

GELİŞMEYE BAĞLI SERVİKAL SPİNAL KANAL DARLIĞI

Dr. Atilla Atalay (*)

Servikal Spinal kanalın gelişme esnasında stenotik olarak teşekkülü ve buna bağlı olarak meydana çıkan nöropatolojik arazlar, servisimizde gördüğümüz bir vak'a sebebiyle bu makalede münakaşa edildi. Servikal osteoartritis'in neticesi olarak osteofit'lerin sinir köklerine ve medulla spinalis'e tazyik belirtilerinin görülmes uzun zamandır bilinmektedir. (1,2,3,5) Burada kısaca servikal osteoartritis'in neticesi ortaya çıkan semptomlara göz atarsak (3,5) şunları görürüz.

1. Servikal radikulapati (sinir köklerinin foraminalarda tazyike uğraması ile)
2. Servikal myelopati (servikal medulla spinalisin tazyike uğraması ile)
3. Ense ağrısı
4. Baş ağrısı
5. Vertebra - Basilar iskemi (Vertebral arterlerin rotasyon ve hiperrekstansiyonda tazyike uğraması ile)

Fakat çoğu zaman ileri derecede osteofitlere rağmen bir medulla veya kök bası arazi görülmemektedir. Buna sebep olarak da medulla spinalis'in kanal içinde yer değiştirmesini sağlayacak kadar bir genişliğin bulunduğu ve dolayısı ile santral olarak büyüyen bir osteofitle arkaya doğru itilecek bir medulla spinalisin basıya uğramadığı gösterilir.

Bazan ise osteofitik teşekkülün bası belirtileri yaptığı Osteoartirik degeneratif değişikliklere ilaveten birde gelişmeye bağlı bir servikal kanal darlığı mevcutsa bilhassa servikal myelopathy belirtilerinin daha kolaylıkla ortaya çıktığını görürüz. Hatta osteofitik teşekküllerin bası arazi bulunmayan vak'alardakin de daha az olduğu vak'alard bile.

İşte ilk defa 1957 yılında Payne ad Spillane (4) gelişmeye bağlı servikal spinal kanal darlığı üzerinde durmuşlar ve myelopatinin ve bazan sinir kökü tazyikinde teşekkülünde spinal kanalın inisyel stenosisinin rolünü göstermişlerdir. Daha sonra Hinck, Gardy ve Stori-

(*) Şişli Çocuk Hastanesi Fizik Tedavi kl. Şef Muavini.

na (1), Hinck ve Sacheder (2) Brain ve Wilkinson (3) servikal spinal kanalın sagittal çapının ölçülmesi ve bunun myelopatilerin teşekkülünde Osteoartiritis ile beraber rolü üzerinde durmuşlardır.

Bu otörler servikal spinal kanalın sagittal genişliğinin ölçülmesinde şöyle hareket etmişlerdir. Hastaların servikal vertebralarının yan grafileri ayakta alınmış ve bu filmler üzerinde, vertebral cismin arka yüzünün orta noktası ile vertebranın processus spinosusun ventral tarafı arasındaki en kısa mesafe ölçülmüştür. Yetişkinde Hinck (1) bu mesafeyi en az 14 mm. En fazla 26 mm olarak bulunmuştur. Brain ve Wilkson'a (3) göre üst hudut 31 mm'ye kadar çıkabilir. Alt hudut ise 12 mm'ye kadar inebilir.

