

LOMBER MİKRODISKEKTOMİ SONRASI GELİŞEN GUILLIAN-BARRÉ SENDROMU: OLGU SUNUMU

GUILLIAN-BARRÉ SYNDROME AFTER LOMBER MICRODISCECTOMY SURGERY: A CASE REPORT

Cafer AK

Sağlık Bakanlığı, Mardin Nusaybin Devlet Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Mardin

Anahtar Sözcükler: Lomber mikrodisektomi, Guillian-Barré sendromu, GBS

Keywords: Lomber microdiscectomy, Guillian-Barré syndrome, GBS

Yazının alınma tarihi: 26.11.2018

Kabul tarihi: 05.07.2019

Online basım: 30.01.2020

ÖZ

Giriş: Guillian-Barré sendromu (GBS) periferik sinir ve sinir köklerinin akut, enflamatuvar immun bir hastalıdır. Genellikle ilerleyici flask paralizi ve derin tendon refleksi azalması ile giden edinsel akut poliradikülo nöropatidir. Lomber cerrahi sonrası çok nadir görülen bir komplikasyondur.

Olgu: Bu yazıda 4 günlük solda düşük ayak kliniğine sahip, lomber MRG'de L4-5 santral ekstrüde disk hernisi nedeniyle mikrodisektomi uygulanan ve operasyon sonrası 2 günlük süreçte GBS tanısı alan olguyu sunduk. GBS tanısı fizik muayenenin yanı sıra EMG ve BOS analiz sonuçları ile desteklendi.

Sonuç: Lomber cerrahi sonrası motor zayıflık olduğunda GBS ayırıcı tanıya dahil edilmelidir. Atipik semptomların gelişimi, zamanlaması, görüntüleme, EMG ve laboratuvar sonuçları bu nadir komplikasyonun diğer postoperatif spinal komplikasyonlardan ayrılmasına yardımcı olmaktadır. GBS'in hızlı tanısı ve etkili bir şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir.

SUMMARY

Introduction: Guillian-Barré syndrome (GBS) is an acute, inflammatory disease of the peripheral nerves and nerve roots. Acquired acute poliradiculoneuropathy is usually accompanied by progressive flask paralysis and deep tendon reflex reduction. It is a very rare complication after lomber surgery.

Case: In this article, we presented a 4-day-left foot deficit clinic case report. We perform microdiscectomy for L4-5 central extrude disc herniation, and a 2-day history of GBS diagnosis. GBS diagnosis was supported by results of EMG and BOS analysis as well as physical examination.

Conclusion: GBS should be included in the differential diagnosis when the motor weakness after the surgery. The development of atypical symptoms, timing, imaging, EMG and laboratory results help to distinguish this rare complication from other postoperative spinal complications. GBS must be rapidly diagnosed and treated effectively.

GİRİŞ

Guillian-Barré sendromu (GBS) periferik sinir ve sinir köklerinin akut, enflamatuvar immun bir hastalıdır. GBS genellikle ilerleyici flask paralizi

ve derin tendon refleksi azalması ile giden, yaygın duyuşsal, motor ve otonomik semptomlarla karakterize edinsel akut poliradikülonöropatidir. GBS genellikle klinik kriterlere dayanılarak tanı

konular bunun yanı sıra elektromiyografideki (EMG) sinir ileti değişiklikleri ve beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemelerinde albumino sitolojik disosiasyonun tespit edilmesi GBS tanısının doğrulanmasına yardım eder(1).

GBS'nin etyopatolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen periferik sinirlere karşı gelişen immün reaksiyonlar sonucu meydana geldiğine inanılır (2). GBS oluşması ile ilişkili başta respiratuar ve gastrointestinal enfeksiyonlar olmak üzere farklı tetikçiler yanı sıra cerrahi işlemlerin de GBS'yi tetiklediğine dair vaka bildirimleri mevcuttur(3-4-5).GBS genellikle iyi prognozlu bir hastalıktır. Etkin tedavi sonrası hastaların %85-90'ı bir yıl içinde tamamen ya da hafif bir nörolojik defisit ile iyileşir (6-7). Bizim bu olgu sunumundaki amacımız lomber mikrodiskektomi sonrası gelişen çok nadir bir komplikasyon olan GBS'in tanı ve tedavisinin akılda tutulmasını sağlamaktır.

