

# INTRADURAL LOMBER DİSK HERNİSİNE BAĞLI KAUDA EQUİNA SENDROMU: Olgu Sunumu

Ercan ÖZER\*, Kemal YÜCESOY\*, Hakan Sinan YILMAZ\*

## ÖZET

**Amaç:** Nadir görülen intradural lomber disk hernili bir olgunun sunulması.

**Giriş:** İntradural disk hernileri oldukça nadir görülen patolojilerdir. Preoperatif dönemde tanınmaları oldukça güçtür ve ameliyat sırasında rahatlıkla gözden kaçabilir.

**Olgu:** Kliniğimize bacaklarında güçsüzlük, idrar yapamama şikayetleri ile başvuran 55 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur. Olgu, yapılan radyolojik incelemelerde L4-5 disk hernisi saptanarak acil olarak opere edilmiştir. Cerrahi sırasında, intradural disk hernisi saptanan hastanın operasyon sonrası tüm şikayetleri düzelmiştir.

**Sonuç:** Klinik ve radyolojik incelemelerle uyumlu bulguların gözlenmemesi ve disk boşaltılmasına rağmen spinal dura ve kök gerginliğinin halen sürmesi durumunda intradural disk hernisi akla gelmelidir.

**Anahtar sözcükler:** İntradural disk hernisi, Kauda equina sendromu, Acil cerrahi

## ABSTRACT

### CAUDA EQUINA SYNDROME DUE TO INTRADURAL LUMBAR DISC HERNIATION.

**Purpose:** We reported a case with intradural lumbar disc herniation which is a rare pathology.

**Introduction:** Diagnosis is difficult in preoperative period and easily dismissed during the operation.

**Case:** A fifty-five years old man who was admitted to our clinic with lower extremity paraparesis and urinary retention was presented. L4-5 disc herniation was detected on his radiological investigation and he was operated emergently. Intradural free fragment was found intraoperatively and his neurological deficits relieved totally.

**Conclusion:** Intradural disc herniation should be kept in mind in operation of a lumbar disc which is not correlated with clinical and radiological findings, and continuing dural and nerve root retraction difficulty after discectomy.

**Key words:** Intradural disc herniation, Cauda equina syndrome, Emergency surgery

## GİRİŞ

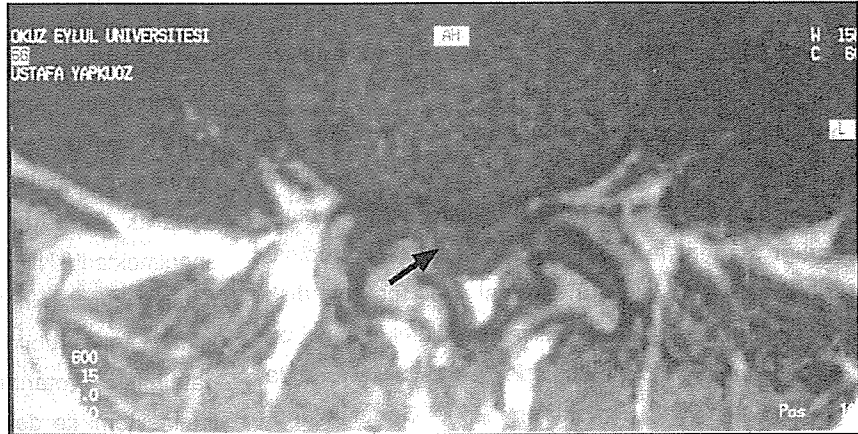
İntradural disk hernisi seyrek olarak rastlanan bir patolojidir (5, 10, 12). Oluşumundan dura ile posterior longitudinal ligaman (PLL) arasındaki yapışıklıklar sorumlu tutulmaktadır (9). En sık lomber bölgede görülen bu patoloji servikal ve torakal bölgede de görülebilmektedir (1, 3-5, 9, 13, 14, 16). Bu makalede, lomber intradural disk hernisi saptanan ve opere edilen bir olgu sunulmakta ve konu literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

## OLGU

55 yaşında erkek olgu, kliniğimize ayaklarında güçsüzlük ve idrar yapamama yakınmaları ile başvurdu. Uzun yıllardır bel ağrısı olan ve yaklaşık 8 ay önce yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkikinde L4-5 disk hernisi saptanan olgunun yakınmaları tıbbi tedavi ile düzelmiş, geçen sürede 4-5 kez tekrarlamıştı. Son bir haftadır bel ağrısına sağ bacak ağrısı eklenen olgu, sabah kalktığında ayaklarını oynatamadığını ve idrar yapamadığını fark

\* Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, İzmir

etmişti. Yapılan ilk nörolojik bakışında, her iki ayak ve başparmak dorsifleksiyonu 1/5, plantar fleksiyonu 3/5, süvari yaması tarzında duyu kusuru, anal refleks ve tonusta azalma saptandı. Mesane sondası takılan olgudan 1400 cc. kadar idrar boşaltıldı. Kauda-konus sendromu olarak değerlendirilen olgunun lomber MRG'si tekrarlandı. Konus medullariste patoloji izlenmeyen olgunun, L4-5 mesafesinde orta hatta, hafif sağa lateralize extrude disk hernisi saptandı (Şekil 1a-b)



Şekil 1b. Olgunun aksiyel düzlemde MRG kesitinde fragmente disk görüntüsü (okla işaretli)



Şekil 1a. Olgunun sagittal düzlemde MRG kesitinde L4-5 düzeyindeki büyük görüntüsü

ve olgu acil olarak operasyona alındı. Sağ L4 parsiyel laminektomi ve ligamentum flavumun da çıkarılmasını takiben sağ tarafta L5 kökü tanımlandı ve durayla birlikte mediale ekarte edildi. Ekartasyonun güç ve dural kesenin sert olması dikkati çekti. L4-5 disk mesafesi boşaltılmasına rağmen rahatlama olmayınca L4 total laminektomi yapıldı. Sağ tarafta belirgin disk fragmanı izlenmeyince dural kesenin anterioruna bakıldı ve dura yaprakları arasından ucu görünen bir serbest fragman saptandı. Fragman çıkarıldı ve dural kese ve kökün rahatladığı görüldü. Duranın iç tabakası sağlam olduğu ve beyin omurilik sıvısı gelmediği görüldü. Duranın iç tabakası sağlam olduğu için dış tabakanın tamirine gerek görülmedi. Her iki tarafta foraminotomiyi takiben operasyon sonlandırıldı. Operasyon sırasında ve sonrasında komplikasyon gelişmeyen hastanın postoperatif izleminde nörolojik defisitleri hızla geriledi ve 2. günde idrarını kendi yapar hale geldi. Son nörolojik muayenesinde, her iki ayak ve başparmak dorsifleksiyonunun 4/5'e regrese olduğu görüldü. Anal refleks ve anal tonus azlığı süren olgu postoperatif 3. günde taburcu edildi.

#### TARTIŞMA

Intradural lomber disk hernisiyle ilgili olarak literatürde yaklaşık 100 kadar vaka bildirilmiştir (8).

Lomber bölgede en sık L4-5, daha sonra sırasıyla L3-4 ve L5-S1 mesafelerinde gözlenen bu patoloji intradural de olabilmektedir (9, 18). Tüm disk hernilerinde yaklaşık % 0.27 oranında görülürken bu oran torakal disk hernilerinde % 12-15 dolayına yükselmektedir (5, 17). Torakal bölgede spinal kanalın darlığı nedeniyle dura ve posterior longitudinal ligamanın (PLL) yakın ilişkisi ve torakal disk hernilerinin kalsifikasyon eğiliminin yüksek olması, bu bölgede intradural disk hernilerinin daha yüksek oranda görülmesine yol açmaktadır (17). Genel olarak intradural disk hernisi oluşumundan disk protrüzyonu, posterior osteofitler, diski tutan enflamatuar hastalıklar, komşu disk mesafelerinin geçirilmiş operasyonları ve lokal travma sonucu ortaya çıkan dura ile disk mesafesini örten PLL yapışıklıkları sorumlu tutulmaktadır (15). Yıldızhan ve arkadaşları (19), spinal dura ile PLL arasındaki ilişkiyi açık bir şekilde göstermiş ve dural incelenen olduğu her mesafede intradural migrasyonun olabileceğini söylemişlerdir. Blikra (2) ise, dura ve PLL arasında konjenital bir bağlantı olduğunu söylemiştir. Olgumuzun öyküsünde daha önce aynı mesafede saptanmış disk protrüzyonu ve buna bağlı tekrarlayan atakların olması nedeni ile duranın mekanik olarak incelendiği düşünüldü.

Lomber intradural disk herniasyonları klinik olarak, genellikle kauda equina bulgularıyla başvururlar (8). Literatürde kauda equina sendromu dışında sadece şiddetli siyatolojiye ait bulgularla başvuran olgular da mevcuttur (6, 18). Şiddetli siyatoloji olan olgular da intradural disk hernisi de akla gelmelidir. Sunulan olgu, kauda equina bulguları göstermesi nedeniyle, başlangıçta intradural disk hernisinden kuşulanılabilecek bir olgudur.

Intradural lomber disk hernileri, ancak T2 ağırlıklı aksiyel MRG görüntülerinde daha iyi görülebilmektedir (7). Buna rağmen operasyon öncesinde tanısı oldukça güçtür (5). Hidalgo-Ovejero ve arkadaşları (8), operasyon öncesinde epidural gaz saptanmasının

intradural disk hernisinin habercisi olabileceğini belirtmişlerdir.

