

Kranioservikal ve Servikal Bölgeye Yaklaşımlar (C0-C7)

Dr.Hakan BOZKUŞ

İstanbul Bilim Üniversitesi, Nöroşirurji AD

Cerrahi Yaklaşım

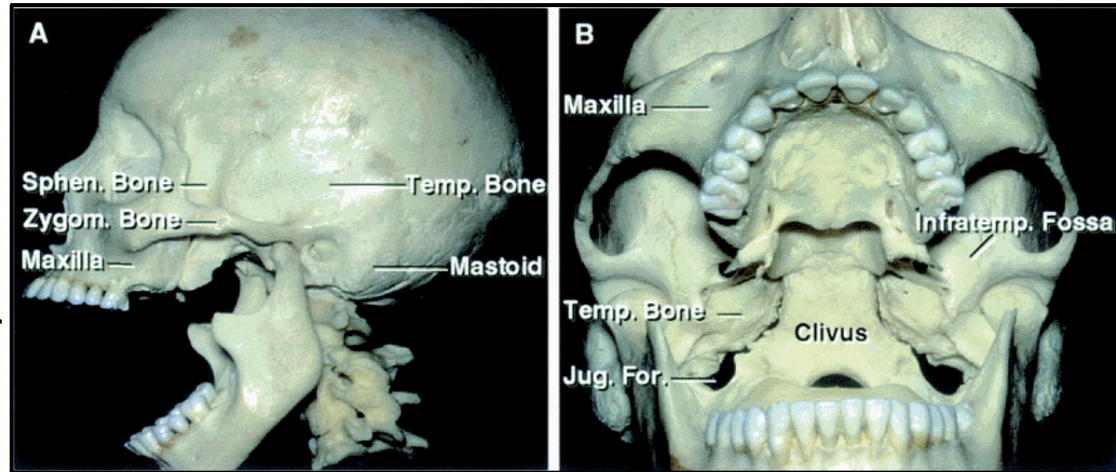
- Kraniyoservikal Bölge (C0-C2)
 - Anterior
 - Posterior
- Alt Servikal Bölge (C3-7)
 - Anterior
 - Posterior

Kranioservikal Bileşke Yaklaşımlar

- Transoral
- Transmaxillar
- Yüksek Servikal Retrofarengial
- Posterior
- Posterior Far-lateral

Transoral Yaklaşım

- 1962 Fang ve Ong tanımlıyor
- 1980’de tekrar popüler oluyor
- Klivus kaudali, C1 ön ark, C2-3 disk mesafesi ortaya konuyor
- Modifiye:
 - Transpalatin
 - Labiomandibular
 - Labioglossomandibular

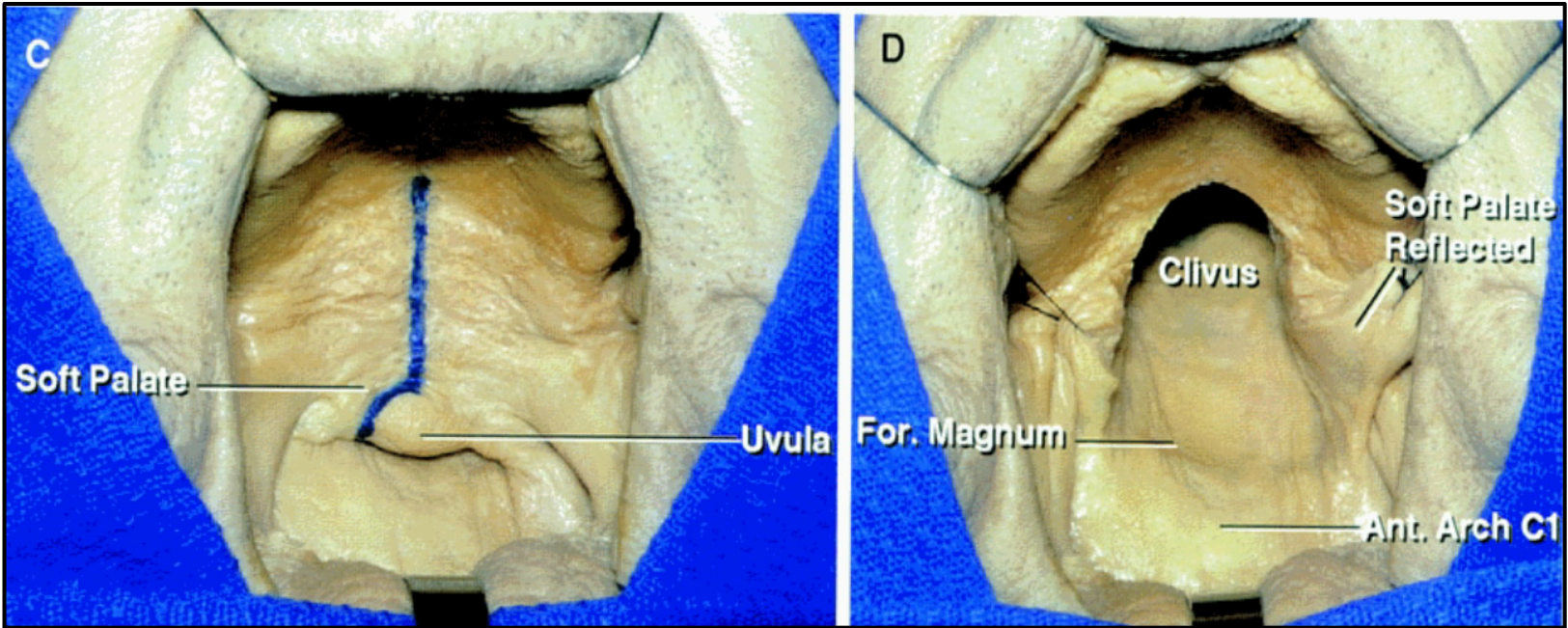


Ağız Açık Grafi



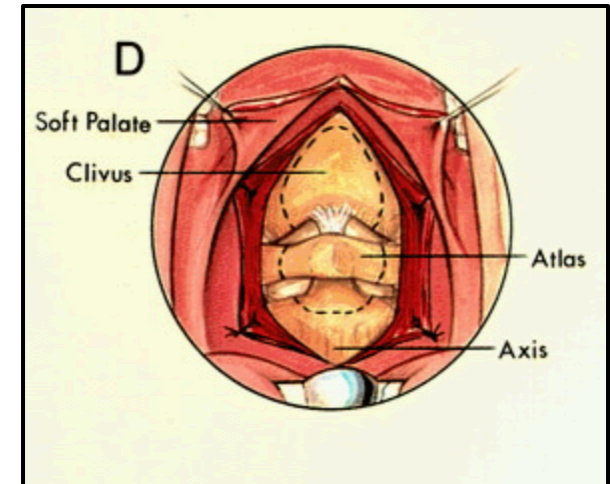
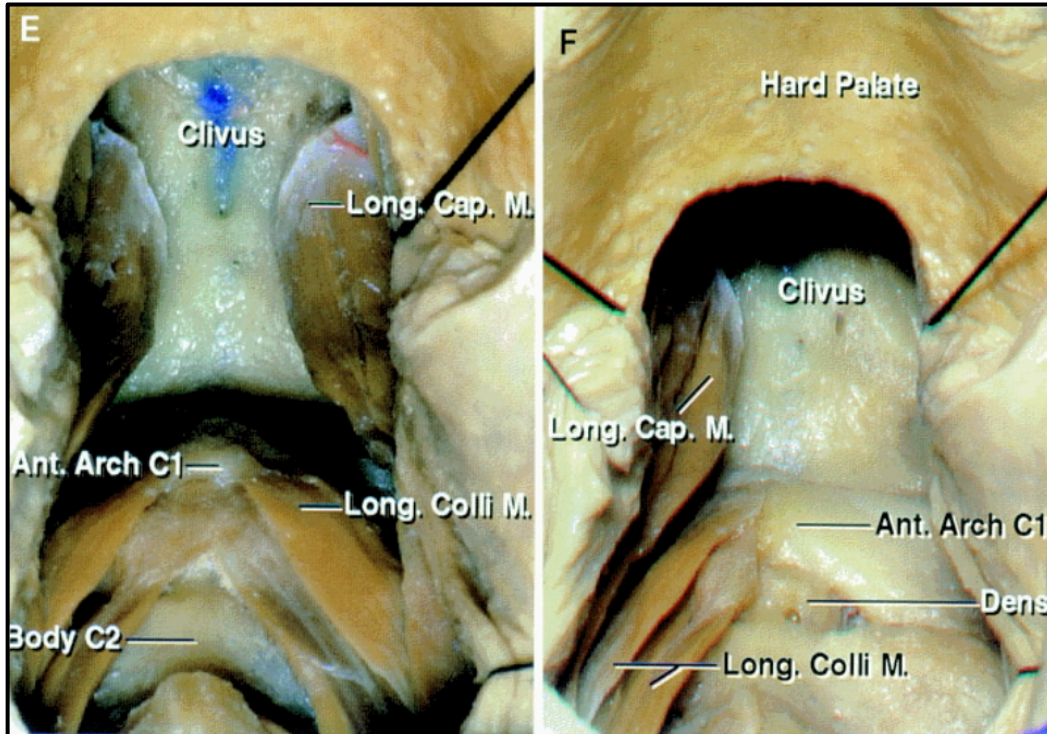
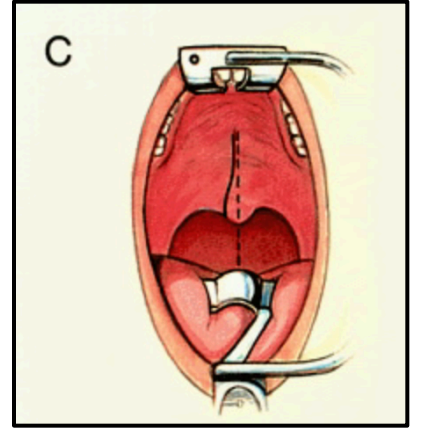
Transoral Yaklaşım

