

SERVİKAL SPONDİLOZ HASTALIĞININ VERTEBROBAZİLLER İSKEMİ VE MİGREN OLGULARIYLA BİRLİKTELİĞİ

*Ali Sena BÖRÜ

*Çankırı Devlet Hastanesi Nöroşirürji Kliniği

ÖZET

Servikal omurganın dejeneratif hastalığı servikal spondilozla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Bu patolojik sürecin başlangıcında servikal lordozda düzleşme oluşmaktadır. Servikal omurganın dejeneratif hastalığı tedavi edilmediği takdirde kronik ve ilerleyici olup sonunda vasküler ve nöronal sisteme ait klinik bulgulara ve komplikasyonlara yol açmaktadır. Kliniğimizde vertebroziller sisteme ait yakınmaları ve migren şikayetleri olan 52 hasta araştırmaya alınmış olup bu hastaların yaklaşık %60'ında servikal spondilozla uyumlu patolojik bulgular saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Servikal spondiloz, vertebroziller iskemi ve migren

GİRİŞ

Servikal omurga 7 adet omurdan teşekkül etmiştir. Torakal ve lomber vertebra larla birlikte vertebral kolonun hareketli kısmını oluşturur (1). Vertebral kolon servikal ve lomber bölgede 2 adet genişleme

oluşturur. Servikal kanal genişliğinin alt ve üst limit değerleri 12 mm ile 22 mm arasındadır (2). Kanal çapının 11-12 mm ve daha az olması servikal spinal stenoz olarak değerlendirilir. Vertebra lar arasında sagittal yüklenmelerde balansı sağlayan ve intervertebral disk adını verdiğimiz kuvvet emici yastıklar bulunmakta ve bunlar vertebral kolonda amortisör görevi sağlamaktadır. İntervertebral diskler nukleus pulposus ve onu çevreleyen annulus fibrosus tan oluşmuştur. Nukleus pulposusun hacmi yaklaşık 1.0-1.4 cc'dir. Annulus fibrosus diskin en kuvvetli ve sağlam bölümü olup nukleus pulposusun etrafını sarar (3). Nukleus pulposusta mukopolisakkarit ve kollajen lifler mevcuttur. Yaş ilerledikçe nukleustaki su oranı azalır. Çocukluk yaşlarında bu oran hızla azalır. Daha sonra yavaşlar. Ancak 4. dekatta tekrar hızlanır (3). Nukleus pulposustaki su oranının azalmasıyla intervertebral disk dejenere olmaya başlar. İntervertebral diskin yüklenmelere bağlı şok emici özelliği

Dirim 2005; 80 (4): 147-150

Yazışma Adresi: Ali Sena BÖRÜ

Çankırı Devlet Hastanesi Nöroşirürji Kliniği - Çankırı

ve sagittal balans kaybolmaya başlar. Vertebral kolonun hareketi ile birlikte sagittal yüklenmeyi kompanse edebilmek için servikal lordoz düzleşir. Servikal disklerde bulging ve protrüzyonlar oluşur. Faset eklemlerde hipertrofi, ligamentum flavum kalınlaşması, anterior ve posterior longitudinal ligaman ossifikasyonları ve osteofitlerinde kısıkaç etkisi sonucunda spinal kanal çapı daralır. Daha ileri evrelerde ise vertebral arter dallarına, servikal nöral segmentlere ve omuriliğe kompresyon sonucu radikülopati ve myelopati bulguları oluşur. Servikal omurgadaki bu dejeneratif değişiklikler servikal spondilozis olarak tanımlanmıştır. Bu dejeneratif değişiklikler 4. dekatta hızlanmakta, 5. dekatta terminal döneme ulaşmaktadır. 5. ve 6. dekatta servikal spondilozis bulguları nüfusun yarısını aşmaktadır (4). Konjenital kanal stenozu olan hastalarda klinik bulgular daha ağır seyretmektedir. Radyografilerde servikal aksta düzleşme, disk mesafelerinde daralma, faset eklem hipertrofisi, osteofitik protrüzyonlar ve fleksiyon-ekstensiyon grafilerinde ise subluksasyonlar saptanır. Servikal spinal tomografide servikal kanal çapında daralma, osteofitler, faset eklem hipertrofisi, nöral foraminal stenoz ve disk protrüzyonları tespit edilir. Bilgisayarlı tomografi servikal kanal çapı da dahil olmak üzere kemik yapısı, konjenital anomaliler ve servikal travmaya ait fraktür ve dislokasyonlar hakkında daha ayrıntılı bilgi vermekte, servikal MRG ise yumuşak doku üzerinde daha iyi bilgi vermektedir. Ligaman ossifikasyonları, servikal travma sonucu oluşan ligaman rüptürleri ve instabilite, disk protrüzyonları, nöral foramen ve omurilik kompresyonu tanısı yönünden MRG daha çok tercih edilmektedir. Servikal spondilozis nedeniyle nöral ve vasküler yapıların kompresyonu sonucu iskemik bir süreç oluşmaktadır. Bu patolojinin baş ağrıları ve özellikle migren tipi yarım baş ağrısı ve

vertigo bulgularıyla birlikteliği ve etki eden faktörlerden biri olabileceğini unutmamak gerekir.

