

**LOMBER DİSK HERNİSİ ALTINDA  
GİZLİ KALAN BİR SPİNAL KORD NÖRİLEMMOMA OLGUSU**  
**A case of lumbar disk herniation with hidden thoracic spinal cord neurilemmoma**

Doğan Boylu<sup>1</sup>, N Mehmet Muhtaroglu<sup>1</sup>, Yıldız Kardeş<sup>2</sup>

**Özet:** Bel ağrıları son derece sık görülür. Lomber disk hernisi, dejenere diskin lomber spinal sinir kökünü sıkıştırmasıyla ortaya çıkan, bel ve bacak ağrısı ile karakterize klinik tablodur. Alt torasik ve üst lomber bölgedeki benign kord tümörlerinin teşhisi son derece güçtür. Bu tümörler başlangıçta ağrı, segmental duyu ve motor kayıp gibi kök bulguları verirler. Bu çalışmamızda lomber disk hernisi ile beraber gizli seyreden bir torasik spinal kord nörolemmoma olgusu sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Lomber disk hernisi, Nörolemmoma

Bel ağrıları en sık rastlanan klinik tablolardan olup, hayat boyu insidansı % 60-90' dır ve çoğu bel ağrısı benign olup büyük bir kısmı tedavi görmeden iyileşir (1).

Lomber disk hernisi, dejenere diskin lomber spinal sinir kökünü sıkıştırmasıyla ortaya çıkan bel ve bacak ağrısı ile karakterize klinik tablodur. Sanıldığı kadar yaygın değildir, bel ağrılı olguların sadece % 5' i disk hernilidir (2). Lomber disk hernili hastalarda ilk atak genellikle 2. dekatta olur. İlk radiküler semptomlardan yaklaşık 10 yıl geçtikten sonra tekrarlar ve bu defa da başlatıcı faktör hatırlanmaz. Ağrı genelde ani ve belirgin olarak başlar, belde lokalize kalabilir veya sinir trasesi boyunca bacağı yayılır. Soğukluk, hissizlik, iğnelenme, karıncalaşma ve acıma şeklinde parestezi olarak da tarif edilebilir (2, 3).

Çeşitli nedenlerle oluşan bel ağrıları için en sık

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ/  
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Araş.Gör.Dr.<sup>1</sup>, Doç.Dr.<sup>2</sup>.

Geliş tarihi: 29 Ağustos 1995

**Summary:** Lowback pain is extremely common. Lumbar disk herniation characterized by back ache and sciatica is the entrapment of lumbar nerve root by degenerated disk. Tumors of benign nature in lower thoracic and upper lumbar spine can be very difficult to diagnose. In these patients with chronic back pain all studies may be negative. They commonly produce nerve root symptoms of pain and segmental sensory or motor disturbances early. Here we present a case of lumbar disk herniation with hidden thoracic spinal cord neurilemmoma.

**Key Words:** Lumbar disc disease, Neurilemmoma

uygulanan tedavi fizik tedavidir. Cerrahi tedavi eskiden yapıldığı kadar tercih edilmemektedir (4).

Vertebral kanal içerisinde yer kaplayan kitleler, lomber disk hernisini taklit eden, duyarlılıkta hafif artma veya azalmadan total paralizye kadar değişen semptomlara neden olabilirler. Spinal kanal lümeninin küçüklüğü ve anormal dış basınç tarafından oluşturulan iskemiye karşı nöral dokunun sınırlı toleransı sebebiyle, küçük tümörler bile spinal kord ve sinir köklerine bası yaparak, dramatik klinik ve nörolojik semptomlara sebep olabilir (5).

Benign tabiatlı alt torasik ve üst lomber bölge tümörlerinin teşhisi çok zordur. Doğru teşhis konulması için yıllar geçer, hasta uzun seneler sıkıntı çekebilir (6). Kronik bel ağrıları olan bu hastaların daha önceki muayene ve tetkikleri negatiftir. Sonunda bir detaylı myelogram veya MRI yapılırken yukarıda, torasik bölgede bir nörofibroma görülebilir. Kronik tüm olgularda bu daima akılda bulundurulmalıdır ve hastaların altı ay ara ile muayeneleri ihmal edilmemelidir.

