

Nöroşirürji Hastalarında Tanı ve Tedavide Gecikmeler; Üç Olgunun Değerlendirilmesi

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC DELAYS IN NEUROSURGICAL PATIENTS; REPORT OF THREE PATIENTS

Bayram ÇIRAK*, Nejmi KIYMAZ**, H. Serdar IŞIK***

* Yrd.Doç.Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji AD, DENİZLİ

** Yrd.Doç.Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji AD,

*** Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji AD, VAN

Özet

Dünyada ve ülkemizde nöroşirürjinin tanı ve tedavi metodlarının gelişmesine ve ülkemizdeki nöroşirürji uzmanlarının ülke genelinde artmasına bağlı olarak hastalara götürülen hizmet daha etkin ve tatmin edici olmaktadır. Bununla beraber hala bazı nöroşirürji hastalarının değişik nedenlerden nöroşirürji uzmanına ulaşması gecikmekte ve bu nedenle hastalığın tanı ve tedavisinde gecikmeler olmaktadır. Bu yazıda, tanı ve tedavi olarak nöroşirürji uzmanlık alanına giren, fakat değişik branşlarda tetkik ve tedavi denemeleri sonucu tanı ve tedavide gecikmiş 3 hasta ve buna bağlı olarak nöroşirürji hastalarında tanı ve tedavi gecikmelerinin sebepleri ve komplikasyonları tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Beyin tümörü, Hipofiz adenomu, Nörojenik klaudikasyon

T Klin Tıp Bilimleri 2001, 21:500-502

Summary

Depending upon the developments in microneurosurgery and understanding of the pathophysiology of the neurologic disorders increased the life quality of the patients. Distribution of the neurosurgeons recently all over the country also made contribution to the early diagnosis of the disorders and decreased morbidity and mortality. But because of different causes including social and economic factors some delays may occur in diagnosis and treatment of the disorders. In this report we have discussed three cases which were handled by clinics other than neurosurgery and a occurrence of delay in diagnosis meanwhile.

Key Words: Brain tumor, Hypophyseal adenoma, Neurogenic claudication

T Klin J Med Sci 2001, 21:500-502

Son yıllarda görüntüleme tekniklerindeki, mikro-nöroşirürjideki ve tedavilerdeki gelişmelere paralel olarak nöroşirürjide patolojilerin tanı ve tedavisinde daha iyi sonuçlar elde edilmekte, morbidite ve mortalite oranları düşmektedir (1). Fakat nöroşirürji uzmanı dağılımının ülkemiz geneline yayılması ve tekniklerdeki gelişmelere rağmen halen bazı hastalarda tanı ve tedavide gecikmeler olmakta, morbidite ve mortalite bu grup hastalar için artmaktadır. Bu gecikmelerin sebepleri ve önlenmesi için yapılması gerekenler, üç olgu nedeni ile tartışıldı.

Vaka 1, 23 yaşında bayan hasta, ilk olarak 8 ay önce 2 yıllık evli olmasına rağmen çocuğu olmaması şikayeti ile bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanına başvurmuş. Başvurduğu doktor tarafından adet görmediği için değişik medikal tedaviler denenmiş hastanın tedavisinin sonuç vermemesi üzerine, tedavinin 7. ayında bir endokrinoloji uzmanına konsülte edilmiş endokrinolojik tetkikleri yapılmış.

Geliş Tarihi: 12.01.2001

Yazışma Adresi: Dr. Bayram ÇIRAK
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroşirürji AD, DENİZLİ

maya başlanan hastanın kliniğimize başvurmadan bir gece önce ani başağrısı ile beraber görme kaybı gelişmiş. Hasta bulunduğu köyden ertesi sabah hastanemiz kliniğine getirildi. Acil yapılan bilgisayarlı beyin tomografisi kesitlerinde intra ve suprasellar yerleşimli, içine kanamış kitle lezyonu tesbit edildi. Hipofiz apopleksisi tanısı ile acil operasyona alınan hasta transkranyal pterional yolla opere edilerek subtotal tümör eksizyonu ve hematoma drenajı yapıldı. Patolojisi prolaktinoma olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta bir hafta sonra görmesi tamamen düzelmiş olarak taburcu edildi. Postoperatif birinci yılda yapılan son kontrolünde rezidü kitlede değişiklik olmayan hasta, 2 aylık hamile ve nörolojik muayenesi tamamen normaldi.

