

## SERVİKAL SENDROMLAR

Dr. Atilla Atalay

Pratikte çok karşılaşılan ve bizim polikliniklerimize en çok mü-racaat sebeplerinden biri olan bu problem; servikal bölgenin dejene-rativ ve bazı travmatik hadiseleri ile ve değişik klinik belirtilerle or-taya çıkar. Burada; enfeksiyöz, iltihabi, tümöral veyahut da kırık ve büyük çıkıklar gibi hadiselerden sonra husule gelen boyun bölgesi değişiklikleri ve onların yaptıkları sendromları almiyacağız. Dediği-gimiz gibi daha fazla dejenerativ hadiselerle bazı gündelik hayatımız-da karşılaştığımız travmatik hadiselerden dolayı husule gelen ser-vikal sendromları inceleyeceğiz.

Servikal sendromları yazarlar çeşitli sıralamaya tabi tutmuşlar-dır. Bunlardan genellikle kabul edilen bir sıralama şöyle:

- 1 — Servikal disk hernileri,
- 2 — Servikal vertebraların dejenerativ osteoartriti,
- 3 — Akut servikal zorlama hadiseleri,
- 4 — Kronik servikal fibromiyozitler,
- 5 — Skalenus antikus sendromları veyahut da Toraksın çıkış bölgesine ait sendromlar diye tercüme edebileceğimiz Thorasic outlet sendromu.

Bunların teker teker izahına geçmeden önce, müsaade ederseniz şöyle kısaca anatomik bakımdan bilgi vermek isteriz.

Birinci resimde, servikal vertebraların yandan, yan kesitini gö-rüyorsunuz. Yedi tane servikal vertebra var, arada diskler görülüyor. Foraminalardan servikal spinal sinir kökleri çıkıyor. Biliyorsunuz bo-yunda yedi tane servikal vertebra var, buna karşılık medulla spinaliste sekiz tane servikal segment vardır. Servikal sinir kökleri servikal vertebranın bir üstünden çıkar yani servikal ikinci kök servikal ikin-ci vertebranın üstünden çıkar, üçüncü kök üçüncü vertebranın üstün-den. Servikal segmentler sekiz tane olunca, sekizinci servikal kök (C. 8) dorsal birinci vertebranın üstünden çıkıyor. Dolayısıyla dorsal birinci vertebranın altında da dorsal birinci segmente ait sinir kökü çıkıyor.

Özetlersek; servikal bölgede sinir kökleri kendilerine ait vertebaların üstünden, daha aşağılardaki sinir kökleri ise kendilerine ait vertebranın altından çıkarlar.

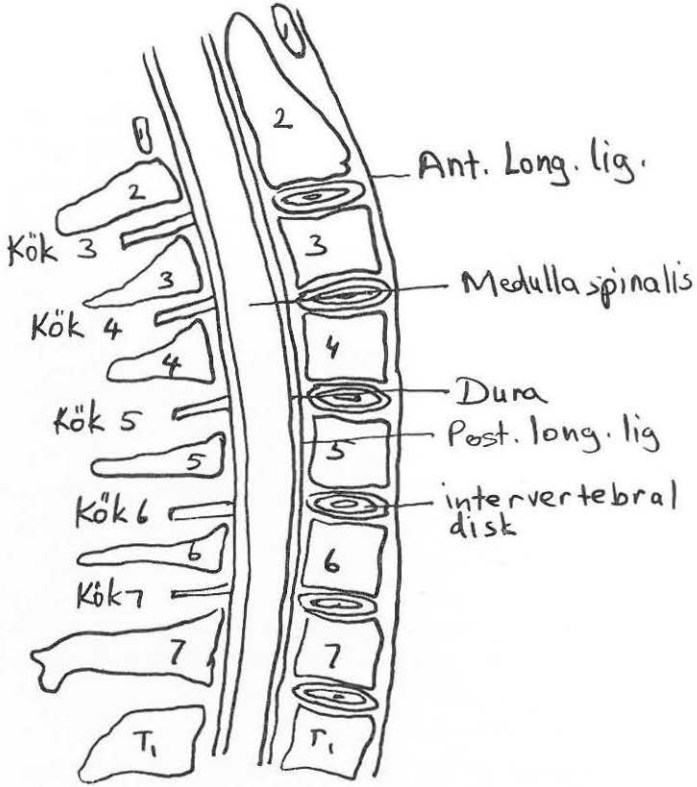
İkinci resim çeşitli dokuların, kemik, medulla spinalis, kökler ve intervertebral disk, vertebral arterlerin birbirlerine olan komşuluklarını göstermektedir.

