniz Öke Topcu[1], Sevgi Ikbali Afsar[1], Adem Topcu[2]
[1]Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı,
[2]Yenimahalle Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

"10th Mediterranean Congress of Physical and Rehabilitation Medicine and 13th National Congress of the Serbian Association of Physical and Rehabilitation Medicine", 29 Eylül - 02 Ekim 2013, Budva'da poster olarak sunulmuştur.

Özet

Ankilozan spondilit (AS), başlıca aksiyel iskeleti etkileyen kronik, sistemik, otoimmün inflamatuvar bir hastalıktır. Ankilozan spondilit tedavisinde güncel yaklaşımlara rağmen, progresif seyri nedeniyle sıklıkla torakolomber kifotik deformiteye neden olur. Bu deformitenin tedavisinde dekompresyon, stabilizasyon ve omurgada füzyon gibi birçok cerrahi prosedür uygulanmaktadır. Hidromyeli ve sirinks; spinal kord santralindeki dilatasyonu tanımlamak için kullanılan bir terminolojidir. Bazı yazarlar spinal operasyon ile ilişkili siringomyeli gelişimi rapor etmişlerdir. Bizim sunduğumuz ankilozan spondilit ile takip edilen 48 yaşındaki kadın hastada stabilizasyon cerrahisi geçirdikten sonraki yedinci yılda siringomyeli oluşumu ve buna sekonder spinal kord yaralanması izlenmiştir. Sonuç olarak stabilizasyon cerrahisi yapılan hastalarda nadir bir komplikasyon olan siringomyeli gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Ankilozan Spondilit; Siringomyeli; Stabilizasyon Cerrahisi

Abstract

Ankylosing Spondylitis (AS) is a chronic, systemic, and autoimmune inflammatory disease which mainly affects axial skeleton. Despite current approaches in ankylosing spondylitis treatment, the disease frequently causes to thoracolumbar kyphotic deformity due to its progressive course. Many surgical procedures including decompression, stabilization and final fusion could be performed for the treatment of kyphotic deformity. Hydromyelia and syrinx are the terms used to define dilatation in central spinal cord. Some authors reported syringomyelia progression related to spinal operation. In our case; 48-year-old woman, who has been followed for ankylosing spondylitis; spinal cord injury secondary to syringomyelia was detected 7 years after stabilization surgery. Consequently, it should be kept in mind that syringomyelia, which is a rare complication, may develop in patients who underwent stabilization surgery.

Keywords

Ankylosing Spondylitis; Syringomyelia; Stabilization Surgery

DOI: 10.4328/JCAM.2348 Received: 20.02.2014 Accepted: 05.03.2014 Printed: 01.08.2013 J Clin Anal Med 2013;4(suppl 4): 368-71
Corresponding Author: Deniz Öke Topcu, Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bahcelievler 06490 Ankara, Türkiye.
T.: +90 3122126650 F.: +90 3122157840 E-Mail: dr_denizoke@hotmail.com

Giriş

Spinal kordun kronik progresif bir hastalığı olan siringomyeli, patolojik olarak sıvı ihtiva eden, longitudinal kavitasyonlarla karakterize, nadir görülen bir durumdur. Kaudal fossa anomalileri (chiari malformasyonları), tethered spinal kord, travma, araknoidit, spinal kord tümörü gibi primer problemlerden kaynaklanabilen bu durumun daha nadir olarak spinal kord cerrahisi sonrası da görülebildiği bazı yazarlarca rapor edilmiştir [1,2].

