

## FİZİKSEL TIP

### SERVİKAL SPONDİLOTİK MİYELOPATİ İLE BİRLİKTE SİRİNGOMİYELİ : VAKA SUNUMU

#### CERVICAL SPONDYLOTIC MYELOPATHY WITH SYRINGOMYELIA : A CASE REPORT

Belgin KARAOĞLAN MD\*, Figen GÖKOĞLU MD\*, Z. Rezan YORGANCIOĞLU MD\*

\* S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

#### ÖZET

*Siringomyeli, spinal kordun kronik, progressif, dejeneratif bozukluğudur. Segmental dissosiyasyon duyu kaybı tipik özelliğidir. Siringomyeli, başta konjenital malformasyonlar olmak üzere çeşitli hastalıklarla birlikte bulunabilir. Servikal spondiloz bulguları ile birlikte siringomyeli tespit edilen bir vakayı bu çalışmada sunuyoruz.*

**Anahtar Sözcükler :** Siringomyeli, spondilotik miyelopati

#### SUMMARY

*Syringomyelia is a chronic, progressive, degenerative disease of the spinal cord. Segmental dissociation loss of sensitivity is the characteristic presentation. Syringomyelia may be found together with variable disease especially congenital malformation. We present a case of syringomyelia with cervical spondylosis findings.*

**Key Words :** Syringomyelia, spondylotic myelopathy

Siringomyeli, spinal kordda bir yada birkaç segmente uzanan longitudinal kaviteyle kendini gösteren kronik bir hastalıktır. Başta Chiari malformasyonu olmak üzere özellikle vertebral kolonu ilgilendiren çeşitli konjenital anomalilerle birlikteliği sıktır. (1,2) Patogenezi tam olarak bilinmemekte olup intramedüller tümörler, spinal kordun daha önceki cerrahisi, travmatik nekrozu, enfeksiyonu, spondilotik miyelopati gibi durumlarla ilişkili bulunmuştur.(3)

Spinal kordun özellikle ön komissürde çaprazlaşan ağrı ve ısı ileten liflerini tutarak oluşan ve üst ekstremitelerde tipik olan dissosiyasyon duyu bozukluğunda, basit dokunma, pozisyon ve vibrasyon duyusu korunmuştur. İlerlemiş vakalarda kortikospinal traktus ve posterior kolonda tutularak spastik parezi, paralizi veya ataksiyle seyreden vakalarda olabilmektedir

Siringomyelik kaviteyonun tanısında ve tedavisinin izlenmesinde magnetik rezonans görüntüleme (MRG) günümüzde en duyarlı yöntemdir.(4) Tedavisi esas olarak cerrahidir ve yöntem konusunda tam bir standardizasyon yoktur. Oluşan komplikasyonlara yönelik fizik tedavi ve rehabilitasyon programı uygulanmaktadır. (5)

Servikal şikayetlerle başvuran ve servikal miyelopati bulgularıyla birlikte siringomyeli tespit edilen bir vakayı bu makale-

de sunacağız.

#### Vaka Takdimi

41 yaşında ilkökul mezunu bayan hastanın, 3-4 yıldır boyun, her iki kol, bel ve bacaklarında ağrı şikayeti mevcuttu. Ağrı aktivite ile artmakta istirahatle azalmaktaydı. Özellikle sol kolda, ağrı, güçsüzlük, karıncalanma şikayetleri daha belirgindi. Hastamız bir yıl önce yine bu şikayetleri nedeni ile fizik tedavi almış fakat yeterince fayda görmemişti.

Hastanın soy geçmişinde annesinde astım bronşiale vardı. Öz geçmişinde ise iki senedir hipertansiyonu var ve medikal tedavi ile regüle, aynı zamanda astım bronşialesi de mevcut idi.

Sistem sorgulanmasında ; solunum sisteminde dispne, öksürük ve balgam şikayeti mevcuttu. Oskültasyonda ekspiryum uzamış ve bilateral alt zonlarda ronkusalı vardı.

Lokomotor sistem muayenesinde ; Boyunda servikal lordozda azalma, bilateral paravertebral adale spazmı, bilateral erb noktalarında hassasiyet vardı. Boyun ROM (Ronge of mation) ları özellikle lateral fleksiyonları ve rotasyonları belirgin olmak üzere her yöne kısıtlı ve ağrılı idi. Kompresyon ve distraksiyon testi pozitifdi. Her iki omuz başında hassasiyet vardı.

Sol üst ekstremitesinde C6-C7'ye uyan minimal kuvvet kaybı, yine sol üst ekstremitesinde tüm dermatomlarda duyu kaybı vardı. Derin tendon refleksleri normoaktifti.

Bel muayenesinde ; paravertebral adale spazmı mevcut olup ROM ları her yöne minimal kısıtlı ve ağrılı idi. Laseque sağ tarafta 50 derecede pozitif. Siyatik valleks hassasiyeti sağda pozitifdi.

