

İki Seviyede Torakal Disk Hernisi ile Siringomiyelisi Olan Olgu Sunumu

Case Report of Two Level Thoracic Disc Herniation with Syringomyelia

Tuba Tülay KOCA^a

^aFiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği,
Malatya Devlet Hastanesi,
Malatya

Geliş Tarihi/Received: 19.09.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 28.12.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Tuba Tülay KOCA
Malatya Devlet Hastanesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği,
Malatya,
TÜRKİYE/TURKEY
tuba_baglan@yahoo.com

ÖZET Siringomiyeli, spinal kordda içi sıvı dolu intramedüller kisti tanımlamaktadır. Tesadüfen rastlanabileceği gibi, bulunduğu bölgeye göre miyelopati bulguları ile de ortaya çıkabilir. Servikal ve lomber disk hernilerinden farklı olarak, semptomatik torakal disk hernileri nadirdir. Sıklıkla tanı miyelopati semptomları gelişinceye kadar gecikir. Ağrı, duysal bozukluklar, miyelopati ve alt ekstremitelerde kuvvet kaybı en sık görülen semptomlar olmasına rağmen, gastrointestinal veya kardiyopulmoner rahatsızlık gibi atipik ekstrapinal yakınmalara da neden olabilir. Bu çalışmada, göğüs ve sırtta nonspesifik ağrı, rahatsızlık hissi, ekstremitelerde uyuşma, günlük hayatta hâlsizlik ve çabuk yorulmadan yakınan, manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de T6-7 ve T11-12 düzeylerinde mediolateral torakal disk hernileri ve T5-T12'de siringomiyeli saptanan 30 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur. Olgu, şikâyetlerinin iki yıl önce spinal anestezi ile yapılan genital lezyon cerrahisi sonrası başladığını belirtmektedir. Atipik, dirençli göğüs ve sırt ağrısı varlığında bizim vaka-mızda olduğu gibi "torakal disk hernisi ve siringomiyeli birlikteliğini" ayırıcı tanıya dikkate almamız gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Siringomiyeli; göğüs ağrısı; sırt ağrısı; intervertebral disk hastalığı

ABSTRACT Syringomyelia describes an intra-medullary fluid-filled cyst in the spinal cord. That can be an incidental finding or it can be accompanied by symptoms of myelopathy according to its region. Symptomatic thoracic disc herniation is uncommon, unlike cervical or lumbar disc herniations. Often diagnosis is delayed until signs of myelopathy develop. Pain, sensory disturbances, myelopathy, lower extremities weakness are the most presenting symptoms; but other atypical extraspinal complaints, such as gastrointestinal and cardiopulmoner discomfort, may be reported. We report a case of 30 year-old female present nonspecific pain, discomfort in her chest and back, numbness in her extremities, fatigue and weakness in her daily life; showed T6-7 and T11-12 mediolateral thoracic disc herniation with T5-T12 syringomyelia without compression of spinal cord at magnetic resonance imaging (MRI). She reports symptoms beginning after genital operation with spinal anaesthesia for two years ago. In atypical, recalcitrant chest and back pain we should take into consideration "concomitance of thoracic disc herniation and syringomyelia" in differential diagnosis as seen in our case.

Key Words: Syringomyelia; chest pain; back pain; intervertebral disc disease

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2015;23(4):455-60

Siringomiyeli, intramedüller içi sıvı dolu kistlere verilen isimdir. Çoğunlukla asemptomatiktir ve tesadüfi olarak saptanır. Bilinen etiyolojik sebepler; travma, tümör, spinal kanal malformasyonları (en sık Chiari Tip 1), postenfeksiyöz vs. olarak sayılabilir. Altta yatan sebebin bulunmadığı durumda ise "idiyopatik siringomiyeli" olarak adlandırılmaktadır. Klinik bulgular etkilenen bölgeye göre değişmekle birlikte ağrı, duysal

doi: 10.5336/caserep.2014-41866

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

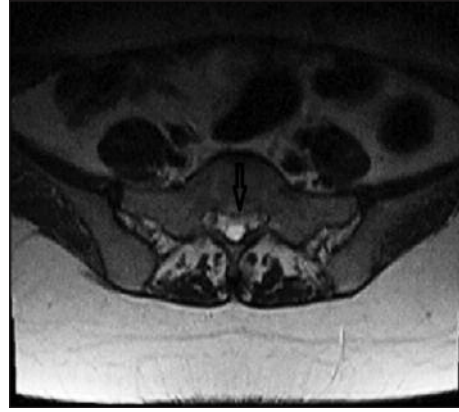
bozukluklar (ısı ve ağrı duyusu kaybı), kas atrofisi ve ilerleyici nörolojik defisitler olarak sıralanabilir.^{1,2} Günümüzde manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yönteminin yaygınlaşması ile asemptomatik vakalar da saptanabilmektedir.

