

KRANİYOSİNOSTOZ CERRAHİSİ



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Pediatrik Nöroşirürji Bilim Dalı
Doç. Dr. Alp Özgün Börcek



Prof. Dr. Kemali Baykaner anısına

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kraniyofasiyal Cerrahi Merkezi

Merhabalar,

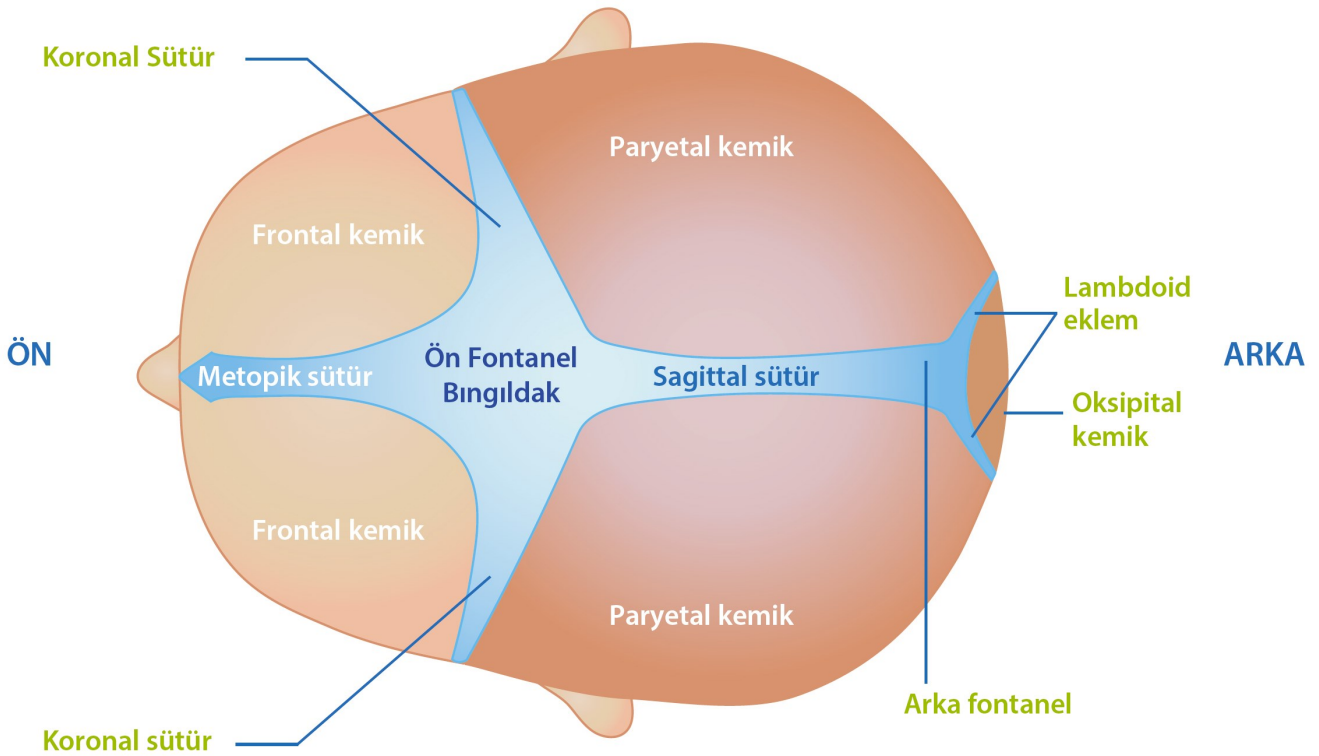
Kraniyosinostoz hastalığı hakkında sizleri bilgilendirmek amacı ile hazırlanmış bu broşür genel bilgileri ve güncel tıbbi gerçekleri içermektedir. Hastalıkların isimleri aynı olsa da unutulmamalıdır ki her hasta farklıdır ve sizin hastanız için doktorlarınızın önereceği şeyler bu kitapçıkta yazılanlardan farklı olabilir. Sizlere genel bilgiler sunmak ve hastalık ve ameliyat süreçleri hakkındaki endişelerinizi azaltmak üzere hazırlanan bu kitapçık dışında en doğru bilgiyi tedavi süreçlerinizi üstlenen, konusunda uzman doktorlarınızdan alabilirsiniz.

Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı

Doç. Dr. Alp Özgün Börcek

Yenidoğan Kafatası Anatomisi

Kraniyosinostozisi anlamak için yenidoğan bir bebeğin kafatasının anatomisini bilmek faydalı olacaktır. Kafatası tek bir kemikten oluşmaz. Birçok farklı kemiğin sütün adı verilen eklemler ile birbirine bağlanması sonucu kafatasımız şeklini alır. Bu eklemler arasındaki boşluklara fontanel ya da halk arasındaki bilinen adı ile bingıldak denilir. Aşağıda bir bebeğin kafatasının yukarıdan görünümünü gösterilmektedir.



Eklemler - sütünler - bebek doğduğunda açıktır. Bu açıklıklar kafatasının zamanla büyümesine izin vermektedir. Yaş ilerledikçe bu eklemler kapanır ve kafatası erişkin şeklini alır. Her eklemin kapanması için belirli bir süre geçmelidir. Örneğin arkadaki bingıldak doğumdan sonra 1-2 ay içinde kapanırken, ön fontanelin kapanması 18-24 ayı bulabilir. Sütünler genellikle çocuk erişkin çağa girene kadar aktif kalır ve kafatasının içinde büyüyen beyin dokusu ile birlikte büyümesine olanak sağlar.

KRANIYOSİNOSTOZ



Kraniyosinostoz nedir?

Kafatasındaki eklemlerden - strlerden - bir veya birden fazlasının zamanından önce kapanması sonucunda oluşan kafatası büyüme ve Şekil problemlerine kraniyosinostoz adı verilmektedir. Bu durumun görülme sıklığı nadir değildir ve yaklaşık olarak her 2000 doğumda 1 adet kraniyosinostoz vakası görülür. Erkekleri kizlardan biraz daha fazla etkiler. Genellikle doğumda belirgindir ve ilerleyen aylarda daha da belirgin hale gelmektedir.

Hasta ocuklarda aşağıdaki bulgular görülebilir:

- Kafatasında Şekil bozukluğu
- Alın bölgesinde kabarıklık–bombelik
- Őakaklarda kklk
- Bingıldağın anormal Şekli ya da olmaması
- Ele gelen, kafatası yüzeyinden yüksekte sert bir izgi Şeklinde eklem hattı
- Baş evresi büyümesinde gerilik ya da hiç bymeme

Kraniyosinostoz neden oluşur?

Bilmeniz gereken en önemli Őey sizin yaptığınız herhangi bir Őeyin bu hastalığa sebep **OLMADIğIDIR**. Gebelikte içtiğiniz ilaçların, yediğiniz içtiğiniz Őeylerin ya da geçirmiş olduğunuz bir kaza-nın vb bu hastalık ile bir ilişkisi bulunmamaktadır.

Vakaların bir çoğunda hastalığın neden oluştuğu bilinmemektedir. Bazı tiplerinde ise (sendromik kraniyosinostoz vakaları) bilinen bazı genetik bozuklukların hastalığı oluşturduğu düşünülmektedir.

Kraniyosinostoz Tipleri

Kraniyosinostozların birçok farklı tipleri bulunmaktadır. Etkilenen eklem tipine göre farklı isimler ile anılırlar. En sık görülen tipler yandaki grafikte gösterilmiştir ve kesik çizgiler etkilenen eklemi temsil etmektedir.

Skafosefali (sagittal sinostoz)

En sık görülen tipidir. Kafatasının ön arka çapı artmıştır. Kafatasının ortasında bulunan sagittal sütün erken kapanması sonucu oluşmaktadır.

Trigonosefali (metopik sinostoz)

Hastanın alın bölgesindeki eklem erken kapanması sonucu oluşur. Aynı bir geminin burnu gibi kafatasının öne doğru sivrileşmesine yol açar. Hastaların göz küreleri birbirine yaklaşır ve yalancı bir şaşılık görünümüne neden olur.

