

Oksipital Kondil Kırığı: Olgu Sunumu

¹Aslan A., ¹Eser O., ¹Coşar M., ²Yürümez Y., ³Kırpıkoğlu O.

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

³Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

OCCIPITAL CONDYLE FRACTURE: CASE REPORT

Abstract

Occipital condyle fractures can easily be missed because the clinical manifestation is highly variable and the results of physical examination are usually nonspecific. The diagnosis of occipital condyle fractures to be based on a high index of suspicion, especially in patients with cervical pain and normal plain radiographs. The only reliable diagnostic tool is Computed Tomographic scan with bony windows of the cranio-cervical junction.

Keywords: Computed Tomography, Fracture, Occipital Condyl, Cervical pain.

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar:

Adem Aslan

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı, 03200, Afyonkarahisar, Türkiye

Tel: 0 272 214 20 65

Fax: 0 272 213 30 66

Email: ademaslan@aku.edu.tr

Başvuru Tarihi: 18.04.2008

Kabul Tarihi: 25.08.2008

Özet

Oksipital Kondil Kırıkları klinik göstergelerin son derece değişken olması ve fizik muayene bulgularının genellikle nonspesifik olması nedeni ile kolaylıkla atlanırlar.

Oksipital kondil kırıklarının tanısı özellikle boyun ağrısı ve direkt grafileri normal olan hastalarda yüksek oranda şüpheye dayanır. En güvenilir tanılarda alet kranioservikal bileşke kemik penceresinin Bilgisayarlı Tomografi ile taranmasıdır.

Anahtar kelimeler: Bilgisayarlı Tomografi, Kırık, Oksipital kondil, Servikal ağrı.

Not: Bu olgu Türk Nöroşirürji Derneği XXI. Bilimsel Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Oksipital Kondil Kırığı (OKK), kafa kaidesinin son derece nadir görülen bir yaralanması olmasına karşın kalıcı sakatlıklara ya da ani ölüme neden olabilmesi bakımından son derece önemli bir klinik tablodur ⁽¹⁾. Kliniğinin oldukça değişken olması, direkt grafilerin kırığı ortaya koymada yetersiz kalması ve kafa veya servikal travma ile ilişkili spesifik olmayan boyun ağrıları nedeni ile tanıda zorluklar yaşanabilmektedir ^(2, 3). Bununla birlikte potansiyel intrakranial yaralanmaların değerlendirilmesine yönelik olarak istenen Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekimi esnasında kranioservikal bileşkenin değerlendirilmesi acil şartlarda dahi tanının konabilmesine imkan sağlayabilmektedir ⁽⁴⁾. Bu yazıda OKK'ların nadir görülmesi ve tanının klinisyenin şüphesine dayanması nedeni ile acil servise boyun ağrısı nedeni ile başvuran bir vakanın literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

OLGU SUNUMU

16 yaşında erkek hasta, acil servise trafik kazası sonrası bulantı, kusma ve boyun ağrısı şikayetiyle başvurdu. Nörolojik muayenede bilinç letarjik, kooperasyon ve oryantasyon kısıtlı, kranial sinirlerin muayenesi değerlendirilebildiği kadarıyla normaldi. Motor muayene normal ve plantar yanıtlar fleksördü. Servikal direkt grafi normaldi. Bilgisayarlı BT'de yaygın beyin ödemi ve travmatik subaraknoid kanama mevcuttu. Kranioservikal BT'de sol oksipital kondil kırığı (Tip I) tespit edildi (*Resim 1, 2*). Servikal Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) spinal kord ve ligamentöz yapılar normaldi (*Resim 3*). Hastanın boynu sert servikal boyunluk ile tespit edildi. Kazadan sonra 3. gün çekilen Beyin MRG'de korpus kallozum lokalizasyonunda kontüzyon tespit edildi. Uygulanan medikal tedavi sonrası hastanın nörolojik durumu tamamen düzeldi.

TARTIŞMA

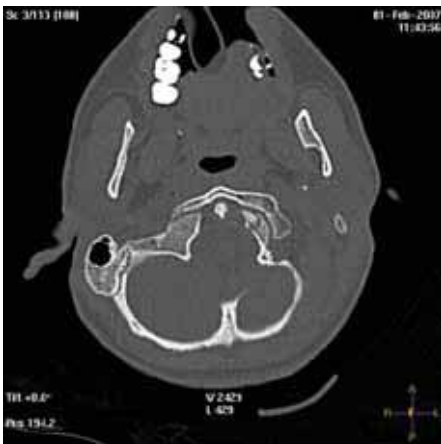
OKK'ların konvansiyonel radyografi ile saptanabilmesi güçtür. Bu nedenle yakın zamana kadar son derece nadir oldukları düşünülmüştür.