Alt ekstremitede sağda ; L5-S1 de kuvvet kaybı vardı.L5-S1dermatomunda hipoestezi mevcuttu. Derin tendon refleksleri ise normoaktifti.

Hastanın labaratuvarında,tam kan sayımında demir eksikliği anemisi dışında bir patoloji yoktu. Periferik yayma, rutin biyokimyasal tetkikler ve idrar tetkiki normaldi. Westergren metoduyla bakılan sedimantasyon hızı 10 mm/h idi. CRP : 6.4 mg/Lt tespit edilen hastanın Romatoid Faktör (Latex) testi negatifti.

P.A. Akciđer grafisinde aort kavsi belirgin, kardiyotorasik indeks normalin üst sınırında bilateral üst loblarda havalanma artışı izlenmişti. Ön-arka servikal grafide prosessus uncinatuslarda sivrileşme, C5-6, C6-7 arası daralma gözlendi. Vertebra- larada spondiloza ait dejeneratif değişiklikler mevcuttu. Oblik

grafide ise 5. ve 6. ıncı foraminalarda daralma mevcuttu.

Servikal MRI'ında vertebra köşelerinde dejeneratif spur formasyonları mevcuttu. Servikal aks düzleşmiş tüm intervertebral diskler dejenere görünümdeydi. C5-C6 ve C6-C7 seviyede uncinat proces ve faset eklem hipertrofilerine sekonder nöral foraminalarda önemli derecelerde daralma mevcuttu. C6-C7 vertebral seviyesinde siringomiyeli ile uyumlu görünüm mevcuttu. (Resim1,2)

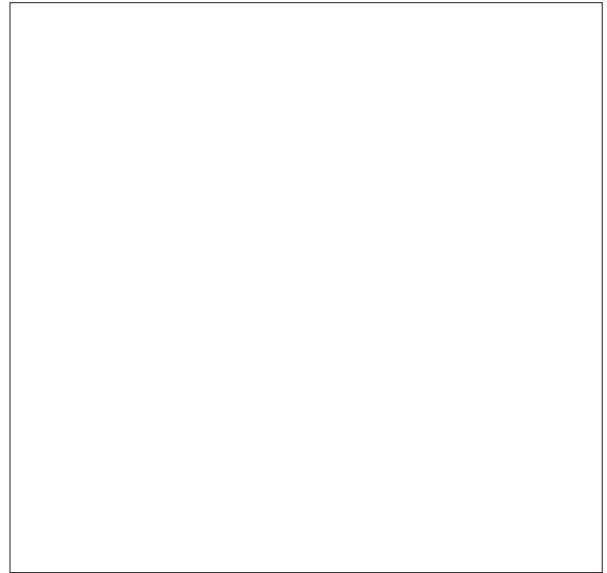
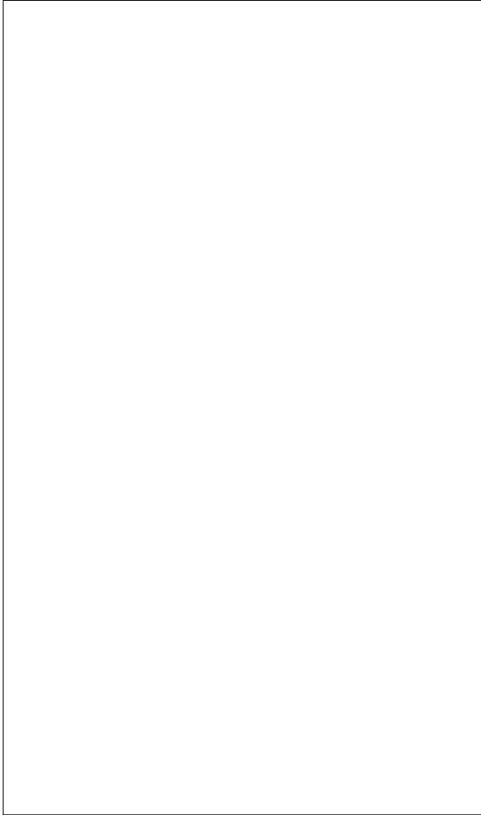
Lumbosakral spinal MRI incelemesinde ise, tüm lumbal intervertebral disklerde dejenerasyon mevcuttu. L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde minimal posterior santral soft disk protrüzyonları izlenmekte olup , anterior epidural yağ mesafesi kısmen oblitere olarak tespit edildi.

Hastanın yapılan üst ekstremitte EMG'sinde ; C5-6 miyotomlarında nörojenik lezyon, sol deltoid ve biceps kaslarında denervasyon potansiyelleri, polifazik Motor Ünit Potansiyel (MÜP) aktivitelerinde artma bulunmuş, incelenen sinirlerin motor ve duyuşal distal latansları ve iletim hızları normal olarak tespit edildi

Hasta bu şikayetleri için servisimizde ; servikal bölgeye elektroterapi, yüzeyel ısıtıcı, masaj ve beline de elektroterapi, yüzeyel ve derin ısıtıcı aldı ve tedaviden faydalanarak taburcu edildi.

