

## Kauda Ekuina'nın Reduntant Sinir Kökü

Dr. Zeki BUHARALI \*  
Dr. Ender KORFALI \*  
Dr. Muammer DOYGUN \*\*  
Dr. Mesut HEPER \*  
Dr. Teoman CORDAN \*\*\*

### ÖZET

*Bu makalede her iki bacakta kuvvetsizlik ve uyuşukluk olan bir hasta takdim edildi. Myelografide L<sub>3</sub>'de tam blok gösterdi. Ameliyatta kauda ekuina liflerinde şişme ve yumaklaşma görüldü. Dekompresif laminektomiye takiben hastada belirgin iyileşme oldu.*

### SUMMARY

#### The Redundant Nerve Root of the Cauda Equina

*In this paper, we presented a patient with numbness and weakness of both legs. A myelography showed a complete block at L<sub>3</sub>. At operation, a peculiar swelling and looping of the cauda equina fibres were seen. Decompressive laminectomy was followed by a marked degree of recovery.*

Kauda ekuina'nın redundant sinir kökü, yeni tanımlanan bir anatomik bozukluktur. Semptomatik hale gelebilir ve çeşitli aşağı motor nöron bulguları verebilir. Bu sendroma ait literatürde önceden yayınlanmış 5 vak'a mevcuttur<sup>1-5</sup>. Olgumuz İngilizce yayımlanan literatürde bulabildiğimiz kadarıyla 6.dır.

\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Kürsüsü Başasistanı

\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Kürsüsü Asistanı

\*\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Kürsüsü Doçenti

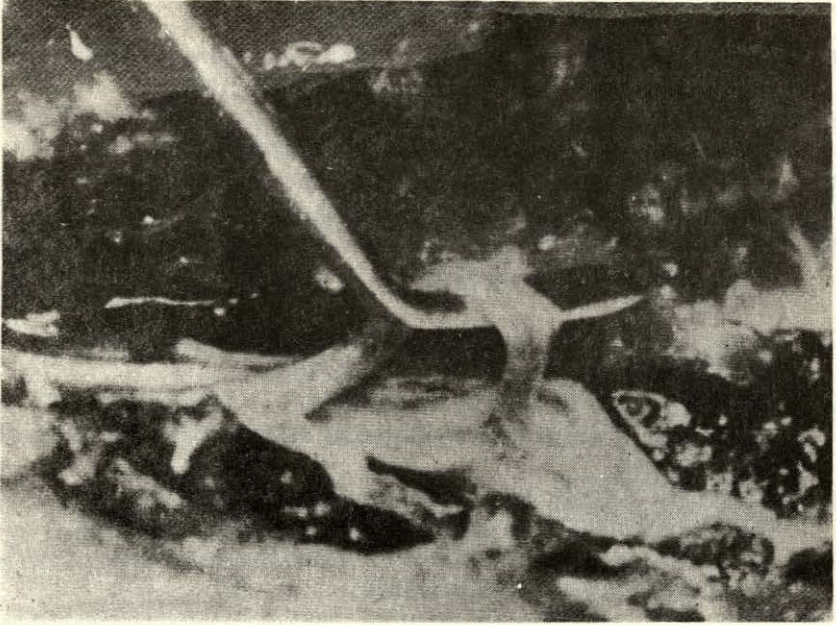
## OLGU

55 yaş erkek, Y. E. 95779 Prot. No ile bel, bacaklarında ağrı, alt ekstremitelerinde uyuşukluk, kuvvetsizlik şikayetleriyle 2.6.1978 tarihinde kliniğimize yatırıldı. Hikayesinden 5 yıl önce aktivasyondan sonra bel ağrılarının olduğunu, istirahatle geçtiğini, zaman zaman bu ağrılarının artarak her iki alt ekstremiteye indiği öğrenildi. Hastanın son iki aydır bel ağrısında artma olmuş ve her iki alt ekstremitede ilerleyen kuvvetsizlik, uyuşukluk şikayetleri başlamış.