- Yumuşak damak
- Farinks arka duvarı



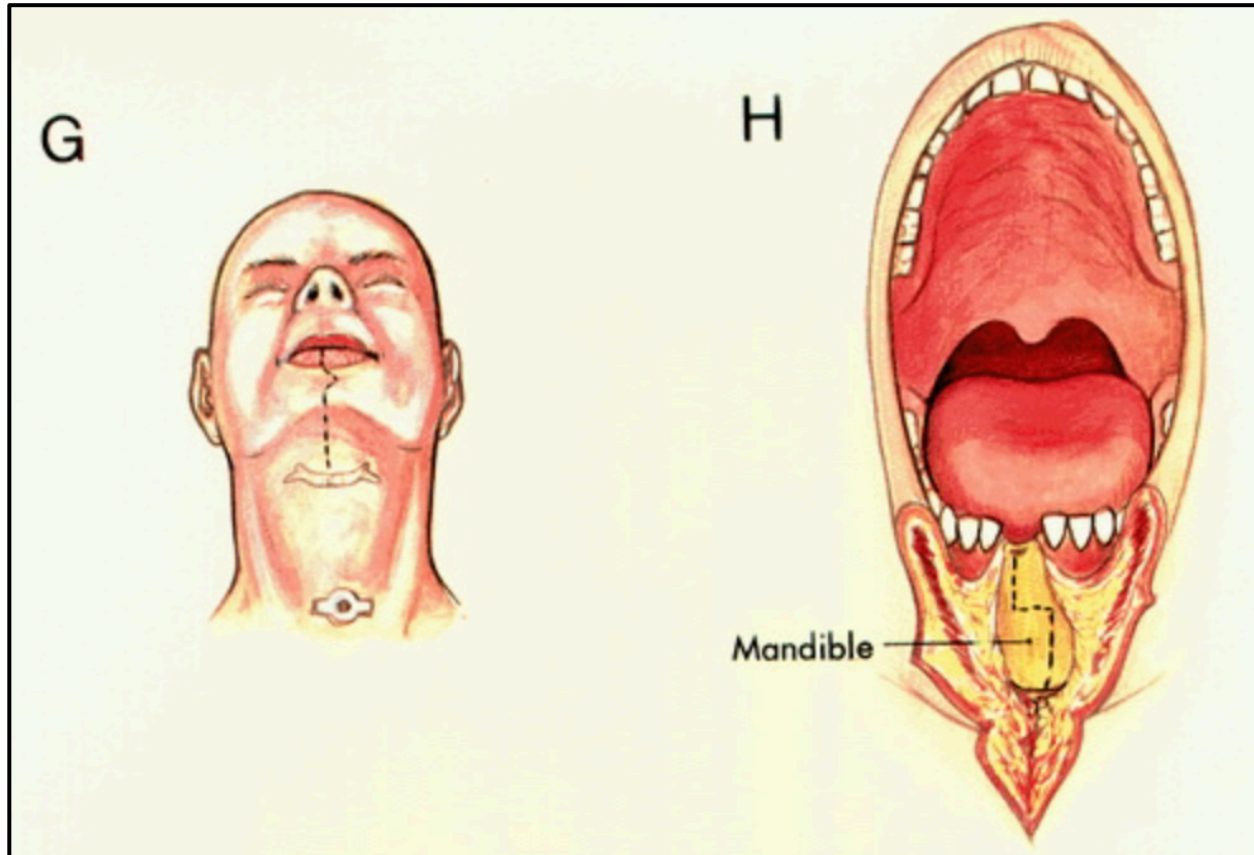
Transoral Yaklaşım

- Mucoperiostal flep (longus colli, longus kapitis) elevasyonu
- Sert damak arka bölüm rezeksiyonu



Transoral Yaklaşım

- Transmandibular uzanım



Avantaj/ Dezavantaj

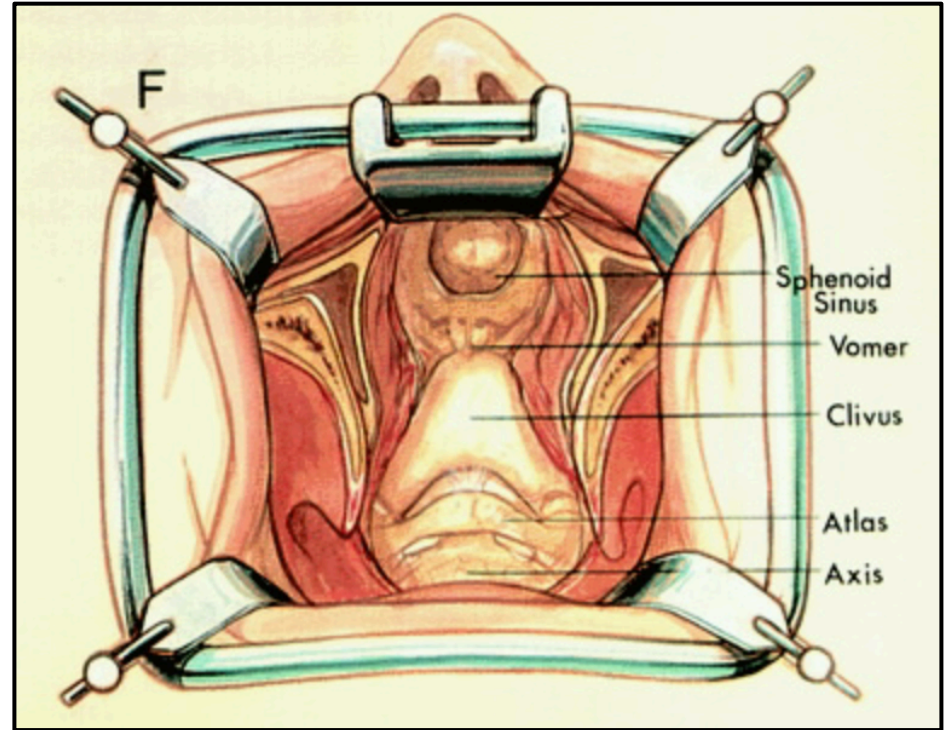
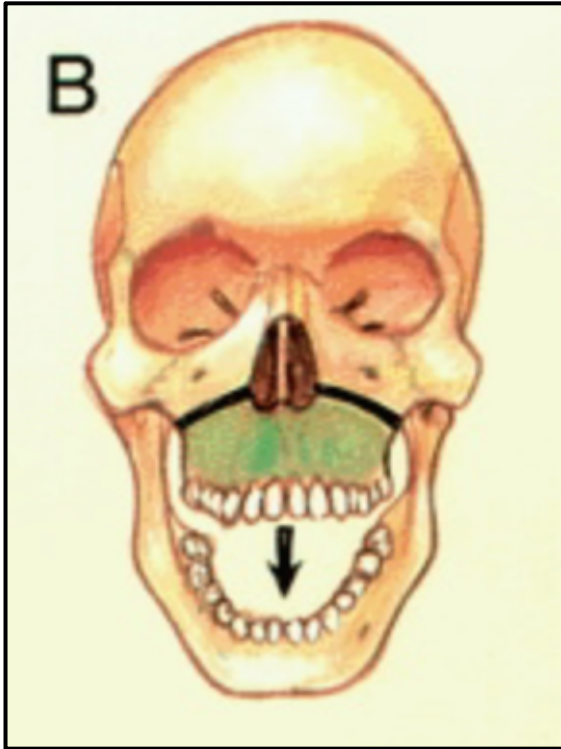
- Anterior kraniyoservikal bileşkede orta hat ve extradural patolojileri için uygun 😊
- Kontamine alan, çalışma alanı dar, orta hattan dış yana yayılan patolojiler ☹️
- Duratomy durumlarında BOS kaçağı ve menenjit ☹️
- Anterior dekompresyon sonrasında posterior stabilizasyon gerekir !

Transmaxillar Yaklaşım

- Transoral yaklaşımın üst sınırını genişletmek amacı ile kullanılır
- Maxillotomi şekilleri
 1. LeFort I osteotomi, maxilla ve sert damağın ağız boşluğuna indirilmesi
 2. LeFort I osteotomi, orta hat osteotomi ile sert ve yumuşak damağın ortadan ayrılması
 3. Tek taraflı LeFort I osteotomi, sert damağın ortadan ayrılması, maxillanın tek taraflı ayrılması