Şimdi, en çok rastlanan ve daha çok nörolojik belirtiler verdiğini söylediğimiz SERVİKAL DİSK HERNİLERİ'ni ve SERVİKAL DEJENERATİV OSTEOARTRİT'i burada beraber izah etmeye çalışacağız. Sebebi de şu, umumiyetle servikal disk hernileri dejenerativ osteoartritik değişikliklerle beraber bulunuyorlar. Yalnızca servikal disk hernisinin olduğu veya sadece osteoartritik değişikliğin bulunduğu ve diğer şeklin bulunmadığı zamanlar da olursa da çoğunlukla bunların beraber bulunmaları sebebiyle bunlara kısaca SPONDYLOSIS (Servikal Spondylosis) terimini kullanmayı uygun görüyor birçok yazarlar. Biz de bundan sonra «Servikal spondylosis» terimini kullanacağız. Burada demin söylediğimiz gibi bu terimi kullandığımız zaman hem bir servikal disk hem de bir dejenerativ osteoartritik değişikliğin mevcut olduğunu söylemek isteriz.

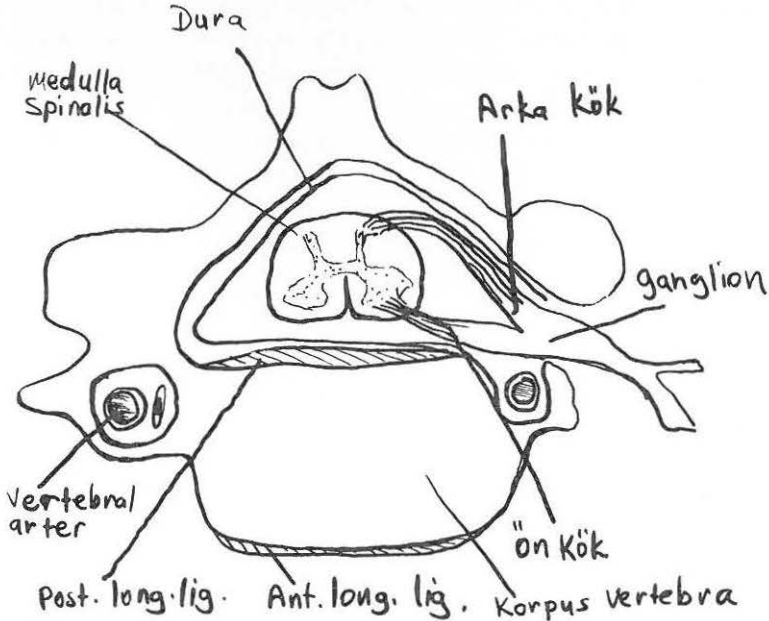
Servikal disk hernileri ve lomber disk hernileri her ne kadar benzerlik gösterebilirlerse de birçok durumlarda sebep ve neticeleri değişiktir. İnsanın lomber bölgesi çok büyük bir ağırlığın bindiği büyük kuvvet bileşkenlerinin geçtiği bir bölge, buna karşılık hareketlerinin mobilizasyonu oldukça kısıtlı. Servikal bölge ise çok az bir ağırlığın düştüğü buna karşılık çok fazlaca mobilizasyonu olan gayet hareketli bir bölge. Bunun için lomber disk hernilerinde daha çok büyük travmaların rol oynadığı, halbuki servikal bölgedeki disk hernilerinde ve osteoartritlerde daha küçük, devamlı, arka arkaya gelen hatta mikro travma diyebileceğimiz çoğu zaman hastanın farkına bile varmadığı veya farkına varsa bile önemsemediği küçük hadiselerin rol oynadığı bilinmektedir.