İntervertebral disk hernileri sıklıkla lomber ve servikal omurgada görülmekle birlikte, nadir olarak torakal bölgede de rastlanabilmektedir. Torakal omurga intervertebral disk hernileri çoğunlukla asemptomatiktir, nadir olarak geç dönemde miyelopati bulgularına neden olabilir. Erken cerrahi ile kalıcı motor ve duysal defisitlerin önüne geçmek mümkündür.^{3,4}

Bu çalışmada, iki yıldır atipik göğüs ve sırt ağrısı, ekstremitelerde uyuşma, yorgunluk ve hâlsizlik yakınmaları olan; MRG'de T6-7 ve T11-12 seviyelerinde torakal disk hernileri ve T5-12 dağılımında siringomiyeli saptanan 30 yaşındaki kadın hasta literatür derlemeleri ile sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Otuz yaşındaki kadın hasta, sırt ve göğüste ağrı ve rahatsızlık hissi, el ve ayaklarda uyuşma, hâlsizlik ve çabuk yorulma yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Göğüs ağrısı nedeni ile gittiği kardiyoloji polikliniğinde kardiyak patoloji ekarte edilerek sevk edilmişti. Öyküsünde iki yıl önce epidural anestezi ile genital lezyon cerrahisi sonrası şiddetli bel ve bacak ağrılarının olduğu, bunun üzerine iki yıl önce bakılan spinal MRG'de T6-7 ve T11-12'de sağ mediolateral dural saka bası yapmayan disk hernileri ve T5-T12 uzanımlı siringomiyeli tespit edilmişti (Resim 1a, b, 2a, b). Ek olarak, L5-S1'de bulging ile uyumlu lomber disk hernisi mevcuttu. Kranial ve servikal MRG'de patolojik bulgu saptanmadı. Olguda etiyolojiye yönelik majör fiziksel travma öyküsü yoktu. Gençlik döneminde birkaç kez sırtında odun taşıdığını belirtti. Göğüs ağrısı nedeni ile bakılan endoskopisinde antral gastrit tespit edilmişti. Mide koruyucu tedavilere rağmen göğüs ve sırt ağrısı geçmemişti. Soy geçmişinde annesinin meme kanserinden vefat ettiği, babasının ise kolon kanseri olduğu öğrenildi. Olgunun her iki memesinde fibroadenom ile uyumlu kitle mevcuttu.

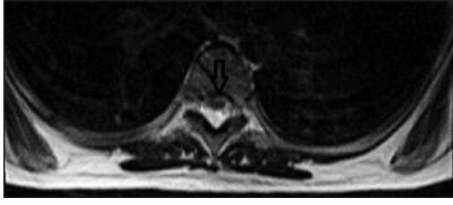


RESİM 1a: Aksiyal kesitte T6-T7'de sağ mediolateral disk hernisi görülmektedir.



RESİM 1b: Lomber manyetik rezonans görüntüleme sagittal kesitte T11-T12'de disk hernisi ve siringomiyeli hattı görülmektedir.

Fizik muayenesinde servikal hareket açıklıkları normal, hafif ağrılı idi. Torakal kifoz artışı ve lomber lordozda azalma, torakal ve lomber bölgelerde ileri derecede paravertebral kas spazmı tespit edildi. Sırt kaslarında palpasyonla hassasiyet mevcuttu. T6-7 ve T11-12 dermatomlarında bilateral dizestezi saptandı. Üst ve alt ekstremitelerde motor kayıp yoktu. Refleksleri normoaktif idi. Patolojik refleks yoktu. Lomber hareketleri kısıtlı, el yer zemin (EPZ) mesafesi 28 cm, modifiye Schober testi torakalde 1,5 cm, lomberde 2 cm idi. Tam kan



RESİM 2a: Aksiyal kesitte T11-T12'de sağ mediolateral disk hernisi görülmektedir.