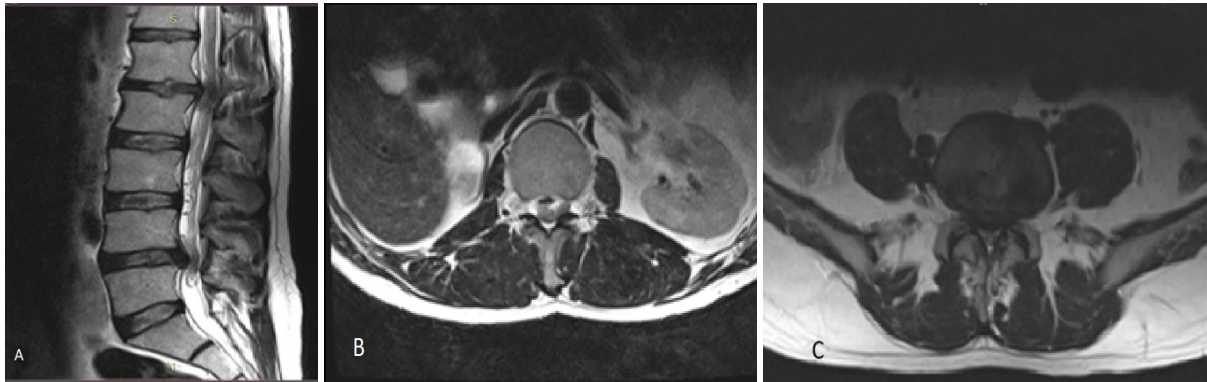
OLGU

A.Ç., 43 yaşında erkek hasta. Daha önce de ara ara bel ve sağ bacak ağrısı şikayetleri olması üzerine lomber MRG çekilerek lomber disk hernisi tanısı almış. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde ek özellik yok. Hasta 4 gün önce ağır yük kaldırması sonrası ani başlayan şiddetli sol bacak ağrısı, sol bacakta uyuşma ve kuvvet kaybı gelişmesi üzerine polikliniğe başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde; bilinç açık, kranial sinir muayenesi intakttı. Üst extremitelerinde latera-

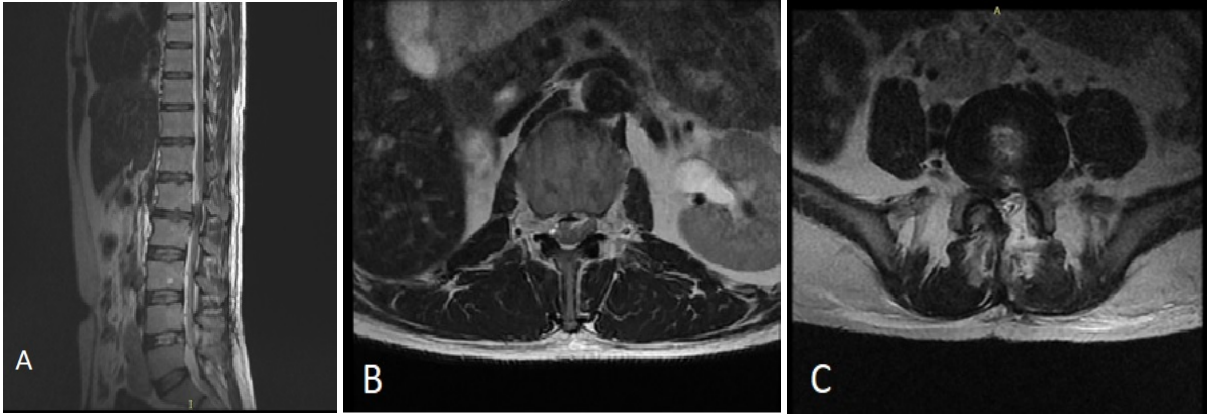
lize duyu-motor defisiti yoktu. Alt extremitelerinde solda düşük ayak kliniği mevcuttu. Solda a.b.plant.f. 5/5,a.b.d.f. 0/5, a.başpar.d.f. 0/5, diz ekstansiyonu 2/5, solda slr-lasegue 20 derecede pozitif, sağda 60 derecede kontr-lasegue pozitif saptandı. Sağ bacakta bir motor veya duyu defisit saptanmadı. Hastaya çekilen lomber MRG'de L1-2 düzeyinde protrüzyon ve L4-5 düzeyinde santral ekstrüde disk hernisi izlendi (Resim 1). Mevcut düşük ayak kliniğine L4-5 seviyesine cerrahi endikasyon konuldu.