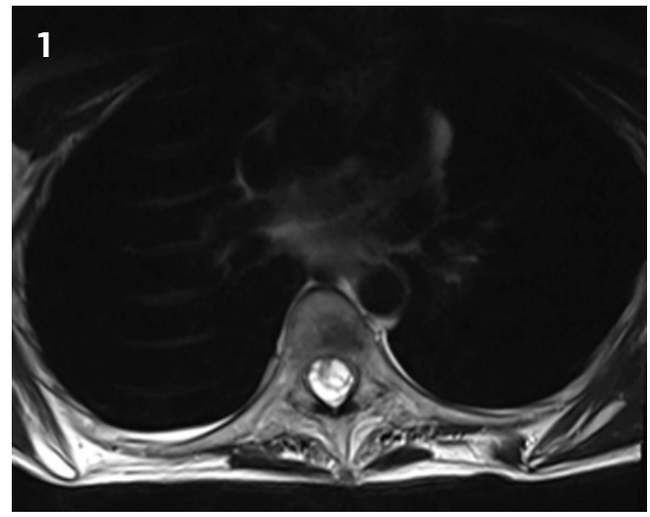
Ankilozan spondilit (AS), esas olarak genç erkeklerde görülen ve primer etkileri aksiyel iskelet üzerine olan, kronik sistemik inflamatuvar bir hastalıktır [3]. Omurga disk ve ligamanlarında progresif ossifikasyona, faset eklemlerde ankiloza yol açarak omurganın elastisitesini azaltır, hareketlerini kısıtlar ve sonuçta omurganın biyomekanik özellikleri değişir [4].

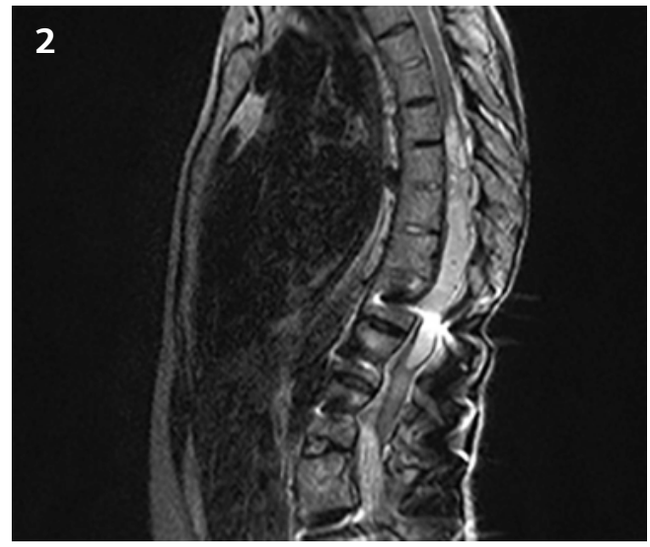
Bu yazıda, ankilozan spondilite sekonder kifoz nedeniyle uygulanan torakolomber spinal cerrahi sonrası uzun dönemde paraparezi gelişerek etyolojisinde siringomyeli saptanan ve cerrahi tedavi sonrası rehabilitasyon programı uygulanan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

48 yaşında kadın hasta bacaklarda güçsüzlük ve ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Kendisinden alınan bilgiye göre; yaklaşık 15 yıldır AS tanısı ile takip edildiği, 7 yıl önce kifoz nedeniyle stabilizasyon cerrahisi yapıldığı, yaklaşık 1.5 yıldır devam eden, belinden bacaklarına yayılan yanıcı tarzda ağrı ve uyuşma şikayeti olduğu öğrenildi. Medikal tedaviye rağmen şikayetlerinde artış olan hastanın çekilen torakolomber vertebral manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG); T8-T9 vertebra korpus seviyelerinde spinal kanalda T1AG'de hipointens, T2AG'de hiperintens, minimal periferal kontrast tutulumu gösteren, kordda minimal ekspansiyona neden olan kistik lezyon (intramedüller astrositom ile uyumlu) ve T10-L1 vertebra korpus seviyelerinde spinal kordda en geniş seviyede 1 cm genişlikte hidrosiringomyeli ile uyumlu alan saptanmış [Resim 1,2,3,4,5]. Hastaya T8-T9-T10 laminektomi, kitle eksizyonu, siringotomi ve duraplasti operasyonu yapılmış; eksize edilen materyalin patoloji sonucu fibro-osseöz lezyon ile uyumlu gelmiş. Operasyon sonrası hastanın sağ bacağında daha belirgin olan güçsüzlük, bacaklarda uyuşma ve yanıcı tarzda ağrı şikayeti devam etmiş. Hastanın özgeçmişinde AS dışında özellik yoktu. AS'ye yönelik başlanan antiinflamatuvar ve sulfasalazin tedavisini kendi isteği ile bıraktığı ve düzensiz olarak antiinflamatuvar ilaçlar kullandığı öğrenildi.