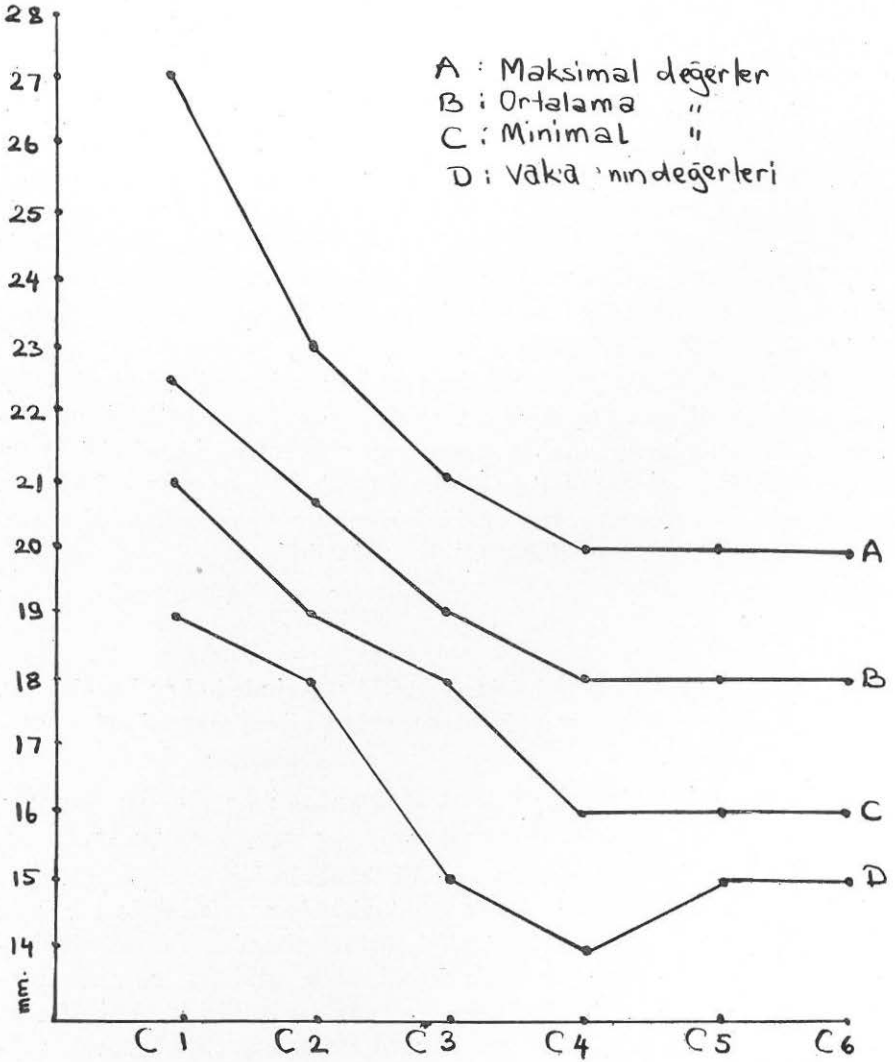
Bizde kliniğimizde baş ve boyun ağrısı şikayeti ile görülen fakat adale atrofisi, kuvvetsizlik, reflex ve hissiyet değişikliği göstermeyen 20 hastada servikal vertebra yan grafilerinde aynı sistem ile kanalın sagittal çapını ölçtük. Bütün hastaların yan grafileri ayakta alındı ve tüp - kaset mesafesi aynı idi. Bunlardan elde edilen ortalama, en geniş ve en dar mesafeler grafikte gösterilmiştir.

Vak'a:

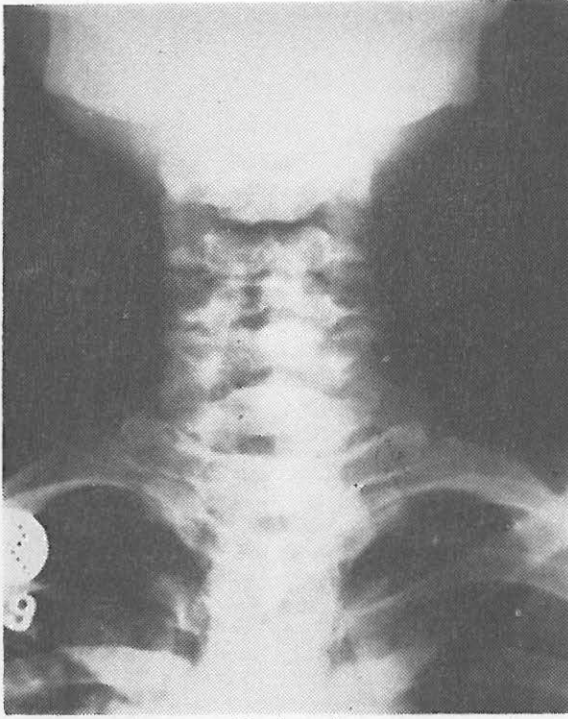
G.Z. 50 yaşında kadın hasta. 1.4.1974 tarihinde kol ve bacaklarda adale zayıflığı, yürüme zorluğu, ense ve baş ağrısı şikayetleri ile servisimize yatırıldı.

