

NÖROJENİK MESANE İLE PREZENTE POST-TRAVMATİK SİRİNGOMİYELİ

Dr. Aslı Özmaden,¹ Dr. Figen Köymen Yılmaz,¹ Doç. Dr. Nurdan Kotevoğlu,² Doç. Dr. Banu Kuran,¹

¹ Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul.

² Özel Çamlıca Medicana Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Post-travmatik siringomiyeli (PTS), spinal kord yaralanmasının ciddi bir komplikasyonu olup, yaralanma sonrası hayatta kalma oranının tıbbi gelişmelere bağlı olarak artması ve tanı yöntemlerinin yaygın kullanımıyla görülme sıklığı artmıştır. Nörojenik mesane PTS hastalarının %9-25 gibi küçük bir bölümünde izlenen

bir durumdur ve genellikle motor ve duyuşal pek çok semptomla birlikte görülüp, nadiren ilk klinik bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yazıda literatürde çok az sayıda rastladığımız, ilk klinik bulgusu nörojenik mesane olan bir PTS olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Post-travmatik siringomiyeli, nörojenik mesane. *Nobel Med 2011; 7(2): 106-109*

POST-TRAUMATIC SYRINGOMYELIA AND NEUROGENIC BLADDER

ABSTRACT

Post-traumatic syringomyelia (PTS) is a serious complication of spinal cord injuries, and its frequency is increased by the increasing survival rates with the developing medicine and the extended use of screening

techniques. Neurogenic bladder is a case seen in % 9-25 of patients with PTS, which constitutes a little percentage, and it usually occurs with motor and sensorial symptoms, and rarely as the first clinical finding. In this paper, we represent a rarely found case in the literature, with a PTS, with the neurogenic bladder as the first clinical finding.

Key Words: Post-traumatic syringomyelia, neurogenic bladder. *Nobel Med 2011; 7(2): 106-109*

GİRİŞ

Post-travmatik siringomiyeli (PTS), spinal kord yaralanmasının potansiyel olarak hayatı tehdit eden geç bir komplikasyonu olup, 2 ay ile 30 yıl gibi değişen bir zaman aralığından sonra, yeni nörolojik semptomların gelişmesi ile karakterize kronik progresif bir bozukluktur.^{1,2} Barnett ve arkadaşları tarafından 1966 yılında tanımlandığından bu yana prelinik acil tıbbın gelişimi, daha iyi cerrahi ve konservatif tedaviler, yoğun bakım ünitelerinin ve ihtisaslaşmış merkezlerin gelişimi ile birlikte görülme sıklığı artmış; manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanımının yaygınlaşmasıyla daha fazla tanı konur olmuştur.³ İnsidasi 1996 yılında %3,2 olarak bildirilmiştir.⁴

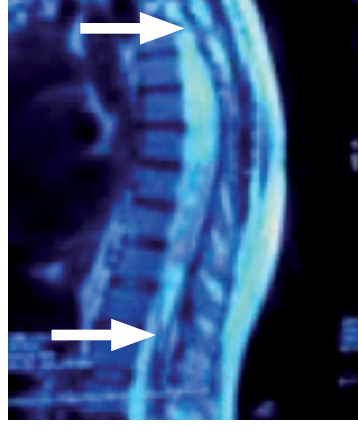
PTS olguların tamamına yakınında ağrı ve asendan disosiyasyon kaybı ile başlamakla birlikte, seyri sırasında değişik derecelerde motor güçsüzlük, derin tendon reflekslerinde değişiklik, spastisite, hipertansiyon, hiperhidrozis, Horner Sendromu, nöropatik eklem ve bulber tutulum da izlenebilmektedir.²

Nörojenik mesane (NM); mesanenin getirici ve/veya götürücü liflerindeki hasara veya santral sinir sistemi ile ilişkisinin bozulmasına bağlı olarak gelişen bir tablodur. Siringomiyelinin seyri sırasında ortaya çıkabilen bir durum olmakla birlikte, hastaların %9-25'inde rapor edilmiştir.⁵ İlk bulgu olarak nadiren görülmektedir.⁶ Bu yazıda ilk klinik bulgusunun NM olduğu bir PTS olgusunu tartışmayı amaçladık.