Vaka 2, 56 yaşında obez bayan hasta her iki bacağına yürümekle ortaya çıkan ve istirahatle rahatladığını belirttiği ağrılar nedeni ile 1 yıl önce bir kalp ve damar cerrahisi uzmanına başvurmuş. Hastaya yapılan tetkikler sonucunda her iki bacakta variköz venler olduğu ve şikayetlerinin buna bağlı olduğu söylenerek konservatif tedavi verilmiş. 6 ay boyunca bu tedaviye devam eden hastanın şikayetlerinde değişiklik olmamış. 6 ay önce hastanın ağrıları yanında her iki bacakta uyuşmaları olmaya başlamış. Hastanın bu



Şekil 1. Vaka 1'in sagittal MRI kesiti. Hipofiz bezinin hiperintens ve büyümüş görünümü dikkat çekiyor.

şikayetin devamlı kullandığı varis çoraplarına bağlı olabileceği düşünülerek çorapları bırakması ve kilo vermeye çalışması önerilmiş. Hasta, şikayetlerinin devam etmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Ayrıntılı hikayesinde nörojenik klaudikasyon tariflediği görülen hastanın, her iki bacak L4 ve L5 dermatomlarında hipoestezi ve patella reflekslerinde azalma saptandı. Radyolojik değerlendirmeler (X-ray, Magnetik rezonans (MR), myelografi ve myelo sonrası spinal bilgisayarlı tomografi (BT)) sonucunda L3-4,4-5 spinal dar kanal ve posterior santral disk protrüzyonu görüldü. Hasta opere edilerek L4 laminektomi ve bilateral L4 ve L5 foraminotomi yapıldı. Postoperatif sorunu olmayan hasta 2. günde mobilize edildi ve 1 hafta sonra taburcu edildi. En son postoperatif 6. ayda yapılan kontrolde bir şikayeti olmayan hasta, daha sonraki kontrollere gelmedi.

Vaka 3, 60 yaşındaki erkek hasta her iki gözde görme bozukluğu şikayeti ile bir göz doktoruna başvurmuş. Yapılan tetkikler sonucu bilateral senil katarakt teşhisi koyulan hastanın sol gözü opere edilmiş ve intraoküler lens takılmış. Ameliyattan sonra görmesinde değişiklik olmayan hasta başağrılarının başlaması üzerine konsülte edildiği nöroloji uzmanı tarafından çekirtilen kranial BT de sol oksipital yerleşimli kitle tesbit edilmesi üzerine kliniğimize sevk edilmiş. Hastanın yapılan muayenesinde sol gözde görme alanı defekti ve sağ gözde ise 1 metreden parmak sayacak kadar görme tesbit edildi. Hastanın BT'sinde sol oksipital lobu tamamen dolduran parankim içi ve etrafı ödemli, etrafında kontrast tutan kitle lezyonu tesbit edildi. Opere edilen hastanın lezyonu gross total olarak çıkartıldı. Patolojisi astrositom grade II olarak gelen hastanın postoperatif erken dönemde görme alanı defekti düzeldi. Nöroşirürji kliniğinde yattığı dönemde sağ gözdeki katarakt için de ameliyat edilen hastanın sağ göz görmesi tama yakın düzeldi. Hasta radyoterapi almak üzere bir radyoterapi merkezine sevkle taburcu edildi. Hasta daha sonraki kontrollerine gelmedi.