Servikal disk hernilerinde ve servikal osteoartritlerde yani spondylosis hadisesinde görülen klinik belirtileri biz birkaç grupta topluyoruz. Bunlar:

- a) Cervikal redikülopatiler,
- b) Cervikal miyelopatiler,
- c) Boyun ve başta olan ağrılar,
- d) Vertebro-basiler sistemde iskemiler,
- e) Nadiren de olsa otonomik sinir sistemini ilgilendiren ve «Horner Sendromu» ile ortaya çıkan hadiseler.



Şekil 1. Medulla spinalis ve vertebral kolonun servikal sagittal kesiti.



Şekil 2. Servikal vertebra, medulla spinalis ve sinir köklerini ve arterleri gösteren kesit.

Şekilde görülüyor, ön kök, arka kök ve intervertebral disk'in annulus fibrozis'i ve ortada nukleus pulposus'u. Her hangi bir şekilde bu disk ya nukleus pulposus annulus fibrozis'i yırtmadan sadece bir herniasyon gösterebilir veyahut da doğrudan doğruya nukleus pulposus annulus fibrosus'un yırtılan yerinden doğrudan doğruya çıkarak ya sinir kökleri üzerine veya doğrudan doğruya medulla spinalis üzerine bir tazyikte bulunabilir. Anatomik yapıda hemen posterior olarak longitudinal ligaman vardır, gayet kuvvetli bir bağıdır. Onun için disk hernilerinin direkt olarak arkaya herniasyonu daha nadirdir. Çoğunlukla posterior ligamanın zayıf olduğu postero-lateral kısma doğru herniasyon gösterirler ve bu herniasyon radixler üzerinde bir basınca sebep olur. Şayet herniasyon doğrudan doğruya posterior longitudinal ligamana rağmen tam arkaya doğru, merkeze doğru olursa o zaman medulla spinalis'in kendisine bir tazyik olur ve o zaman miyelopati yahut da servikal miyopatik sendromlar husule gelir. Radixler üzerine olan tazyik arazi yapan servikal sendromlarda gayet tabi sadece disk'i suçlamamak gerekir. Burada dejenerativ değişiklikler de vardır. Şöyle ki; vertebralar arasında her iki vertebra arasında mafsallarda osteoartritlik değişiklikler olur. Bunlar gerek hareketlerin kısıtlanması ve baş ve boyuna gelen travmaların fizikî tazyik etkilerini ortadan kaldıracı faaliyetini azaltması yönünden, gerekse direkt olarak osteofitlerin medulla spinalis'e doğru veya köklere doğru büyümeleriyle de aynı şekilde radiküler semptomlar veya miyelopatik sendromlar meydana çıkarabilirler. Gayet tabi, radiküler sendromlarda ortaya çıkan semptomlar hadisenin olduğu segmente göre değişecektir. Şayet, C. 4 ve C. 5 arasındaki intervertebral diskte bir prolapsus, bir herniasyon mevcutsa 5.nci sinir kökü üzerine bası yapar ve o zaman bizim göreceğimiz bazı klinik belirtiler vardır. Bunlardan bir tanesi hissiyet bozukluğu, omuzun arka tarafı ve ortaya doğru bir hipoestezi hali görülebilir. Deltoid adalesinde bir zayıflık görülebilir. Şayet hadise, C. 5 ve C. 6'nci vertebralar arasındaki intervertebral diskte ise, ki; bizim şimdiye kadar gördüğümüz vakalarda ve birçok yazarların da belirttiği gibi büyük bir çoğunlukla servikal disk herniasyonu C. 5 ile C. 6 vertebralar arasında gözüküyor. Burada servikal altıncı kök üzerine bir tazyik arazi meydana çıkar o zaman biceps adalesinde bir zayıflık ve kolun ön tarafında da şerit halinde bir hipoestezi sahası ortaya çıkabiliyor. Eğer vak'a ilerlemişse biceps rekleksinde de bir azalma veya kaybolma görülebilir. C. 6 ile C. 7 arasındaki intervertebral diskte bir herniasyon mevcutsa o zaman triceps adalesinde, daha çok radial sinir sahasında bir hi-