RESİM 2b: Torakolomber manyetik rezonans görüntülemesinde sagittal kesitte T5-T12 siringomiyeli hattı ve T6-7, T11-12 seviyelerinde disk hernisi görülmektedir.

sayımı, biyokimyasal parametreleri ve akut faz reaktanları normal sınırlarda idi. Olgunun şimdiki durumunu öğrenmek amaçlı yeni spinal MRG istemi yapıldı. Kontrol spinal MRG eskisi ile kıyaslandığında lezyonlarda ilerleme saptanmadı.

Olguya torakal ve lomber bölgeye enfraruj, ultrasonografi, güçlendirme, izometrik, germe ve pelvik tilt egzersizlerinden oluşan 21 seanslık fizyoterapi ve egzersiz programı uygulandı. Kontrol muayenesinde ağrıları vizüel analog skala (VAS)'ya göre 7 cm'den 3 cm'ye geriledi. Modifiye Schober testi torakalde 4 cm, lomberde 3,5 cm olarak ölçüldü. EPZ mesafesi 17 cm idi. Tedaviden fayda gören olgumuza ortaya çıkabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verilerek, kontrol spinal MRG ve klinik muayene takibi önerildi.

TARTIŞMA

Siringomiyeli, spinal kanalda beyin-omurilik sıvısı (BOS) akışının bozulması sonucu ortaya çıkabilen kistik genişlemedir. Çoğunlukla asemptomatik olup, tesadüfen MRG'de saptanabilirken; ilerleyici nörolojik defisitler ile de ortaya çıkabilir. Klinik bulgular etkilenen bölgeye göre değişmekle birlikte ağrı, duysal bozukluklar (ısı ve ağrı duyusu kaybı), kas atrofisi ve ilerleyici nörolojik defisitler olarak sayılabilir. Bizim olgumuzda sırt, göğüste ağrı ve rahatsızlık hissi, el ve ayaklarda uyuşma, hâlsizlik ve çabuk yorulma yakınması mevcuttu. Göğüs ve sırt ağrısı endoskopi ile tespit edilen mide problemine bağlanmıştı. Göğüs ağrısı nedeni ile kardiyak patoloji araştırılmış ve müspet bulgu saptanmamıştı. Mevcut yakınmaları, iki yıl önce bakılan MRG'de saptanan T6-7 ve T11-12 seviyelerindeki sağ mediolateral dural saka bası yapmayan disk hernileri ve T5-T12 uzanımlı siringomiyelisi ile ilişkili idi. Fakat olgu mevcut klinik durumu hakkında bilgilendirilmemiş ve hâlen yakınmaları nedeni ile ilgili bölümlere başvuruyordu.

Siringomiyeli gelişiminde altta yatan temel neden, BOS akışındaki bozukluğun meydana getirdiği mekanik obstrüksiyondur. Hayatın herhangi bir döneminde BOS akışını bozacak faktörler siringomiyeli gelişimine neden olabilir. Son yıllarda yaygınlaşan prenatal rutin MRG'de fetal konfigürasyonlu "persiste santral kanal" görünümüne artan sıklıkta rastlanmaktadır. Bu nedenle hastalığı atlamamak için biz klinisyenler, konjenital siringomiyeli gelişimi ve klinik bulguları konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıyız.^{1,2,5}

Klinikte özellikle ciddi spinal kord hasarı sonrası posttravmatik siringomiyeli vakalarına daha sık rastlanmaktadır. Bu hastalarda siringosubaraknoid şant yanında duraplasti, araknolizis tercih edilen cerrahi tedavi seçeneklerindedir. Tedavi ile %90 vakada semptomlar gerilemekte ve klinik iyileşme sağlanmaktadır.⁶ Gwobiral ve ark.nın yapmış olduğu çalışmada, erişkin başlangıçlı siringomiyeli tedavisinde, özellikle enfeksiyöz ve travmatik orijinli vakalarda araknolizis ile hastalığın nüksünün başarılı bir şekilde önlediği saptanmıştır.⁷ Olgumuz spinal bölgesine majör travma yerine sırtında

yük taşımak gibi minör travma öyküsü vermektedir. Olgumuzdaki siringomiyeli gelişiminin bu sebebe bağlanması tartışma konusudur, çünkü her sırt bölgesinde yük taşıyan kişide siringomiyeli gelişmemektedir. Hastalığın fizyopatogenezinin aydınlatılması tanı ve tedaviye ışık tutacaktır.