Tartışma

Günümüzde nöroşirürji tanı ve tedavi teknikleri, özellikle nöroradyoloji ve mikronöroşirürjideki yenilikler nedeni ile gelişmiştir (2-5). Bu da hastaların daha hızlı tanı alınmasına ve tedavilerin daha tatmin edici olmasına, morbidite ve mortalitede azalmalara sebep olmaktadır. Fakat bazı durumlarda ise hala tanı ve tedavi gecikmeleri olmakta ve bu da morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır. Bu gecikme bazen hastanın geç başvurmasına bağlı olabildiği gibi bazen de sağlık kuruluşlarına bağlı olmaktadır. Bazen hasta asıl tedavi edileceği kliniğe gönderilene kadar uzun zaman değişik tanısallık ve palyatif tedavilerle oyalanmaktadır. Bu da etik ile ilgili tartışmaları beraberinde getiren bir konudur. Etik yönü bu makalenin konusu olmadığı için bu yazıda tanı ve tedavi gecikmelerinin sebebi ve önemine değinildi.

Ülkemiz için değerlendirildiğinde, nöroşirürji pratiğinde patolojilerin tanı ve tedavisinde gecikmelerin hastaya bağlı sebepleri arasında başlıca; hastaların semptomlarını önemsememeleri veya ekonomik yetersizlikler nedeni ile ilgili sağlık kuruluşlarına gidememeleri sayılabilir. Laboratuvar ve radyolojik incelemelerdeki gecikmeler özellikle randevu ile çalışılan tetkiklerdeki uzun zaman sonrasına randevu verilmesi de tanı ve tedavi gecikmelerine sebep olur. Fakat bunların yanında bir de hastanın ilk müracaat ettiği uzman hekim tarafından ekonomik ve sosyal kaygılar nedeni ile hastayı ilgili branştaki uzmana sevk veya konsülte etmede gecikmesi, hatta bu arada verilen palyatif tedaviler nedeni ile karışan semptomatoloji nedeni ile tanı ve tedavi gecikmesi olmaktadır. Özellikle semptomların ayırıcı tanıyı kolaylaştırılacak kadar olmaması veya birden fazla hastalık semptomunun aynı anda görülmesi bu tür gecikmelere sebep olmaktadır.

İlk hastamızda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken gonadal kökenli adet düzensizlikleri ve pitüiter kaynaklı adet düzensizlikleri, hikayenin yetersiz alınması ve hasta değerlendirilmesinin gonadal fonksiyon bozukluğu üzerine yapılması ile ortaya çıkmıştır. Genç bayanlarda çocuk olmaması, hiç adet görülmemiş olması, galaktore bulunması gibi semptomlar ayrıntılı bir endokrinolojik değerlendirme yanında yine hipotalamo-pitüiter aksın ayrıntılı bir radyolojik değerlendirmesini gerektirir (6-9). Bizim hastamızdaki tanı gecikmesi görme semptomlarının ortaya çıkmasına kadar devam etmiştir. Yine pitüiter adenomların endokrinolojik tetkikler sırasında veya kullanılan medikal tedavilere bağlı olarak kanayabildiği bilinmektedir. Bu da hastanın akut bir tablo ile müracaat etmesine sebep olmaktadır.

İkinci hastamızda da tanı gecikmesi semptomlarının vasküler klaudikasyon ile karışmasına bağlı gelişmiştir. Hastanın obez olması, fizik muayenede bacaklarında varis olması bu tablonun karışmasına yardım etmiştir. Yine bu hastada da ayrıntılı bir hikaye alınması ağrının oluşma şekli ve istirahatle geçmiş olması, radyolojik değerlendirme sonucunda spinal dar kanal tanısı koyulmuş ve uygun te-

daviden fayda görmüştür. Hastada mevcut olan nörojenik kladikasyon, hipoestezi ve refleks kaybı lomber spinal dar kanal ile uyumlu bulgulardır (10,11). Bu hastaların cerrahisinde dikkat edilmesi gereken nokta ise peroperatuvar ve postoperatuvar hareketsiz dönemde bacaklardaki variköz venlerden kaynaklanacak bir derin ven trombozu ve embolisi riskine karşı hazırlıklı olunmasıdır. Nörojenik ve vasküler kladikasyonun birlikteliğinde hastanın immobilizasyona bağlı gelişebilecek emboli riskine karşı profilaksiye alınması gereklidir.

