

Erişkinde kalın filum terminale nedeniyle gelişen akut gergin omurilik sendromu

Acutely presenting adult tethered cord syndrome due to thick filum terminale

Ayçe Atalay¹ Sıla Ulus² Zeynep Güven¹

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Öz

Daha önceleri bir çocukluk hastalığı olarak kabul edilen gergin omurilik sendromu (GOS) ile yetişkin hastalarda da karşılaşılabılır. Normal yerleşimli konus medullaris olan, ancak filum terminalesi kalın olan bir hasta alt-grubu mevcuttur. Tek radyolojik bulgusu kalın filum terminale olan ve akut olarak gelişen radiküler bel ağrısı olan olguyu sunmaktayız. GOS'un lomber radikülopatiyi taklit edebileceği ve normalden aşağıda yerleşimli konusun GOS tanısı için tek manyetik rezonans görüntüleme bulgusu olmadığı akılda tutulmalıdır. Kalın filum terminale de GOS bulguları ile ortaya çıkabilir.

Anahtar Sözcükler: Filum terminale, bel ağrısı, konus medullaris, gergin omurilik sendromu.

Abstract

Tethered cord syndrome (TCS) once considered as a disease of childhood, also might be encountered in the adult patients. There is a subgroup of patients with normal lying conus medullaris, but thicker filum terminale. We present an acutely presenting case with radicular low back pain having thick filum terminale as the sole radiologic finding. It should be kept in mind that TCS might mimic lumbar radiculopathy and low-lying conus should not be considered as the sole MRI finding for the diagnosis of TCS. Thick filum terminale may also present with the symptoms of TCS.

Keywords: Filum terminale, low back pain, conus medullaris, tethered cord syndrome.

Giriş

Gergin omurilik sendromu (GOS) bir çocukluk hastalığı olarak kabul edilmektedir, ancak manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) yaygın kullanımına paralel olarak erişkin olgularda da insidental bir anomali olarak karşımıza çıkmaya başlamıştır. Bu sendromun görülme sıklığı hakkında literatürde herhangi bir veriye rastlanmamıştır ve erişkin hastalarda oldukça nadir bir durumdur (1). Bu yüzden geç fark edilebilir. Van Leeuwen ve ark. (2), MRG'nin yaygın kullanımına rağmen tanıda ortalama 7 yıllık bir gecikme olduğunu göstermişlerdir. Sıklıkla, GOS'u olan erişkin hastalar "iyileşmeyen bel ağrısı" veya diğer spinal problemler ile yanlış tanı alır (3). Aşağı yerleşimli konus değerli bir radyolojik bulgudur, ancak çocukluk döneminde asemptomatik olan bir hasta alt-grubunda kalın filum terminale tek radyolojik bulgudur.

Tek radyolojik bulgusu kalın filum terminale olan ve akut olarak gelişen radiküler bel ağrısı olan olguyu sunmaktayız.

Olgu Sunumu

46 yaşında erkek hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğimize son üç gündür olan sol taraflı bel ağrısı ile başvurdu. Görsel analog skalasına göre hasta ağrısını 10/10 olarak tanımladı. Ağrısının sol bacağına uzandığını ifade etti. Üriner veya fekal inkontinansı yoktu. Muayenede düz bacak kaldırma testi sol tarafta negatifti, ancak 90 derecelik kalça fleksiyonunda ağrı ve gerginlik tanımlıyordu. Lomber hareketler fleksiyon ve ekstansiyonda belirgin olmak üzere tüm yönlerde sınırlı ve ağrılıydı. Nörolojik muayenede sol başparmak ekstansörlerinde ve kalça abdüktörlerinde hafif düzeyde zayıflama görüldü. Alt ekstremitelerinde refleksi normaldi ve Babinski bulgusu negatifti. MRG incelemesi 0.5 Tesla sistemde (Siemens, Erlangen, Almanya) ile gerçekleştirildi. Aksiyel ve sagittal planlarda T1 ve T2 ağırlıklı kesitler ile koronal *short-tau inversion recovery* (STIR) sekansı elde edildi. Hastanın MRG'sinde skolyoz ile normal yerleşimli (D12-L1) konus görüldü, ancak filum terminale normalden kalındı (8 mm) (Şekil-1 a,b).

Yazışma Adresi: Sıla Ulus

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 02.12.2014 Kabul Tarihi: 02.03.2015

Hastadan beyin cerrahisi ve sinir hastalıkları konsültasyonu istendi, ancak hasta sonrasında takibe gelmedi.

Hastadan tıbbi verilerinin yayınlanabileceğine ilişkin yazılı onam belgesi alındı.