Intradural lomber disk hernisinin önemi, operasyon sırasında gözden kaçabilmesidir (11). Şüpheli durumlarda yapılacak total laminektomi ile duranın açılarak intradural disk hernisi aranması önerilmektedir. Nitekim, sunulan olguda önce standart parsiyel hemilaminektomi ile operasyona başlanırken, kliniği açıklayabilecek derecede bir disk hernisi patolojisi saptanamadığı için operasyona total laminektomi ile devam edilmiş ve intradural serbest fragman çıkarılmıştır.

Sonuç olarak, hızlı seyirli ağır nörolojik defisitlerin izlenmesi, operasyon sırasında klinik ve radyolojik incelemelerle uyumlu bulguların gözlenmemesi ve disk boşaltılmasına rağmen spinal dura ve kök gerginliğinin halen sürmesi durumunda intradural disk hernisi akla gelmelidir. Bu durumda skopi ile disk mesafesinin doğruluğu kontrol edildikten sonra total laminektomi yapılarak duranın ön yüzü, öncelikli olarak dura yaprakları arasında disk fragmanının varlığı araştırılmalı, bulunmadığı durumlarda ise dura arka yüzü orta hattan açılarak intradural mesafe kontrol edilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Alonso-Bartolome P, Canga A, Vazquez-Barquero A, Garcia-Valtuille R, Abascal F, Cerezal L: Intradural lumbar disk hernia. *Neurologia* 2001; 16: 181-184.
2. Blikra G: Intradural herniated lumbar disc. *J Neurosurg* 1989; 31: 676-679.
3. Borm W, Bohnstedt T: Intradural cervical disc herniation. Case report and review of the literature. *J Neurosurg* 2000; 92: 221-224.
4. Clatterbuck RE, Belzberg AJ, Ducker TB: Intradural cervical disc herniation and Brown-Sequard's syndrome. Report of three cases and review of the literature. *J Neurosurg* 2000; 92: 236-240.

5. Epstein N, Syrquin M, Epstein J, Decker R. Intradural disc herniations in the cervical thoracic and lumbar spine. Report of three cases and review of the literature. *J Spinal Disord* 1990; 3: 396-403.

6. Ergüngör MF, Kars ZH: Intraradicular herniation of a lumbar disc. A case report. *Neurosurgery* 1987; 21: 909-911.

7. Hida K, Iwasaki Y, Abe H, Shimazaki M, Matsuzaki T: Magnetic resonance imaging of intradural lumbar disc herniation. *J Clin Neurosci* 1999; 6: 345-347.

8. Hidalgo-Ovejero AM, Garcia-Mata S, Izco-Cabezón T, Garralda-Galarza G, Martínez-Grande M: Intradural disc herniation associated with epidural gas. *Spine* 1998; 23: 281-283.

9. Iwamura Y, Onari K, Kondo S, Inasaka R, Horii H: Cervical intradural disc herniation. *Spine* 2001; 26: 698-702.

10. Kataoka O, Nishibayashi Y, Sho T: Intradural lumbar disc herniation. Report of three cases with review of the literature. *Spine* 1989; 14: 529-533.

11. Koç RK, Akdemir H, Öktem IS, Menku A: Intradural lumbar disc herniation: report of two cases. *Neurosurg Rev* 2001; 24: 44-47.

12. Lesoin F, Duquennoy B, Rousseaux M, Servato R, Jomin M: Intradural rupture of lumbar intervertebral disc. *Neurosurgery* 1984; 14: 728-731.

13. Negovetic L, Cerina V, Sajko T, Glavic Z: Intradural disc herniation at the T1-T2 level. *Croat Med J* 2001; 42: 193-195.

14. Özer A, Özek M, Zirh T, Erzen C: Intradural rupture of cervical vertebral disc. *Spine* 1994; 19: 843-845.

15. Roda JM, Gonzalez J, Blasquez MG, Alvarez MP, Angello C: Intradural herniated cervical disc: case report. *J Neurosurg* 1982; 57: 278-280.

16. Stillerman CB, Chen TC, Couldwell WT, Zhang W, Weiss MH: Experience in the surgical management

of 82 symptomatic herniated thoracic discs and review of the literature. *J Neurosurg* 1998; 88: 623-633.

17. Stone J, Lichtor T, Banerjee S: Intradural thoracic disc herniation. *Spine* 1994; 19: 1281-1284.

18. Süzer T, Tahta K, Coşkun E: Intraradicular lumbar disc herniation: case report and review of the literature. *Neurosurgery* 1997; 41: 956-959.

19. Yıldızhan A, Paşaoğlu A, Ökten T, Ekinci N, Aycan R, Aral O: Intradural disc herniation: pathogenesis, clinical picture, diagnosis and treatment. *Acta Neurochir* 1991; 110: 160-165.

**Yazışma adresi:**

Kemal YÜCESOY

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Nöroşirürji Anabilim Dalı

35340 İnciraltı, İzmir

Tel : 0232 2595959 / 3307

Fax : 0232 2788802

E-mail : kyucesoy@hotmail.com