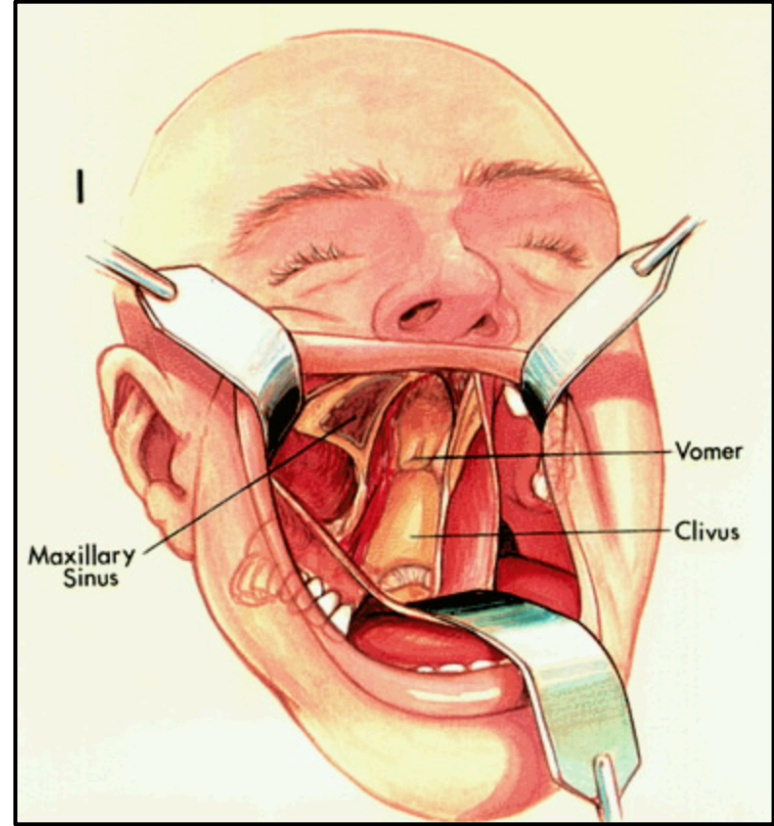
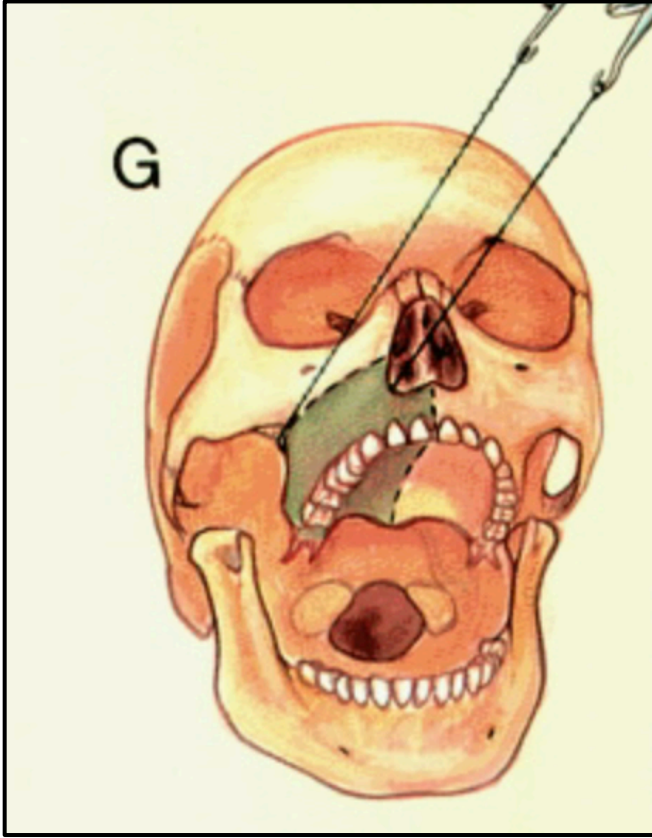
Transmaxillar Yaklaşım

- LeFort I



Transmaxillar Yaklaşım

- Tek taraflı maxillatomi



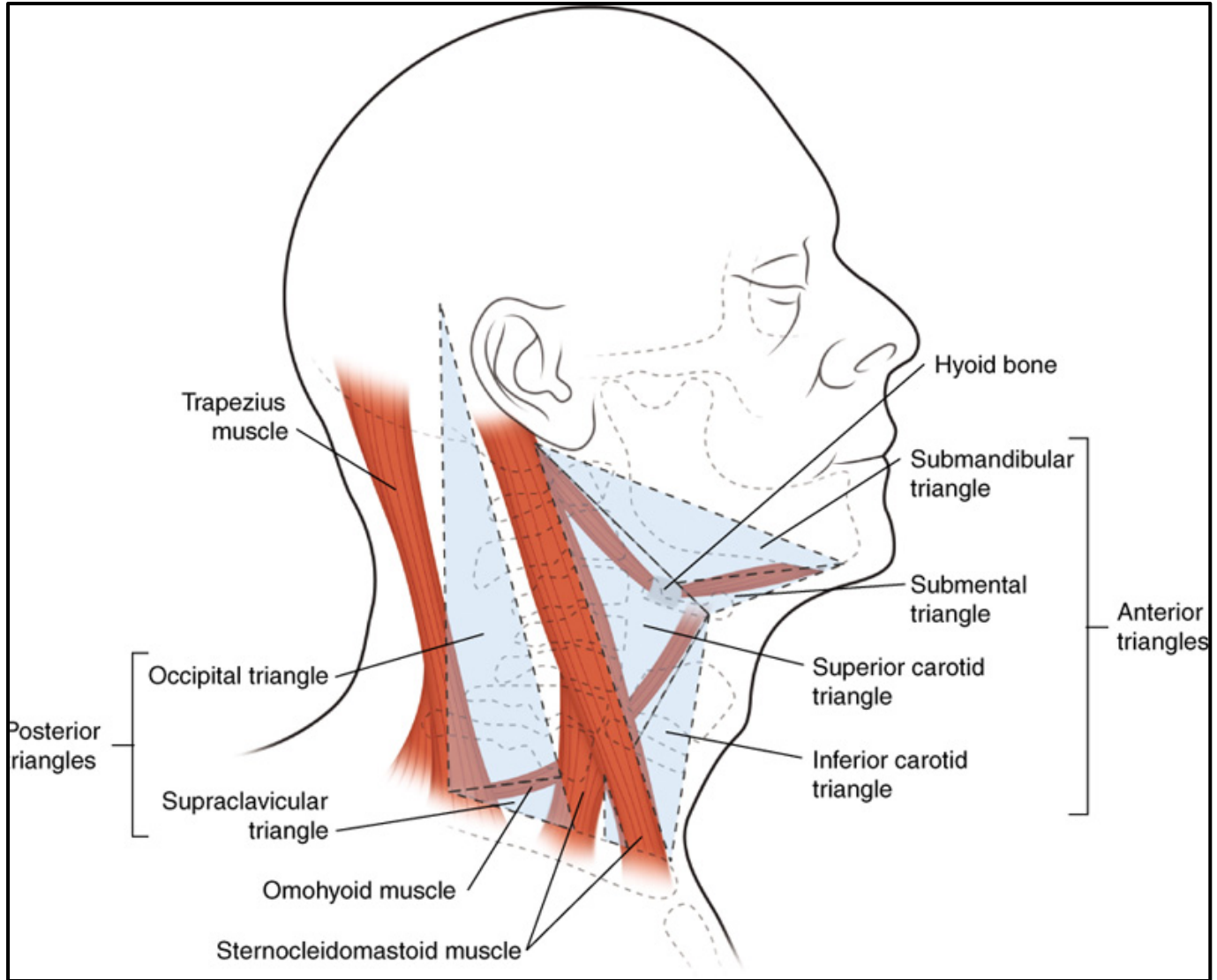
Avantaj/ Dezavantaj

- Klivusun büyük bölümü ve üst servikal bölge ortaya konur 😊
- Tek taraflı LeFort I ile oropalatal fonksiyonlar daha hızlı düzelir 😊
- Yüksek infeksiyon, komplikasyon riski, konuşma bozukluğu ☹️
- LeFort I ile yüksek oropalatal morbidite ve dental sorunlar ☹️
- Trakeostomi, gastrostomi gerektirebilir ☹️

Yüksek Servikal Retrofarengial Yaklaşım

- 1969'da McNab sonrasında
- 1987'de McAffe ve ark. tanımlıyor
- Klivus alt bölümü, C1 ön ark, C2 dens ve korpusa direk ulaşım sağlanır
- Cilt insizyonu
 - Transvers
(Mandibulanın 2 cm altında, mandibulaya paralel)
 - Oblik-vertikal
 - T şeklinde
 - Kombine