Şekil-1. a,b. Sagittal T1 (a) ve T2 (b) ağırlıklı MR imajlarında L1 düzeyinde normal yerleşimli konus medullaris görülmekte. Filum terminale L5-S1 düzeyinde normalden kalındır (8 mm).

Tartışma

Kalınlaşmış (>2 mm) veya yağlı filum terminale ve aşağı yerleşimli konus medullaris GOS tanısında ana radyolojik bulgulardır (4). Eğer konus L2 vertebra düzeyinin aşağısında sonlanırsa, radyolojik tanı aşağı yerleşimli konustur (5). Eskiden aşağı yerleşimli konus GOS tanısı için zorunluydu, ancak son zamanlarda bazı klinisyenler küçük bir hasta grubunun bu kriteri karşılamadığını kabul

etmiştir (6). GOS'u olan çocuk ve erişkinlerin % 18'inde spinal kordun kaudal ucu normal yerindedir (7). Ek olarak, normal görünümüne filum terminalesi olan GOS hastalarında patolojik somatosensoryel uyarılmış potansiyeller tanımlanmıştır (5). GOS'da nörolojik bulgular sıklıkla spesifik myotomal/dermatomal paternlere uymaz. Bunun sebebi büyük olasılıkla lezyonların spinal kordun çeşitli seviyelerinde eşit olmayan bir şekilde dağılmasıdır (8). Bu tanıda zorluklara yol açabilir ve bazı hastalar lomber radikülopati veya diğer spinal bozukluklar tanısı alabilir. Gerçek radiküler ağrı nadirdir. Mesane fonksiyonunda bozulma sık bir başvuru şikayeti olarak bildirilmiştir, ancak bizim hastamızda inkontinans yoktu. Skolyozu olan veya ilk belirtisi bacak/bacaklarında ağrısı olan hastalarda mesane disfonksiyonu olmadığı daha önce bildirilmiştir (9).

Bulgu ve belirtilerinin süresi daha az olan hastalarda, gergin omurliliğin serbestleştirilmesi sonrası ağrıda belirgin rahatlama ve motor, sensoriyel ve mesane fonksiyonlarında hızla iyileşme görülür (8). Uzun süreli sonuçların değerlendirildiği bir çalışmada, bel ağrısı ve bacak ağrısı ile başvuran hastaların çoğunda (sırasıyla % 78 ve % 83) düzelme tanımlanmıştır (10).

GOS'un lomber radikülopatiyi taklit edebileceği ve normalden aşağıda yerleşimli konusunun, GOS tanısı için tek MRG bulgusu olmadığı akılda tutulmalıdır. Kalın filum terminale de GOS bulguları ile ortaya çıkabilir.

Kaynaklar

1. Kılıçkesmez O, Barut Y, Taşdemiroğlu E. Erişkin gergin omurlilik sendromunda MRG bulguları. Tanı Girişim Radyol 2003;9(3):295-301.
2. van Leewen R, Notermans NC, Vandertop WR. Surgery in adults with tethered cord syndrome: Outcome study with independent clinical review. J Neurosurg 2001;94(2):205-9.
3. Yamada S, Lonser RR. Adult tethered cord syndrome. J Spinal Disord 2000;13(4):319-23.
4. Tatlı M, Güzel A, Karadag O. Gergin omurlilik sendromu. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2004;26(3):149-52.
5. Umur AS, Selcuki M, Selcuki D, Beduk A, Doganay L. Adult tethered cord syndrome mimicking lumbar disc disease. Childs Nerv Syst 2008;24(7):841-4.
6. Yamada S, Won D, Kido DK. Adult tethered cord syndrome: New classification correlated with symptomatology, imaging and pathophysiology. Neurosurgery Q 2001;11:260-75.
7. Unsinn KM, Geley T, Freund MC, Gassner I. US of the spinal cord in newborns: Spectrum of the normal findings, variants, congenital anomalies, and acquired diseases. Radiographics 2000;20(4):923-38.
8. Warder DE, Oakes WJ. Tethered cord syndrome: The low-lying and normally positioned conus. Neurosurg 1994;34(4):597-600.
9. Selcuki M, Unlu A, Ugru HC, Soygur T, Arikan N, Selcuki D. Patients with urinary incontinence often benefit from surgical detethering of filum terminale. Childs Nerv Syst 2000;16(3):150-4.
10. Lee GY, Paradiso G, Tator CH, Gentili F, Massicotte EM, Fehlings MG. Surgical management of tethered cord syndrome in adults: Indications, techniques, and long term outcome in 60 patients. J Neurosurg Spine 2006;4(2):123-31.