

Olgu Sunumu

Çoklu Kranial Sinir Tutulumunun Eşlik Ettiği Oksipital Kondil Kırığı

Sait ÖZTÜRK^{1a}, Ömer Batu HERGÜNSEL¹, Murat GÖNEN², Metin KAPLAN¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Oksipital kondil kırığı kafa tabanının oldukça nadir gözlenen bir travmatik hasarıdır. En sık şikâyetler boyun ağrısı ve boyun hareketlerinde kısıtlılıktır. Bu çalışmada, 73 yaşında erkek hastada hafif kafa travması sonrasında sol oksipital kondil kırığı nedeniyle ortaya çıkan IX. ve X. kranial sinir tutulumu tartışıldı.

Anahtar sözcükler: Oksipital kondil kırığı, kranial sinir felci, kafa travması

ABSTRACT

Occipital Condyle Fracture Associated with Multiple Cranial Nerve Involvement

Occipital condyle fracture is a rare traumatic injury of the skull-base. The most common complaints are neck pain and limited range of neck movements. In this report, a 73-year-old man who presented with IX. and X. cranial nerves involvement due to left occipital condyle fracture after a mild head injury discussed.

Keywords: Occipital condyle fracture, cranial nerve palsy, head injury

Oksipital kondil kırığı (OKK) kafa tabanının oldukça nadir gözlenen bir travmatik hasarı olup, geniş serilerde insidansı %0,4 oranda bildirilmiştir (1). Asemptomatik olabileceği gibi, nöroşirurji pratiğinde en sık boyun ağrısı ve boyun hareketlerinde kısıtlılık gibi şikâyetlerle karşımıza çıkmaktadır. Sıklıkla olmasa da, tek veya birden çok kranial sinir tutulumunun varlığından, kranioservikal bileşkede dislokasyonlara kadar uzanan ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabileceği gösterilmiştir (1,2).

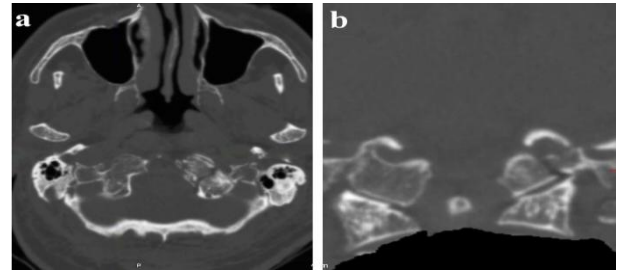
Bu çalışmada, yüksek enerjili olmayan hafif bir kafa travması sonrası boyun hareketlerinde kısıtlılık, boyun ağrısı ve yutma zorluğu şikâyetleri ile başvuran hasta literatür eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

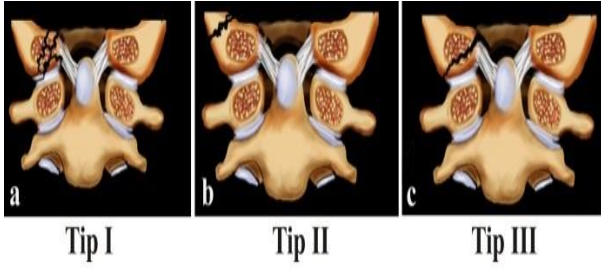
73 yaşında erkek hasta düz zeminde yürürken düşme sonrası ortaya çıkan baş ve boyun ağrısı şikâyetleri dış merkezde değerlendirilip ve kliniğimize sevk edilmiştir. Bulantı, kusma veya nöbet tarif edilmedi. Genel durumu iyi, bilinç açık, oryante ve koopere idi. Kranial sinir muayenesinde sol faringeal refleks alınamadı ve yutkunma güçlüğü saptandı (IX. ve X. kranial sinir tutulumu). Motor ve duyu kayıp gözlenmeyen hastada diğer kranial sinirlerin muayenesinde ve sistemik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Kranioservikal bölgeyi de kapsayan bilgisayarlı beyin

tomografisinde (BBT) sol oksipital kondil düzeyinde avulsiyon kırığı saptandı (Tip I kondil kırığı) (Şekil 1).

Kliniğe yatırılıp yapılan hastaya Philadelphia® servikal boyunluk takıldı. Hastaya steroid tedavisi ile analjezik tedavi başlandı. Non-steroid analjeziklere yanıt alınamayan hastaya zayıf opioid başlandı ve etkin bir yanıt alındı. Olası bir ligaman hasarı açısından çekilen servikal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ek bir patoloji saptanmadı. Hastanın oral alımı 48 saat boyunca kapalı tutuldu. Yatışın 1. gününde yapılan nörolojik muayenede servikal hassasiyetinin belirgin gerilediği izlendi. 7. gün kranial sinir muayenesinin tamamen doğal olduğu görülüp, 1 ay boyunluk kullanımını önerisiyle taburcu edildi. Takiplerinde herhangi bir şikâyeti olmayan hastanın 6. haftada boyunluğu çıkarıldı



Şekil 1. Kemik yoğunlukta elde edilen bilgisayarlı beyin tomografisi kesitleri. Anderson & Montesano sınıflandırmasına göre Tip I sol oksipital kondil kırığı. (a): Aksiyel kesit, (b): sagittal kesit.