OKK ilk kez 1817 yılında Sir Charles Bell tarafından tanımlanmıştır. OKK'ların radyografik olarak ortaya konması 1962 ve Bilgisayarlı Tomografide tanımlanması ise 1983 yılında olmuştur. Bu tarihten beri BT'nin yaygın şekilde kullanılması ve travma bakımının daha iyi hale gelmesi kadar görüntüleme tekniklerindeki gelişmeler sayesinde literatürde rapor edilen OKK sayısı artmıştır. Bununla birlikte OKK'ların gerçek insidansı hala bilinmemektedir ⁽⁴⁾. OKK'lar aksiyel yüklenme, direkt darbe, rotasyon ve yana bükülme gibi travmalar sonucu gelişirler. OKK'ların sınıflamasında 1988 yılından beri yaygın şekilde Anderson ve Montesano sınıflaması kullanılır. Bu sınıflamada kırıklar morfolojik ve travmanın mekanizmasına göre üç'e ayrılmıştır (*Tablo 1*) ⁽⁵⁾. Olgumuzun bu sınıflamaya göre Tip I olduğu saptandı.

OKK tanısı zordur ⁽²⁾. Bunun iki nedeni vardır. Birinci nedeni, konvansiyonel radyografilerin çoğu vakada yanlış negatif sonuç vermesi ve klinik prezentasyonun genellikle nonspesifik olmasıdır. İkinci nedeni ise, OKK'ların sıklıkla yüksek enerjili kafa travmalı hastalarda meydana gelmesi ve bu hastaların çoğunlukla bilinçsiz olmaları ve/veya entübe edilmelerinden dolayı kırığın klinik bulgularının maskelenmesidir ⁽³⁾.

Oksipital kondiller hipoglossal kanal, foramen jugulare ve foramen magnum ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle OKK'larda bir ya da daha fazla alt kranial sinir felci veya beyin sapı basısı veya vasküler semptomlar olabilir. Klinik pratikte en fazla karşılaşılan nörolojik kayıp alt kranial sinir felcidir ⁽²⁾. Ancak OKK'lar herhangi bir nörolojik kayıp olmaksızın da karşımıza çıkabilirler. Nörolojik kaybın olmaması OKK'yı dışlatmaz. Bununla birlikte, OKK'lardan kaynaklanan beyin sapı ve vasküler lezyonlar oldukça nadir olmalarına karşın hayatı tehdit edici özellikte oldukları kabul edilir ⁽³⁾.

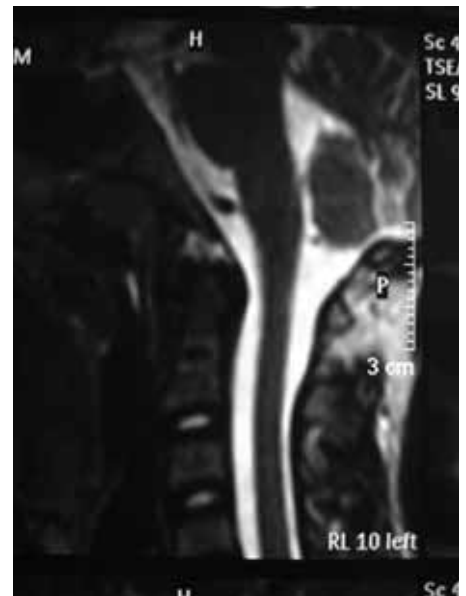
OKK'ların en güvenilir tanı yöntemi kranioservikal bileşkenin kemik pencerede BT ile taranmasıdır. Bu tarama işlemi açıklanamayan üst servikal bölgede ağrısı olan yüksek enerjili kafa veya servikal travması, alt kranial sinir felci ve/veya C1 veya C2 vertebra kırığı olan hastalarda yapılmalıdır. OKK'lar servikal vertebra kırığı olan vakaların %20'sine eşlik ederler ⁽³⁾. Magnetik rezonans görüntüleme (MRG) diğer bir