OLGU SUNUMU

Bu araştırmaya Çankırı Devlet Hastanesi Nöroşirurji kliniğine migren ve vertigo yakınmalarıyla başvuran ve en az 6 ay süreyle polikliniğimizde takip edilen 18'i erkek ve 34'ü kadın olmak üzere toplam 52 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 35 olup şikayet süresi 6 ay ile 10 yıl arasında değişmekteydi. Ortalama yakınma süresi 4 yıldır. Hastaların tümüne rutin kan tetkikleri yapıldı. Tüm hastalara 2 yönlü kraniyografi, servikal grafiler, kraniyal BT ve servikal tomografiler çekildi. Hastalarda migren ve değişen şiddette vertigo şikayetleri mevcuttu. Hastalar yaklaşık 6 ay süreyle klinik ve radyolojik olarak takip edildi. Hastaların 32'sinde (yaklaşık %60) servikal omurgaya ait dejeneratif bulgular saptandı. Bu hastaların 20'sinde sadece servikal aks düzleşmesi, geri kalan 12 hastada ise ilaveten servikal spondilozla uyumlu değişiklikler ve disk protrüzyonları tespit edildi. Bu 12 hastada hafif derecede radikülopati bulguları mevcuttu.

13 hastada (yaklaşık %23) migren ve vertigo yakınmalarını izah edebilecek klinik ve radyolojik bulgu saptanamadı. Gerilim tipi baş ağrısı olarak değerlendirildi.

Yaklaşık 20 gündür başının sağ tarafında şiddetli ağrı ve uyuşma yakınmaları olan ve geçirilmiş kafa travması anamnezi vermeyen 60 yaşındaki hastaya çekilen kraniyal BT'de sağ temporoparietal bölgede kronik subdural hematoma saptandı.

Yaygın baş ağrısı yakınmaları olan bir hastada yine kraniyal BT'de sağ temporal bölgede araknoid kist saptandı.

Başının bir tarafına lokalize ve şiddetli migren yakınmalarıyla birlikte vertigosu olan 3 hastada (2'si kadın, 1'i erkek) karotis-vertebral doppler

USG'de vertebrobaziller yetmezlik saptandı. 2 hastada ise intrakranial kitle tespit edildi.

TARTIŞMA

Araştırmaya alınan 52 hastanın 32'sinde servikal spondilozla ilgili patolojiler saptandı. 32 hastanın 20'sinde sadece servikal lordozda düzleşme, 12'sinde ise beraberinde servikal disk protrüzyonları, osteofitler, servikal kanal ve nöral foramene ait stenoz ve faset hipertrofisi gibi dejeneratif bulgular saptandı. Servikal spondilozun neden olduğu vasküler ve nöronal kompresyon sonucu oluşan iskeminin vazodilatasyona ve nöronal depresyona yol açtığı, sonuçta migren ve vertigo yakınmalarına neden olduğu kabul edilmektedir. Vertebral arter dalları ve sinir kökleri servikal akstaki düzleşme, nöral foraminal stenoz, foraminal disk protrüzyonları ve osteofitler nedeniyle basıya uğramakta ve iskemi sonucu semptomlar oluşmaktadır.

Wei GK ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada servikal lordoz düzleşmesi olan 60 hastada vertebral arter ve dallarıyla, sinir rutlarında kompresif etki oluştuğu saptanmıştır (5).

Etiyolojik olarak servikal kurvatür değişikliği servikal spondilozla yol açmaktadır. Bası sonucu oluşan iskemiye bağlı olarak hastalarda migren ve vertigo atakları olmuştur. Bu semptomların selektif terapötik tedavi ve egzersizle düzeldiğini kaydetmişlerdir.

Silberstein, yaptığı bir çalışmada günümüzde migren patolojisinde vasküler hipotezle birlikte nöronal hipotezin de etkisi olduğunu ileri sürmüştür. Servikal omurga hastalığının neden olduğu vasküler kompresyon, kortikal nöronal depresyona yol açmakta, bu olay perivasküler afferent sinirleri uyarak vazodilatasyona ve meningeal damarlarda nörojenik inflamasyon sonucu zonklayıcı baş ağrılarına neden olmaktadır.

