

FİZİKSEL TIP

SERVİKOTORASİK SPİNA BİFİDA: OLGU SUNUMU

CERVICOTHORACIC SPINA BIFIDA: CASE REPORT

Aydan KURTARAN MD*, Ayşe KARAMERCAN MD*, Sibel ÖZBUDAK DEMİR MD*, Gülümser AYDIN MD**

* Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi

** Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

ÖZET

Spina Bifida; nöral kanalın mezodermal kapanma aşamasındaki yetersizliğine bağlı gelişen bir kemik defektidir. Spina bifida okültta varlığı genel popülasyonda nadir olmamakla birlikte genellikle asemptomatik seyir izler. Spinal kolon kapanma defekti servikotorasik bölgede nadir olup, beraberinde gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle erken tanı konulması önem taşır. Biz bu makalede 48 yaşında tanı konulan bir servikotorasik spina bifida okültta vakasını sunduk.

Anahtar kelimeler; spina bifida, spinal disrafizm

SUMMARY

Spina bifida is a bone defect, caused by impairment of closing in mesoderm. General population spina bifida occulta is one of the most common congenital defect with asymptomatic clinical progress. Although closing defect of spinal colon in cervicothoracic segment is rare, it's early diagnosis is very important because of complications. In this article we introduce a cervicothoracic spina bifida occulta case, diagnosed in 48 years old.

Key words; spina bifida, spinal dysraphism

GİRİŞ

Spina bifida (SB); vertebral arkusların erken fetal hayatta oluşan nedeni bilinmeyen posterior kapanma defektidir (1). Vertebral kolon boyunca herhangi bir yerde görülebilmekle birlikte genellikle lomber ve lumbosakral bölgede izlenir (2,3). Spina bifida okültta (SBO) ve aperta (kistika) formu olarak 2 gruba ayrılır. Sadece kemik yapıda görülen defekt SBO olarak adlandırılır ve genellikle herhangi bir şikayete neden olmaz. Nöral yapıların da eşlik ettiği aperta formunda motor paralizi, duyu defisitleri, çeşitli kas-iskelet sistemi sorunları, hidrosefali, osteoporoz, kognitif sorunlar, tonus bozuklukları, mesane-barsak problemleri ve epileptik nöbetlerle belirti veren geniş bir klinik izlenebilir (4).

Biz bu olgu sunumunda boyun ağrısı ile belirti veren ve nörolojik defisite yol açmayan bir servikotorasik spina bifida vakasını sık görülmemesi nedeniyle incelemeyi ve spinal disrafizm kliniğini gözden geçirmeyi amaçladık.

OLGU

48 yaşında kadın hasta boyun ve boyundan sağ omuza yayılan ağrı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde

herhangi bir travma veya zorlanmaya rastlanmadı. Hasta; birkaç aydır bu şikayeti olduğunu, ağrı nedeniyle günlük yaşamında zorlandığını ve uyku düzeninin bozulduğunu söylüyordu. Fizik muayenesi normal olan hastanın hafif kifotik bir postürü mevcuttu. Lökomotor sistem muayenesinde, boyun eklem hareketleri her yöne hareket sonuna doğru ağrılı ve limitli, servikotorasik paraspinal kaslar ve her iki m. trapeziuslar gergin ve palpasyonla ağrılı idi, her iki üst ve alt ekstremitte nörolojik muayenesinde; motor, duyu, refleks ve tonusu normal ancak ara ara sağ kola yayılan karıncalanma tarzında parastezik yakınması mevcuttu. Hastanın diğer eklem hareketleri açık ve ağrısızdı. Rutin biyokimya ve hemogram değerleri normal olarak elde edildi. Dört yönlü servikal grafide minimal dejenerasyon yanında T1 vertebra arkasında tam kapanmama dikkati çekti (Şekil 1). Ayırıcı tanı amacıyla çekilen servikotorakal Bilgisayarlı Tomografi 'de (BT) T1 arkının posteriorunda kapanma defekti tespit edildi, spinal kordda herhangi bir patoloji izlenmedi ve SBO tanısı konuldu (Şekil 2). Her ne kadar okültta formu nörolojik sorunların eşlik etmediği form olarak kabul edilse de lezyonun servikotorasik bölgede olması ve hastada oldukça rahatsızlık oluşturan boyun ağrısı ve sağ koldaki aralıklı karıncalanma şikayeti nedeniyle omurilik ve/veya

