



Nadir Bir Miyelopati Nedeni: Os Odontoideum A Rare Cause of Myelopathy: Os Odontoideum

• Mehmet Balal, • Zeynep Selcan Şanlı, • Meltem Demirkıran
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Anahtar Kelimeler: Kranioservikal bileşke anomalileri, os odontoideum, miyelopati
Keywords: Craniocervical junction anomalies, os odontoideum, myelopathy

Sayın Editör,

Altmış yaşında kadın hasta yürüme güçlüğü ile başvurdu. Yakınmalarının altı yıl önce baş ve boyun ağrıları ile başladığı, zamanla yakınmalarına yürüme güçlüğü eklendiği öğrenildi. Son birkaç yıl içerisinde kollarda güçsüzlük ve atrofi yakınmasının eklendiği, üç aydır tek başına mobilize olamadığı öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. İlk nörolojik muayenesinde; bilinç açık, koopere, oryante, kraniyal sinirler doğal idi. Proksimalde egemen kuadriparezi mevcuttu. Derin tendon refleksleri üstte canlı, altta hiperaktif, bilateral Hoffman ve Tromner bulguları pozitif. Bilateral aşıl ve patella klonusu mevcut, taban derisi refleksi bilateral ekstansör yanıtı, yüzeysel dokunma duyası doğal, serebellar testler pareziye bağlı hantal idi. Bilateral ön kol, interosseal, tenar, hipotenar ve peroneal kas grubu atrofikti, fasikülasyon yoktu. Hastanın düz zeminde tek taraflı destekle, geniş tabanlı ve ataksik şekilde mobilize olabildiği saptandı. Laboratuvar incelemelerinde; hemogram ve rutin kan biyokimyasında özellik saptanmadı. Kanda yapılan kollajen doku tetkiklerinde anlamlı patolojik bulgu yoktu. Enfeksiyon panelinde zührevi hastalık araştırma laboratuvarı testi (VDRL): 1/4 (+) ve Treponema pallidum hemagglütinasyon testi (TPHA): 1/640 (+) geldi. Bu sonuçları ile enfeksiyon hastalıkları kliniğine konsülte edildi. Olguda sifiliz düşünülerek 24 milyon ünite/gün kristalize penisilin ve lomber ponksiyon (LP) incelemesi önerildi. LP incelemesinde protein sınırdan yüksek (52,6 mg/dL) saptandı. Laktat: 2,02, glikoz: 75 mg/dL (simültane kan şekeri: 103 mg/dL) idi, direkt bakı ve beyin omurilik sıvısı (BOS) sitoloji incelemesi normaldi. Nörosifiliz için BOS'ta bakılan VDRL ve

TPHA'nın negatif olması üzerine depo penisiline geçilerek 20 gün sonra poliklinik kontrolü önerildi. Somatosensoriyel uyarılmış potansiyel çalışmalarında üstte bilateral gecikmiş latanslı yanıtlar elde edilirken, altta yanıt alınmadı. Elektronöromiyografi (EMG) incelemesinde sinir ileti çalışmaları normaldi. İğne EMG incelemesinde kronik nörojenik tutuluş ve motor ünit potansiyel kaybı saptandı. Denervasyon ve fasikülasyon paterni görülmedi. Torako-abdominal bilgisayarlı tomografide bilateral renal kistler saptandı. Karotis ve vertebral arter Doppler incelemesinde vertebral arterde direnç artışı gözlemlendi. Serebral ve tüm spinal manyetik rezonans görüntüleme incelemesinde kraniyoservikal bileşkede odontoidde posteriora doğru belirgin açılanma, kord basısı ve kordda miyelomalazi saptandı (Şekil 1). Tüm bu bulgular ışığında olgu os odontoideum olarak kabul edildi. Beyin cerrahisi kliniği tarafından değerlendirilen olguya cerrahi önerildi, ancak hasta kabul etmedi.

Os odontoideum, düzgün kortikal kenarlı, atlasın anterior arkının arkasında yerleşen ve odontoid çıkıntısının ana gövdeden ayrılması durumu ile nadir görülen kraniyoservikal bileşke anomalisidir (1). İlk olarak 1866 yılında Giacomini tarafından tanımlanmıştır (2,3). Odontoid süreç anomalileri akkiz ve genetik nedenlerle ortaya çıkabilir. Akkiz olarak sıklıkla posttravmatik nedenlerle ortaya çıkar. Odontoid sürecin konjenital anomalileri içerisinde aplazi, hipoplazi, duplikasyon, kondilikus tertius, os terminale ve os odontoideum yer alır (2). Bunlardan en sık görüleni os odontoideumdur (1,2). Literatürde pek çok gelişimsel anomali ile birlikte bildirilmiş olması konjenital nedenleri desteklemektedir (1,2,3,4). Yapılan çalışmalarda *Hox* ve *Pax-1* genleri ile ilişkisi

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mehmet Balal, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
Tel.: +90 505 544 69 49 E-posta: memet_balal@hotmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0001-8320-6597
Geliş Tarihi/Received: 13.11.2017 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.12.2017

©Telif Hakkı 2018 Türk Nöroloji Derneği
Türk Nöroloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.



Şekil 1. Servikal manyetik rezonans görüntüleme incelemesinde kraniyoservikal bileşkede odontoide posteriora doğru belirgin açılanma, kord basısı ve kordda miyelomalazi görülmektedir.

bildirilmiştir (4). Hastaların bir kısmı asemptomatik olup insidental olarak saptanmaktadır. Semptomatik olan hastalar ise atlantoaksiyel instabilite ve miyelopati ile başvururlar (1,2). Semptomatik hastalarda cerrahi tedavi birinci seçenek olup tecrübeli ellerde oldukça iyi sonuçlar vermektedir (5). Bu yazı miyelopatinin nadir görülen nedenlerinden os odontoideuma dikkat çekmek için yazılmıştır.

Etik

Hasta Onayı: Hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: M.B., Z.S.Ş., M.D., Konsept: M.B., Z.S.Ş., M.D., Dizayn: M.B., M.D., Veri Toplama veya İşleme: M.B., Z.S.Ş., Analiz veya Yorumlama: M.D., Literatür Arama: M.B., Z.S.Ş., Yazan: M.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Crockard H, Stevens M. Craniovertebral junction anomalies in inherited disorder: Part of the syndrome or caused by the disorder? *Eur J Pediatr* 1995;154:504-512.
2. Komut E, Kültür T. Os Odontoideuma Bağlı Miyelopati. *KÜ Tıp Fak Derg* 2015;17:41-45.
3. Schuler TC, Kurz L, Thompson E, Hensinger RN. Natural history of os odontoideum. *J Paediatr Orthop* 1991;11:222-225.
4. Özeren E, Şimşek S. Kraniyoservikal bileşkenin gelişimi ve anomalileri. *Türk Nöroşir Derg* 2015;25:104-109.
5. Le Pape S, Gauthe R, Latrobe C, Leroux J, Roussignol X, Ould-Slimane M. Cervical myelopathy involving os odontoideum and retro-odontoid cyst treated with Harms C1-C2 arthrodesis. *Orthop Traumatol Surg Res* 2016;102:817-820.