

Kauda Ekuina Sendromu; Üç Olgu Eşliğinde Acil Bir Durumun Tedavi Stratejisi

7

Haydar SEKMEN¹

GİRİŞ

Kauda ekuina sendromu (KES) lumbosakral kanalda büyük, yer kaplayıcı lezyon ilişkili, nadir görülen bir durum olup, mesane, bağırsak, cinsel işlev ve alt ekstremiteler kas gruplarına giden sinirleri etkilemektedir. Bu hayati organlara kalıcı zararı önlemek için erken tanı ve ardından hızlı bir müdahale gerekir. Tanıda gecikme, hastalar için yıkıcı ve hayat değiştiren sonuçlar ortaya çıkarabilir. Bu patoloji için kabul edilmiş en etkili tedavi şekli, en uygun ve erken dönemde cerrahidir. Burada, 3 olgu eşliğinde kauda ekuina sendromu'nda izlenecek tanı ve tedavi stratejisi ortaya konmuştur.

VAKA

Kliniğimizde 2014 yılında ikisi farklı merkezden referans edilmiş 3 KES olgusu acil şartlarda opere edilmiştir. Birinci vaka, 41 yaşında erkek hasta dış merkez acil servisine 3 gün öncesinde şiddetli bel ağrısı ile başvurmuş. Medikal tedavi verilen hasta taburcu edilmiş. Takip eden günlerde idrar yapamama şikayeti olan hastanın, defekasyon sorunlarında başlamış. Her iki bacakta uyuşma sonrası ani güç kaybı gelişmiş. Tekrar dış merkez acil servisine başvuran hastanın acil olarak çekilen lomber MR'ında L2-3 seviyesinden inferiora migre her iki kökü basılayacak şekilde kanalı ileri derecede komprese eden lomber disk herniasyonu (Şekil

¹ Dr. Öğr. Üyesi, S. B. Ü. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, dr_haydarsekmen@hotmail.com

çalışmada acil tedavi,24 saat'ten daha az süre içerisinde yapılan müdahale olarak tanımlanmıştır,fakat inkomplet KES vakalarında bu süreden daha önce olan müdahalelerin dahi hastaya daha fazla olumlu katkı sunacağı fikri vardır (30). Bu tarz fayda görme olayı multiple travmalı hastalarda inkomplet nörolojik hasarların görüldüğü dönemde yapılan çok erken acil cerrahi (6-24 s) ile daha geç acil cerrahi (24-48 s) yapılan hastalar arasında ,erken cerrahi yapılan hastalarda fayda görme oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (31). Aynı etki,kau-da ekuina yaralanmalarında,hastaların semptomlarının başlamasından sonra ilk 6-24 saat içinde opere edilmesi durumunda da beklenmektedir (17). Bu düşünce ile ilgili bilimsel bir dayanak vardır. Delamarter ve ark. köpek modeli üzerinde akut KES durumunda,özellikle dekompresyon zamanlaması ve nörolojik iyileşme arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir çalışma yapmışlardır. Gruplar dekompresyon zamanlamasına göre 1 saat,6 saat,24 saat ve 1 hafta diye ayrılmış. 1 saat ve 6 saat olan gruplar motor ve mesane fonksiyonlarını sırasıyla,2 ila 5 gün ve 5 ila 7 gün arasında geri kazanmışlardır. 24 saat grubunda olanların paraparezisi 5 ila 7 gün ve mesane disfonksiyonu 7 ila 10 gün sürmüştür. 1 hafta grubundakilerin motor fonksiyonları 1 hafta sonra düzelmiş fakat mesane fonksiyonları hiçbir zaman geri kazanılamamış (32).

SONUÇ

KES nadir görülen bir teşhis olup sonuçları itibariyle önemli ve kalıcı sakatlıklara neden olabilmektedir. Tedavisinde erken cerrahi müdahale en ilk ve geçerli seçenek kabul edilmekle beraber ,zamanlaması konusu tartışmalıdır. Nadir görüldüğünden dolayı hastaların ve hekimlerin bilgilendirilmesi gerekir. Hekimler,bel ağrısı,siyatalji beraberinde idrar yapma ,defekasyon problemleri,eyer tarzı duyu kaybı,alt extremitte motor kayıpları gibi KES'in erken semptom ve bulgularını tanıyıp gerekli radyolojik tetkiklerin zamanında yapılmasını sağlayarak tedavide iyi sonuçların alınmasına katkıda bulunabilirler. KES teşhis edildikten sonra 48 saat içinde opere edilmelidir. Uygun bir tedavi ile komplikasyonlar büyük oranda azaltılabilir. KES'in prognozu erken teşhis ve dekompresyon zamanına bağlıdır.