Spinal nörolemmoma ve nörofibroma en sık rastla-

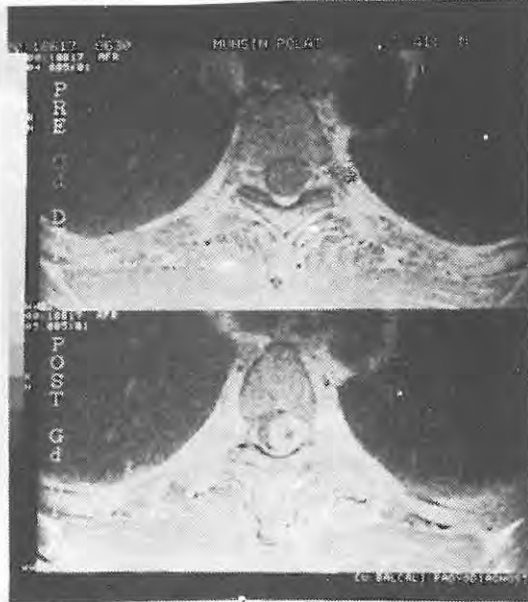
nan spinal kord tümörleri olup en çok torasik bölgede yerleşir (7, 8). Çoğunlukla intradural ekstrapomedüller olarak bulunur (8). Kadın erkek eşit oranda tutulur. Daha çok 4. ve 5. dekatta ortaya çıkar. En erken kök bulgusu verir, uzun trakt bulgusu daha sonra görülür. Olguların yaklaşık yarısında direkt grafilerde, interpedinküler mesafe ve intervertebral foraminlarda genişleme tesbit edilir (8). Komputerize Tomografi (CT), miyelografi ve magnetic resonance imaging (MRI) bu olgular için oldukça spesifik bulgular verir.

## OLGU

Olgu: M.P., 41 yaşında erkek. Protokol no: 586226. Belde ağrı, dizlerden aşağı kısımlarda uşüme, uyuşma ve ağırlık hissi yakınması ile polikliniğimize başvurdu.

Öykü: İlk kez 07.04.1992 tarihinde bel ve sol bacak ağrısı yakınmalarıyla polikliniğimize başvuran hastanın sistem sorgusunda özellik yok, öz geçmişinde 25 yıl önce appendektomi, soy geçmişinde ise babasında romatizmal kalp kapak hastalığı tariflemiş. Yapılan fizik muayenesinde düz bacak kaldırma testi (DBKT) solda 45 derecede pozitif / sağda negatifmiş, sol ayak başparmak plantar fleksiyonunda % 15-20 kuvvet kaybı, solda L3,L4,L5 ve S1 dermatomlarında hipoestezi tesbit edilmiş, solda aşıl refleksi alınmamış ve hasta antalgik postür gösteriyormuş. İki yönlü lumbosakral grafilerde L5-S1 arası mesafede daralma, açıklığı sağa bakan skolyoz ve lordozda düzleşme tesbit edilmiş. Bu bulgular sonucu nöroşirürji polikliniğinden konsultasyonu istenen hastada yapılan miyelografi de, LP iğnesiyle L3-L4 aralığından subaraknoid mesafeye girilmiş ve 15 cc radyoopak madde verilerek çekilen grafilerde; sol L5-S1 dolma defekti, S1 rootunda kesiklik olduğu gözlenmiş. Sol L5-S1 ekstrüde disk hernisi tanısı konarak nöroşirürji servisinde opere edilmiş. L5-S1 arasında hemilaminektomi ve diskektomi yapılmış olan hasta postoperatif bir hafta FTR programına alınmış ve hastanın ağrı yakınmaları oldukça azalmış, fakat sol bacakta hafif şekilde ağrı ve uyuşukluk, sol ayak başparmak plantar fleksiyonunda yaklaşık %10-15 kuvvet kaybı, solda L3,L4,L5 ve S1 dermatomlarında hipoestezi ve solda aşıl refleksi yokluğu devam ediyormuş.

