

AÇIK KORDOTOMİ (VAKA TAKDİMİ)^x

Mehmet Fikret Ergünger^{xx}, Ufuk Akmil^{xxx}

Özet:Daha önce posterior fossadaki tümöral kitle nedeni ile ameliyat edilen ve histopatolojik olarak "ependimoblastoma grade IV" tanısı alan 11 yaşındaki kız çocuğu, ilk ameliyatından yaklaşık 19 ay sonra, yine kliniğimize, bu defa her iki kalçasındaki şiddetli ağrılar nedeni ile başvurdu. Fizik ve radyolojik muayenesinde bilateral asetabular metastaz tespit edildi. Primer bölgede tümör rekürrensi yoktu. Bilateral T₂₋₄ düzeyinde "açık kordotomi" uygulandı. Postoperatif ağrıları hemen kesildi. Bu takdimde pek sık yapılmayan açık kordotomi tartışıldı.

Anahtar Kelimeler:Ağrı, açık kordotomi, asetabular metastaz.

OPEN CORDOTOMY (CASE REPORT)

Summary:An eleven year old girl had been operated on for a posterior fossa tumour in whom the tumour was, later, diagnosed as "ependymoblastoma, grade IV" histopathologically.19 months later, she was readmitted because of intractable pain in her both buttock. Physical and radiological examinations revealed bilateral acetabular metastasis. There was no tumour recurrence in the primary site. An open cordotomy at T₂₋₄ was performed bilaterally. Pain stopped abruptly after the operation. In this communication, open cordotomy which is performed infrequently, is discussed in detail.

Key Words:Pain, open cordotomy, acetabular metastasis

Metastazlarını hemen daima BOS yoluyla ve ekim şeklinde yapan bu tümörlerden supratentorial yerleşenlerde metastaz son derece nadirdir. İnfratentorial yerleşimlerden, düşük dereceli olanlarda %4, yüksek derecelilerde ise %27 oranında, BOS yoluyla metastaza rastlanılır. Uzak kemik metastazı ise olağan değildir(4,8,9). Tedavide cerrahi yaklaşımın yanısıra radyoterapi ve kemoterapi de uygulanır(1,9). Vakanın takdiminde amaç, ağrı tedavisinde nadir başvuru olan kordotominin, bazen hem tıbbi ve hem sosyal sebeplerle acil özellik kazanabileceğini vurgulayabilmektir.

x: 24-26 Haziran 1988'de İstanbul'da I.Türk-Mısır Ağrı Kongresinde takdim edilmiştir.

xx: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Sivas.

xxx: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi, Sivas.

Vaka Takdimi

E.K.(Prot.15729) 11 yaşındaki kız çocuğu 7.10.1985 tarihinde başağrısı, bulantı, kusma nedeni ile getirildi. Muayenesinde KİBAS bulguları ve bilgisayarlı tomografisinde(CT) posterior fossa kitlesi tespit edildi. Opere edilen kitle histopatolojik olarak "Ependimoblastoma grade IV" tanısı aldı. Post-op oluşan menenjit tablosu tedavi edildi ve değişik zamanlarda yapılan BOS'un sitopatolojik tetkiklerinde malign hücreler görüldü. Hasta, genel durumunun tamamen düzelmesi, KİBAS bulgularının ortadan kalkması üzerine tüm spinal aks da dahil olmak üzere, radyoterapi ve kemoterapi amacıyla bir merkez hastaneye sevk edildi.

Hasta yaklaşık, 19 ay sonra her iki kalçasındaki şiddetli ağrılar nedeniyle, yeniden, hastaneye başvurdu. Çekilen direkt grafilerde, asetabular bölgede, bilateral metastatik kemik lezyonları görüldü(Resim 1).Primer ameliyat bölgesinde tümör rekürrensi yoktu. Vücudun diğer bölgelerinde de başka bir metastatik odağa rastlanılmadı.



Resim 1 : Pelvis antero-posterior direkt grafisi. Asetabular bölgede, bilateral metastatik kemik lezyonları.