kök üzerine olabilecek bası yada gerginliği ekarte etmek amacıyla her iki üst ekstremitte ve servikotorasik paraspinal kaslara elektrofizyolojik inceleme yapıldı. Normal bulgular elde edilmesi üzerine hastanın boyun bölgesine ve üst ekstremitesine yönelik egzersiz, medikal tedavi ve fizik tedavi verildi. Hastaya tanıyla ilgili bilgi verilerek takip önerildi.

servikal ve servikotorasik bölgede %4-8 oranında rastlandığı bildirilmektedir (8,9). SBO formunda spinöz proses yokluğu ve lamina defekti mevcut olmakla birlikte beraberinde meningeal veya nöral doku herniasyonu yoktur. Bununla birlikte vertebral kanalın dışında yer alan yapılar kanal içine doğru yer değiştirebilirler ve bu durum da spinal kordun kanal içindeki hareketini sınırlayarak gergin kord sendromuna yol açabilir. Hastalardaki defisitlerin geriye dönüşümsüz olması nedeniyle erken tanı önem kazanmaktadır. Bu aşamada fizik muayene bulguları ve özellikle sırt bölgesinde yer alan orta hat yerleşimli cilt lezyonları oldukça değerlidir.

Gergin kord sendromu ve bu sendromun anatomik karakteristikleri iyi bilinmekle birlikte genellikle kaudal spinal kord bölümlerinde bildirilmektedir. Alt torasik spinal kordu ilgilendiren yayınlar olmakla birlikte servikal spinal kordu ilgilendiren gergin kord vakaları oldukça azdır. Eller ve arkadaşlarının sundukları vakada konjenital midservikal bölgede dermal sinüs ile doğan ve C1'de spina bifida okültası mevcut olan 23 yaşındaki hastaya bacaklarda incelleme ve güçsüzlük şikayeti araştırılması sonucu gergin kord sendromu tanısı konmuş ve operasyon uygulanmıştır (10). Arnold Chiari malformasyonu ve sirinohidromiyeli ile birlikte olan spina bifidaya bağlı gelişen servikal kord lezyonları daha iyi bilinmekle birlikte tek başına görülen servikal spina bifida varlığında gelişen kord patolojilerine literatürlerde az rastlanmaktadır (11,12). Seichi ve ark.'nın çalışmasında servikal spina bifida zemininde gelişen servikal kord atrofisi sebepleri olarak gergin kord, disrafik durum ve sirinksin spontan rüptürü sıralanmış ve spina bifidalı hastalarda servikal miyelopati nedeni olarak servikal kord atrofisini de içeren ayırıcı tanı yapılması gerektiği belirtilmiştir. Redla ve ark.'nın çalışmasındaki iki vakada servikal spina bifida okültası ve hipoplazik faset eklemiyle birlikte spondilolizis tespit edilmiş ve boyun ve üst ekstremitte ağrısı olan hastalarda kesin tanı için magnetik rezonans görüntülemenin (MRG) önemi belirtilmiştir (13). Takahashi ve ark. ise C1'den T1'e kadar spina bifida okültası olan 16 yaşında erkek çocukta fleksiyon travması sonrası gelişen miyelopati olgusunu sunmuş ve arka elemanlardaki kemik anormalliğinin bu kliniğin oluşumunu agra ve ettiğini belirtmişlerdir (14). De Bono'nun sunduğu vakada ise 59 yaşındaki aralıklı boyun ağrısından yakınan erkek hastanın direk servikal grafisinde C6 spinöz prosesinde destrüktif görüntü izlenip, BT'de C6 vertebrada spina bifida okültası tes-

Şekil 1. Hastanın servikal x-ray görüntüsü.

