

Uzak Lateral Lomber Disk Hernili İki Olgu Sunumu

FAR LATERAL LUMBAR DISC HERNIATION: TWO CASES REPORTS

Ayhan KAMANLI*, Sezai ŞAHİN**, Murat TİFTİKÇİ***, Murat AKFIRAT****, Vural KAVUNCU*****, Özge ARDIÇOĞLU*****

- * Yrd.Doç.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,
** Uz.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,
*** Asis.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji AD,
**** Yrd.Doç.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD,
***** Prof.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, ELAZIĞ

Özet

Uzak (ekstrem, far) lateral lomber disk hernileri (ULLDH) nadir görülen bir klinik tablo olarak düşünülmesine rağmen, çağdaş görüntüleme teknikleri nedeniyle daha sık tanınır hale gelmiştir. Lomber disk hernileri normalde bulunduğu aralığın altındaki köke baskı yaparken; ULLDH'leri bulunduğu aralığın üzerindeki köke baskı yapabilmektedir. ULLDH'leri medikal ve fizik tedavi yaklaşımlarla tedavi edilebilmekle beraber farklı cerrahi teknikler gerektiren bir herniasyon tipidir.

Bu yazıda medikal olarak tedavi edilen sağ L5 nöral kök baskısı bulguları veren L5-S1 uzak lateral disk hernili bir bayan hasta ile cerrahi tedavi yapılan L3 nöral kök baskısı bulguları veren L3-L4 uzak lateral disk hernili başka bir bayan hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Uzak lateral disk hernisi, Manyetik rezonans inceleme, Miyelografi

T Klin FTR 2002, 2:120-123

Summary

Although the far lateral lumbar disc herniation (FLLDH) is suggested as a rare clinical condition with the application of the new imaging techniques it is diagnosed more frequently. Because of the localization of the FLLDH an upper nerve root may be compressed. Besides the medical and physical treatment approaches, different surgical techniques may be needed.

In this article, a female patient with L5-S1 FLLDH, having clinical findings of L5 nerve root compression and treated conservatively and another female patient with L3-L4 FLLDH and having clinical findings of L3 nerve root compression and treated surgically were presented.

Key Words: Far lateral disc herniation, Magnetic resonance imaging, Myelography

T Klin J PM & R 2002, 2:120-123

Lomber disk herniasyonları klinikte sık karşılaşılan bir durumdur. Tüm disk hernilerinin %90'ı lomber bölgede olmaktadır. Bunların %95'i L4-L5 ve L5-S1 seviyelerinde görülür (1).

Uzak lateral lomber disk hernileri (ULLDH), anatomik lokalizasyonu nedeniyle faset eklem lateralinde, subaraknoid mesafenin ötesinde, genelde bulunduğu aralığın bir üstünden gelen nöral köke baskı yapmaktadır. Örneğin L5-S1 disk hernisi normalde S1 klinik bulgusu vermesi gerekirken, L5 nöral kök baskısı bulguları vermektedir. Bu olgu sunumunda medikal ve fizik tedavi yaklaşımları uygulanarak tedavi edilen, L5 nöral kök baskısı bulguları veren sağ L5-S1 uzak lateral disk hernili bir bayan hasta ile L3 nöral kök baskısı bulguları veren cerrahi tedavi uygulanan bir başka ULLDH'li bayan hastayı sunuyoruz.

Olgu 1

36 yaşında bayan hasta. Bel ve sağ bacakta ağrı, desteksiz yürüyememe şikayetiyle hafta sonu tekerlekli sandalyede acil servise getirildi. Şikayetleri 1 hafta önce ağır yük kaldırdıktan sonra başlamış ve giderek artmış. Ağrıları şiddetliydi ve desteksiz yürüyemiyordu. Ayak baş parmağında iyi lokalize edilen, bel ve sağ uylukta ise iyi lokalize edilemeyen ağrı ve dizestezi vardı. İdrar, gaita inkontinansı yoktu. Genel durum ortaydı. Lomber lordoz düzleşmiş, paravertebral kaslarda spazm mevcuttu. L5, S1 vertebra çevresi palpasyonla şiddetli ağrılıydı. Siyatik sinir valleix noktaları hassastı. Düz bacak kaldırma (DBK) testi sağda 50°de pozitif, FABERE, FADİR ve Femoral germe testi negatifti. Sağ ayak başparmak ekstansiyonunda güçsüzlük (4/5), sağ L5