Şekil 2. Anderson & Montesano Sınıflandırmasına göre oksipital kondil kırıklarının koronal düzlemde sınıflandırılması, hasarın oluşum mekanizması ve stabilite durumu. (a) Tip I, aksiyel yüklenme, stabil kırık (b) Tip II, direkt darbe, stabil kırık (c) Tip III, yana bükülme (lateralbending) ve/veya rotasyonel boyun hareketi, stabil olmayan kırık

TARTIŞMA

Oksipital kondil kırıkları ilk kez 19. yüzyılın ilk çeyreğinde Sir Charles Bell tarafından yapılan bir otopside tanımlanmış olmasına rağmen, BT’de ilk defa 1983 yılında gösterilmiştir. Bu dönemden itibaren söz edilen bu radyolojik yöntem tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygın kullanılmaya başlamıştır. Oksipital kondil kırıklarının klinik olarak spesifik bulgularının olmaması ve fizik muayene bulgularının değişkenliği nedeniyle tanı kolaylıkla atlanabilmektedir. Tanı koymadaki bu zorluğun en önemli nedenleri ise mevcut konvansiyonel radyolojik görüntülemelerin yanlış negatif görünmeleri, kırığa spesifik bulguların olmayışı ve genellikle bu hastaların bilinç kaybı ile başvurup entübe edilerek mevcut kırık bulgularının değerlendirilememesidir. Günümüzde asıl tanı hekimin şüphesine bağlıdır. Rapor edilen bir çalışmada omuz görüntülemeleri ile açıklanamayan omuz ağrısının oksipital kondil kırığına bağlı olduğu gösterilmiştir (3). Hastanın nörolojik muayenesinin normal olması kondil kırığını asla dışlamaz. Bunun ötesinde ise travma sonrası beyin sapı basısı veya ayrı bir deyişle özellikle alt kranial sinirlerin tutulumu olan hastalarda kondillerin anatomik yapısı ve bütünlüğü dikkatlice incelenmelidir.

Oksipital kondil kırıklarının sınıflandırılmasında birçok yazar çeşitli önerilerde bulunsalar da, günümüzde en geçerli sayılan sınıflandırma Anderson & Montesano tarafından önerilen sınıflandırmadır (4). Bu sınıflandırmada asıl önemli faktör hasarın mekanizması

ile ilişkilendirilmiştir. Tip I, II ve III olmak üzere 3 farklı alt grupta değerlendirilen bu yöntemde ilk iki alt grup stabil kırık, Tip III kırıklar ise instabil kabul edilerek cerrahi ile füzyon önerilir (Şekil 2). Bizim olgumuzda ise mevcut patoloji Tip I kırık olarak değerlendirilip sadece boyunluk kullanımı önerilmiş ve 6 haftada tam bir iyileşme görülmüştür. Oksipital kondilin anatomik olarak foramen magnum, foramen jugulare ve hipoglossal kanal ile yakın komşuluğundan ötürü, bu bölgenin kırıklarında veya kırığa bağlı ortaya çıkan hemorajilerde, bu yapılardan geçen hem vasküler hem de nöral yapılar zarar görebilir (2). İzole tek kranial sinir tutulumu olabileceği gibi çoklu kranial sinir hasarı şartıcı olmamalıdır. Sunduğumuz olguda da foramen jugulareden geçen IX. ve X. kranial sinir hasar görmüştür. Genel olarak tüm arka fossa yapılarının ve/veya kranioservikal bölgenin hasar görebileceği akılda tutulmalıdır. Hatta oksipital kondil fraktürünün kontralateral tarafta hipoglossal sinir felcine sebebiyet verdiği farklı bir çalışmada gösterilmiştir (5).

Kondil kırıklarının tedavi yönetimi hekimin kabul ettiği sınıflandırma tipi ile yakın ilişkilidir ve hekimler arasında hâlen net bir fikir birliği yoktur. Anderson & Montesano Tip III kırıklarda bile cerrahi ile füzyon seçeneği yerine, sert boyunluk veya Halo-Vest traksiyon sistemleri uygulayan ve başarılı sonuçlar ortaya koyan yayınlar literatürde mevcuttur (6).

Sonuç olarak; oksipital kondil kırıkları, tüm kafa ve omurga travmaları içerisinde en nadir görülen patolojiler olup, sıklıkla asemptomatik olmalarına karşın komşuluğunda bulunan nörovasküler yapılar nedeniyle morbidite ve mortalite açısından akılda tutulmalıdırlar.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

TEŞEKKÜR

Tüm yazarlar şekillerin hazırlanmasında gösterdiği teknik destekten ötürü Sayın Ramazan ÇAKMAK’a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Maserati MB, Stephens B, Zohny Z, et al. Occipital condyle fractures: clinical decision rule and surgical management. J Neurosurg Spine 2009;11: 388–95.
2. Erol FS, Topsakal C, Kaplan M, Yildirim H, Ozveren MF. Collet-Sicard syndrome associated with occipital condyle fracture and epidural hematoma. Yonsei Med J 2007; 48: 120–3.
3. Yalcin A, Erenler AK, Yarar E, Baydin A. Occipital condyle fracture as a rare cause of shoulder pain. Interdisciplinary Neurosurgery: Advanced Techniques and Case Management 2015; 2: 69–71.
4. Anderson PS, Montesano XP. Morphology and treatment of occipital condyle fractures. Spine 1988; 13: 731–836.
5. Inci MF, Demir CF, Ozkan F, Yildiz M. Unusual presentation of occipital condyle fracture: Contralateral hypoglossal nerve palsy. Neurol India 2012; 60: 550–2.
6. Payer M, Delavelle J. Bilateral occipital condylar fracture. Case report about successful treatment with SOMI brace. J Clin Neurosci 2004;11: 211–4.