Hikâyesi: 5 sene evvel baş ve ense ağrısı başlamış. Bir müddet sonra yavaş yavaş artan adale kuvvetsizliği daha çok üst ekstremitelerde olmak üzere başlamış. Arada hastada bayılmalar olurmuş. Hasta ayaktan servikal traksiyon tedavisinde servisimizde bir defa hafif bir bayılma geçirmiş ve traksiyondan çıkarılınca düzelmiş. Zamanla hasta ellerdeki kuvvetsizlik sebebiyle giyinme ve soyunmada zorluk çekmeye başlamış. Baş ve ense ağrısı ile birlikte her iki elde uyuşmalar olurmuş. Hastanın yürümesi zorlaşmış, çabuk yorulur olmuş. Yürürken ayaklarını sürümeye başlamış ve ayakları takıldığı için düşmeler olurmuş. Hastada herhangi bir şekilde idrar veya barsak inkontinansı veya retansiyonu olmamış.

Fizik Muayene: Hastanın şuuru açık, konuşma düzgün. Kooperatif. Kafa çiftleri normal. Fundus muayenesi normal. Hasta genel görünümü yürürken baş fikse edilmiş durumda, omuzlar düşük. Ayak uçları sürünüyor. Boyun hareketleri ağrılı. Hastada boyun ekstensor adalelerinde zayıflık mevcut. Deltoid ve serratus anterior adalelerin-



de atrofi, zayıflık var. Hasta omuzlarından abduksiyon ve flexionu ancak 100° yapabiliyor. Median sinir sahasında daha fazla olarak ellerde adale atrofisi ve zayıflık mevcut. Klinik olarak adalelerde herhangi bir fasikülasyon tesbit edilmedi. Alt ekstremitelerde genel olarak adale kuvveti azalmış. Fakat bariz bir atrofi yok. Adalelerde hipertoni mevcut. Bütün mafsalların pasif hareketleri serbest ve ağrısız. Mafsal şişliği, kızarıklık, hararet yok.



Resim : 1

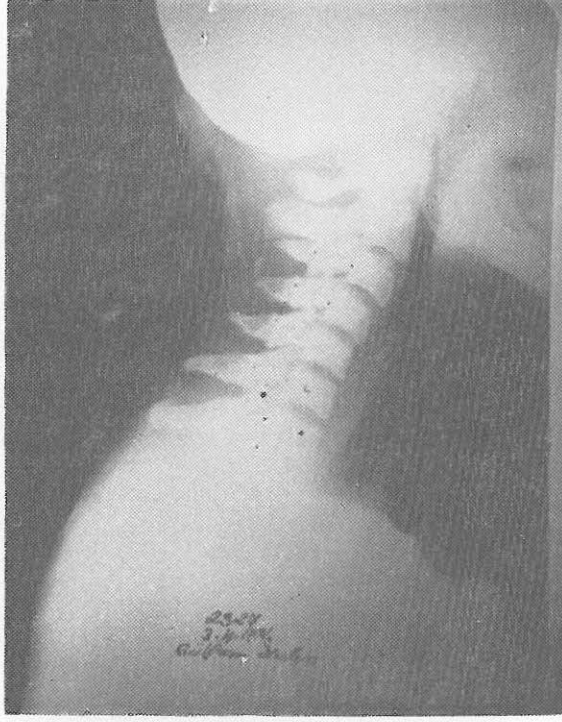
Hissiyet: Üst ekstremitelerde C₄ - 5 ve 6 sahalarında acı, sıcak - soğuk - dokunma hislerinde azalma mevcut. Vibrasyon ve pozisyon hisleri normal.

Reflexler: Tendon reflexleri üst ekstremitelerde kaybolmuş yalnız iki taraflı Biceps reflexi azalmış olarak bulundu. Alt ekstremitelerde reflexler canlı. Clonus (-) babinski lakayt olarak bulundu. Karın cildi reflexleri azalmış bulundu.

Servikal Vertebra Radiografilerinde: Cervikal lordoz kaybolmuş. Degenerativ osteoartiritik osteofitler mevcut. Oblik grafilere 5 ve 6 cı Foraminalar'a doğru büyümüş osteofitler görülüyor. Servikal kosta yok. Spondylolysthesis yok. Hasta myelografi yapılımasını istemedi.