poestezi, triceps adalesinde bir zayıflık ve triceps refleksinde bir azalma veya hadisenin şiddetine göre tamamen bir kaybolma görülebilir. Diğer seviyelerdeki disk hernileri çok nadir görülür. Onun için burada teker teker diğer seviyelerde acaba böyle bir hadise olursa ne gibi klinik belirtiler olur? Onları söylemek istemiyorum. Burada diagnostik olarak yapılabilecek birkaç şey var:

1 — Röntgen: Röntgende umumiyetle servikal bölgede lezyonun bulunduğu yerde intervertebral disk mesafesinde bir azalma görülür, mukayese edildiği zaman seviyeler arasında bir azalma görülebilir. Gene röntgende osteoartritik degenerativ değişiklikler osteofitlerle kendini gösterebilirler. İntervertebral mafsallarda skleroz ile kendini gösterebilirler. Ayrıca, bir de adale spazmı sebebiyle normalde bulunması icap eden servikal lordozda ya tamamen kaybolma veya azalma görülebilir.

2 — Elektromiyografi ve sinir ileti hızı tayini yapılabilir. Şayet periferik sinir üzerindeki radikler üzerine yapılan tazyik sebebiyle bir hadise vuku bulduğu zaman biz elektromiyografide bunlara ait kısmi degenerasyon potansiyelleri bulabiliriz veya motor ünite aksiyon potansiyellerinde bazı değişiklikler oluyor. Aynı seviyedeki servikal paravertebral adaleler kendi hizalarındaki segmentlerden sinirlendikleri için bu hadiselerde lezyonun bulunduğu seviyeye isabet eden servikal paravertebral adalelerde bir zayıflık ve elektromiyografik olarak da değişiklikler ve patolojik bulgular bulunabilir.

3 — Bir de periferik sinir üzerinde yapılabilen sinir ileti hızı tayininde azalma veya tamamen kaybolma yani ineksitabilite hali de görülebilir.

Servikal osteoartrit'in bir de servikal disk hernisi olmadan yapabileceği bazı belirtiler var ki bunlardan bir tanesi şayet konjenital olarak yahut da gelişmeye bağlı olarak servikal spinal kanalda bir darlık mevcutsa bu darlığın üzerine bir de servikal kanala doğru büyüyen bir osteofit zaten mevcut darlığı daha da arttıracığından gene miyelopatik değişikliklere sebep olabilir.

Miyelopati olduğu zaman hastada neler görmemiz lâzım? Bu da yine lezyonun bulunduğu seviyeye göre değişebilir. Umumiyetle bunlarda üst ekstremitelerde 2.inci motör nörona ait değişiklikler yani hissiyet bozukluğu, adale kuvvetinde azalma, refleks kaybı, görülür. Alt ekstremitelerde ise umumiyetle 1.inci motor nörona ait arazlar yani; spastisite, hareketlerde gene zayıflık, reflekslerde hiperaktivite (hiperrefleksi) ve daha ileriki safhada patolojik refleksler (Babinski, Klonus gibi patolojik refleksler) görülebilir. Ayrıca karın derisi ref-

lekslerinde de azalma görülebilir. Bunlarda sfinkter bozuklukları da olacağı gayet tabiidir. Hastanın yürüyüşü bozulmuştur. Hâdise eğer servikal 3-4 seviyesine kadar çıkmışsa bu hadise o zaman üst ekstremitede de 1.inci motor nörona ait arazlar ortaya çıkarabilecek ki o zaman qudadrepleji belirtileri görebiliriz.

