

EKSTRADURL SPİNAL ANJİOMA VAKASI

Abdulvahap GÖK

Anahtar Kelimeler: Spinal Anjioma, Ekstradural mesafe, myelografi

Key Words: Spinal Anjioma, Extradural space, Myelography

ÖZET

Disk hernisi semptom ve bulguları ile nöroşirürji kliniğine müracat eden bir hastada lomber mesafede ekstradural spinal anjioma tesbit edilmiştir. Bilateral L2-3 sinir köklerine bası yapan venöz kitle bipolar ile total olarak koagüle edilerek hastada klinik olarak tam iyileşme sağlanmıştır. Ekstradural spinal anjiomalar nadir görülmelerinin yanında tanıda güçlük arzetmeleri nedeniyle bu vaka takdim edilmiş ve literatür gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

A Case with Lomber Spinal Extradural Angioma

Extradural spinal angioma was diagnosed in the lomber region of a patient who referred to the neurosurgical clinic with signs and symptoms of disc herniation. The venous mass compressing the L2-3 roots bilaterally was coagulated by bipolar and the patient made an uneventual recovery. This case is reported and the literature reviewed in relation to the rarity of spinal angiomas and difficulties in diagnose.

GİRİŞ

Spinal anjiomalar spinal kanalda yer işgal eden lezyonlar içinde %3,3-%12,5 sıklıkla görülmekte, ekstradural anjiomlar ise, bütün spinal vasküler anomalilerin %15-20 sini kapsamaktadır (1). Bergstrand ve ark. (2) ları spinal anjiomaları; 1- Anjioma kavernosum 2- Anjioma Rasemose 3- Anjioma Retikuloma şeklinde sınıflandırmışlardır. Spinal anjiommalara klinik olarak tanı koymak güçtür. Ekstradural spinal anjiomaların büyük çoğunluğunda tanı operasyon esnasında konulmaktadır.

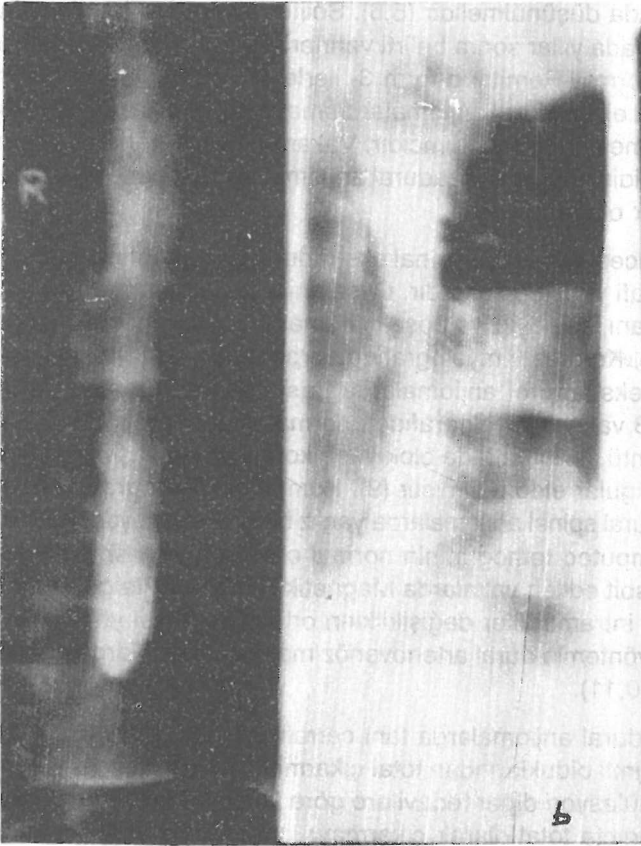
VAKA TAKDİMİ

17 yaşında erkek hasta bel ağrısı ile 4.7.1990 tarihinde Kırşehir Devlet Hastanesi Nöroşirürji Kliniğine başvurdu. Hikayesinden 3 yıldır bel ağrısı olduğu ve son iki aydır ağrının her iki bacağına vurduğu öğrenildi. Bir haftadır ağrı nedeniyle yol yü-

* Gaziantep Üniv. Tıp. Fak. Nöroşirürji ABD Yrd. Doç.Dr.

rümekte ve ayakta durmakta güçlük çektiği ve ağrının sürekli olduğu ifade edildi.