Boyun Üçgenleri

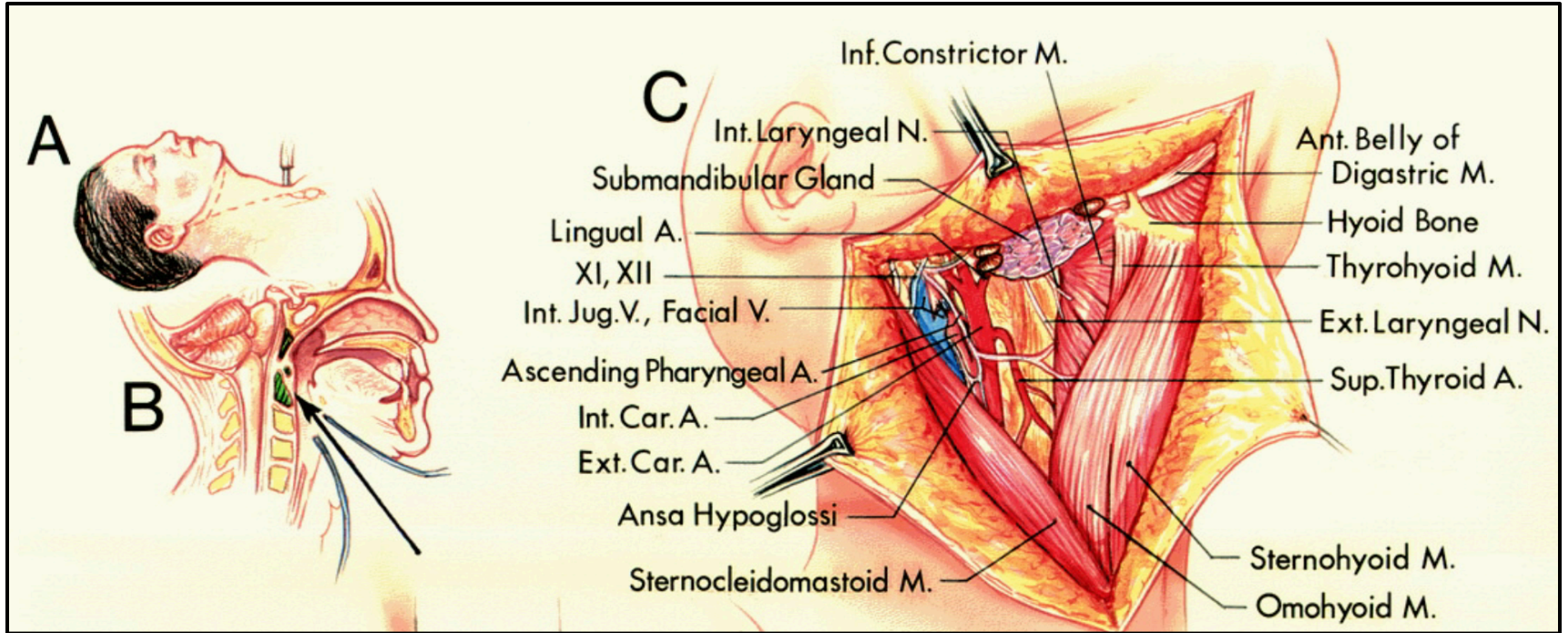


Anatomik Yapılar

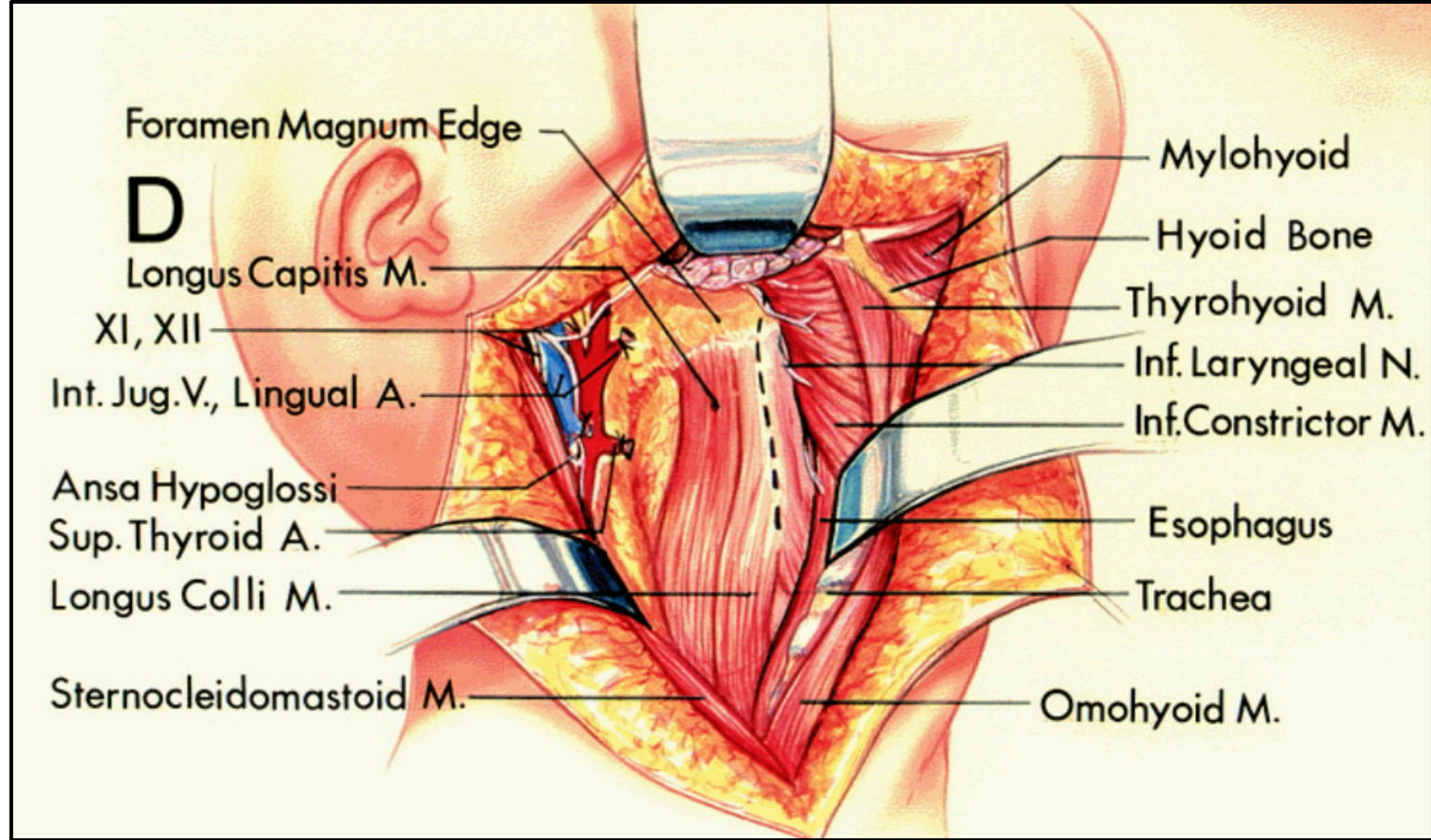
- Fasyal sinirin mandibular dalı korunmalı
- Retromandibular ven sakrifiye edilebilir
- Submandibular gland rezeke edilebilir
- Digastrik adale tendonu ayrılır
- Hipofarinks, ösofagus medyale ekarte edilir
- Hipoglassal sinir ekartmanı gerekir
- Karotis laterale ekarte edilir
- Superior laringeal sinir mobilize edilir

Yüksek Servikal Retrofarengial Yaklaşım

- Plan; SCM ve karotis lateralde, ösafagus-trakea medyalde



Yüksek Servikal Retrofarengial Yaklaşım



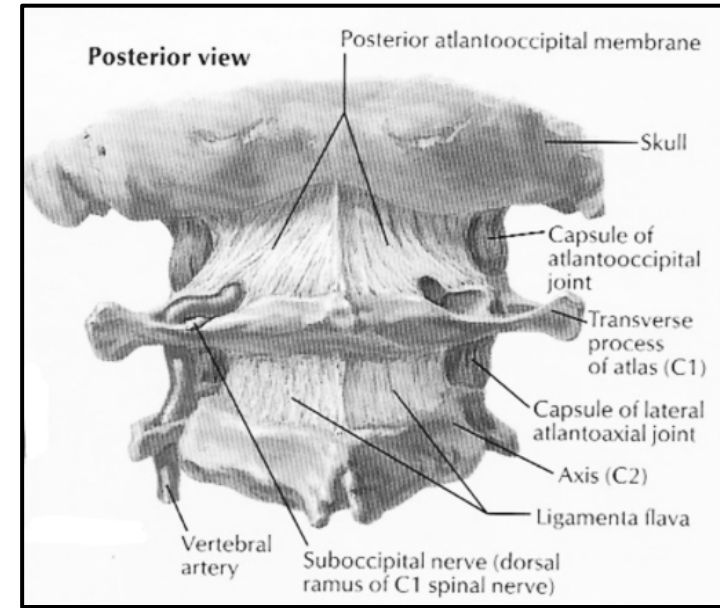
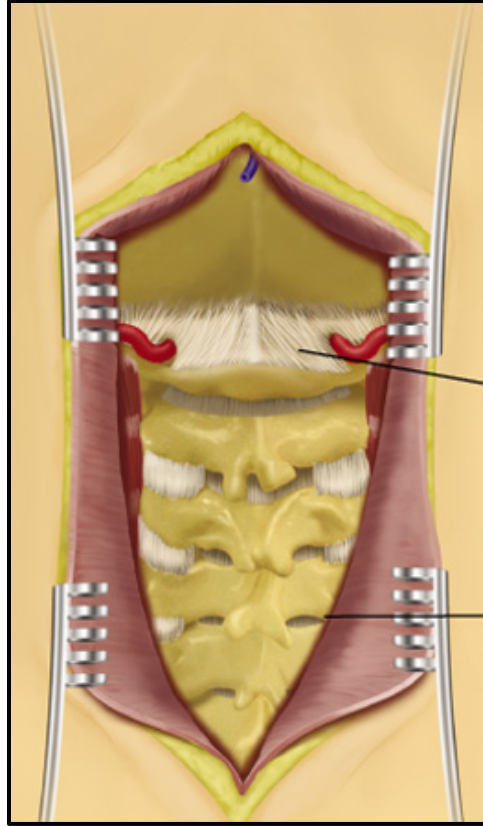
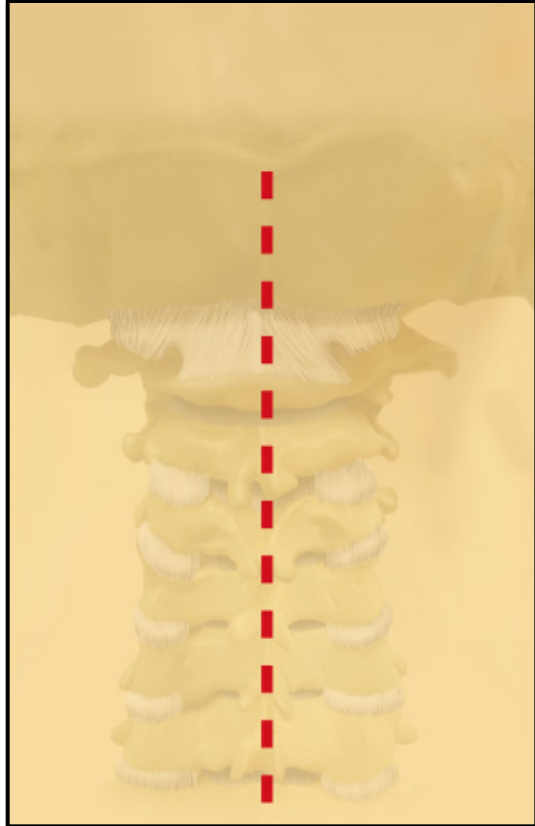
Avantaj/ Dezavantaj

- Transoral yaklaşımdaki gibi orofarengial mukoza ile uğraşılmaz 😊
- Uzun disseksiyon zamanı, direk orta hat girişimi değil ve zor yaklaşım ☹️
- Trakeostomi gerektirir ☹️