Olgumuzun öyküsünde spinal anestezi sonrası yakınmalarının ortaya çıktığını belirtmesi nedeni ile yaptığımız literatür taramasında, obstetrik spinal anestezi sonrası adezif araknoidite bağlı hidrosefali ve siringomiyeli gelişen 30 yaşında kadın hastaya rastladık. Anestezi sırasında kullanılan kateter kontaminasyonu, intratekal kan geçişi ve lokal anestezi nörotoksitesisi gibi çeşitli faktörlerin yol açtığı adezif araknoidit sonucu nadir olarak parapleji/parezi gelişebilen vakalar da mevcuttur.⁸ Yakınmalarının spinal anestezi sonrası başladığını belirten hastamızda siringomiyeli gelişimi, geçirdiği spinal girişime bağlanabilir.

Torakal disk hernileri tüm disk hernileri arasında %1 sıklıkta nadir görülen bir klinik durumdur.⁹ Sıklıkla orta yaşlarda (30-50 yaş) ve %60 oranında erkeklerde görülür. Alt torakal seviyelerde mobilitenin fazla olması nedeni ile hernilerin çoğu T11-12 seviyesinde olmakla beraber, %75 oranında T8 seviyesinin altında görülmektedir. Genellikle semptom vermezler; asemptomatik vakaların prevalansı %14,5 olarak rapor edilmiştir.¹⁰ Hastamızda T6-7 ve T11-12 seviyelerinde torakal disk hernisi tespit edildi. Kadın cinsiyet, yaş aralığı (30 yaş), görüldüğü seviyenin T8'in üzerinde olması nedeni ile literatürden farklılık göstermektedir.

Olgumuzdaki siringomiyelinin, sırtında taşıdığı yükün dışında, geçirdiği spinal anesteziye veya iki seviyedeki torakal disk hernilerinin nedeni olduğu mekanik bozukluğa mı bağlı olarak geliştiği ya da bunların dışında tesadüfi olarak mL saptandığı düşünülebilir. Olgu disk hernisi veya siringomiyeli oluşumunda en sık etiyolojik etken olan majör travma öyküsü vermemektedir. Bu gibi altta yatan nedenin bulunamadığı idiyopatik siringomiyeli olgularında sıklıkla konservatif tedavi uygulanırken, tanı ve tedavi yaklaşımının belirlenmesi etiyolojiye yönelik olmaktadır. Ayrıca, ayrıntılı MRG ile BOS akışı, araknoid kesecik, skar, kist ve

küçük posterior fossa gibi yapısal anomaliler de dikkate alınmalıdır. İdiyopatik siringomiyelinin kesin oluşum patogenezi bilinmemekle birlikte piston teorisi, intramedüller basınç teorisi, spinal subaraknoid basınç artışı vs. teorileri ileri sürülmektedir. İlerleyici semptomların varlığı hâlinde siringosubaraknoid şant, laminektomi, adezyolizis, kraniyoservikal dekompresyon gibi dekompresyon tekniklerine başvurulmaktadır.¹⁻³

Torakal disk hernileri sıklıkla asemptomatik olmakla birlikte, uzamış açıklanamayan duysal semptomlar ile de başlayabilir ve zamanla motor değişiklikler de eklenerek Brown-Sequard sendromu gelişimine neden olabilirler.¹¹ Olgumuzda olduğu gibi torakal disk hernisi atipik göğüs ve sırt ağrısı bulguları ile de ortaya çıkabilir. Atipik göğüs ağrısı, iskemik kalp hastalığını dışlamak için incelemeye ihtiyaç gösteren problemlili ve yaygın bir semptomdur. Özellikle bu hastalar kardiyak patolojiler ile sıklıkla karışabilmektedir.