Resim 1. Kranioservikal BT'de (aksiyel) sol oksipital kondil kırığı



Resim 2. Kranioservikal BT'de (koronal) sol oksipital kondil kırığı



Resim 3. Kranioservikal MRG'de sagittal görünüm

Tablo I: Oksipital Kondil Kırıklarında Anderson ve Montesano Sınıflaması

Tip	Hasar Mekanizması	Radyolojik Görünüm	Stabilite
Tip I	Aksiyel yüklenme	Kondil darbe almış, devamlılığı sürüyor, foramen magna doğru yer değiştirme yok.	Stabil
Tip II	Direkt darbe	Kondile ulaşan kaide kırığı var, foramen magna doğru yer değiştirme yok.	Stabil
Tip III	Rotasyon ve yan bükülme	Alar ligamentle oksipital kondilin avulsiyon kırığı, foramen magna doğru yer değiştirme olabilir.	Unstabil

*Tablonun alındığı kaynakSpine 1988;13:731-6

tanısal yaklaşımdır. MRG, BT'ye özellikle yumuşak dokuların değerlendirilmesinde yardımcı olur. MRG özellikle tektorial ligaman ve atlasın transvers ligamanı olmak üzere ligamentöz yapıların değerlendirilmesinde artan şekilde kullanılmaktadır. MRG kırık segment ile çevreleyen dokular (örn; serebrospinal boşluk, beyin sapı ve nörovasküler yapılar) arasındaki ilişkiyi değerlendirmede son derece kıymetlidir. BT subraknoid kanamanın değerlendirilmesinde hala geçerli standart olmasına karşın, MRG beyin ve beyin sapı lezyonlarını değerlendirme de BT'ye üstündür⁽⁴⁾. Olgumuzda bu iki tanısal yaklaşımda kullanılmıştır. BT'de OKK ve SAK saptanmış, MRG 'de ise ilave bir omurilik ve ligamentöz yaralanmaya rastlanmamıştır.

OKK'ların tedavisi, literatürde tanımlanan vakaların az olması ve farklı tedavi yaklaşımlarının araştırıldığı prospektif çalışmaların olmaması nedeni ile tam olarak yerleşmemiştir⁽⁴⁾. OKK'larda genellikle nazogastrik tüp ile besleme, profilaktik antibiyotik ve psikoterapi gibi konservatif yaklaşımlar uygulanır⁽²⁾. İyileşme yavaş ve rezidüel nörolojik defisitler uzun süre kalabilir. Cerrahi tedaviye ise son derece nadiren başvurulur. Tedavi; eşlik eden yaralanmalar, hastanın nörolojik durumu ve var olan OKK'nın tipi gibi çok sayıda faktöre bağlıdır⁽¹⁾. Anderson ve Montesano'ya göre davranan hekimler Tip I ve II kırıklar için yarı sert veya sert servikal boyunluk, Tip III

kırıklar içinse sert servikal boyunluk, halo vest traksiyon ve istirahat veya cerrahi tespiti tercih ederler⁽¹⁾. Olgumuzda kırığın Tip I olması ve hastanın nörolojik tablosu dikkate alınarak sert servikal boyunluk ile tedavi uygulandı.

Sonuç olarak, OKK'lar nadir görülmelerine karşın yakın ilişkili oldukları yapılar nedeni ile hayati tehlike oluşturabilen kırıklardır. Tanı alt kranial sinir felci, boyun ağrısı ve grafileri normal olan hastalarda klinisyenin şüphesine dayanır. Bu kırıkların ortaya konmasında en iyi görüntüleme yöntemi yüksek çözünürlüklü BT'dir.

KAYNAKLAR

1. 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.
2. Muthukumar N. Delayed hypoglossal palsy following occipital condyle fracture--case report. *J Clin Neurosci* 2002;9:580-2.
3. Payer M, Delavelle J. Bilateral occipital condylar fracture. Case report about successful treatment with SOMI brace. *J Clin Neurosci* 2004;11:211-4.
4. Leone A, Cerase A, Colosimo C. Occipital condylar fractures: a review. *Radiology* 2000;216:635-44.
5. Kuzeyli K, Söylev E, Duru S. Oksipital kondil kırığı ve serebellar disfonksiyon. *Türk Nöroşirurji Dergisi* 1995;5:79-81.