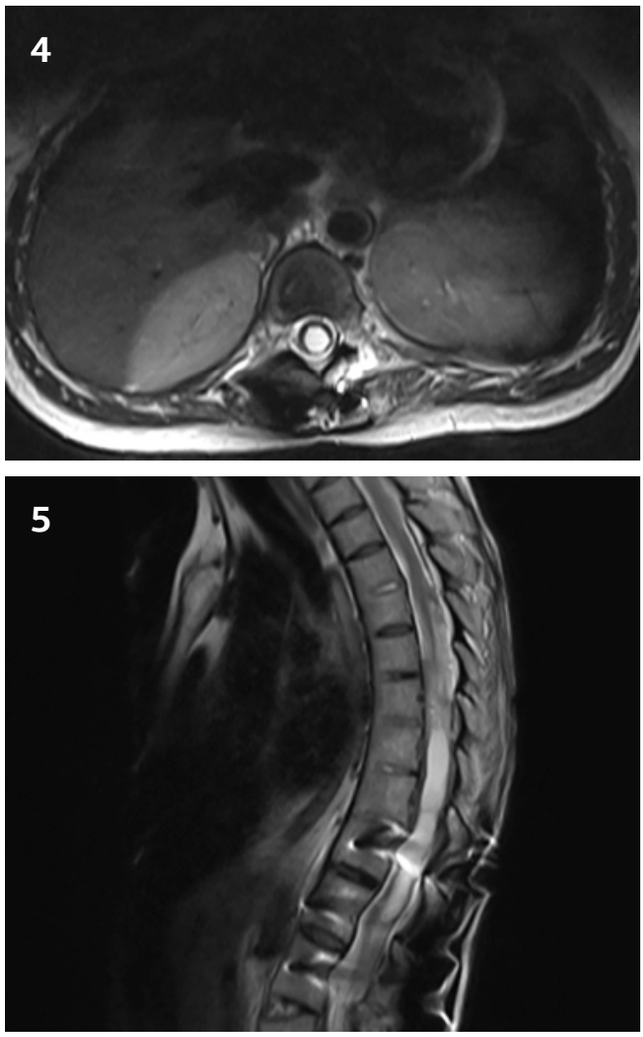
Fizik muayenesinde; kalça fleksiyonu ve diz ekstansiyonu sağda 5/5 solda 4/5, ayak bileği dorsifleksiyonu sağda 4/5 solda 3-/5, başparmak dorsifleksiyonu sağda 3/5 solda 2/5, ayak bileği plantar fleksiyonu sağda 3+/5 solda 3/5 kuvvetinde idi. Üst ekstremitelerde motor defisit saptanmadı. Yüzeyel duyu muayenesinde T10 dermatomu dahil normoestezik, distalinde hipoestezik olarak saptandı. S4-5 kısmi motor ve duyu fonksiyonu mevcuttu. Derin tendon refleksleri üst ekstremitelerde normoaktif, alt ekstremitelerde hipoaktif ve plantar yanıt bilateral lakayt bulundu. Hastanın Schober ve modifiye Schober ölçümleri ayakta durma dengesi yeterli olmadığından yapılamadı. Oksipit-duvar mesafesi 15 cm, göğüs genişliği 2 cm olarak ölçüldü. Tek kanedyen ile düz zeminde minimal yardımla kısa mesafe ambule olabiliyordu. İdrar ve gayta his ve kontrolü mevcut







Resim 1,2,3. T2 ağırlıklı aksiyel, sagital ve T1 ağırlıklı kontrast sonrası sagital görüntülerde spinal kordda T8-T9 seviyelerinde; T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens, kontrast sonrası T1 ağırlıklı sekanslarda minimal periferal kontrast tutulumu gösteren kistik lezyon izlenmektedir.