Önce epidural yolla, bunun yetersiz kalması üzerine, intratekal narkotiklerle ağrı giderilmeye çalışıldı ise de bu işlemlerle çok kısa süren ağrısız devreler sağlanabildi. Parenteral narkotikler ve methylprednisolone'a da olumlu cevap alınmaması üzerine, hasta, hastaneye kabulünün 5. gününde ameliyata alınarak, sağda T₂ ve solda ise T₄ seviyesinde bilateral açık spino-talamik kordotomi yapıldı.

Post-operatif devrede ağrı hissi hemen ve tamamen ortadan kaldı. Bilateral, yaklaşık T₄ düzeyine kadar hipostezi ve alt ekstremitelerde yer çekimine ancak karşı koyabilecek akadıyla paraparezi gelişti. Kordotomi öncesi spontan miksiyon

yapamadığı için, myelografiyle, primer tümöre sekonden kord patolojisi de aranan ve yer yer araknoiditisi telkin eden görüntünün dışında spinal tümör ekimine rastlanılmayan ve mesanesinde kalıcı üriner kateter yerleştirilen hastanın, post-operatif devrede de kalıcı mesane fonksiyon bozukluğu devam etti. Ameliyatı takib eden günlerde paraparezisi tamamen düzelen hasta, mesanesindeki kalıcı idrar sondası ile birlikte taburcu edildi. Kemik metastazı nedeni ile yeniden, radyoterapi ve kemoterapi için bir merkez hastaneye sevk edildi. Hasta, en son 4 ay önce polikliniğimize periyodik kontrole gelmiş olup, halen ağrıdan yakınmamaktaydı.

Tartışma

İlk defa 1910 yılında Schüller tarafından maymunlarda spinal kordun 1/4 ön kısmının kesilmesi ile gerçekleştirilen kordotomi, ilerleyen yıllarda, değişik otörlerin spinal kordun değişik seviyelerinde ve beyin sapında oluşturdukları cerrahi kesilerle ilgi çekmeye devam etmiş ve 1963 yılında Mullan tarafından strontium iğnesi ile ilk perkütanöz servikal kordotomi yapılması ile yeni bir boyut kazanmıştır(6).

Bugün pek çok yönüyle perkütanöz yöntem açık kordotomiye tercih edilmele beraber, halen açık yöntem, zaman zaman ağır cerrahisinde kullanılmaktadır(2).

1969 'da White ve Steet "Pain and Neurosurgeon" isimli monograflarında kordotomi endikasyonlarını şöyle sıralamışlardır (6):1.Abdomen ve pelvik bölgenin ağrılarında, 2.Major post-ampütasyon nörolojide, 3.Fantom ekstremitte sendromunda, 4.Postherpetik nöraljide, 5.Tabes dorsalis krizlerinde. Bunlara ek olarak kalça dejenerasyonu da sayılabilir. Ancak dizestesi ve kramplarda kordotomi etkisiz olup, kozalji ve vasküler ağrılarda ise sempatektomi tercih edilmelidir(2).

Kordotomiye, aslında, en iyi refraktör ağrı cevap verir. Fantom ağrısı ve sinir kökü kopmalarına bağlı fantom benzeri ağrılar kordotomiye cevap vermesine rağmen arka kök giriş bölgesi (DREZ- Nashold) operasyonu, bunlarda ilk uygulanacak cerrahi yöntem olmalıdır (7).

Keordotomiden önce periferik yaklaşımlar tercih edilmeli, örneğin sinir blokları, zepidural elektrik stimülasyonu, intratekal fenol ya da intratekal narkotiklerle ağrının giderilmesine çalışılmalıdır (5).Ancak bizim vakamızda kordotomiden önce intratekal narkotik uygulaması, muhtemelen, posterior fossaeksplorasyonunu takiben geçirdiği menenjit tablosu ve yüksek dereceli bir ependimal tümör olması nedeniyle, tüm spinal kordaradyoterapi uygulanmasına bağlı, yer yer oluşan araknoiditise ait blokajlar nedeniyle etkili olamamıştır.