Laboratuvar:

Serum Ca, P, Fosfataslar, total albumin normal.
Protein elektroforezi Beta - Alfa₂ globulin artmış
Gamma - g azalmış



Resim : 2

C.P.K.12,8 mmJM-L WNL

W.B.C. 4500

R.B.C. 3.900.000 Hb: % 70

İdrar: normal

17 Keto steroidler 23 mg/24 H (N: 10-15 mg kadın)

Hastaya 11.2.1974, 12.4.1974, 7.5.1974 ve 10.12.1974 tarihlerinde adale testi yapıldı.

Tedavi: Hastaya fizik tedavi olarak Servikal Traksiyon, IR ve US. tatbik edildi. Ağızdan adale gevşetici ve analjezik ilaçlar verildi. Ayrıca kuvvetlendirici egzersizler tatbik edildi.

Klinik İlerleme: Hasta ilk servikal traksiyon tatbiki esnasında baş dönmesi ve daha sonra bayılma geçirdi. Derhal traksiyon çıkarıldı ve hasta yatar vaziyete getirilerek müşahade altına alındı. Hasta 2 dakika sonra kendine geldi. Bunun traksiyon esnasında baş ve boyun ekstansiyon vaziyetinde olması sebebiyle meydana çıkabileceği düşünüle-



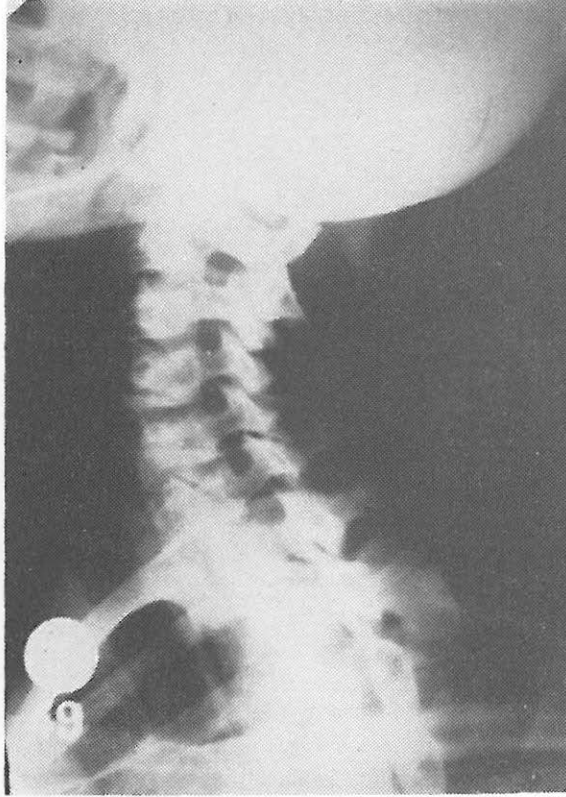
Resim : 3

rek sonraki traksionlar çok hafif flexion vaziyetinde tatbik edildi. Hastaya vertikal durumda devamlı kullanması için servikal korse tatbik edildi. İkinci haftada hasta baş ve boyun ağrılarının azaldığını, ellerini yumruk yapabilir olduğu ve kollardaki uyuşmanın azaldığını bildirdi.

8:5.1974 tarihinde hasta taburcu edildiğinde merdivenlerden kendi başına inip çıkabiliyor, giyinebiliyordu. Ağrıları azalmıştı. 10.12.974 de kontrole geldiğinde, ağrı şikayetleri hemen tamamen geçmiş, ekstremiteler ve gövde adalelerinde genel olarak kuvvet artması tesbit edildi. Fakat adale atrofileri değişmemişti. Hasta halen servikal korseyi kullanmaktaydı. Hastanın alt ekstremitelerde adale hipertoniisi azalmış ve yürümesi daha iyi idi.

Netice :

Hastamızda mevcut bulgular sebebiyle, radyolojik muayene ile gelişmeye bağlı bir servikal kanal darlığı düşünüldü. Burada benzer



Resim : 4

linik belirtileri verebilecek hastalıklarla ayırıcı teşhisi yapıldı. A.L.S. yönünden ağır ilerleyen bir vaka olması, radikulopathy bulgularının mevcudiyeti ense ve baş ağrısı olması, adelerde fasikulyasyon tesbit edilmemesi, tedaviden fayda görmesi ile, progressive spinal musclar atrofiden alt ekstremitelerdeki bulgular ve tedavi neticesine göre ayrıldı. Ayrıca hastada bayılmaların servikal osteoartritik vertebral asterler üzerine yaptığı baskı ve neticede vertebra - basilar iskemi husule getirdiği ve bu semptomun A.L.S. ve spinal muskuler atrofide bulunmaması da ayrıca teşhiste rol oynadı. Bu tabloda daha açık olarak gösterildi. Hastanın lateral grafilerinde kanalın sagittal genişliği ölçüldü. C₁ den C₆ ya kadar bütün mesafelerde kontrol vakalarına göre servikal kanalın sagittal genişliği azalmış olarak bulundu. Kontrol vakalarında minimal değerler C 3-4-5-6 mesafelerinde sırayla 18-16-16-16 mm. Hastamızda aynı mesafeler 15-14-15-15 mm. olarak bulundu.