Resim 4,5. T2 ağırlıklı aksiyel ve sagital görüntülerde T10-L1 vertebra seviyelerinde hidrosiringomyeli izlenmektedir.

olan hastanın postvoiding rezidüsü saptanmadı.

Torakolomber vertebral grafide L5, L4, L2, L1, T12'de pedikküllerden korpusa uzanım gösteren vidalar ve posteriorda sabitleyici plak görünümü, yaygın osteoporotik görünüm, vertebra korpuslarında kareleşme, anterior ve posteriorda köprüleşen sindezmofitler, vertebra korpus end platelerinde reaktif değişiklikler ve skleroz mevcuttu. Sakroiliak grafide bilateral sakroiliak eklemler ankiloze olarak değerlendirildi. Rutin biyokimyasal tetkikleri, eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein normal sınırlardaydı.

Hasta "American Spinal Cord Injury Association" (ASIA) bozukluk skalasına göre T10 AIS D kabul edilerek kliniğimizde rehabilitasyon programına alındı. Hastaya eklem hareket açıklığı egzersizleri, progresif dirençli egzersizler, postür egzersizleri, yürüme eğitimi egzersizleri, denge koordinasyon egzersizleri ve alt ekstremitelere nöropatik ağrı nedeniyle TENS ve pulmoner rehabilitasyondan oluşan tedavi programı uygulandı. Rehabilitasyon programı sonunda tek nokta baston ile düz zeminde bağımsız ambule hale gelen hastanın yürüme paterninde iyileşme ve yürüyüş mesafesinde artış sağlandı.

Tartışma

AS'li hastalarda ligaman kalsifikasyonu ve sindesmofit oluşumuna bağlı ortaya çıkan vertebral füzyon spinal kolonun elastisitesini azaltır, hareketlerini kısıtlar. En sık görülen spinal deformite, torakolomber kifoz deformitesidir. AS'li hastaların büyük çoğunluğunda görülen bu deformite; mobilitede azalma ve solunum fonksiyonlarında bozulmaya neden olur [4]. Konservatif tedavinin başarısız kaldığı durumlarda, spinal kolonun sagital balansını düzeltmek için cerrahi tedavi gündeme gelmektedir. Bu amaçla dekompresyon, stabilizasyon ve omurgada füzyon gibi birçok cerrahi prosedür uygulanmaktadır. AS'li hastalarda yapılan spinal cerrahilerde, diğer erişkin spinal cerrahilerle kıyaslandığında komplikasyon gelişme oranı daha yüksektir. Enfeksiyon, enstrümentasyonda başarısızlık, vasküler ve nörolojik komplikasyonların görülmesi nadir değildir [5]. Bizim vakamızda ise postoperatif kısa dönemde herhangi bir komplikasyon görülmezken, operasyondan yedi yıl sonra siringomyeli saptanmıştır. Siringomyelinin en önemli klinik belirtisi ağrıdır. Alt ekstremite güçsüzlüğü diğer yaygın semptomlardan biridir. MRG siringomyeli tanısında oldukça önemli bir yöntemdir [2]. Radyolojik tanıda intravenoz ve intratekal kontrastlı tomografi ve miyelografi gibi birçok modalite kullanılabilmesine rağmen MRG hala altın standarttır. Ancak radyolojik bulgular patognomonik değildir ve siringomyeli diğer patolojilerle karışabilir. Literatürde intramedüller tümörü taklit eden ve yapılan operasyon sonrası siringomyeli tanısı konulan birkaç vaka tanımlanmıştır [6]. Bizim vakamız da paraparezi gelişmesi üzerine değerlendirilmiş ve radyolojik olarak intramedüller tümör ön tanısı almıştır. Bu durumda tanıyı doğrulama ve tedavi amacıyla yapılan cerrahi girişim önem kazanmaktadır.