Yine kemik metastazları için kordotomiden önce irradiasyon denenmesi daha konservatif bir yaklaşım olarak düşünülmesine rağmen, çeşitli sosyo-ekonomik sebepler nedeniyle dayanılmaz ağrıları olan ve eldeki olanaklarla giderilemeyen ve bu sebeple "acil" kabul edilen bizim vakamızda uygulamak mümkün olmamıştır. Kaldı ki açık ya da kapalı kordotomi gibi bir yöntem hastada ilaç alışkanlığı (narkotik bağımlılığı) bakışlamadan veya hastalık nedeniyle terminal safhaya girmeden yapılmalıdır(2). Çünkü açık kordotomide maksimal ekspiratuvar hacmi 1.2 litrenin altına düşüren pulmoner hastalıklar, tümöral tutulumlar ve pneumonektomi gibi durumların yanısıra narkotik ilaç bağımlılığı da kontrendikasyon teşkil etmektedir (2,6,10).

Hasta uyanırken uygulanabilen, lezyonu öğrenebilme olanağı tanıyan, hastanede kalış süresi daha kısa olan ve solunum zorluğu ile spinal deformitesi olmayanlarda kolaylıkla yapılabilen yüksek servikal perkütan (kapalı) kordotomi açık kordotomiye tercih edilebilirse de vakamızda olduğu gibi intratekal narkotik uygulaması gibi yaklaşımla yada irradiasyon olanağı olmayan durumlarda ve ayrıca, perkütan kordotomi için özel alet ile deneyim gerektiren şartlara ihtiyaç duyulmaması nedeniyle açık kordotomi, özellikle tercih edilebilir (2,6). Kaldı ki üst torakal düzeyde, bilateral uygulanacak lezyonlarda açık kordotominin %75'e varan oranlarda başarılı olması erken ya da geç başarısızlığın %20 dolaylarında bulunması, bilateral yapıldığı takdirde bile üriner retansiyonun, ancak, %28 oranında görülmesi; kalıcı hipotansiyona neden olmaması, uykuyla ortaya çıkan apne problemine yol açmaması da ayrıca, tercih için önemli olarak kabul edilebilecek faktörler arasında sayılabilir (2).Denilebilir ki açık kordotomi, uygun seçilmiş vakalarda, ağır cerrahisine başvurulabilecek emin bir yoldur.

Kaynaklar

- 1-Dohrmann GJ, Farwell JR, Flannery JT: Ependymomas and ependyoblastomas in children. **J Neurosurg** 45:273-283, 1976
- 2-Ehni BL, Ehni G:Open surgical cordotomy. In Wilkins RH, Rengachary SS (eds): **Neurosurgery**. Mc Graw-Hill, New York 1985, pp 2439-2445
- 3-Humphreys RP:Posterior cranial fossa lbrain tumors in children. in Youmans JR (ed) : **Neurological Surgery**. WB Saunders, Philadelphia 1982 ,pp 2733-2758
- 4-Kricheff II, BLEcher M, Schneck SA, et al: Intracranial ependymomas:Factors influencing prognosis. **J Neurosurg** 21:7-14,1964.
- 5-Leeavenls MEJ, Hill CS Jr, Cech DA, et al: Intrathecal and intraventricular morphine for pain in cancer patients: Initial study. **J Neurosurg** 56:241-245, 1982.
- 6-Lorenz R:Methods of percutaneous spino-thalamic tract sectionl. In Krayenbühl H, LBrihaye J, Leew F, et al (eds): **Advances and Technical Standards In NLeurosurgery**. Springer Verlag, Wien New York 1976, pp 1231454
- 7-Nashold BS JR, Higgins AC, Blumenkopf B: Dorsal root entry zone lesions for pain relief. In Wilkins RH, Rengachary SS (eds): **Neurosurgery**. MecGraw-Hill, New York 1985, pp 243-2437
- 8-Phillips TL, Sheline GE, BLoldray E: Therapeutic considerations in tumors affecting the central nervous system:Ependymomas. **Radiology** 83:98-105, 1964.
- 9-Shelins GE, Wara WM: Radiation therapy of brain tumors. in Youmans JR (ed):**Neurological Surgery**. WB Saunders, Philadelphia 1982, pp 3096-3106
- 10-White JC, Sweet WH, Hawkins R, et al: Anterolateral cordotomy:Results, complications and causes of failure. **Brain** 73:346-367, 1967