Servikal spondylosisde görülen bir üçüncü belirti ense ve baş ağrısı demıştik. Ense ve baş ağrısı umumiyetle bunlarda boyun adalelerinin spazmına bağlı olarak görülebilir. Ayrıca servikal 2. ve 3.üncü sinir köklerinin yine osteoartritik olarak tazyike uğraması sebebiyle (onların başa doğru gittiğini biliyoruz) o zaman «Occipital neuralji» şeklinde belirtilere sebep olabilirler. Ayrıca boyun hareketlerinin azalması da bu ağrıları arttırıcı bir rol oynar.

Dördüncü bir belirti, vertebro-basiler sistemin iskemisi; biliyorsunuz beyin beslenmesinde önemli rolü olan Willis poligonunu teşkil eden arterlerden bir tanesi de basiler arterdir ki, basiler arter her iki vertebral arterin birleşmesinden ileri geliyor. Vertebral arterler altıncı servikal vertebranın hizasında vertebral kolona girerler ve transvers çıkıntılar üzerindeki foramenler yolu ile yukarıya doğru devam ederler ve foramen magnumdan kafa tası içine girerler. Gördüğümüz gibi vertebral arterler yerleşim itibariyle intervertebral mafsallara oldukça yakındır. Bu yakınlık sebebiyle intervertebral mafsallarda husule gelebilecek dejeneratif osteoartritik değişiklikler ve büyümeler doğrudan doğruya bu arterler üzerine bir tazyikte bulunabilirler. Normalde vertebral arterler boynun sağ ve sola dönüşünde veya hiperekstansiyonunda bir tazyike uğrar ve hatta tamamen kan akışı durabilir. Fakat diğer arterler vasıtasıyla ki Willis poligonunda dediğim gibi anastomozlar var, çeşitli anastomozlar ve bağlantılar var bunlar sebebiyle herhangi bir şekilde bir iskemik belirtiye sebep olmazlar. Fakat, hastada daha evvel çeşitli aterosklerotik değişiklikler mevcutsa ve her iki karotis arterde veya hatta doğrudan doğruya vertebral arterlerde veya basiler arterin kendisinde zaten kan akımında bir azalma var idiyse ve bir de üstüne vertebral arterin çeşitli boyun hareketleri sebebiyle tıkanması ve bloke olmasıyla dolaşan kan akımı azalır ve o zaman beyinde bir iskemiye yani bizim «Vertebro Basiler İskemi» dediğimiz baş dönmesi, hatta senkopa kadar girebilen belirtilere sebep olabilirler. Fasetlere doğru büyüyen osteofitler kolaylıkla vertebral arterler üzerine bir tazyike sebep olabilirler.

Otonomik sistemle ilgili belirtileri olur demıştik servikal spondylosis'in. Biliyorsunuz C. 7 ve D. 1 vertebralar hizasında servikal sempati ksistemin elemanları bulunur. Buralarda sadece dediğim gibi ser-

vikal osteorthrit'de yahut ta spondylosis'e bağı olarak değıl «Pancost Tümörü» gibi akciğeri ilgilendiren bazı hadiselerde ve bu servikal sempatik elemanlara bir tazyik husule geldiğı zaman bunların belirtisi olarak «Horner Sendromu» dediğimiz «pitozis, enoftalmus ve miyozis»le belirlenene bir otonomik sendrom husule çıkabilir.