KAYNAKLAR

1. Spector LR ,Madigan L,Rhyne A,et. al. Cauda equina syndrome. J Am Acad Orthop Surg 2008;16:471-479.
2. Mixter WJ, Barr JS. Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal canal. N Engl J Med 1934;211:210-215.
3. Kapetanakis S, Chaniotakis C, Kazakos C, et. al. Cauda equina syndrome due to lumbar disc herniation: a review of literature. Folia Medica 2017;59(4);377-86. doi:10. 1515/folmed-2017-0038.
4. Harrop JS, Hunt GE Jr, Vaccaro AR. Conus medullaris and cauda equina syndrome as a result of traumatic injuries: management principles. Neurosurg Focus 2004;16(6):e4.
5. Shephard RH. Diagnosis and prognosis of cauda equina syndrome produced by protrusion of lumbar disk. Br Med J 1959;2(5164):1434-9.
6. Nater A, Fehlings MG. The timing of decompressive spinal surgery in cauda equina syndrome. World

- Neurosurg 2015;83(1):19-22.
7. Korse NS, Jacobs WC, Elzevier HW, et al. Complaints of micturition, defecation and sexual function in cauda equina syndrome due to lumbar disk herniation: a systematic review. *Eur Spine J* 2013;22(5):1019-29.
 8. Chan Am, Xu LL, Pelzer NR, et al. Timing of surgical intervention in cauda equina syndrome: a systematic critical review. *World Neurosurg* 2014;81(3-4):640-50.
 9. Kinkade S. Evaluation and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician* 2007;75(8):1181-8.
 10. Oliphant D. Safety of spinal manipulation in the treatment of lumbar disk herniations: a systematic review and risk assessment. *J Manipulative Physiol Ther* 2004;27(3):197-210.
 11. McNamee J, Flynn P, O'Leary S, et al. Imaging in cauda equina syndrome - a pictorial review. *Ulster Med J* 2013;82(2):100-8.
 12. Fuso FA, Dias AL, Letaif OB, et al. Epidemiological study of cauda equina syndrome. *Acta Ortop Bras* 2013;21(3):159-62.
 13. Fraser S, Roberts L, Murphy E. Cauda equina syndrome: a literature review of its definition and clinical presentation. *Arch Phys Med Rehabil* 2009;90(11):1964-8.
 14. Shapiro S. Medical realities of cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25(3):348-51.
 15. Gleave JRW, Macfarlane R. Cauda equina syndrome: what is the relationship between timing of surgery and outcome? *Br J Neurosurg* 2002;16 :325 – 8.
 16. Gardner A, Gardner E, Morley T. Cauda equina syndrome: a review of the current clinical and medico-legal position. *Eur Spine J* 2011;20:690–7.
 17. McLain RF, Agrawal BM, Silverstein MP. Acute cauda equina syndrome caused by a disk herniation-Is emergent surgery the correct option? *Spine* 2015;40(9) :639 - 641.
 18. Raj D, Coleman N. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. *Acta Orthop Belg* 2008;74(4):522-7
 19. Ma B, Wu H, Jia LS, et al. Cauda equina syndrome: a review of clinical progress. *Chin Med J (Engl)* 2009;122(10):1214-22.
 20. Aly TA, Aboramadan MO. Efficiency of delayed decompression of lumbar disk herniation causing cauda equina syndrome. *Orthopedics* 2014;37(2):e153-156.
 21. Radcliff KE, Kepler CK, Delasotta LA, et al. Current management review of thoracolumbar cord syndromes. *Spine J* 2011;11(9):884-92.
 22. Tamburelli FC, Gentiliempo M, Logroscino CA. Cauda equina syndrome and spine manipulation: case report and review of the literature. *Eur Spine J* 2011;20(1):S128-31.
 23. Busse JW, Bhandari M, Schnitker JB, et al. Delayed presentation of cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation: functional outcomes and health-related quality of life. *CJEM* 2001;3(4):285-91.
 24. Gitelman A, Hishmeh S, Morelli BN, et al. Cauda equina syndrome: a comprehensive review. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)* 2008;37(11):556-62.
 25. Orendacova J, Cizkova D, Kafka J, et al. Cauda equina syndrome. *Proq Neurobiol* 2001;64(6):613-37.
 26. Li X, Dou Q, Hu S, et al. Treatment of cauda equina syndrome caused by lumbar disc herniation with percutaneous endoscopic lumbar discectomy. *Acta Neurol Belg* 2016;116(2):185-90.
 27. Kennedy JG, Soffe KE, McGrath A, et al. Predictors of outcome in cauda equina syndrome. *Eur Spine J* 1999;8:317 – 22.
 28. Ahn UM, Ahn NU, Buchowski MS, et al. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. A meta-analysis of surgical outcomes. *Spine* 2000;25:1515 – 22.
 29. Todd NV. Causes and outcomes of cauda equina syndrome in medico-legal practice: a single neurosurgical experience of 40 consecutive cases. *Br J Neurosurg* 2011;2:503 – 8.
 30. Findlay G. Meta-analysis and the timing of cauda equina surgery. *Br J Neurosurg* 2008;22:137–8.
 31. McLain RF, Benson DR. Urgent surgical stabilization of spinal fractures in polytrauma patients. *Spine (Phila Pa 1976)* 1999;24:1646 –54.
 32. Delamarter RB, Sherman JE, Carr JB. 1991 Volvo Award in experimental studies. Cauda equina syndrome: neurologic recovery following immediate, early, or late decompression. *Spine (Phila Pa 1976)* 1991;16:1022–9.