Yapılan bir çalışmada; spinal kord tümörü, travma, skolyoz, servikal spondilotik myelopati ve tethered kord sendromu gibi nedenlerle dekompresyon cerrahisi yapılan 181 hastanın 13'ünde postoperatif dönemde çekilen MRG'de siringomyeli saptanmıştır. Dekompresyon cerrahisi uygulanan hastalarda spinal kordun ani olarak dekompresyonu sonucu kord genişleyerek ve ödem, kist, nekroz, malezi zemininde siringomyeli gelişebileceği öne sürülmüştür [1]. Spinal kord progresif olarak komprese olursa uzun dönemde araknoid adezyon gelişerek subaraknoid mesafede obstrüksiyon oluşturabilir. Özellikle 4. ventrikül bloke olduğunda ani dekompresyon, dejenerasyon, nekroz ve kord santralindeki alanın yumuşaması ile birlikte spinal kordda dilatasyona neden olabilir. Lezyon üzerindeki atım basıncı lezyonun vertikal olarak genişleyip siringomyeli gelişmesine katkıda bulunur [7].

AS ve spinal kord lezyonu birlikteliğinde tedaviyi zorlaştıran ve sonuçları etkileyen bir takım faktörler vardır. Azalmış aerobik kapasite ve bozulmuş pulmoner fonksiyonlar AS'li hastalarda sık görülmekte ve hastanın genel durumunu belirgin olarak etkilemektedir. Ayrıca, mobilitenin azalması da genel durum bozukluğuna neden olmaktadır. AS'e ait diğer sistemik tutulumların olması ve yine hastalığın kendisine ait kas iskelet sistemi problemleri bu grup hastalarda tedavi sonuçlarını etkiler [8]. Bu nedenle AS ve spinal kord lezyonu birlikteliği olan hastalarda rehabilitasyon sürecinde tedavi programı hastaya uygun olarak planlanmalı, olası komplikasyonlar açısından yakın takip yapılmalı ve koruyucu önlemler alınmalıdır.

AS'li hastalarda ağrı karakteri değiştiğinde ve yeni bulgular ortaya çıktığında etyolojinin araştırılması önemlidir. İleri dönemdeki AS'li hastaların travmatik spinal kord lezyonu gelişimi açısından risk altında oldukları bilinmektedir. Özellikle vertebral cerrahi geçiren hastalarda siringomyeli gelişimi de akılda tutulmalı ve ayırıcı tanıya dahil edilmelidir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Jiangang S. Syringomyelia after operation: diagnosis and its formational mechanism. J of Medical Colleges of PLA 2008;23:116-20
2. Rusbridge C, Greitz D, Iskandar BJ. Syringomyelia: current concepts in pathogenesis, diagnosis, and treatment. J Vet Intern Med 2006;20(3):469–79.
3. Hanedan MO, Parlar AI, Babaroglu S, Yay K, Altıntas G. Cor triatriatum with ankylosing spondylitis: case report. J Clin Anal Med 2013; DOI: 10.4328/JCAM.167
4. Thumbikat P, Hariharan RP, Ravichandran G, McClelland MR, Mathew KM. Spinal cord injury in patients with ankylosing spondylitis: a 10-year review. Spine 2007;32:2989-95.
5. Sansur CA, Fu KM, Oskouian RJ Jr, Jagannathan J, Kuntz C 4th, Shaffrey CI. Surgical management of global sagittal deformity in ankylosing spondylitis. Neurosurg Focus 2008;24(1):E8
6. Abuzayed B, Dashti R, Erdincler P, Ozlen F, Kafadar AM, Ciplak N. Terminal syringomyelia mimicking an intramedullary tumor: case report. Turk Neurosurg 2010;20(2):247-50
7. Rusbridge C, MacSweeny JE, Davies JV. Syringomyelia in cavalier King Charles spaniels. J Am Anim Hosp Assoc 2000;26:34–41
8. Jacobs WB, Fehlings MG. Ankylosing spondylitis and spinal cord injury: origin, incidence, management, and avoidance. Neurosurg Focus 2008;24(1):E12.

How to cite this article:
Topcu DÖ, Afsar Sİ, Topcu A. Hydrosyringomyelia in an Ankylosing Spondylitis Patient After Stabilization Surgery. J Clin Anal Med 2013;4(suppl 4): 368-71.