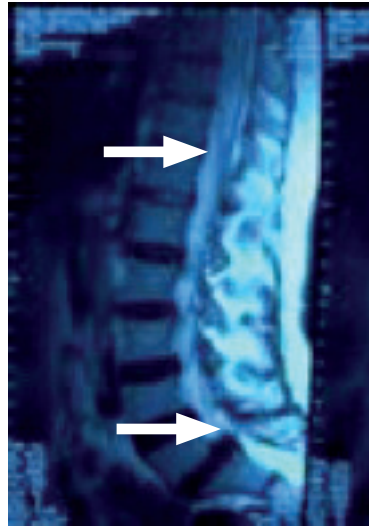
OLGU

37 yaşındaki kadın hastanın 3 yıldır idrar yapmada güçlük ve pelvik ağrı şikayeti mevcuttu. Hastaya 3 ay evvel NM ön tanısıyla bir merkez tarafından medikal tedavi başlanmış, şikayetlerinin gerilememesi üzerine daimi sonda uygulamasına geçilerek hastanemiz üroloji kliniğine sevk edilmişti. Burada yapılan böbrek fonksiyon testleri, idrar tahlili, üriner sistem ultrasonu ve intravenöz piyelogramda bir patoloji saptanmayınca jinekoloji konsültasyonu istenmiş; jinekolojik muayene ve ardından jinekolojik ultrasonun da normal olarak değerlendirilmesi üzerine NM nedeninin irdelenmesi amacıyla kliniğimizden konsültasyon istenmişti.

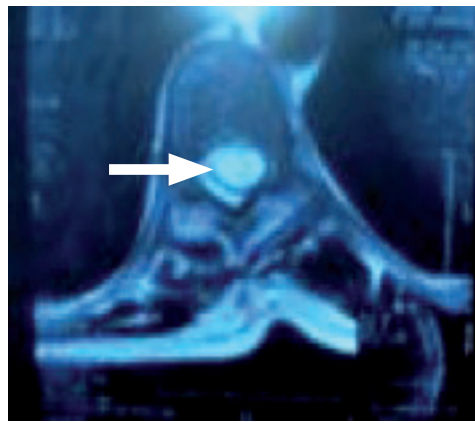
Tarafımızdan alınan anamnezde hastanın idrar yapmada güçlük ve pelvik ağrı dışında bir ağrı yakınması, güçsüzlük şikayeti ve duyu bozukluğuna ilişkin semptomları yoktu. Günde bir veya iki günde bir kez idrara çıkma, valsava manevrası ile birlikte ortalama 300 ml idrar çıkışı ve mesanede boşalmama hissi mevcuttu. Şikayetlerinde zaman içinde bir artış olmamıştı. Defekasyon sıklığı normal, istemli ve kontinanttı. İnspek-



Resim 1. Dorsal sagittal MRG'de T1 ağırlıklı kesitte T4-vertebradan T12 vertebra hizasına kadar uzanan hipointens kistik kavite.



Resim 2. Lomber sagittal MRG'de T1 ağırlıklı kesitte T12 vertebra hizasında hipointens kistik kavitenin sonlanımı ve L5-S1 vertebrada evre1 spondilolistezis.



Resim 3. Lomber aksiyel MRG'de medulla spinaliste sirinks kavitesinin yerleşimi

siyonda gövde dorsalinde T4-T7 vertebralar hizasında insizyon skarı izlenmesi üzerine 20 yıl evvel sırt üstü düşme öyküsü olduğu ve bunun sonucu cilde sütür uygulandığı öğrenildi. →