Şekil 1. MR incelemede; 36 yaşında bayan hastanın uzak lateral disk hernisinin demonstratif görünümü.

dermatomuna uyan hipoestezi vardı. Derin tendon refleksleri normoaktif, sistem muayeneleri doğaldı. Rutin laboratuvar tetkiklerinde anormallik yoktu.

Radyografik incelemelerde; 2 yönlü lumbosakral vertebra grafisinde lomber lordozda düzleşme, L5-S1 vertebralarda arasında belirgin daralma vardı. Magnetik rezonans (MR) incelemede: L5-S1 disk dejenerasyonu, L5 nöral köke baskı yapan tipik görünümlü sağ uzak lateral L5-S1 disk herniasyonu tespit edildi (Şekil 1). Elektrofizyolojik incelemede (ENMG), sağ alt ekstremitede L5 innervasyonlu kaslarda kronik nörojenik değişikliklere uyan bulgular saptandı.

Uygulanan medikal, fizik tedavi ve egzersiz programı ile ağrıları hızla azaldı. İki hafta içerisinde bel hareketleri düzeldi. Kas spazmı çözüldü. Lomber lordoz normale döndü. Duyu muayenesi normale döndü. Motor defisit 4/5 olarak devam etmesine rağmen yürüme düzeldi. Günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımsız hale geldi.

Olgu 2

Sol bacakta kuvvetsizlik, kasığa vuran bel ağrısı yakınmasıyla Nöroşirürji polikliniğine başvuran 45 yaşında bayan hasta. Yakınmaları bir yıldır devam etmekteymiş. Lomber lordoz düzleşmiş, paravertebral kaslarda spazm vardı. Üst lomber bölge palpasyonla ağrılıydı. DBK testi negatifti. Sol kalça fleksiyonunda güçsüzlük (4/5), sol L3 dermatomuna uyan uyluk önyüzünde hipoestezi mevcuttu. Sol patella refleksi alınamıyordu. Sistem muayeneleri ve rutin laboratuvar tetkikleri normaldi.

Radyografik incelemelerde; İki yönlü lumbosakral vertebra grafisinde lordoz düzleşmişti. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve MR incelemede: Solda ekstra-foraminal bölgede serbest disk parçası ile uyumlu görünüm (Şekil 2A) ile MR miyelografide sol L3 nöral kökün laterale doğru itildiği gözlemlendi (Şekil 2B). ENMG’de Sol alt ekstremitede L3 innervasyonlu kaslarda kronik nörojenik değişikliklere uyan bulgular saptandı.

Hastaya cerrahi tedavinin daha yararlı olacağı düşüncesiyle Watkins’in 1953 yılında posterolateral füzyon amacıyla tanımlamış olduğu posterolateral kas içinden geçen yaklaşımla (PLKİGY) kemik yapıları dokunmaksızın baskı yapan disk parçası eksize edildi. Post operatif dönemde yakınmaların azaldığı ve klinik bulguların düzeldiği gözlemlendi. Klinik düzelme, MR inceleme ile de doğrulandı (Şekil 2C).

Tartışma

Uzak lateral disk hernilerinin neden olduğu klinik tablolar düşünüldüğünden daha sıktır. Çeşitli serilerde %0,7 ile %11,7 arasında bildirilmiştir (2-6). Çağdaş görüntüleme teknikleri, artık bu herniasyonları daha sık tanınamızı sağlamaktadır.