### Tartıřma

Siringomiyeli çeşitli klinik bulgularla kendini gösterebilmekle



birlikte spesifik bulgusu yoktur. Tek bir hastalıktan ziyade spinal korddaki, sıvı dolu kavitenin lokalizasyonu, boyutu ve yayılımına göre belirti ve bulgular çıkmaktadır.(6)

Genellikle servikal ve servikotorakal bölge tutulumu olduğu için üst ekstremiteleri ilgilendiren bulgular vardır. Boyun ve başda içine alan ağrı ve güçsüzlük yanı sıra esas tipik semptom, pelerin tarzında his bozukluğu, ağrı ve ısı hissi kaybı olup, dokunma duyusu normaldir. Ellerde intrinsek atrofi, posterior kolon tutulumu olmuşsa, derin duyuya ait bozukluklarda olabilir.

Eller ve parmaklarda ağrısız şişlikler, eklem destrüksiyonları ile seyreden nöropatik eklemlerde nadiren rastlanabilir. Olay ilerlediğinde, alt ekstremitelerde spastisite, patolojik refleksler, ataksi, nörojenik mesane ve barsak nadiren görülen bulgulardır. (3,7,8)

Hastamızda üst ekstremiteleri ve toraksı tutan belli dermatomlara uymayan tarzda his kaybı, C6-7'ye uyan hafif güç kaybı mevcuttu.

Siringomiyelideki elektrofizyolojik bulgular nonspesifiktir ve etkilenen kaslarda polifazik MÜP'ler, fibrilasyon, pozitif keskin dalgalar gözlenebilir. Duyusal sinir aksiyon potansiyelleri korunmuştur. (9) Vakamızdaki elektrofizyolojik bulgular ise; C5-6 miyotomlarında nörojenik lezyon, sol deltoid ve biceps kaslarında denervasyon potansiyelleri, polifazik MÜP aktivitelelerinde artma şeklindedir. İncelenen sinirin motor ve duysal distal latansları ve iletim hızları normal olarak tespit edilmiştir.

Bu hastalığın etyolojisi ve birlikte bulunabildiği durumlar çok çeşitlidir. Konjenital malformasyonla birlikteliği yanısıra, spinal kord tümörleri, enfeksiyonları, travma, spondilozis gibi durumlarla birarada siringomiyeli tespit edilmiştir.(8)

Servikal spondilolitik miyelopatiyi komplike hale getirebilen, si-

ringomiyeli olgusu yayınlanmıştır. (10) Bizim vakamızda, servikal spondilozis bulgularına ilave olarak, tutulan dermatoma uygunluk göstermeyen his bozukluğu, güçsüzlük gibi bulgular, servikal MRG'de C6-7 seviyesindeki sirinksin görüntüsü ile açıklanmıştır.

#### KAYNAKLAR

1. Mallucci CL, Stacey RJ, Miles JB et.al. Idiopathic syringomyelia and the importance of occult arachnoid webs, pouches and cysts. Br J Neurosurg,1997;11:4: 306-309.
2. Oakes WJ. Chiari Malformations, Hydromyelia, Syringomyelia. In: Robert HW, Setti SR. Neurosurgery. International Ed. 1996: 3593-3616
3. Bergman SB, Yarkony GM, Stiens SA. Spinal cord injury rehabilitation. 2. Medical complications. Arch Phys Med Rehabil, 1997; 78: 53-58.
4. Zimmerman RD, Weingarten K, Johnson CE, et.al. Neuroradiology of the spine . In :Youmans JR. Neurological Surgery. Third Edition W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1990: 399-403.
5. Thomas HM, Walter DJ, John IM et. al. Surgical Treatment of Syringomyelia Based on Magnetic Resonance Imaging Criteria. Neurosurgery 1992;31: 231-245.
6. Michals EA, Ramsey RG, Syringomyelia. Orthop Nurs, 1996 ; 15:5: 33-40.
7. Minami A, Kato H, Hirayama T. Occurrence of neuropathic osteoarthropathy of the elbow joint after fixation of the radius nonunion in a patient with syringomyelia. J Orthop Trauma, 1997; 11:6:454-457.
8. Raymond DA, Maurica V, Allan HR. Disease of the spinal cord. In: Raymond DA Principles of Neurology. Sixth Ed. International Ed. Copyright, 1997: 1269-1277.
9. Carpenter DE, Subramony SH. et.al. Electromyography. In: Youmans JR. Neurological Surgery. Third Edition W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1990:486-487.
10. Kaar GF, Ndow JM, Bashir SH. Cervical spondylotic myelopathy with syringomyelia. Br J Neurosurgery1996;10:4, 413-415.