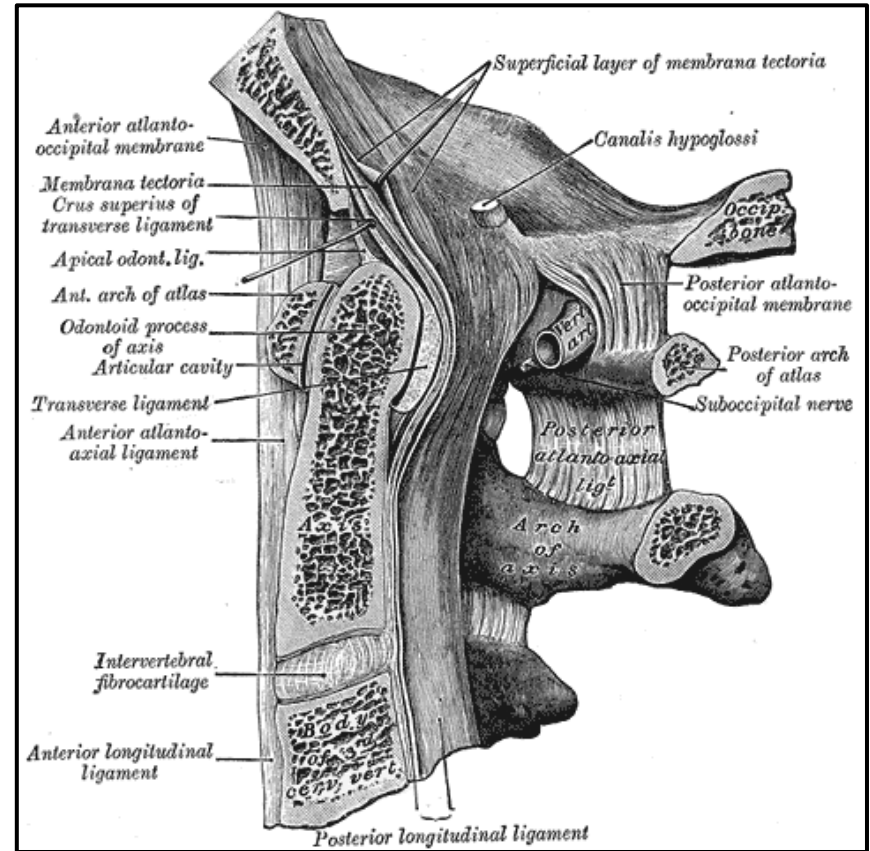
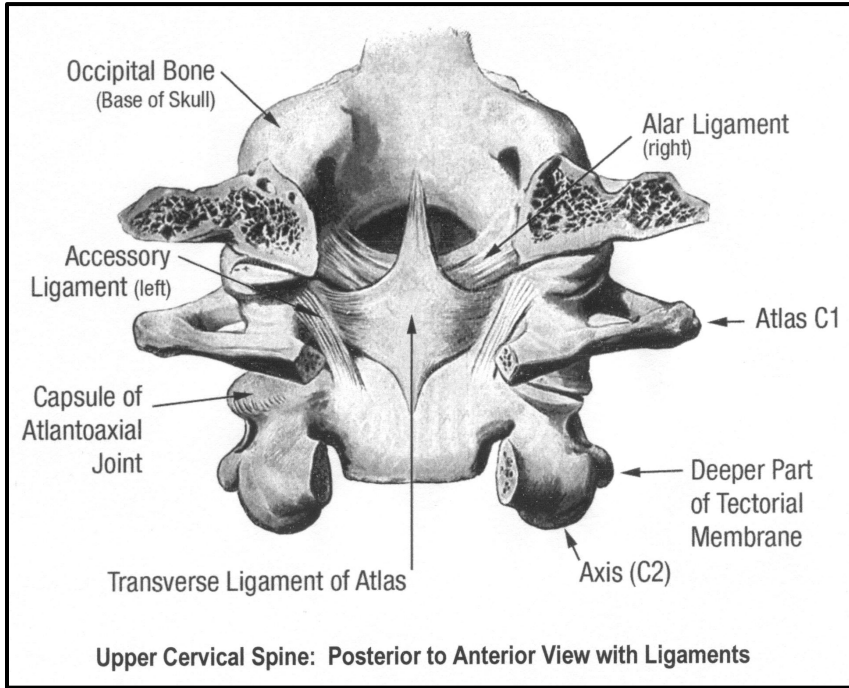
Posterior Yaklaşım

- Normal servikal dizilim gerekir (stabilizasyon ?)
- Yüzükoyun, lateral dekubit veya nadiren oturur pozisyon (obez veya gebe!)
- Orta hat insizyon ile bilateral paravertebral adale ekartmanı
- C2 sinir ganglionu C1 arka arkının lateralinde bulunur, vertebral arter bu lokalizasyondadır

Posterior Yaklaşım



Ligaman Yapıları



Avantaj/ Dezavantaj

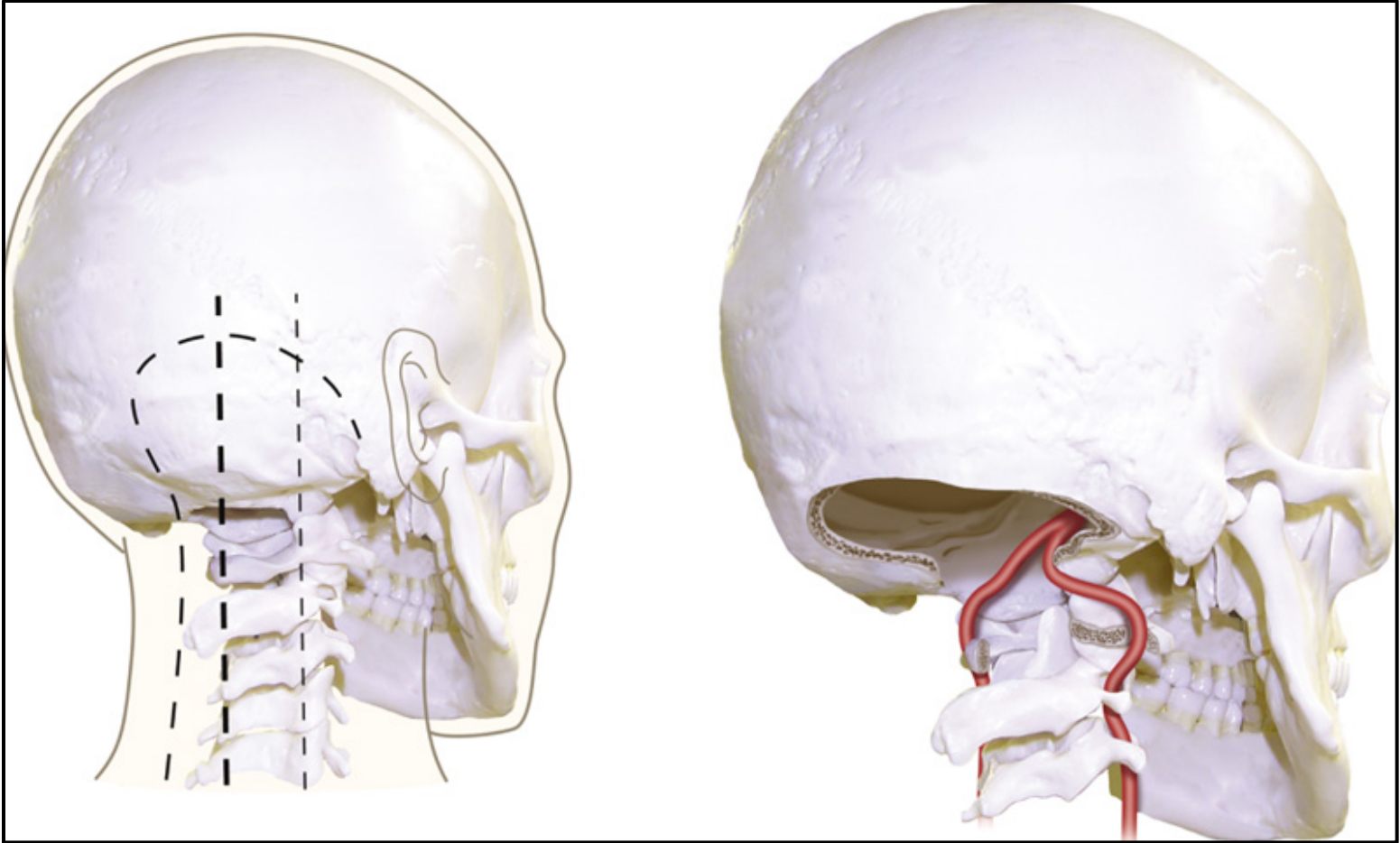
- C2 spinöz çıkıntısı ciltten palpe edilebilir 😊
- Orta hat planı (lig. Nuchae) takip edilirse daha az kanamalı 😊
- Vertebral arter C1 transvers foramenden çıktıktan sonra posterior ark dışyanında sulcus içerisinde seyreder, ponticulus posticus %15 😞
- Cerrahi öncesinde vertebral arter ve trasvers foramen varyasyonlarına dikkat !
- Posterior atlantooksipital membran disseksiyonu kibar olmalı

Posterior Far-Lateral Yaklaşım

Transconduler yaklaşım;

- Kranioservikal bölgeye posterolateral yaklaşım
- Vertebral arteri önceden görmek
- Subokipital kraniyotomi ve C1 arka arkın tek taraflı alınması
- Tek taraflı oksipital kondülün kısmi alınması