Hasta ameliyattan yaklaşık üç sene sonra aynı yakınmalarla tekrar polikliniğimize başvurdu, taburcu edilmiş muayene bulguları aynen devam ediyordu. Yapılan EMG tetkiki normaldi. Rutin kan, idrar tahlillerinde özellik yoktu. Opere lomber disk hernisine bağlı fibrozis tanısıyla 13 seans süren FTR programına alındı. Her seansta lomber bölgeye sırasıyla 20 dakika yüzeysel ısı, 5 dakika derin ısı (ultrason 1,5 watt/cm<sup>2</sup>), 10 dakika analjezik modalite (diyadinamik akım) uygulandı ve 20 dakika süreyle bel ve karın kaslarını germe ve ardından güçlendirme egzersizleri verildi. Onüç seans sonunda hastanın yakınmalarında kısmen rahatlatma oldu fakat yakınmalarında tam düzelme olmaması nedeniyle nöroşirürji polikliniğine tekrar müracaatı önerilerek taburcu edildi. Hastanın nöroşirürji polikliniğinde yapılan muayenesinde şuur açık, koopere, oryante, kranial sinir muayeneleri normal olarak tesbit edilmiş, üst ekstremitelerde muayenesinde nörolojik defisit yokmuş. Nöroloji konsultasyonu sonucu istenen ERA, VER gibi evoked potansiyeller, Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) tetkikleri normal olarak bulunmuş. Yapılan miyelografide L3-L4 mesafesinde orta hatta disk protrüzyonunu düşündüren dolma defekti ve L3-S1 mesafeleri arasında araknoiditi düşündüren görünüm tesbit edilmiş, torakal ve servikal bölgelere ait herhangi bir bulgu yokmuş. Hastanın yeterli istirahate rağmen düzelmemesi üzerine 23.02.1995 tarihinde yapılan lomber MRI'nda ise L3-L4 düzeyinde disk protrüzyonu görülmüş. Hastanın yakınmaları devam etmiş, dikkatli bir muayene sonrası sağda T9'dan solda T7'den itibaren hipoestezi tesbit edilmiş ve 08.03.1995 tarihinde yapılan torakal MRI'da ise T3-T4 düzeyinde intramedüller tümöral kitle ile uyumlu görünüm belirlenmiş (Resim 1 ve 2). Hasta opere edilerek total kitle eksizyonu yapılmış. Kitlenin patolojik incelemesi nörolemmoma olarak rapor edilmiş (Patoloji rapor no: 23.03.1995-1377). Hasta postoperatif egzersizlerine devam ederek yaşam aktivitesini tam olarak sürdürmektedir.



Resim 1. (A-B) T1 ağırlıklı aksiyal incelemelerde T3-T4 düzeyinde intramedüller nörolemmomanın MR görüntüsü



Resim 2. (A-B) T1 ağırlıklı sagittal incelemelerde T3-T4 düzeyinde intramedüller nörolemmomanın MR görüntüsü

## TARTIŞMA

Lomber disk hernilerinde ana yakınma bel ve bacak ağrısıdır. Hastalar çoğu kez, önceden beri var olan hafif bel ağrılarının, bir zorlama ile arttığını ve bacaklara indiğini ifade ederler. Ağrı öksürme, hapşırma, ıkmama ve bel hareketleriyle artar. Bir kısım hasta oturmak yerine ayakta durmanın daha az rahatsız edici olduğunu ifade eder. Yatmakla yakınmalar azalır. Ağrının yanında bacaklarda uyuşma, karıncalaşma, keçeleşme, kuvvetsizlik ve inceleme yakınmaları da eşlik edebilir. Yürüyüş antalgiktir. Lomber lordoz düzleşmiştir. Buna skolyoz eşlik edebilir. Paravertebral kas gerginliği artmıştır ve valleix noktaları palpasyonda hassastır. Bel hareketleri özellikle fleksiyon, ekstansiyon, ağırlı bacak yönüne lateral fleksiyon ve aksi yöne rotasyon ağırlı ve kısıtlıdır. DBKT pozitifdir. Femoral sinir germe testi ise, L3-L4 disk hernilerinde pozitifdir (9). Dikkatlice yapılan nörolojik muayene yanısıra teşhise yardımcı incelemelerin yapılması gerekebilir.