Nörolojik muayenede sağda belirgin paraparazi, alt ekstremitelerde derin tendon reflekslerinde azalma, L<sub>2</sub> dermatomunu içine alan bilateral hipoestezi bulundu. Direkt lumbosakral grafiler açıklığı sola bakan skolyoz dışında normaldi. Myelografide L<sub>2-3</sub> bilateral dolma defekti, L<sub>3</sub> alt seviyesinde tam blok görüldü. Mevcut bulgularla hasta 13.6.1978 tarihinde disk ön tanısı ile ameliyata alındı. Genel anestezi altında ve prone pozisyonda L<sub>2-3</sub> total, L<sub>4</sub> kısmi laminektomi uygulandı. Ekstradural mesafe normaldi. Dura açıldığında araknoidin kalınlaşmış, kauda ekuina liflerinin şiş, uzamış ve yumaklaşmış olduğu görüldü (Resim 1-2). Ayrıca kauda ekuina lifleri önden dışarı itilircesine tazyikli idi. Bu nedenle dura kapatılmadı ve dekompresyon için açık bırakıldı. Hastanın postoperatif ve 6 ay sonra yapılan kontrol muayenelerinde bel ve ekstremitte ağrılarının tamamen geçtiği, uygulanan cerrahi girişimden belirgin derecede yararlandığı gözlemlendi.



Resim: 1  
Kalınlaşmış Kauda Ekuina Lifleri



*Resim: 2*  
*Separ Edilmiş Reduntant Sinir Kökü*

## TARTIŞMA

Daha önce yayınlanan 5 olguyu kendi hastamızla karşılaştırdığımızda dikkate değer bulgu ve benzerlikler görülmektedir <sup>5-8</sup>. Olgumuzda olduğu gibi yayınlanan bütün olgularda hastalar erkek ve 40 yaşın üstündedir. Bunlardan 6 olgunun 4 ünde ilk semptom, birkaç aydan birkaç yıla değişen aşağı bel ağrısıdır. Bütün olgularda alt ekstremitelerde kuvvetsizlik, his değişikliği ve DTR'inde azalma, bizim olgumuzda olduğu gibi mevcuttur. Olgumuzun direkt lumbosakral grafileri açıklığı sola bakan skolyoz dışında normaldi. Neşredilen olguların 3'ünde ise lomber disk mesafesine daralma görülmüyordu. Olgumuzda yapılan myelografide; Lumbal<sub>2-3</sub> bilateral dolma defekti, L<sub>3</sub> alt seviyesinde tam blok bulundu. Literatürdeki olguların bir tanesi hariç hepsinde myeloda tam blok ve arteriovenöz malformasyon düşündürülen "yılankavi gölgeler" mevcuttu. Olgumuzda ise böyle bir görünüm yoktu.

Olgumuzda hikaye, fizik muayene ve myelografi sonucu ön tanı olarak birinci derecede disk düşünüldü. Literatürde yayınlanan olgularda ise myeloda yılankavi gölgelerin görülmesi A.V.M. düşündürmüştür. Ancak olgumuzdada olduğu gibi kesin tanı ameliyat esnasında konmuştur.

Bu anatomik bozukluğun etiyojisi bilinmemektedir. Yayınlanan olgular hereditör ve etnik özellik göstermemektedir <sup>5</sup>.

#### KAYNAKLAR

1. CREESMAN, M.R.: PAWL, R.P.: Serpentine myelographic defect caused by a redundant nerve root. *J. Neurosurg.* 28: 391-393, 1968.
2. DI CHIRO, G., WENER, L.: Angiography of the spinal cord. A review of contemporary techniques and applications. *J. Neurosurg.* 39: 1-29, 1973.
3. GULATI, D.J., ROUTH, D.: Myelographic block caused by redundant lumbar nerve root. *J. Neurosurg.* 38: 504-505, 1973.
4. KRAYENBÜHL, H., YAŞARGİL, M.G., Mc CLINTOCK, H.G.: Treatment of spinal cord vascular malformations by surgical excision. *J. Neurosurg.* 30: 427-435, 1969.
5. KUNC, Z., BRET, J.: Diagnosis and treatment of vascular malformations of the spinal cord. *J. Neurosurg.* 30: 436-445, 1969.
6. OMMAYA, A.K., DI CHIRO, G., DOPPMAN, J.: Ligation of arterial supply in treatment of spinal cord arteriovenous malformations. *J. Neurosurg.* 30: 679-692, 1969.
7. SCHUT, L., GROFF, R.A.: Redundant nerve roots as a cause of complete myelographic block: Case report. *J. Neurosurg.* 38: 354-395, 1968.
8. SORENSEN, F.B., WIRTHLIN, J.A.: Redundant nerve roots of the cauda equina. *Surg. Neurol.* 4: 177-181, 1975.