Posterior Far-Lateral Yaklaşım

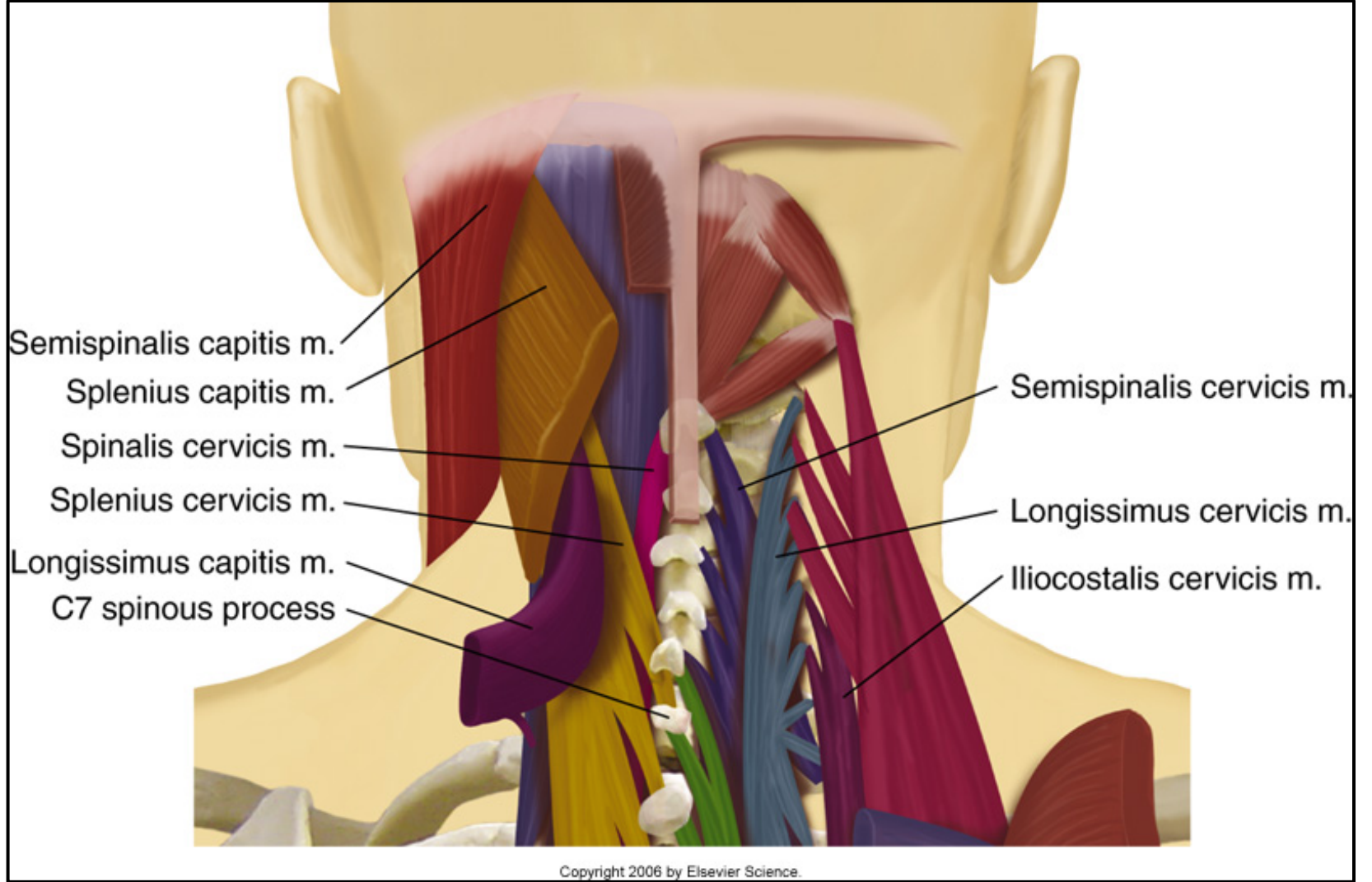


Alt Servikal Bölge

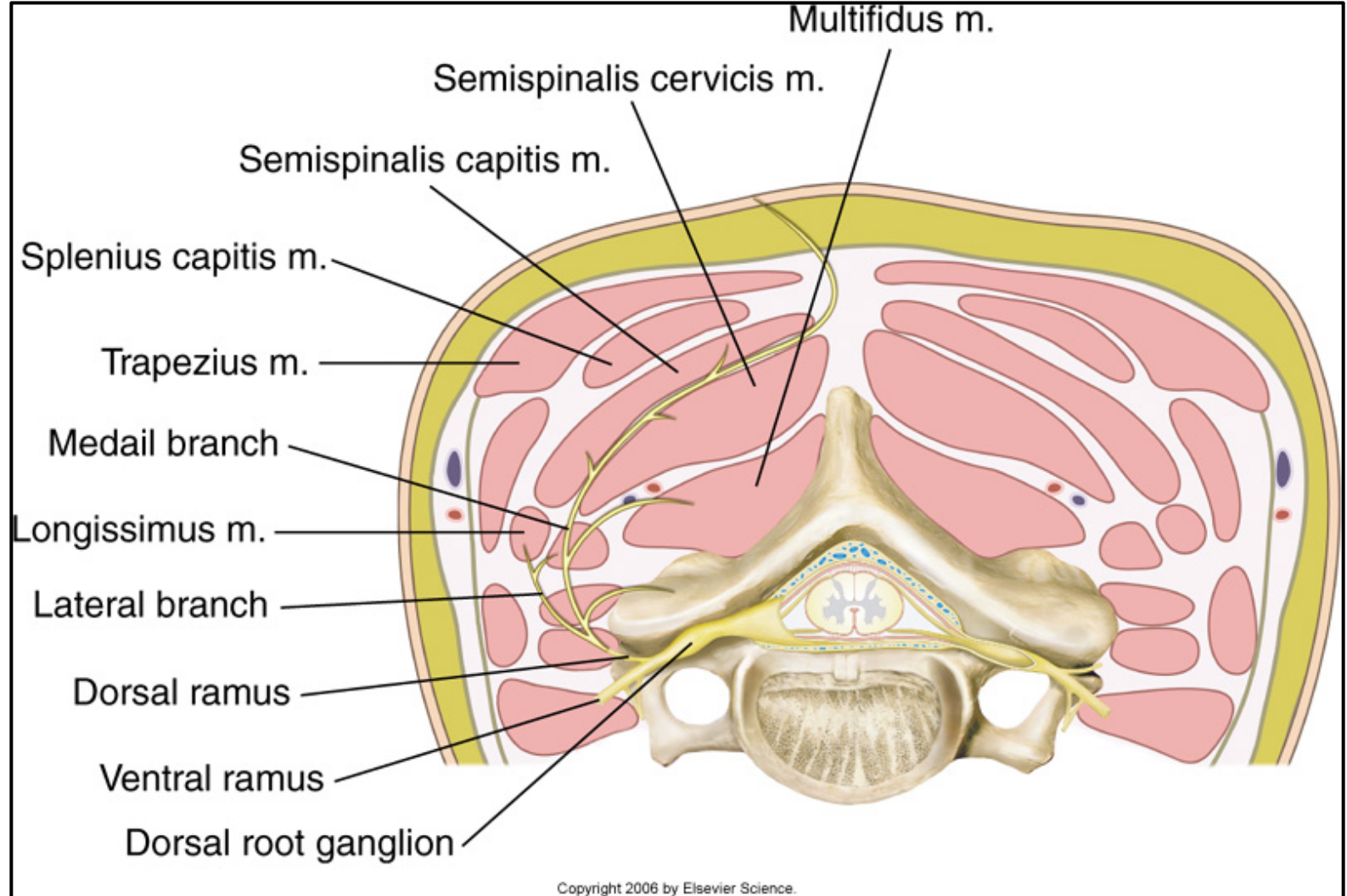
- Posterior Yaklaşım
- Anterior Yaklaşım



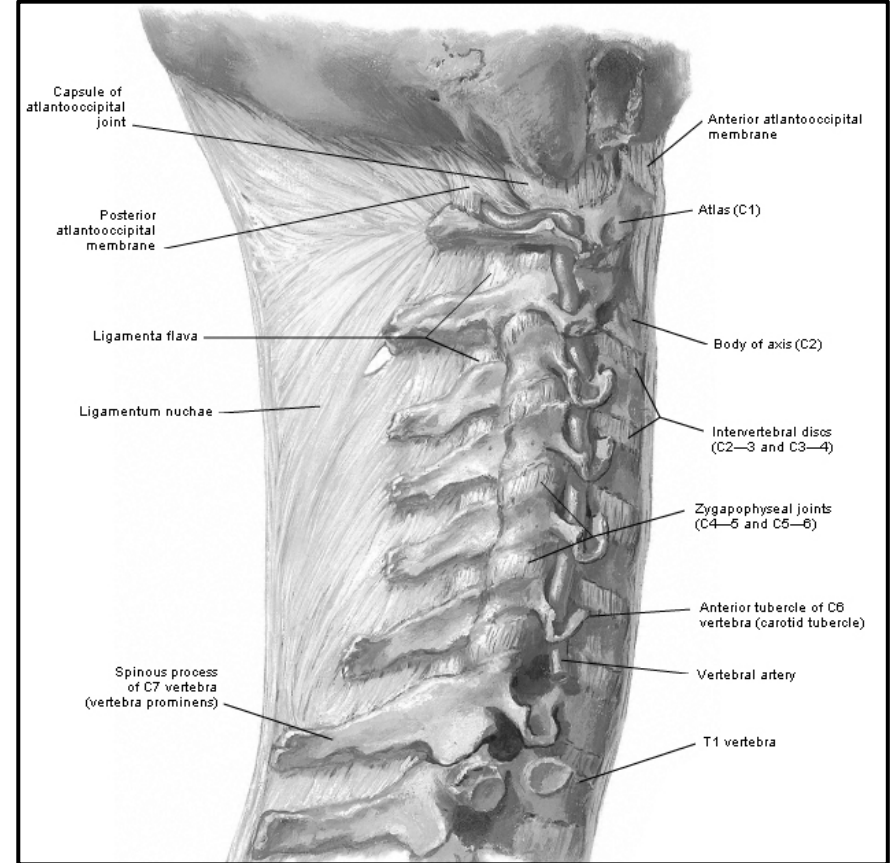
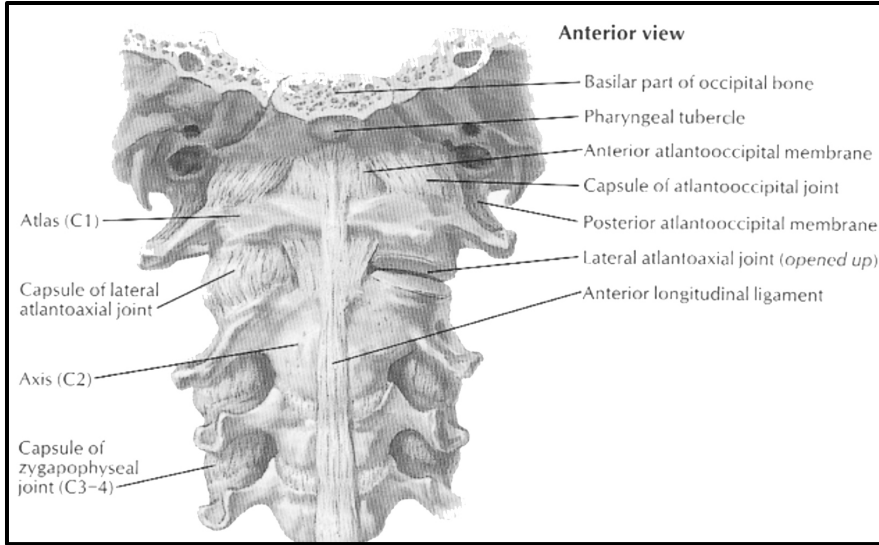
Posterior Yaklaşım