Lokomotor sistem muayenesinde özellik olmayan hastanın nörolojik muayenesinde taban cildi refleksi bilateral ekstansör yanıtı, ağrı, ısı, yüzeysel dokunma, vibrasyon, pozisyon duyuları ve anal duyusu normaldi. Derin tendon, karın cildi, anal ve kremasterik refleksleri alınıyordu. İstemli anal kontraksiyonu mevcuttu, kas güçleri tüm ekstremitelerde ve gövdede tamdı. Serebellar testleri normaldi. Bulgular ışığında hastanın servikal, dorsal ve lomber MRG'si istendi. MRG'de C5-6 ve L5-S1 düzeylerinde evre 1 spondilolistezis, T4 vertebradan T12 vertebra hizasına kadar uzanan, T1 ağırlıklı kesitlerde hipo, T2 ağırlıklı kesitlerde hiperintens sinyal veren kistik kavite gözlemlendi (Resim 1-3). Nöroşirurji konsültasyonunu takiben hasta opere edildi. Uygulanan cerrahi tedavi D8 laminektomi+syringoplevral şant oluşturulması şeklindeydi. Ameliyat sonrası sağ alt ekstremitesinde güçsüzlük gelişen hasta (kas gücü kalça ve diz çevresinde 3-/5, ayak bileği, ekstansör hallusis longus, ekstansör digitorum longus 3/5 değerinde) rehabilitasyon amacıyla daimi sondalı olarak servisimize interne edildi. Hastanın daimi sondası çıkarıldı ve işeme günlüğü tutuldu. Günlük 1000 ml oral sıvı alımı olan, 24 saat içinde doluluk hissi gelişmekle birlikte istemli idrar çıkımı gözlenmeyen hastanın mesanesi 2 kere sonda ile boşaltıldı. Her bir sondalamada 400 ml civarında idrar gelişi oldu. Hastaya günde 1600 ml oral sıvı alımı ile birlikte 4 saatte bir olacak şekilde temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) eğitimi verildi. Takiplerinde her bir TAK uygulamasında 300-400 ml idrar çıkışı izlendi. Ürodinami tetkikinde detrüör arefleksik, mesane kapasitesi artmış olarak saptandı. Sfinkter EMG'si teknik nedenlerle yapılamadı. Hasta poliklinik kontrolüne gelmek üzere yürüteçle taburcu edildi.

TARTIŞMA

NM klinik olarak idrar akımında azalma, kesikli işeme, mesaneyi tam boşaltamama hissi, işeme için kınkma şeklinde üriner retansiyon veya sık idrara çıkma, kontrol edilmesi zor, ani ve zorlayıcı işeme isteği, istemsiz idrar kaçırma şeklinde üriner inkontinans semptomları ile kendini belli etmektedir.

NM yakınmaları tanımlayan yaşları ortalama 39 yıl olan (24-57 arası) 11 siringomiyeli olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada 8 hastada üriner retansiyon, 3 hastada üriner inkontinans semptomları saptanmış; ürodinamik çalışmalarda hastaların 7'sinde detrüör hiperrefleksisi, 4'ünde detrüör arefleksisi, 4'ünde detrüör sfinkter dissinerjisi, 2'sinde uninhibe sfinkter relaksasyonu tespit edilmiştir. Vakaların ilk klinik yakınmaları nörolojik semptomlar olup, ortalama 5,3 yıl (2 ay ile 13 yıl arasında) sonra üriner yakınmalar ortaya çıkmış ve zaman içerisinde semptomlarda artış izlenmiştir.⁷ Bizim olgumuzda bu olgulardan farklı ola-

rak ilk klinik bulgu NM olup, hiçbir nörolojik semptom yoktu. Nörolojik hasarı düşündürülen tek muayene bulgusu taban cildi refleksindeki bilateral ekstansör yanıtı. Literatürde servikal spinal kordunda geniş sirinks olmasına rağmen nörolojik fonksiyonların çok iyi korunduğu bir olgu bildirilmiş, bu durumun nedeninin spinal kord düzeyinde gelişen nöronal adaptasyon olabileceği ileri sürülmüştür.⁸ PTS'nin kronik ve yavaş seyirli bir progresyon gösterdiği düşünüldüğünde olgumuzda da 20 yıllık bir süreç içinde nöronal adaptasyon gelişmiş olabileceğini düşünmekteyiz. Bu süre PTS gelişimi açısından literatürde bildirilen ortalama zaman aralıkları dahilindedir.^{1, 2, 9, 10}