Muayenede TA: 120/80, N:76/dk, motor ve his kaybı yok, refleksler normoaktif, bilateral laseque testi 20° pozitif, bel hareketleri her yöne ileri derecede ağrılı ve sınırlı bulundu. Direkt Lumbosakral grafilerde bir patoloji tesbit edilmedi. Omnipaque (300mgr l/m1.) ile yapılan lomber myelografide L₃ korpus posteriorunda durayı arkaya iten kitle imajı ile bilateral L₂₋₃ sinir köklerinde amputasyon görüntüsü tesbit edildi. (Resim 1). Disk hernisi ve spinal tümör ön tanısı ile operasyona alınan hastada L₃ tam laminektomi, L₂ ve L₄'e hemilaminektomi yapıldı. L₂₋₃ sinir kökleri bilateral eksplere edildi. L₃ korpus posteriorunda uzanan ve L₂₋₃ sinir köklerine önden bası yapan 4x0,5 cm büyüklüğünde koyu mavi görünümde 2 adet venöz oluşum mevcut idi. Venöz yapıları lig. longt. posteriordan diseke etmek mümkün olmadı. Bipolar ile tamamen koagüle edildi. Her iki sinir kökleri foremanda serbestleştirildi. Operasyon sonrası hastada dramatik iyileşme görüldü. 2 ay sonrası yapılan muayenede hasta tamamen normal idi.



Resim-1 : a,b: L₂₋₃ sinir kökleri bilateral ampute görünümde ve L₃ korpus posteriorunda kaudal sakı arkaya iten kitle görüntüsü mevcut

TARTIŞMA

Spinal ekstradural anjioma spinal anjiomaların bir türü olup nadir görülürler. Soliter olabileceği gibi vertebro ve ekstradural tip bir ardada olabilir. Pia 54 vakalık serisinde 29 vakada izole ve 25 vakada miks spinal anjiom tesbit ettiklerini ve miks olanların ya vertebra ekstradural, ya ekstradural intradural, yada kuteno ekstradural olabileceğini belirtmiştir (3).

Ekstradural spinal anjiomalara en çok dorsal ve lomber bölgede rastlanmakta olup, soliter formları özellikle alt lomber ve lumbosakral bölgede yer almaktadır. Bunlar kavernoöz ve venöz anjiomalar olup nadiren arteriovenöz sirsoit anjiomalara rastlanmaktadır. Arteriografik tanı ve tedavide önemli ilerlemeler kaydedilmesine rağmen ekstradural ve intradural anjiomaların klinik olarak tanısı oldukça zordur. (4,5). Ekstradural anjiomaların en sık karıştığı hastalıklar disk hernileri ve spinal tümörlerdir. Kendi vakamızda her iki tanı düşünülerek hasta operasyona alınmıştır.

Oysa intradural anjiomalar ile ilgili olarak inflamatuvar ve dejeneratif kord hastalıkları ayırıcı tanıda düşünülmalıdır (5,6). Soliter ekstradural anjiomalar ya çok kısa seyirli olurlar yada yıllar sonra belirti verirler. Spinal anjiomalarda hastalığın seyri; 1-Apoplektik form 2-Remitting form 3- ilerleyici form şeklinde tanımlanmaktadır. (7). Ağrı daima ekstradural anjiomalarda mevcuttur. Lokal ve sinir kökü ağrılarının birlikte seyretmesi tanıya yardımcıdır. Vakamızda ağrı haricinde semptom olmayışı dikkat çekicidir. Spinal ekstradural anjiomalarda mesane ve barsak bozukluklarına rastlamak olağan dışıdır.

Operasyon öncesi dönemde spinal ekstradural anjiom ihtimali düşünülmediği için spinal anjiografi yapılmamaktadır. Oysa anjiografi malformasyonunun büyüklüğü ve yayıldığı alanı, besleyici ve boşaltıcı damarları göstermesi yönünden en iyi bilgiyi verir (5,6,7). Kontrastlı myelografide serpentinöz, düz ve kavis şeklinde dolma defektleri ve ekstradural anjiomalarda bası imajı en sık karşılaşılan bulgulardır (4,6,7,8). %93 vakada myelografide anormal bulgular, %62 vakada anjioma için sipesifik görüntü, %31 vakada blok yada kontrastın yavaş ilerlemesi ve %7 vakada normal bulgular elde edilmiştir (9). Komputed Tomografi gerek intradural gerekse ekstradural spinal anjiomalarda yalnız başına tanı koydurmaktan uzaktır. Myelografi ve komputed tomografinin normal olduğu ancak spinal kordda fonksiyon bozukluğu tesbit edilen vakalarda Magnetik Resonans ile görüntüleme spinal anjiomaya bağlı intramedüler değişiklikleri ortaya koyması yönünden dikkat çekicidir. Oysa bu yöntemle dural arteriovenöz malformasyonlarda nidusu tesbit etmek çok güçtür (10,11).