Anatomik Yapılar



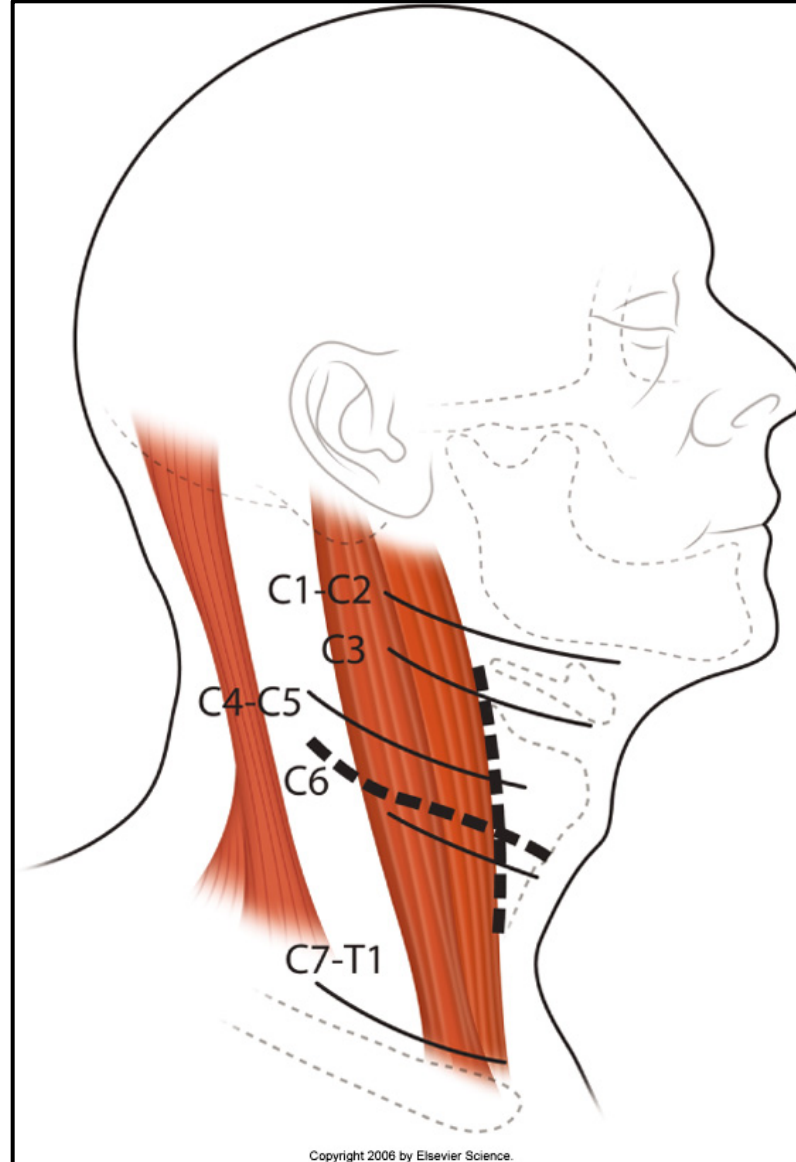
Ligaman Yapıları



Avantaj/ Dezavantaj

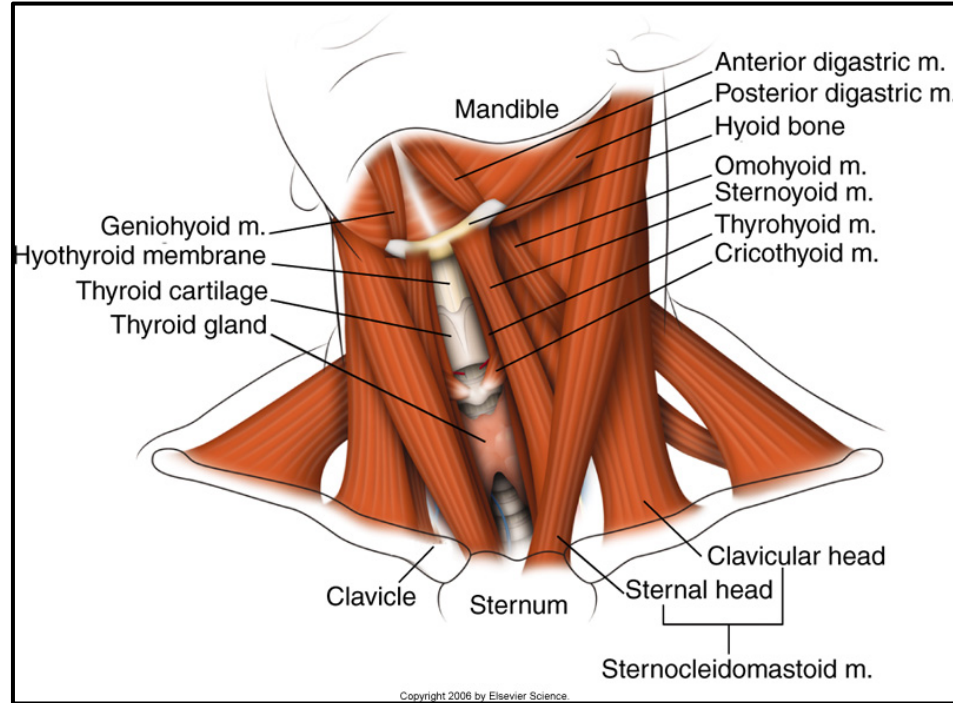
- Ters trendelenburg pozisyonu venöz kanamayı ve BOS basıncını azaltır 😊
- Subperiostal orta hattan adale disseksiyonu kanamayı azaltır 😊
- İnterlaminar aralık geniş olabilir, dura hasarı riski ☹️

Anterior Yaklaşım/ Cilt İnsizyonu



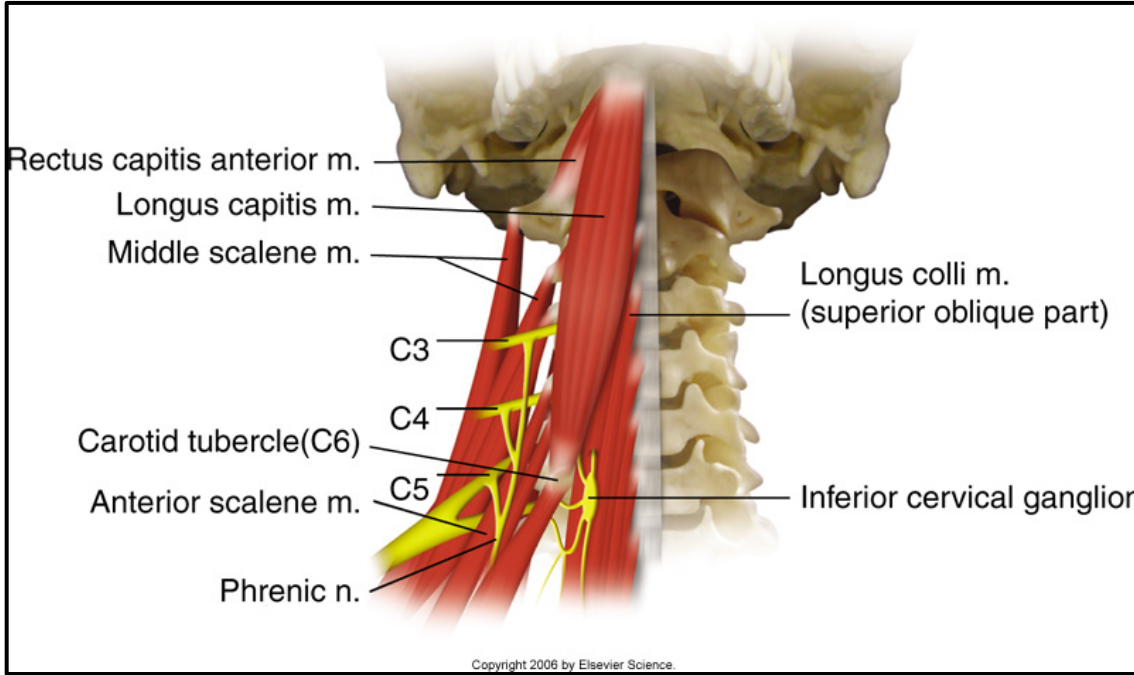
Copyright 2006 by Elsevier Science.