Pre-op hazırlığı takiben hasta L4 sol geniş hemiparsiyel laminektomi + flavektomi + L5 sol foraminotomi ile santral ekstrüde disk eksizyonu yapılarak L4-5 mesafesine mikrodiskektomi uygulandı.

Postop erken dönem muayenesinde hastanın siyatikaljisi gerilemiş, soldaki defisiti ameliyat öncesine göre aynı, sağda ise a.b.d.f. 4/5 olarak saptandı. Hastanın medikal tedavisi düzenlendi. Hastanın postop takiplerinde 2 günlük süreçte motor defisiti tecridi olarak kraniale ilerledi. Sağda a.b.d.f. 2/5'e inmesi, her iki diz fleksiyonu ve ekstansiyonu 2/5 ve kalça fleksiyonu 2/5 e inerek paraparezi gelişmesi, L1 düzeyi altında hipoestezi gelişmesi, DTR'lerde flaksparezi gelişmesi, patolojik refleks bulgusunun olmaması, idrar-gaita inkontinansının olmaması üzerine cerrahi sonrası muhtemel komplikasyon etyolojisi araştırmak üzere hastaya kranial + tüm spinalmrg'leri çekildi (Resim 2).



Resim 1. A) Pre-op lomber MRG T2 sekans sagittal orta hat görüntüsü B) L1-2 seviyesinin aksiyel görüntüsü C) L4-5 seviyesinin aksiyel görüntüsü



Resim 2. A) Post-op lomber MRG T2 sekans sagittal orta hat görüntüsü B) L1-2 seviyesinin aksiyel görüntüsü C) L4-5 seviyesinin aksiyel görüntüsü

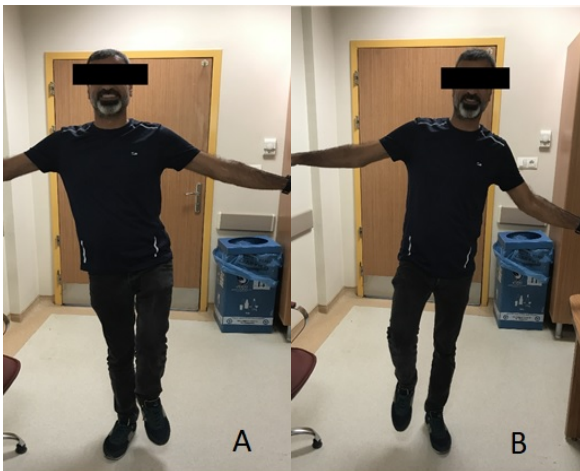
Kranial, servikal ve torakal MRG'lerinde mevcut kliniği açıklayabilecek bir patoloji saptanmadı. Tümör, loj hematoma, rezidü-nüks disk, hipoksik iskemik spinal kord sendromu tanıları dışlandı. Hastaya klinik olarak GBS ön tanısı ile EMG'si yapıldı. İlk EMG GBS lehine değerlendirilmedi. Yapılan lomber ponksiyonda BOS analizinde (Tablo 1) yüksek protein saptanması ve BOS mikroskopisinde 0 lökosit/mm³ izlenmesi üzerine GBS tanısı desteklenerek destek tedavisi ve steroid + IVIG tedavisi başlandı. Hastaya postoperatif süreçte ciddi bir fizik tedavi ve rehabilitasyon eğitimi verildi. 4. ayındaki kontrollerinde hasta desteksiz mobilize, sfinkter disfonksiyonu yok, solda a.b.d.f. 3/5 a.b.plant.f. 5/5 diz ve kalça kas grubu 5/5 sağ bacak tüm kas gruplarında kas gücü 5/5 olarak değerlendirildi (Resim 3).

Tablo1. Lomber ponksiyonda BOS analizi

	BOS	Kan
Protein (mg/dl)	430,9	7,4
Glukoz (mg/dl)	81	220
Albumin (g/dl)	6,2	3,5
Hücre	Lökosit görülmedi. 8 eritrosit görüldü.	
Boyalı Mikroskopik bakı	PMNL veya mikroorganizma görülmedi.	