Lomber disk hernilerinde miyelografi güvenilir bir tanı yöntemidir. Miyelografide disk hernisi, dolma defekti, kök basısı ve amputasyon şeklinde görülür. Fakat myelografi lateral disk herniasyonunu göstermez. Ekstradural tümörler de disk herniasyonuna benzer görüntü verirler (8). Bu vakada yapılan her iki miyelografi tümörü tesbit açısından yardımcı olmamıştır. Hastanın klinik bulgularının yanısıra birinci miyelografi de sol L5-S1 dolma defekti ve S1 kökünde kesiklik olması nedeni ile hasta opere edilmiştir. Hastanın şikayetleri ise tamamen geçmemiştir.

Komputerize tomografi vasıtasıyla da herniye olan materyal ile köklerin, kanalın ve bağların durumu tesbit edilebilir. MRI ise bu konularda daha da güvenilir bilgiler verir. Selektif sinir kökü blokajı ve elektromiyografi (EMG) tanıda yardımcı diğer tetkiklerdir (8).

Lomber disk hernilerinin tedavisi konservatif ve cerrahi olmak üzere iki başlık altında toplanabilir. Kauda ekuina sendromu dışında, önce konservatif tedaviye başlamak, hastayı yakından izlemek, hastalığın seyrine ve tedavinin sonucuna göre karar vermek en akılcı yoldur. Çünkü birçok yazar üç ay

içinde olguların % 75-90' ında iyileşme olduğunu bildirmişlerdir (10). Bel ağrılarının büyük bir kısmı cerrahi olmayan metodlarla düzeltilebilir.

Akut dönemde bir kaç gün mutlak yatak istirahati verilmelidir (2). Fakat gereksiz verilen bir hafta-on günlük yatak istirahatinin, gerçekte sadece yararsız değil, hatta zararlı olduğunu ileri süren düşünceler de vardır (11). Bu dönemde ilaç tedavisi, kas gevşetici etkisinden yararlanmak için yüzeysel ısıtıcılar, kas gücünü artırmak için izometrik sırt ve karnın kasları egzersizlerine başlanmalıdır.

Subakut dönemde hasta ayaktan veya hastaneye yatırılarak fizik tedavi programına alınır. Fizik tedavide amaç ağrıyı ve kas spazmını azaltmak, kaslardaki güç ve endüransı arttırmaktır. Bu arada devamlı veya intermittant lomber traksiyon da uygulanabilir. Traksiyon L4-L5 disk hernisinde yüzüüstü, L5-S1 hernisinde sırtüstü konumda uygulanır (9). Yüzeysel ve derin ısıtma, krioterapi, analjezik modaliteler yanısıra farmakolojik tedavide steroid olmayan antiromatizmal ilaçlar, kas gevşeticileri ve psikotrop ilaçlar verilir. Postural reedükasyon uygulanmalıdır (6).

Üç yıl boyunca aynı yakınmaları devam eden hasta tekrar muayene edildiğinde aynı klinik bulgular ile yapılan EMG'si normal gelmiştir. Postoperatif fibrozis tanısı ile FTR programına alınmıştır. Uygun tedaviye rağmen tam rahatlaması olmayan hastada evoked potansiyeller, BOS incelemesi ve ikinci miyelografi yapılmıştır. L3-L4 düzeyinde orta hatta disk protüzyonunu düşündüren dolma defekti ve L3-S1 mesafeleri arasında araknoiditi düşündüren görüntü nedeni ile konservatif tedavinin devamına karar verilmiştir. Torakal ve servikal bölge lezyonunu düşündüren bulgu olmadığı için FTR programı devam etmiş fakat hastanın yakınmaları azalmamıştır. Hasta bu şekilde uzun süre konservatif tedaviler görmüştür.