Anatomik Yapılar



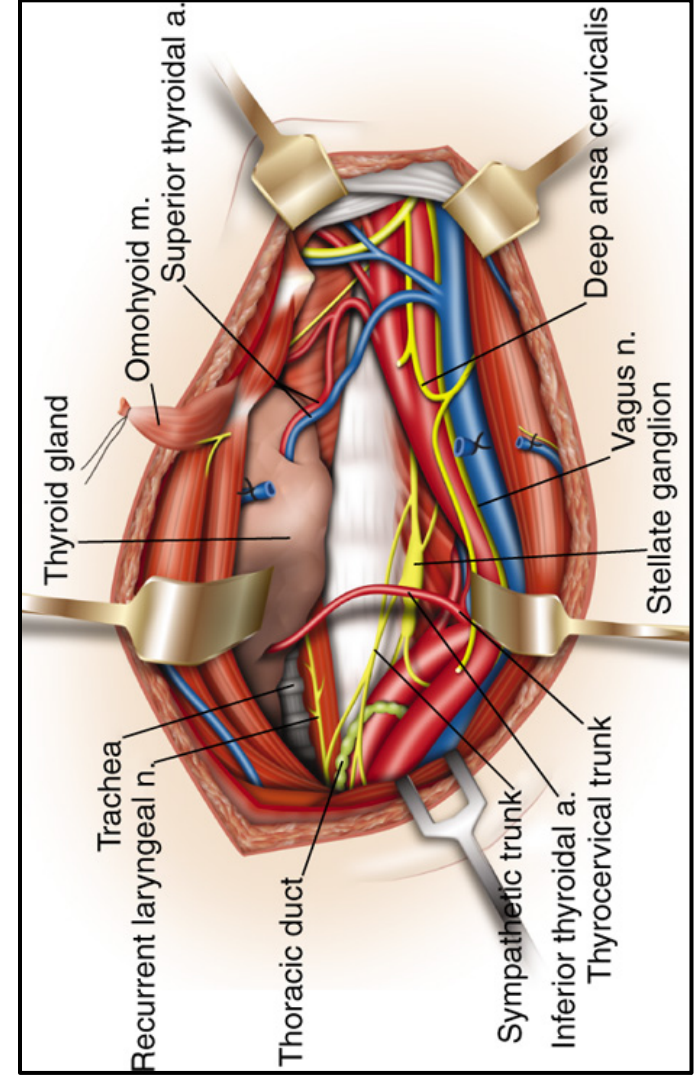
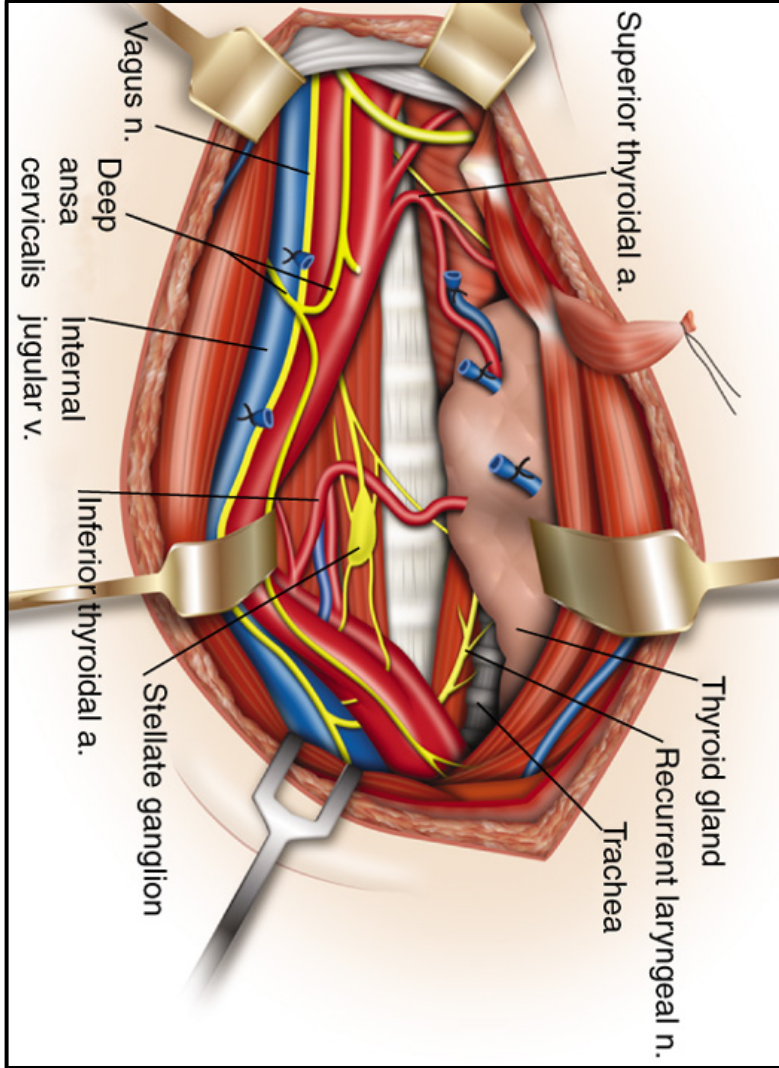
- Platisma
- Sternokleidomastoid
- Suprahyoid
 - Digastrik, stylohyoid, mylohyoid, geniohyoid
- Larnx kasları
 - Sternohyoid, sternotiroid, tirohyoid, omohyoid

Anatomik Yapılar

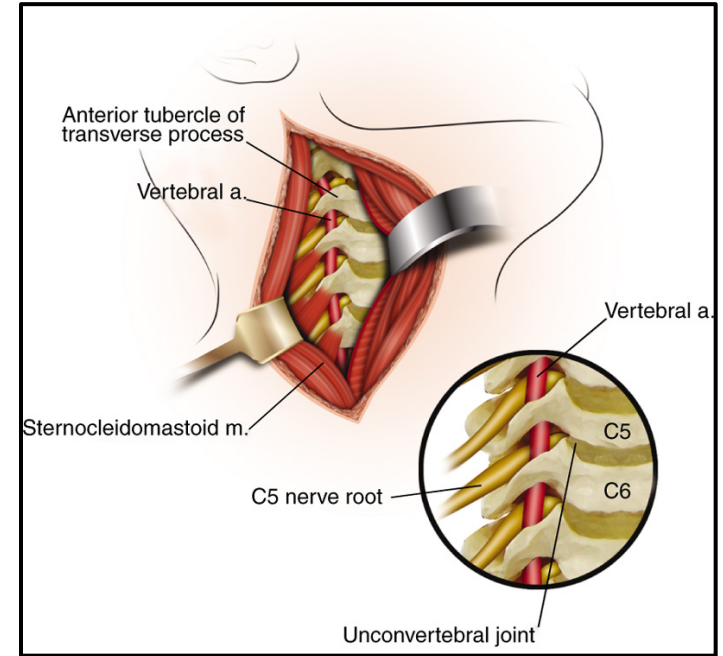
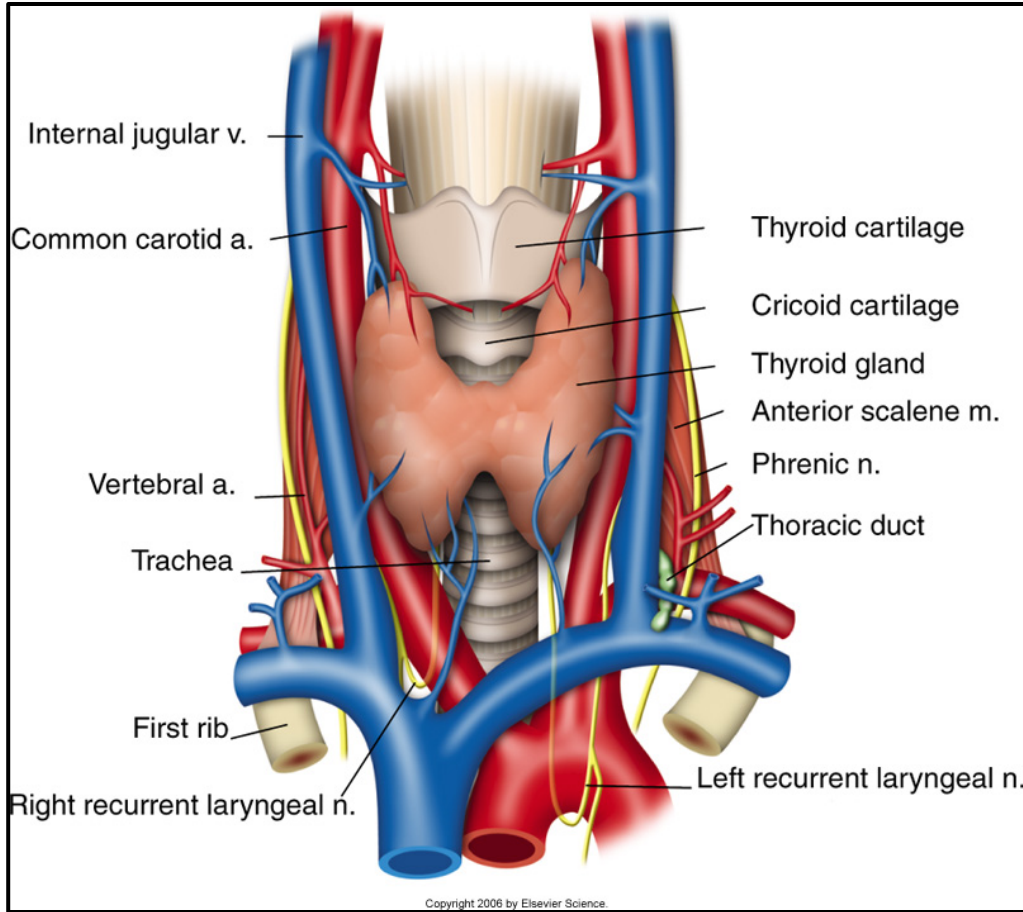


- Longus kolli
- Longus kapitis
- Rektus kapitis anterior
- Rektus kapitis lateralis

Sağ/ Sol



Anatomik Yapılar



Avantaj/ Dezavantaj

- Karotis mutlaka palpe edilmeli !!!
- Longus kolli adalesinin ekartmanı ile sempatik zincir hasarı oluşabilir, Horner sendromu ☹
- Aşırı orta hat ekartmanı ile ses kısıklığı, havayolu spazmı olabilir ☹
- Mesafe tayininde iğne ucuna dikkat !
- Vertebral arter unsinat çıkıntının lateralinde ve sinir kökünün önünde yer alır, dikkat!

Konuşmanın slaytları
@
hakanbozkus.com.tr

Teřekkür Ederim