TARTIŞMA

Literatürde travma cerrahisi ve spinal cerrahi sonrası GBS gelişen olgu sunumları mevcuttur. Sadece bir çalışmada spinal cerrahi sonrası GBS insidansının 2000 vakada 1 olduğu raporlanmıştır (9). GBS genellikle ilerleyici flask paralizi ve derin tendon refleksi azalması ile giden, yaygın duyuşsal, motor ve otonomik semptomlarla karakterize edinsel akut poliradikülönöropati kombinasyonu ile kendini gösterir. Semptomlar genellikle 1 saat ile 28 gün arasında gelişir ve daha sonra GBS yaklaşık 1 ila 3 hafta boyunca bir plato aşamasına uğrar. Tipik olarak alt ekstremitelerde proksimal kasları üst ekstremitelere göre daha çok etkiler. GBS tanısında fizik muayene kadar EMG ve BOS analiz bulguları da önem taşır. Bos analizinde tipik olarak albumino histolojik disosiasyon ile birlikte pleositozu olmayan (normal wbc sayımı) artmış protein oranı izlenir. EMG'de ise F yanıtı kaybı ile birlikte azalmış veya alınamayan MÜP yanıtları tanıyı destekler. BOS ve EMG sonuçları GBS semptomları gelişmesi sonrası erken dönemde normal olabilir fakat birkaç gün sonra



Resim 3. A ve B Post-op 4. ay kontrollerinde hastanın görüntüsü

tipik anormal bulgular gözlenir(1). Bu hastada da ilk yapılan EMG değerleri normal izlendi.

GBS nadiren ölümcül bir hastalık olabilir. Bazı çalışmalarda aksonal tutulum ve mekanik ventilasyona bağlı olma süresinin GBS'de kötü prognoz belirteci olduğu gösterilmiştir (7-8). GBS tedavisi iki ana komponentten oluşmaktadır; destek tedavisi ve immunoterapi. Hastaların yaklaşık %25'inde solunum yetmezliği ve entübasyon ihtiyacı gerekir. İmmünoterapi ise plazma değişimi veya IVIG tedavisi uygulanmasıdır. Buna rağmen hastaların %10-15'i nörolojik defisitli

kalmakta ve %5'i ölmektedir(6-7). Bu hastada entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı olmadı. İmmünoterapi ve destek tedavisi ile hafif nörolojik defisit ile 4. ay kontrollerine ulaştı.

SONUÇ

Özet olarak lomber mikrodiskektomi sonrası akut ilerleyici motor defisit gelişerek GBS tanısı alan olguyu sunduk. Lomber cerrahi sonrası gelişen GBS az anlaşılmış ve çok nadir bir komplikasyondur. Hızlı tanı alması ve etkili bir şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Van Doorn PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol* 2008; 7(10): 939-50.
2. Pithadia AB, Kakadia N. Guillain-Barre syndrome (GBS). *Pharmacol Rep* 2010; 62(2): 220-32.
3. Khandelwal RCS, Rathod T, Rathod S, Chavan A, Oswal C, Ladkat K et al. Guillain-Barre Syndrome in postoperative spine: a case report. *J Spine* 2012; 1(1): 1-2.
4. Zain B, Andrew DL, Ericka PS, Paul JH, Robert GG. Acute onset of Guillain-Barré Syndrome after elective spinal surgery. *Journal of World Neurosurgery* 2015; 84(2): 376-9.
5. Rashid A, Kurra S, Lavelle W. Guillain-Barré Syndrome after revision lumbar surgery: a case report. *Cureus* 2017;9(6): e1393.
6. Korinthenberg R, Schessl J, Kirschner J. Clinical presentation and course of childhood Guillain-Barré syndrome: a prospective multicentre study. *Neuropediatrics* 2007; 38(1): 10-7.
7. Soysal A, Aysal F, Caliskan B. Clinico-electrophysiological findings and prognosis of Guillain-Barre' syndrome 10 years experience. *Acta Neurol Scand* 2011; 123(3): 181-6.
8. Staff NP, Engelstad J, Klein CJ, Amrami KK, Spinner RJ, Dyck PJ et al. Post-surgical inflammatory neuropathy. *Brain* 2010; 133(10): 2866-80.
9. Huang SL, Qi HG, Liu JJ, Huang YJ, Xiang L. A rare complication of spine surgery: Guillain-Barre syndrome. *World Neurosurg* 2015; 84(3):697-701.

Sorumlu yazar

Op. Dr. Cafer AK (Op. Dr.)
Sağlık Bakanlığı, Mardin Nusaybin Devlet Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Mardin
Tel:0544 265 55 12
E -posta: slayerkarwyn@gmail.com
ORCID :0000-0002-1489-5859