Bütün bu tedavi yöntemleriyle hastada iyileşme sağlansa bile nökslerin önlenmesi için hastanın egzersizlere devam etmesi ve günlük yaşam aktivitelerini düzenleyen koruyucu kurallara dikkat etmesi gerekir. Subakut dönemde bel ağrılarının tedavisinde egzersizlerin rolü büyüktür. Yumuşak doku fleksibilitelerini ve eklem mobilitelerini artırıcı

egzersiz programına ek aerobik programlar verilmelidir (1). Bel ağrılarının tedavisinin her yönüyle geniş biçimde ele alındığı bel okulları vardır (4).

Kauda ekuina sendromu olan, ilerleyici nörolojik defisiti olan, tolere edilemeyen ağrısı olan hastalarda cerrahi endikasyonu vardır (2).

Spinal kanalın yer kaplayan lezyonları, spinal kord ve sinir köklerini etkileyerek semptomlar oluşturabilir. Genellikle spinal kord basısının ilk bulgusu motor fonksiyon bozukluğudur. Başlangıç yavaş ise spastisite ile sonuçlanır. Eğer başlangıç akut ise flask paralizi vardır. Tipik vakalarda hastanın ilk şikayetleri geçici veya yavaş ilerleyen ekstremitte zayıflığı, bunun yanında artan yorgunluk veya halsizlik olarak tanımlanmıştır. Bu, spastik pareziye ilerler, menengioma ve nörolemmoma gibi yavaş büyüyen tümörlerde sıklıkla spastik parezi olur. Metastatik tümör gibi hızlı ilerleyen neoplazmlarda ise flask parezi ve refleks kaybıyla sonuçlanan akut transeksiyon sendromu oluşabilir (8).

Sert olmayan tümörler semptom oluşturmadan önce spinal kord deformasyonu oluşturur, oysa sert ve katı yapıli tümörler daha erken semptom oluşturur ve vertebra hareketiyle kordun kontüzyonuna sebep olabilir (8)

Nörolemmoma ve nörofibroma en sık rastlanan spinal kord tümörüdür. Rapor edilen serilerde tüm spinal tümörlerin % 16-30 'unu oluşturur. Yüzde 72' si intradural ekstramedüllerdir, % 14 'ü ekstradural, % 13 dumbbell ve % 1 intramedüllerdir (7). En sık olarak torasik, ikinci sıklıkla servikal ve daha sonra da lomber segmentlerde görülür. Kadın ve erkeklerde eşit olarak tutulum vardır, dördüncü ve beşinci dekadlarda en sık oluşur, erken kök bulgusu verir, uzun trakt bulgusu daha geçtir.

Kök tahribinin ilk bulgusu, genellikle kök dermatomu düzeyinde unilateral ağrıdır. Ağrı bilhassa gece yatarken supin pozisyonunda veya valsava manevrasıyla artar. Kök ağrısı hafif olabilir ve iletim kaybı erken olursa nisbeten kısa sürebilir. Ağrıya ilave olarak ekstramedüller lezyonların karakteristiği olan fasikülasyonların yanı sıra dermatomda hipostezi olabilir ve en sonunda parezi ve



amiyotrofi gelişebilir (7).

Yüksek servikal kord tümörleri genellikle boyun ve baş ağrısı ile kendilerini gösterirler. Alt servikal kord tümörleri sıklıkla kolda veya omuzda ağrı oluşturur ve servikal disk hastalığı semptomlarını taklit ederler. Uzun trakt bulguları ile kombinasyon durumunda, alt motor nöron bulguları, myelopatili servikal spondilozdan ayırt edilemeyebilir (7).

Spinal kord tümörü düşünülen hastaları değerlendirmede miyelografi öncesi LP yapılmamalıdır. Bu vakalarda LP kord şiftini presipite edebilir ve lezyon yeterince lokalize olmadan acil operasyon gerektiren inkarserasyona yol açabilir. Ayrıca LP, subaraknoid boşlukta kollapsa yolaçabilir (5).