Spinal ekstradural anjiomalarda tanı cerrahi görünüm ile konur. Bunlar özellikle ventral yerleşimli olduklarından total çıkarmaları çok güç ve hatta imkansızdır. Bipolar ile koagülasyon diğer tedavilere göre kesin üstünlük sağlamaktadır. Hastamızda başlangıçta total olarak çıkarmaya çalıştığımız venöz kitlenin ekstradural mesafeden diseke edilemeyeşi nedeniyle bipolar ile koagülasyon yapılarak venöz

yapı ortadan kaldırılmıştır. Ekstraintradural yerleşimli spinal anjiomalarda oluşan nörolojik fonksiyon bozukluklarının steal fenomeninden ziyade spinal kord içi kapiller venöz yapılarda basınç artmasından kaynaklandığı ve bu artan basıncın ortadan kaldırılmasına yönelik cerrahi tedavinin hastalarda haastalığın kötüye gidişini durdurduğu ve iyileşmeyi sağladığı belirtilmektedir (5,9,12,13).

Ekstradural anjiomalarda prognoz intradural olanlara göre daha iyidir. Prognoz ile operasyon öncesi nörolojik fonksiyon bozukluğu arasında sıkı bir ilişki olması nedeniyle tanı ve tedavinin erken dönemde yapılması zorunludur.

KAYNAKLAR

1. Jellinger K.: pathology of spinal Vascular Malformations and Vascular Tumors, In: Spinal Angiomas Advances in Diagnosis and Therapy. Pia W.H., Djindjian R (Ed) Springer-Verlag Berlin Heidelberg Newyork. 1978.P.18
2. Bergstrand A., Höök O., Lidvall H. : Vascular malformations of the spinal cord. Acte neurol. scand. 40: 169, 1964.
3. Pia W.H: Symptomatology of spinal angiomas. In: Spinal Angiomas Advances in diagnosis and Therapy. Pia W.H, Djindjian R (ed). Springer-Verlag Berlin Heidelberg Newyork.1978.P.48.
4. Epstein B.S.: Lowback pain associated with varices of the epidural veins simulating herniation of the nucleus pulposus Am. J. Roentgenol. 57:736,1947.
5. Logue V.:Angiomas of the spinal cord: review of the pathogenesis, clinical features, and results of surgery. J. Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 42:1,1979.
6. Svien J.H, Baker H.L.: Roentgenographic and surgical aspects of vascular anomalies of the spinalcord. Surgery, Gynecology and Obstetrics. June: 729, 1961.
7. Krayebühl H., Yaşargil M.G., Mc Clintock H.G.: Treatment of spinal cord vascular malformations by surgical excision. J. Neurosurg. 30:427,1969.
8. Teng P., Papatheodorou C.; Myelographic appearance of vascular anomalies of the spinal cord. Brit. J.Radiol 37:358, 1963.
9. Djindjian R.: Angiography in Angiomas of the spinal cord. In: Spinal Angiomas Advances in Diagnosis and Therapy. Pia W.H, Djindjian R (ed). Springer-Verlag Berlin Heidelberg Newyork. 1978 P.98.
10. McCormick P.C., Mchelsen W.J., Post K.D., Carmel P.V., Stein B.M.: Cavernous Malformations of the spinal cord. Neurosurgery 23:459, 1988.
11. Isu T,j Iwasaki Y., Akino M., Koyanagi I.,Abe H.: Magnetic Resonance Imaging in Cases of spinal dural Arteriovenous Malformation. Neurosugrey 24:919, 1989.
12. Oldfield E.H., Dichiro G., Quindlen E.A., Rieth K.G., Doppman J.L: Succesful treatment of a group of spinal cord arterio venous malformations by interruption of dural fistula. J: Neurosurg 59:1019, 1983.
13. Dichiro E., Doppman J.L., Dwyer A.J., Patronas N.J., Knop.R.H., Bairamian D., Vermes M., Ooldfield E.H.: Tumors and arteriovenous Malfomations of the spina cord: Assessment Using MR, Radiology 156: 689, 1985.