Şekil 2. Hastanın servikotorakal BT görüntüsü

TARTIŞMA

Spinal disrafizm hakkında geniş bir literatür bilgisi olmasına rağmen, servikal lezyonlarla ilgili çok az bildiri mevcuttur (5). Spina bifida lezyonunun görüldüğü bölgeler genellikle alt torakalden itibaren başlamaktadır (6). Çocuklarda %1 servikal, %1 üst torasik bölgede vertebral kapanma defekti olduğu bildirilmekle birlikte bir çok vakada radyolojik vertebra düzeyi ile nörolojik lezyon düzeyinin korele olmadığı bilinmesi önemlidir (7). Bazı çalışmalarda spina bifida kistika formuna

bit edimiş ve SBO'nun alışılmamış bölgelerde görülebileceği ve destrüktif lezyonu taklit edebileceği bildirilmiştir (15).

Biz bu vakanın hem az rastlanan ve alışılmadık lokalizasyonunda görülen SBO vakası olması hem de nörolojik defisite yol açmaması nedeniyle ilgi çekici olduğunu düşündük ve sonradan gelişebilecek komplikasyonları önlemek adına boyun ağrılı vakalarda çok fazla patolojik bulgu olmasa da direk görüntüleme yapılması ve en küçük şüpheli görüntüde BT, MR gibi ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulmasının tanı, tedavi ve takipte oldukça değerli olabileceği sonucuna vardık.

KAYNAKLAR

- Hizmetli S, Özcan Yıldız E. Doğumsal ve perinatal bozukluklar. In: Oğuz H ed. Tıbbi Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Kitabevi, 1995: 664-69.
- Types of spinal bifida. Rothstein JM, Roy SH, Wolf SL eds. In: The Rehabilitation Specialist's Handbook, Philadelphia: F.A Davis Company, 1991: 398.
- Tümer Y. Bel ve Sırt Ortopedi İlkeleri ve uygulamaları. Turek SL ed. In: Ege R çev Ortopedi İlkeleri ve uygulamaları. Cilt II. Ankara: Yargıçoğlu Matbaası, 1980: 1383-1530.
- Özaras N. Spinal Disrafizm. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y eds. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Cilt 2. Ankara: Güneş Kitabevi, 2000: 2440-50.
- Steinbak P, Douglas Cochrane D. The nature of congenital posterior cervical cervicothoracic midline cutaneous mass lesions. J Neurosurg 1991, 75: 206-212.
- Yalçın S. Omurga Sorunları. In: Özaras N, Yalçın S ed. Spina Bifida Tedavi ve Rehabilitasyon. İstanbul: Marmara Ün. Tıp Fak Kitabevi 37-48.
- Hays RM, Massagli TL. Rehabilitation concepts in myelomeningocele. In Braddom RL ed. Physical Medicine and Rehabilitation . Philadelphia: WB Saunders , 1996: 1213-29.
- Dolan KD. Developmental abnormalities of the cervical spina bifida below the axis. Rad. Clin of North Am 1997; 2: 167-175.
- Barson AJ. Spina bifida: The significance of the level and extend of the defect to the morphogenesis. Dev. Med Child Neurol 1970;12: 129-144.
- Eller TW, Bernstein LP, Rosenberg RS, Mc Lone DG. Tethered cervical spinal cord case report. J Neurosurg 1987; 67:600-602.
- Mazur JM, Menelaus JM. Neurologic status of spina bifida patients and the orthopedic surgeon. Clin Orth and Related Research 1991; 264: 54-64.
- Seichi A, Hoshino Y, Ikegawa S et al. Servikal spinal cord atrophy associated with spina bifida. Paraplegia 1993; 31: 262-264.
- Redla S, Sıkdar T, Saifuddin A, Taylor BA. Imaging features of cervical spondylolysis-with emphasis on MR appearances. Clin Rad 1999; 54: 815-820.
- Takahashi T, Hattori K, Imagawa K et al. Cervikal flexion myelopathy associated with cervical spina bifida occulta-case report. Neurol Med Chir 1995; 35(6): 392-394.
- De Bono V, Marchiori DM. Spina bifida occulta mimicking a destructive lesion. J Manipulative Physiol Ther 1998; 21 (6) : 419-422.

YAZIŞMA ADRESİ

Aydan KURTARAN
Yıldız 4. Cad 18. Sok 1/11
Yıldızevler /ANKARA