Servikal sendromlardan bir üçüncüsü AKUT SERVİKAL ZORLANMA demıştik. Bu hepimizin başına gelmiş bir şeydir. Zaman zaman baş ağrılarında, boyun ağrılarında, tutukluklardan bahsederiz. Bunlar umumiyetle akut servikal zorlanma dediğimiz tabloya girerler. Bizim en fazla gördüğümüz hadiselerden bir tanesi de araba kazalarında, otomobil kazalarında veya kaza bile olmasa küçük çarpışmalarda husule gelen ve «Whiplash injury» dediğimiz bir hadisedir. Kısaca şöyle izah edebiliriz; hareket halindeki vasıtada görülürse de umumiyetle duran vasıtalarda aniden başka bir vasıtanın arkadan çarpmasıyla gayet gevşemiş bir vaziyette, rölaks bir vaziyette olan sürücü veya arkada olan diğerk kişi boş bulunduğundan dolayı ve diğerk adaleler vasıtasıyla başın fiksasyonu yapılmamış olduğundan arkadan gelen ani bir sadme başın önce bir hiperekstansiyonuna sebep olur arkasından bir hiperfleksiyona sebep olur hatta bazan bu pandüler bir şekilde ta ki sıfır noktasını buluncaya kadar bir kaç def'a sallanabilir. İşte bu esnada servikal bölgeyi ilgilendiren dokuların, çeşitli ligamanların ve adalelerin ve interartiküler, intervertebral mafsalların zorlanmasıyla akut servikal zorlanma dediğimiz hadise meydana çıkar. Bu, tabi daha kuvvetli olursa subluksasyonlara, lüksasyonlara ve hatta fraktürlere kadar girebilecek belirtiler verebilir.

Biz, bu akut servikal zorlanmayı da üç kısma ayırıyoruz. Bir tanesi, Akut safha, ikincisi post travmatik safha, üçüncüsü de kronik safha. Şöyle ki, şahsın bu sadmeden sonra hafif bir baş ağrısı duyduğu, hafif şaşkınca olduğu, ne olduğunu anlıyamadığı bir saatten bir-iki güne kadar sürebilen bir safha vardır. Bir sertlik hissetmez hasta başka bir şey hissetmez, bu akui safhadır. Şayet, iki gün sonra; bu şikâyetler yavaş yavaş ilerlemeye başlar, boyun hareekleri ileri derecede tutulur, hatta bunlar skolyoz şeklinde babaşıs sağa veya sola tesbit şeklinde de olabilir. Çok şiddetli baş ağrısı, ense ağrısı şeklinde, kollara vuran, omuzlara vuran ağrılar ve hatta uyuşmalar şeklinde ortaya çıkarsa o zaman biz buna «Akut servikal zorlanmanın post travmatik şekli» diyoruz. Umumiyetle bu safhada hastalar tedavi görürler. Çünkü çok şiddetlidir, hekime müracaat ederler, tedavi görürler ve umumiyetle bir iyileşme beklenir. Fakat bazan bu safha

iki üç haftadan sonra da devam edebilir ve kronikleşme devresine girer ki o zaman artık hasta her ne kadar boyun hareketleri daha açıl-  
sa da, ağrı azalsa da tedavisi o nisbette daha geç ve güç olacağı mu-  
hakkaktır. Bir de tabii burada yaşın önemi var. Gençlerde tedavisi,  
ortadan kalkması daha kolay. Yaşlılarda, daha zor oluyor tedavisi.

Servikal sendromların dördüncüsü KRONİK SERVİKAL FİBRO-  
MİYOZİTE'ler. Bunlar doğrudan olayı servikal adaleyi ilgilendiren  
hadiselerdir. Servikal bölgenin adalelerinde soğuğa, yorgunluğa ve he-  
yecanlara bağlı olarak husule gelen adale spazmları bazı fibrozitik no-  
düllerle kendini gösteren bir hadise, bunlarda herhangi bir şekilde  
nörolojik bulgu görülüyor.