Literatürde ana semptom olarak reversibl üriner retansiyon tanımlayan iki siringomiyeli olgusu bildirilmiştir. İlki 2,5 yaşında bir çocuk olgu olup, reversibl üriner retansiyon, yazar tarafından kullanmakta olduğu siproheptadinin farmakolojik yan etkisi olarak yorumlanmıştır.¹¹ İkinci olgu ateş etme antrenmanları sırasında gelişen yaygın dizestezi ve parezi yakınmaları ile hastaneye müracaat eden, muayenede derin tendon refleksleri ve karın cildi refleksinin alınmaması dışında bir özellik olmayan ve takip eden saatlerde üriner retansiyon gelişen 25 yaşında bir erkek olgudur. Mesane kateterizasyonu ile 1100 ml rezidü idrar tespit edilmiş, MRG'de servikal spinal korddan lombere kadar uzanan sirinks ve Chiari Tip 1 malformasyonu saptanmıştır. Müracaatından 3 gün sonra rezidü kalmaksızın istemli işemesi olan hastanın geriye dönük anamnezinde tekrarlayan frontal baş ağrıları ve birkaç yıl önce sağ bacağına gelişip bir süre sonra düzelen kas güçsüzlüğü olduğu öğrenilmiştir. Kontrol muayenesinde tüm ekstremitelerde güçsüzlük, ağrı ve ısı duyusunda azalma, vibrasyon duyusunda bozulma tespit edilmiştir. Reversibl üriner retansiyonunun nedeni, ateş etme anında valsava benzeri bir mekanizmanın spinal kordta geçici iskemi meydana getirdiği ve bu iskeminin konus medullaristeki spinal nöronlarda disfonksiyon yarattığı şeklinde yorumlanmış; EMG'de Tibial SEP'lerdeki değişiklikler ve abduktor hallusis longustaki F yanıtının alınmamasının bu fikri doğruladığı belirtilmiştir.¹² Etiyolojilerinden dolayı bu iki olguda üriner retansiyon reversibl iken, olgumuzda sirinks basısının meydana getirdiği 3 yıldır devam eden kalıcı bir retansiyon mevcuttu. Ayrıca bu olgular ve genel literatür bilgisinden farklı olarak olgumuzda ameliyat sonrası sağ alt ekstremitede gelişen güçsüzlük dışında siringomiyelinin kendisine ait motor ve duysal kayıp yoktu.

El Masry ve Biyani'nin retrospektif olarak 815 spinal kord yaralanmalı hastada PTS insidansını değerlendirdikleri çalışmada 28 hastada PTS saptamışlar ve bunların ikisinde hiporefleks mesane tespit etmişlerdir. İşeme güçlüğü olgulardan birinde diğer klinik →

durumlarla kombine iken, diğer olguda bizim olgumuzda olduğu gibi tek klinik bulgu olarak izlenmiştir.⁴

Geçmiş yıllarda suprasakral spinal kord yaralanmalarının detrusör hiperrefleksisine, sakral spinal kord yaralanmalarının detrusör arefleksisine yol açtığı düşünülmekteyken, ürodinamik değerlendirmelerde nörolojik seviye ile NM fonksiyon bozukluğu tipinin her zaman korele olmadığı pek çok çalışmada gösterilmiştir.^{13, 14} Bizim olgumuzda da lezyon suprasakral olmakla birlikte ürodinamide detrusör arefleksisi tespit edilmiştir.

Olgumuzun cerrahi sonrası dönemde idrar yakınmalarında bir düzelme olmamıştır. Cerrahi sonuçlar çalışmalarda farklılık göstermektedir. Bir çalışmada NM yakınmaları olan 6 siringomiyeli hastasına siringosubaraknoid şant ile diğer cerrahi prosedürler uygulanmış, cerrahi sonrası 2-63 aylık takiplerde hastaların hepsinde belirli düzeylerde nörolojik iyileşme görürken, 4 hastada üriner semptomlar tedricen azal-

mıştır.⁷ Doğu Danimarka'da 1959-1990 yılları arasında spinal kord yaralanmalı 20 hastada semptomatik PTS gelişmiş, 13 hastaya cerrahi (siringoperitoneal dren, miyelotomi veya spinal kord dekompresyonu ve dural rekonstrüksiyon) uygulanmış; operasyonların en iyi etkisi ağrı üzerine olmuş, günlük yaşam aktiviteleri, motor fonksiyon, spastisite, hassasiyet ve mesane, barsak fonksiyonu üzerine hiç veya minimal etki bulunmuştur.¹⁵