Torakal disk hernileri göğüs duvarının vertebral hareketini kısıtlaması, torakalde spinal kanal çapının darlığı, küçük intervertebral disk ve dentat ligamanlar gibi bu bölgenin özel anatomik ve biyomekanik yapısı nedeni ile diğer disk hernilerinden farklı bir yaklaşım gerektirir. Travma sıklıkla başlatıcı faktördür. Başlangıçta asemptomatik olup, zaman içerisinde fiziksel aktivite ile semptomatik hâle gelebilirler. Torakal disk hernilerinde rapor edilen semptomlar genellikle iyi lokalize edilemeyen sırt, bel ve bacak ağrıları, uyuşukluk, soğukluk veya kuvvet kaybı şeklinde sıralanabilir. Torakal disk hernilerinde sıklıkla başlangıç semptomu olan ağrı bazen anlaşılabilir bir göğüs, bel, karın veya inguinal bölge ağrısı şeklinde de olabilir. Bazen herni seviyesine uyan bölgede kuşak şeklinde ağrı ve uyuşma da görülebilir. Semptomların bilateral görülmesi iki kat daha fazladır. Fakat her iki taraf eşit şekilde etkilenmeyebilir.^{12,13} Bizim olgumuzda göğüs, sırt ağrısı dışında yaygın vücut ağrısı, çabuk yorulma, kol ve bacakta uyuşma gibi nonspesifik yakınmalar da mevcuttu. Olgumuz annesini meme kanserinden kaybetmesi nedeni ile kanser taramasına birden fazla kez başvurduğunu, her iki memesinde fibroadenom tespit edildiğini, bu nedenle bir anksiyete yaşadığını da belirtmekte idi. Anksiyete

tesisi için medikal tedavi almıyordu. Olgumuzun yaygın vücut ağrısı ve kol, bacak uyuşmaları ilk bakışta “anksiyete bozukluğu” ile ilişkilendirilebilir. Muayenesinde T6-7 ve T11-12 seviyelerinde bilateral dizestezi saptanması tek başına “anksiyete bozukluğu” tanısı ile açıklanamamaktadır.

Torakal segmentteki spinal kanal çapının dar olması nedeni ile torakal disk hernileri, servikal ve lomber hernilerden farklı olarak, sıklıkla miyelopati gelişimine neden olur. Hastaların %90'ında tanı spinal kord kompresyon bulguları ile konur ve parapleji gelişebilir. Torakal disk hernilerinde parapleji ve miyelopati gelişimini önlemek için erken tanı önemlidir. Olgumuz miyelopati gelişimi yönünden muayene edildi, patolojik refleks, motor kayıp tespit edilmedi, refleksleri üst ve alt ekstremitelerde normoaktif idi. Bizim olgumuz, göğüs ağrısı nedeni ile gittiği kardiyoloji polikliniğinden bize sevk edilmişti. Gerekli incelemeler sonucu göğüs ve sırt ağrısının kardiyak nedenli olmadığı düşünülmüştü. Yapılan endoskopisinde “antral gastrit” tanısı konularak, göğüs ve sırt ağrısı mide patolojisi ile ilişkilendirilmişti. Bu gibi nonspesifik semptomlar nedeni ile hastalar farklı tanımlarla zaman kaybedebilir ve torakal disk hernisine geç tanı konulabilir.^{14,15}

Miyelopatik semptomları olmayan hastaların tedavisi konservatif olup, fizyoterapi, analjezik ve antiinflamatuvar ilaçların verilmesini içerir. Konservatif tedaviye dirençli hastalarda cerrahi dekompresyon yapılabilir. Önceki yıllarda laminektomi tercih edilen bir tedavi yöntemi iken; %32 sıklıkla klinikte kötüleşmeye yol açması nedeni ile günümüzde lateral, anterior ve posterior yaklaşımlar ter-

cih edilmektedir. Son yıllarda minimal invaziv teknikler, torakoskobik, mini-açık anterolateral retroplevral yaklaşımlar ve mikro-endoskobik cerrahi yöntemler popüler olmaya başlamıştır. Ciddi nörolojik defisitinin olmadığı, fakat ağrının ön planda olduğu hastalar uygulanan konservatif tedaviden fayda görürler, fakat miyelopati ve parapleji riskinin fazla olması nedeni ile hastalar iyi takip edilmeli ve bu ciddi komplikasyonlar hakkında uyarılmalıdırlar.¹⁵ Olgumuz yıllık MRG takibi ve miyelopati semptomları konusunda bilinçlendirildi. Ayrıca, ikinci gebeliğini planlayan, olgumuza uygulanacak herhangi bir spinal girişim konusunda dikkatli olunması ve gebe kalması hâlinde doktora bu konuda bilgi vermesi önerildi.