Size servikal sendromlardan son olarak bir de SCALENUS AN-  
TİCUS SENDROMU veya THORASİC OUTLET SENDROMU'ndan  
bahsetmek istiyorum. Biliyorsunuz boyunda her iki tarafta Scalenus  
anticus adalesi birinci kostaya yapışır ve âdeta bir (V) harfi  
şeklinde iki parçalıdır yapıştığı yerde ve bu iki uç arasında A. Subcla-  
via ve Plexus brachialis'e ait sinir kökleri geçerler, gerek bu adalenin  
herhangi bir zorlamaya bağlı olarak veya bir travmaya bağlı olarak  
kasılması, spazmı neticesinde bu aradaki oluşumların yani gerek ar-  
terin, gerek servikal sinir köklerinin sıkışması veyahut ta bir servikal  
kosta mevcudiyetinde, bunun aynı şekilde bu oluşumları etkilemesiyle  
veyahut da bir Pancost tümörü'nün bulunmasıyla gene bu dokularda  
bir tazyik olması sebebiyle «Scalenus anticus sendromu» dediğimiz  
bir sendrom meydana çıkar. Bu hem vasküler hem de nörolojik belir-  
tilerle daha çok boyun ve kolda kendini gösteren bir sendromdur. Bu,  
subclavia arterin basısına bağlı olarak çeşitli vasküler bozukluklar  
(Adson ve Allen testleri yapılır), nabızlarda her iki tarafta veya tek  
tarafli olarak azalma, gece kollarda uyuşukluklar ve gündüz bazı po-  
zisyonlarda meselâ uzun süre daktilo yazanlarda veya uzun süre kol-  
larını yukarı kaldırıp çalışanlarda uyuşmalarla kendini gösterir. Si-  
nir kökleri üzerine olan tazyik sebebiyle de adale kuvvetsizliği, refleks  
kayıpları, hissiyet bozukluğuna kadar giden hadiseler olabilir.

Servikal sendromları böyle kısaca gözden geçirdikten sonra ge-  
nel olarak da tedavi prensiplerinden bahsetmek isterim.

*Tedavi:* Medikal, fizik ve cerrahi olmak üzere üç şekilde olur.

1. Medical,
  - a. Analgesikler,
  - b. Myorelaxant,
  - c. Antiinflamatuvar,



- d. B-grubu vitaminleri,
- e. Lokal blok.
2. Fizik Tedavi;
  - a. Lokal sıcaklık tatbikatı,
    - Sathi,
    - Derin,
  - b. Elektroterapi,
    - Diadinami, Galvani,
  - c. Traksiyon,
  - d. Manuplasyon,
  - e. Masaj,
  - f. Tespit,
    - Brace (cihaz),
    - Collar (yakalık),
  - g. Tedavi ekzersizleri.
3. Cerrahi;
  - a. Laminektomi,
  - b. Laminektomi + Fusion,
  - c. Brace,
  - d. Scalenus adalesinin kesilmesi veya servikal kostanın çıkarılması.

### Özet

Servikal sendromların sıralama ve tanımlanması ile genel tedavi metodları anlatıldı.

### Summary

The classification, the definition and the general therapeutic methods of Cervical Syndrome's were reviewed.

### LİTERATÜR

- 1 — Brain L., Wilkinson M. Cervical Spondylosis, 1967.
- 2 — Finneson B.E. Diagnosis and Management of Pain Syndromes.
- 3 — Alpers B. J., Mencil E. L. Clinical Neurology 1971.
- 4 — Epstein B. B. The Spine 1969.
- 5 — Hollander J. L. Arthritis and Allied Conditions 1971.
- 6 — Ritvo M. Bone and Joint X-Ray Diagnosis 1955.
- 7 — Adam J. C. Outline of Orthopedics 1971.
- 8 — Licht S. Rehabilitation and Medicine 1968.
- 9 — Atalay A. Gelişmeye bağlı servikal spinal kana darlığı Şişli Tıp Bülteni 1975-1.