SONUÇ

Olgumuz, spinal kord yaralanmasına ait major nörolojik defisit olmamasına rağmen yıllar içinde olasılıkla geçirmiş olduğu travmaya bağlı sirinks kavitesi geliştirmiş olması ve ilk klinik bulgusunun nörojenik mesane olması açısından önem taşımaktadır. Bu bağlamda, nörojenik mesane semptomları bulunan hastalarda hiçbir ek nörolojik bulgu saptanmasa da post-travmatik siringomiyelinin de akla gelmesi gerektiğini düşünmekteyiz.



C	CORRESPONDING AUTHOR: Dr. Aslı Özmaden Şişli Etfal Eğitim ve Araş. Hast. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, 34360 Şişli, İstanbul. asliozmaden@yahoo.com .
✓	DELIVERING DATE: 09 / 03 / 2009 • ACCEPTED DATE: 15 / 06 / 2009

KAYNAKLAR

1. Green BA, Lee TT, Madsen PW, Falcone SF Management of posttraumatic cystic myelopathy. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 1997; 2: 36-46.
2. Byani A, El Masry WS. Post-traumatic syringomyelia: a review of the literature. *Paraplegia* 1994; 32: 723-731.
3. Freund M, Aschoff A, Spahn B, Sartor K. Posttraumatic syringomyelia. *Rofo* 1999; 171: 417-423.
4. el Masry WS, Biyani A. Incidence, management and outcome of posttraumatic syringomyelia. In memory of Mr Bernard Williams. *J of Neurosurg Psychiatry* 1996; 60: 141-146.
5. Ryuji Sakakibara, Takamichi Hattori, Kosaku Yasuda, Tomonori Yamanishi. Micturitional disturbance in syringomyelia. *J Neurol Sci* 1996; 143: 100-110.
6. Hertel G, Kramer S, Placzek E. Die Syringomyeli. *Nervenarzt* 1973; 44: 1-13.
7. Sakakibara R, Hattori T, Yasuda K, Yamanishi T. Micturitional disturbance in syringomyelia. *J Neurol Sci* 1996; 143: 100-106.
8. Goldstein B, Hammond MC, Stiens SA, et al. Posttraumatic syringomyelia: Profound neuronal loss, yet preserved function. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 107-112.
9. Kramer KM, Levine AM. Posttraumatic syringomyelia: a review of 21 cases. *Clin Orthop Relat Res* 1997; 334: 190-199.
10. Holly LT, Johnson JP, Masciopinto JE, Batzdorf U. Treatment of posttraumatic syringomyelia with extradural decompressive surgery. *Neurosurg Focus* 2000; 8: E8.
11. Houang M, Leroy B, Forin V, Sinnassamy P, Bensman A. Retension aigue d'urines: un mode de revelation rare d'une syringomyelia cervicodorsale a l'occasion de la prise de cyproheptadine. *Archives De Pediatric* 1994; 1: 260-263.
12. Amordis G, Meves S, Schöls L, Przuntek H. Reversible urinary retention as the main symptom in the first manifestation of a syringomyelia. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 1996; 61: 407-408.
13. Kaplan SA, Chancellor MB, Blaivas JG. Bladder and sphincter behavior in patients with spinal cord lesions. *J Urol* 1991; 146: 113-117.
14. Chua HC, Tow A, Tan ES. The neurogenic bladder in spinal cord injury-pattern and management. *Ann Acad Med Singapore* 1996; 25: 553-557.
15. Nielsen OA, Biering-Sorensen F, Mosdal C. Post-traumatic syringomyelia. *Ugeskr Laeger* 2003; 165: 2879-2882.