TABLO

Progressive muscular Atrophy (A.D.)	A.L.S.	Servikal osteoartritis ve spinal kanal darlığı
— Yetişkin, 35-45	— Yetişkin 40-50	— Yetişkin
— Yavaş ilerleyici	— Çabuk ilerleyici	— Yavaş ilerleyeci
— Ellerde simetrik atrofi ve zayıflık	— Bacak, kol ve el adalelerinde atrofi	— Kollarda ve bacaklarda önce zayıflık sonra atrofi olabilir
— Aynı zayıflık kol ve omuzlarda	— Değişik yayılma gösterebilir	— Asimetrik olabilir
— Bulber semptomlar nedir	— Bulber semptomlar hemen daima mevcut	— Vertebra - basiler ischemi
— Ağrı yok	— Ağrı yok	— Bulber semptom yok
— Hissiyet bozukluğu yok	— Piramidal arazlar Reflexlerde artma, babinski pozitive	— Baş ve boyun ağrısı
— Kaide olarak piramidal belirtiler yok	— Hissiyet bozukluğu yok	— Hissiyet bozukluğu mevcut
— Prognos 10-20 sene	— Prognos ortalama vaka- larda 2 sene	— Reflexlerde alt extremitelerde artma veya üst extremitelerde azalma
		— Alt extremitelerde pryramidal belirtiler olabilir.
		— Prognos uzun cerrahi tedavi ile iyileşme olabilir.

Ortalama değerlerin ise 19-18-17,5-17,5 mm. olduğu grafikte görülyor. Demekki bizim vakamızda servikal kanalın segittal genişliği minimal değerlerden daha düşüktür.

Servikal spinal kanalın radyografilerinde gerek yan ve gerek PA ve oblik pozisyonlarda osteofitik gelişmeler vertebralar arası mafsallarda ve 4 ve 5 ci foraminalarda bariz olarak tesbit edildi. Hastanın fizik tedavi ve rehabilitasyon programından hem subjektif olarak iyilik hissetmesi hemde adale testi ile tesbit edilen klinik iyileşmesi servikal kanalın myelografi yapılip daha iyi görülememesine rağmen bize üst ekstremitelerde 2 ci motor nöron alt ekstremitelerde ise 1 ci motor nöron bulgularının tespiti bu semptomların doğrudan spinal kanalda medulla spinalisin ve foraminalarda spinal sinir köklerinin basısı neticesi olduğunu düşündürdü.

Özet

Gelişmeye bağlı servikal spinal kanal darlığı olan bir hasta sebebiyle osteoarthritis ve spinal kanal darlığının ilişkileri ve verdiği nöropatolojik bulgular incelendi. Hastada konservatif tedavi neticesi semptomların parsiyel olarak düzeldiği görüldü.

Summary

In a patient with developmental stenosis of cervical spinal canal, the relationship of osteoarthritis and stenosis of spinal canal resulting in neuropathologic symptoms was discussed. As a result of conservative treatment the patient showed partial recovery of symptoms.

LİTERATÜR

- 1 — Hinck V.C., Gordy P.D., Storino H. Developmental Stenosis of Cervical Spinal Canal, Neurology 1964, 14-864.
- 2 — Hinck V.C., Sachdev N.S. IX Developmental Stenosis of Cervical Spinal Canal, Brain L.
- 3 — Brain L., Wilkinson M., Cervical Spondylosis, 1967 W. Heinmann - Ltd. London.
- 4 — Payne E.E., Spillane J.D., Brain, 1957, 80-571
- 4 — Alpers J.B. Mencil E.L. Clinical Neurology 1971 F.A. Davis Co. Philadelphia
- 6 — Epstein B.S. The Spine 1969.
- 7 — Hollander J.L., Arthritis and Allied Conditions Lea Febiger 1971, Philadelphia.