Literatür taramamızda iki olgu sunumunda bizim olgumuzda olduğu gibi çok seviyeli torakal disk hernisi ve siringomiyeli birlikteliğine rastladık. Bu iki klinik durumunun birlikteliği tesadüfi mi, yoksa sebep-sonuç ilişkisine mi dayalı konusu açık değildir.⁷⁻¹⁰

Sonuç olarak, siringomiyeli ve torakal disk hernileri asemptomatik hastalarda görülebilmekte veya atipik yakınmalar ile ortaya çıkabilmektedir. Atipik semptomlar (gastrointestinal, kardiyopulmoner, genitoüriner sistemler ile ilgili) tanının yanlış konmasına ve hastalığın ilerleyerek kötüleşmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle atipik, tedaviye dirençli göğüs, sırt ağrısı, yaygın ağrı, kol ve bacakta ağrı, uyuşma gibi tek bir etiyolojik neden ile açıklayamadığımız klinik durumlarda siringomiyeli ve torakal disk hernileri ayırıcı tanıda atlanmaması gereken ve olgumuzda olduğu gibi nadiren bir arada görülebilen iki klinik durumdur.

KAYNAKLAR

- Roy AK, Slimack NP, Ganju A. Idiopathic syringomyelia: retrospective case series, comprehensive review, and update on management. *Neurosurg Focus* 2011;31(6): E15.
- Stienen MN, Cadosch D, Seule MA, Hildebrandt G, Heilbronner R, Gautschi OP. [Adult syringomyelia-a syndrome of different origins]. *Praxis (Bern 1194)* 2011;100(12): 715-25.
- Quast LM. Thoracic disc disease: diagnosis and surgical treatment. *J Neurosci Nurs* 1987; 19(4):198-204.
- Martucci E, Mele C, Martella P. Thoracic intervertebral disc protrusions. *Ital J Ortop Traumatol* 1984;10(3):333-9.
- Landi A, Nigro L, Marotta N, Mancarella C, Donnarumma P, Deflini R. Syringomyelia associated with cervical spondylosis: a rare condition. *World J Clin Cases* 2013;1(3):111-5.
- Karam Y, Hitchon PW, Mhanna NE, He W, Noeller J. Post-traumatic syringomyelia: outcome predictors. *Clin Neurol Neurosurg* 2014;124:44-50.

7. Ghobrial GM, Dalyai RT, Maltenfort MG, Prasad SK, Harrop JS, Sharan AD. Arachnolysis or cerebrospinal fluid diversion for adult-onset syringomyelia? A systematic review of the literature. *World Neurosurg* 2014. doi:10.1016/j.wneu.2014.06.044.
8. Killen T, Kamat A, Walsh D, Parker A, Aliashkevich A. Severe adhesive arachnoiditis resulting in progressive paraplegia following obstetric spinal anaesthesia: a case report and review. *Anaesthesia* 2012;67(12):1386-94.
9. Alberico AM, Sahni S, Hall JA Jr, Young HF. High thoracic disc herniation. *Neurosurgery* 1986;19(3):449-51.
10. Oppenheim JS, Rothman AS, Sachdev VP. Thoracic herniated discs: review of the literature and 12 cases. *Mount Sinai J Med* 1993; 60(4):321-6.
11. Hausmann ON, Moseley IF. Idiopathic dural herniation of the thoracic spinal cord. *Neuroradiology* 1996;38(6):503-10.
12. Durmaz B. [Diseases of intervertebral disc]. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y, editörler. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. 2. Cilt. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd Şti; 2000. p.1838-56.
13. Levi N, Dons K. Two-level thoracic disc herniation. *Mt Sinai J Med* 1998;65(5-6):404-5.
14. Chen CF, Chang MC, Liu CL, Chen TH. Acute noncontiguous level thoracic disc herniations with myelopathy: a case report. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004;29(8):E157-60.
15. Yoshihara H. Surgical treatment for thoracic disc herniation: an update. *Spine (Phila Pa 1976)* 2014;39(6):E406-12.