Üçüncü ve son hastamızda tanı gecikmesine ise aynı semptomlarla ortaya çıkabilen iki ayrı patolojinin aynı anda ortaya çıkmasıdır. Özellikle görme ile ilgili bulgular intrakranial tümörlerde sıklıkla ortaya çıkmaktadır (6). Sellar bölge ve oksipital bölge tümörlerinde görme alanı defektleri ve görme keskinliğinde azalma olmaktadır. Ayrıntılı bir nöroradyolojik değerlendirme ile patolojinin yeri ve ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Sadece 3 vaka ile değerlendirmeye çalıştığımız nöroşirürji hastalarındaki tanı ve tedavi gecikmelerinin sebepleri: Tıp eğitimindeki bazı eksikliklerin özellikle tıp eğitiminde doktorların meslek hayatlarında karşılaşılabileceği problemlerin uygulamalı anlatımının teorik ders anlatımından daha etkili olacağı, ayrıca uzmanlık eğitimi aşaması beklenmeden tıp eğitimi aşamasında doktor adaylarına bölümlerarası konsültasyon ve bilgi alışverişinin gerekliliğinin anlatılması sağlık hizmetlerinin gelişmesinde etkili olacaktır. Ayrıca doktorların özellikle ekonomik kaygılarla diğer kendi branşları dışındaki doktorlara hastaları konsülte etmemeleri de bu ve benzeri hastaların tanı ve

tedavi gecikmelerine sebep olmaktadır. Bu da henüz sağlık alanında ülke geneline yaygınlaştırılmış belli standartlar olmayan ülkelerde, ancak, genel sağlık düzenlemeleri yanında meslek örgütlerinin yaptırımları, hukuki düzenlemeler ve hastaların bilinçlendirilmesi ile mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Erbeni A. Dünyada ve ülkemizde nöroşirürjinin gelişmesi. In: Baykaner K, et al eds. Temel Nöroşirürji II, Ankara 1998:1-64.
2. Hoffman HJ. Neurosurgery in 50 years. Surg Neurol 1995; 44: 510.
3. Kanpolat Y. Neurosurgery in 50 years. Surg Neurol 1995; 44:511-2.
4. Spetzler RF. Neurosurgery in 50 years. Surg Neurol 1995; 44: 520.
5. Velasco-Suarez, M. How will neurosurgery practice change ? Surg Neurol 1995; 44: 515-6.
6. Cohen AR, Cooper PR, Kupersmith MJ, Flamm ES, Ransohoff J: Visual recovery after transphenoidal removal of pituitary adenomas. Neurosurgery 1985; 17(3): 446-52.
7. Furuhejm M, Raydner T, Carlstom K. Hyperprolactinemia in cases of infertility and amenorea. Acta Obstet Gynecol Scand 1980; 59(2): 137-41.
8. Guven MB, Çırak B, Yüceer N. Pituitary apoplexy as a cause of coma: a case report. EJM 1999; 4(1):32-3.
9. Young WF, Scheithauer BW, Kovacs KT, Horvath E, Davis DH, Randall RV. Gonadotroph adenoma of the pituitary gland: A clinicopathologic analysis of 100 cases. Mayo Clin proc 1996; 71(7): 649-56.
10. Ooi Y, Mita F, Satoh Y: Myeloscopic study on lumbar spinal canal stenosis with special reference to intermittent claudication. Spine 1990; 15: 544-9.
11. Verbiest H. Lumbar spinal stenosis. In: Youmans JR, ed. Neurological Surgery Vol:4, Thirth edition, Philadelphia: WB Saunders 1990: 2805-55.