(6). Meninkslerde parasempatik aktivitenin görülmesi ağrı ve vazodilatasyonda artmaya neden olmakta ve akut atakta trigeminal nükleustaki sensoriyal nöronlar uyanılmaktadır.

Kovalenko ve arkadaşları 206 çocuk ve genç hastada vertebrobaziller yetmezliğin tanısı için araştırma yapmışlardır (7). Vasküler ve muskuloskeletal sistem patolojilerinin gelişiminde genetik ve konstitüsyonel faktörlerin önemini, vertebrobaziller sirkülasyon bozukluğunun refleks vasküler faktörler ve vasküler distoniyle ortaya çıktığını tespit etmişlerdir.

Washington Üniversitesi Nöroşirurji departmanından Vileda MD ve arkadaşları rotasyonel vertebrobaziller iskemili 10 hastayı transkranyal doppler USG ile incelemeye almışlardır. Hastalarda posterior serebral arter kan akımlarında önemli derecede azalma saptamışlardır. Bunun üzerine serebral anjio yapılan hastalarda vertebral arter ve dallarında kompresyon görülmüştür. Aynı zamanda hastalarda servikal omurgaya ait ileri derecede spondiloz tespit edilmiştir. 5 hastada osteofitlerin rezeksiyonu, 1 hastada servikal diskektomi, 2 hastaya C1 ve C2 seviyelerinde dekompresyon yapılmış, 2 hastaya ise aynı seviyelerde dekompresyonla birlikte füzyon ameliyatı yapılmıştır. Hastalarda vertebrobaziller iskemiye ait semptomlar tamamen düzelmiştir (8).

SONUÇ

Sonuç olarak hastaların 32'sinde (%60) servikal omurgaya ait dejeneratif değişikliklerin başta servikal migren olmak üzere vertebrobaziller iskemi bulgularına yol açtığı saptanmıştır.

13 hastada (%24) ise belirgin klinik ve radyolojik bulgu saptanmadığı ve gerilim tipi baş ağrısı ve diğer nedenlere bağlı olabileceği düşünülmüştür.

1 hastada kronik SDH,
1 hastada araknoid kist,
2 hastada intrakranial kitle ve
3 hastada ise vertebrobaziller iskemi saptanmıştır. Hastalar 6 ay süre ile takip ve tedavi edilmişlerdir. Hastalara analjezik ve nonsteroid antiinflatuar tedavi, myorelaksan, trisiklik antidepresanlar ve serebral iskemiye karşı antiiskemik tedavi ile fizik egzersizler verilmiştir. Hastaların yaklaşık %80'inde migren ve vertigo yakınmaları tamamen düzelmiştir. Hastalara düzenli olarak fizik egzersiz önerilmiş olup ileri derecede spondilozu ve servikal disk hernisi olan hastalara ileri tetkikler yapılmıştır. Servikal spondiloz olarak tanımlanan dejeneratif omurga hastalığının nöronal ve vasküler kompresyona bağlı olarak iskemiye neden olduğu, ayrıca vazodilatasyon ve nöronal depresyon neticesi zonklayıcı migren türü baş ağrılarına, vertebrobaziller iskemiye yol açabilecek nedenlerden birisi olabileceği kabul edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Zileli M, Özer F. Omurga ve Omurilik Anatomisi. Omurga ve Omurilik Cerrahisi Cilt 1, Bölüm 1, 1997: 1-35.
2. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. Servical spinal stenose, Department of Neurosurgery. Watson Clinic Lakeland, Florida 1994: 422-426.
3. Prof. Dr. Hamit Ziya Gökalg. Nöroşirürji ders kitabı, İntervertebral disk anatomik yapısı.
4. Lindsay KW, Bone I. Servikal spondiloz. Royal Free Hospital, London.
5. Wei GK, Wei J, Chen F. Influence of servical curvature change on the nerve root and vertebral artery of patients with cervical spondylosis and

clinical observation of manipulation treatment. Institute of Orthopedics and traumatology. 2003 Nov; 1(4): 259-61.

6. Silberstein SD. Migraine pathophysiology and its clinical implications. Jefferson Headache Center, Philadelphia, PA, USA. Cephalalgia 2004; 24 suppl 2: 2-7.

7. Kovalenko Ole. (Article in Ukranian) Early manifestation and dynamics of the development of vertebrobasilar circulation disorder associated with cervicovertebral dysfunction, directions of the prophylaxis and treatment. Lik Sprava 2004 Apr-May (3-4): 46-54.

8. Vileda MD, Goodkin R, Lundin DA. Rotational vertebrobasilar ischemia: Hemodynamic assessment and surgical treatment. Harborview Medical Center and Department of Neurological Surgery, University of Washington. Neurosurgery 2005 Jan; 56(1): 36-45.