Lomber ponksiyon (LP), miyelografi, spinal anjiyografi, radyoizotop skaning, elektromyografi, komputeriize tomografi ve MRI görüntüleme tanıda kullanılan diğer yardımcı metodlardır.

Tedavi total çıkarmadır. Sonuçlar, operasyon öncesi daha az nörolojik defisiti olanlarda daha iyidir. Fakat bazen komplet kesili vakalarda da iyileşme rapor edilmiştir. Radyoterapi endike değildir (8).

Disk operasyonları sonrası devam eden ağrılar sıklıkla araknoidit ve postoperatif fibrozise bağlanır. Çeşitli ilaç tedavileri ve fizik tedavi denenir. Uzun süre torakal spinal kitle, lomber diskopati kliniği ile karıştırılıp gözden kaçabilir. Bu vakada yeterli konservatif tedavi denenmiş, hasta uyum içinde tüm tavsiyelere uymuştur. Son yapılan dikkatli muayene ve torakal MRI ile tümör tesbit edilebilmiştir.

Belde ve bacakta tümöral yapıların oluşturduğu ağrılar, başlangıçta disk baskısına çok benzer. Bunun için belden başlayarak bacağı doğru yayılan, tüm tedavilere inatla yanıt vermeyen ağrılarda tümör olasılığı düşünülmeli, tetkikler o yöne yoğunlaştırılmalıdır (9). Bu vakada cerrahi girişim sonrası yeterli süre uygun konservatif tedavi uygulanmış fakat yakınmaların geçmemesi postoperatif fibrozise bağlanmıştır. Yakınmaları azalan fakat geçmeyen hastalarda postoperatif fibrozis düşünülebilir. Özellikle uyumlu hastalarda yeterli süre konservatif tedavi yapılır ve hasta bir miktar rahatlayabilir. Bu durumda tümör teşhisinin gecikmesi olasıdır. Beklenen düzelme görülmeyen kronik vakalarda bu yönden inceleme yapılması akla getirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Weinstein SM, Herring SA. Rehabilitation of the patient with low back pain. In: DeLisa JA, Gans BM (eds), *Rehabilitation Medicine*. JB Lippincott, Philadelphia 1993, pp 996-1017
2. Oğuz H. Romatizmal ağrılar. Atlas tıp kitabevi, Konya 1992, ss 183-193.
3. Tuna N. Romatizmal hastalıklar. Hacettepe Taş kitabevi, Ankara 1994, s 597.
4. Soric R. Role of Physical Medicine Modalities. In: Tollison CD, Kriegel ML(eds), *Interdisciplinary Rehabilitation of Lowback Pain*. Williams and Wilkins, Baltimore 1989, pp 101-106.
5. Ruge D. Spinal Cord Tumors. In: Ruge D, Wiltse LL (eds), *Spinal Disorders*. Lea and Febiger, Philadelphia 1977 pp 287-294.
6. Cox JM. Low Back Pain. Williams and Wilkins, Baltimore 1991, pp 591-592, 610.
7. Nitter K. Spinal meningiomas, neurinomas, and neurofibromas and hourglass tumours. In: Vinken P J and Bruyn BW (eds), *Handbook of Clinical Nuerology*. North Holland Pub, Amsterdam, New York 1976, Vol 20 pp 177-322.
8. Connolly ES. Spinal Cord tumors in Adults. In: Youmans JR (ed), *Neurological Surgery*. WB Saunders, Philadelphia 1982, pp 3198-3204.
9. Tuna N. Bel ağrısı ve siyatik. Nobel Tıp kitabevleri, İstanbul 1991 ss 32.
10. Watts C. Surgical versus nonsurgical management In: Tollison CD, Kriegel ML (eds), *Interdisciplinary Rehabilitation of Lowback Pain*. Williams and Wilkins, Baltimore 1989, pp15-20.
11. Cailliet R. Bel ağrısı Sendromları Tuna N (Çev.Ed.) Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 1994, ss126-128.