Porchet ve arkadaşları retrospektif olarak yaptıkları bir çalışmada 3047 olgulu bir serinin 178’inde Uzak lateral disk hernisi olduğunu rapor etmişlerdir (7). Bu olguların klinik özellikleri araştırıldığında; % 78,1’inin L4-L5 ve L5-S1 seviyesinde, %17,4 oranında L3-L4 seviyesinde olduğunu ve motor değişikliklerin daha sık geliştiği bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada üst lomber

Şekil 2. Cerrahi tedavi uygulanan 45 yaşındaki bayan hastanın MR incelemesinde; A: Solda ekstra-foraminal bölgede serbest disk parçası ile uyumlu görünüm, B: Cerrahi tedavi öncesinde MR miyelografide ULLDH'nin görünümü, C: Post operatif incelemede herniasyonun görünümü.

ULLDH'de (L2-L3,L3-L4) lomber bulgular yok yada hafif derecede olduğu ancak femoral sinir germe testi genellikle pozitif bulunduğu belirtilmiştir (7).

Yerleşim yerlerine göre lomber disk hernileri posteromedian, paramedian, posterolateral, foraminal ve ekstraforaminal (uzak lateral) şeklinde sınıflandırılmaktadır (1). Lateral disk hernileri nörolojik defisite sebep olmazken; ULLDH olarak adlandırdığımız herniasyonlar, medialdekilerin aksine, lokalizasyonda bulunduğu aralığın bir üstünden gelen köke baskı yapabilmekte, yalnız fizik muayene ile, ileri tetkik yöntemleri kullanılmaksızın, yanlış lokalize edilebilmektedir. Birinci hastamız klinik muayene ile L5 nöral kök baskısı bulguları vermekteydi. Bu nedenle de L4-L5 disk hernisi olduğunu düşündüğüydü. Ancak MR inceleme sonucunda olayın L5-S1 aralığında uzak lateral yerleşimli disk hernisi olduğu, bu nedenle klinik olarak L5 kök baskısı bulguları verdiği anlaşıldı. İkinci hastamızda ise klinik bulgular L2-L3 disk hernisi düşündürmesine rağmen, L3 nöral kök baskısına neden olan L3-L4 disk hernisi olduğu radyolojik olarak gözlemlendi.

Bir çalışmada tüm lomber disk herniasyonlarının %10'unun uzak lateral yerleşimli ve dejeneratif zeminde yaşlılarda sık görüldüğünden, ağrının sıklıkla kalçalara ve uyluğun ön yüzüne yayılmakta olduğundan ve en çok da L4, L5 kökünün baskısından bahsedilmektedir (3).

Foraminal ve ekstraforaminal bölgelerin anatomisinin iyi tanımlanması, ilgili klinisyenlerin ve cerrahların aşına olması gereken bir bölgedir. Yerleşim yeri nedeniyle iyi lokalize edilmesi, tedavi stratejileri açısından önemlidir (8).

ULLDH'lerin tanısında eskiden diskografi, sonraları ise BT ve MR incelemenin daha değerli olduğu belirtilmektedir (9). Tanıda kullanılan başka bir yöntem de MR miyelografidir. MR miyelografi iki veya üç boyutlu teknikle, intratekal kontrast kullanılmayan, noniyonizan, single-shot fast spin-echo sekansın kullanıldığı bir yöntemdir (10). İkinci olgumuzda bu teknik kullanılmıştır (Şekil 2B).

Her disk herniasyonu cerrahi olarak tedavi edilmemesine rağmen literatürde ULLDH'li olguların çoğunda cerrahi tedaviden söz edilmektedir. Ancak ilk olguda olduğu gibi klinik bulguların durumuna göre konservatif yaklaşımların kullanılması ile baskı bulguları geriye dönebilmektedir.

ULLDH'lerinde baskının derecesine göre yatak istirahati, medikal ve fizik tedavi ya da cerrahi tedavi düşünülebilir. ULLDH cerrahisinde klasik posterior yaklaşımda tam bir saha görüşü (exposure) için kemik dokulara müdahale gerektiğinden cerrahi bir problem söz konusudur. Her cerrah bu farklı herniasyon tipini tanımalı ve kabul edilebilir cerrahi teknikler konusunda ustalaşmalıdır. Klasik interlaminer yaklaşım nöroşirürjiyenlerin alışık olduğu bir yöntem olmasına karşın

ikinci olgumuzdaki PLKİGY'nin zorluklarına rağmen instabilite nedeni olmaması tercih nedeni olmuştur. Bir başka örnek; posterior orta hat insizyonu mikrocerrahi yaklaşımına uygun, kolay adaptif bir metottur (11). Cerrahi komplikasyonların sebeplerinden birisi de disk hernilerinin klinisyenler ve cerrahlar tarafından yeterince iyi lokalize edilememesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle ameliyat sırasında lezyonun anatomik seviyesinin radyolojik olarak belirlenmesi, fizyotristlerin ve nöroşirürjyenlerin sık karşılaştığı başarısız bel cerrahisi sendromu tanısını azaltacaktır.

Kronik lomber ağrısı olan L5-S1 diskektomi yapılan yaşlı bir hastada postoperatif radiküler semptomlar gelişmesi üzerine yapılan MR incelemede L5-S1 ULLDH tespit edildiği rapor edilmiştir (12). Komplikasyonlara yol açabilen nukleus pulpozus cerrahisinde deneyimin önemi özellikle vurgulanmaktadır.

Beyin omurilik sıvısında biyokimyasal değişikliklerin araştırıldığı bir çalışmada lateral ve uzak lateral disk hernili hastalarda beyin omurilik sıvısında total proteinde artışın kök baskısında diagnostik bir parametre olarak kullanılabileceği vurgulanmıştır (13).

Çağdaş görüntüleme teknikleri, uzak lateral disk herniasyonlarının tanısını kolaylaştırmıştır. Bu yöntemlerin daha sık kullanılmasının hastalığın az görülme sıklığını artıracığı ve belki de bu olguların nadir olma özelliğini değiştireceğini, tedavide daha rahat davranılacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Resnick D, Niwayama G. Degenerative disease of the spine. In Resnick DWB Ed. Bone and Joint Imaging. Philadelphia: Saunders Company. 1992: 430-4.

2. Abdullah AF, Ditto EW, Byrd EB, Williams R. Extreme-lateral lumbar disc herniations. J Neurosurg 1974; 41: 229-34.
3. Abdullah AF, Wolber PGH, Warfield JR, Gunadi IK. Surgical management of extreme lateral disc herniations: Reviews of 138 cases. Neurosurgery 1988; 22: 648-53.
4. Cheng TM, Link MJ, Onofrio BM. Pneumatic nerve root compression: Epidural gas in association with lateral disc herniation. Report of two cases. J Neurosurg 1994; 81: 453-8.
5. Fankhauser H, Tribolet N. Extreme-lateral lumbar disc herniations. Br J Neurosurg 1987; 1:121-9.
6. Kurubane Y, Takahashi T, Tajima T, Yamakawa H, Skamoto T, Sawuma A, Kikuchi I. Extraforaminal disc herniations. Spine 1986; 11:260-8.
7. Porchet F, Fankhauser H, Tribolet N. Extreme-lateral lumbar disc herniation: Clinical presentation in 178 patients. Acta Neurochir Wien 1994; 127: 203-9.
8. Hood RS. Far lateral lumbar disc herniations. Neurosurg Clin N Am 1993; 4: 117-24.
9. Osborn AG, Hood RS, Sherry RG, Smoker WRK, Harnsberger HR. CT/MR spectrum of far lateral and anterior lumbosacral disc herniations. AJNR 1988; 9: 775-8.
10. Tsuchiya K, Katase S, Hachiya J. MR myelography of sacral meningeal cysts. Acta Radiol 1999; 40: 95-9.
11. O'Brien MF, Peterson D, Crochard HA. A posterolateral microsurgical approach to extreme-lateral lumbar disc herniation. J Neurosurg 1995; 83: 636-40.
12. Gill K. New-onset sciatica after automated percutaneous discectomy. Spine 1994; 19: 466-7.
13. Skoun JS, Larsen JL, Volset SE. Cerebrospinal fluid proteins as indicators of nerve root compression in patients with sciatica caused by disc herniation. Spine 1993; 18: 72-9.

Geliş Tarihi: 09.04.2001

Yazışma Adresi: Dr.Ayhan KAMANLI

Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD
ELAZIĞ
akamanli@hotmail.com