Brakisefali (bikoronal sinostoz)

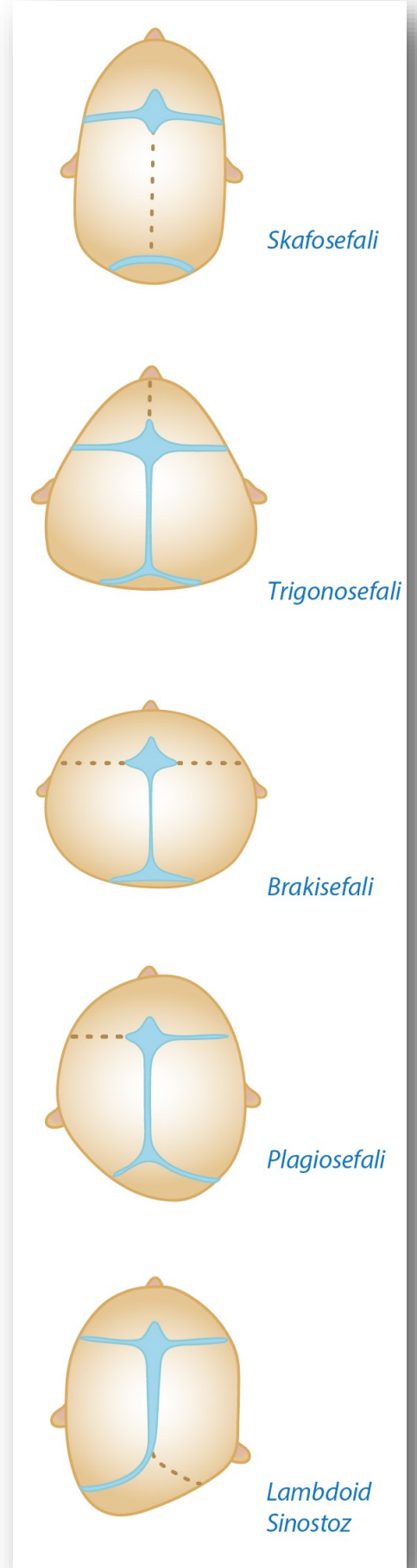
Her iki koronal eklem kapanması ile oluşur. Baş yukarıya doğru uzamış ve alın bölgesi dümdüz bir şekilde görüntü verir.

Plagiosefali (unikoronal sinostoz)

Tek bir koronal eklem kapanması ile oluşur. Estetik görüntü açısından en problemlilerden birisidir ve kafanın yarısında şekil bozukluğuna yol açmasının yanında etkilenen taraftaki göz küresinin de aşağı doğru yer değiştirmesine sebep olur.

Lambdoid sinostoz (posterior plagiosefali)

Oldukça nadir görülür. Kafanın arkasındaki lambdoid eklem kapanması ile oluşur. Saçın altında kaldığı için kozmetik olarak ciddi bir bulguya yol açmayabilir.



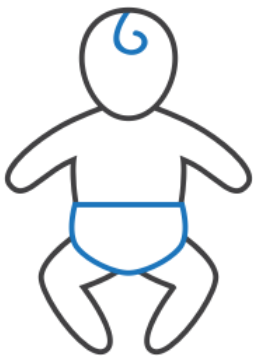
KRANIYOSİNOSTOZ BULGULARI

Kraniyosinostoz hastalığının en belirgin bulgusu, buraya kadar anlatıldığı gibi, kafatasındaki şekil bozukluğudur. Bu şekil bozukluğu estetik-görüntüsel-bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bulgunun ciddiyeti hastalığın tipine göre farklılık göstermektedir. Bazılarında sadece kafa kubbesinde problem olurken, bazı hastalarda kafa tabanı denilen bölgede de problemler olabilir ve bunlar yüzde, gözlerde asimetriler şeklinde gözlenebilir. Bu tiplerin tedavisi daha zordur ve birden fazla cerrahi girişim gerektirebilirler.

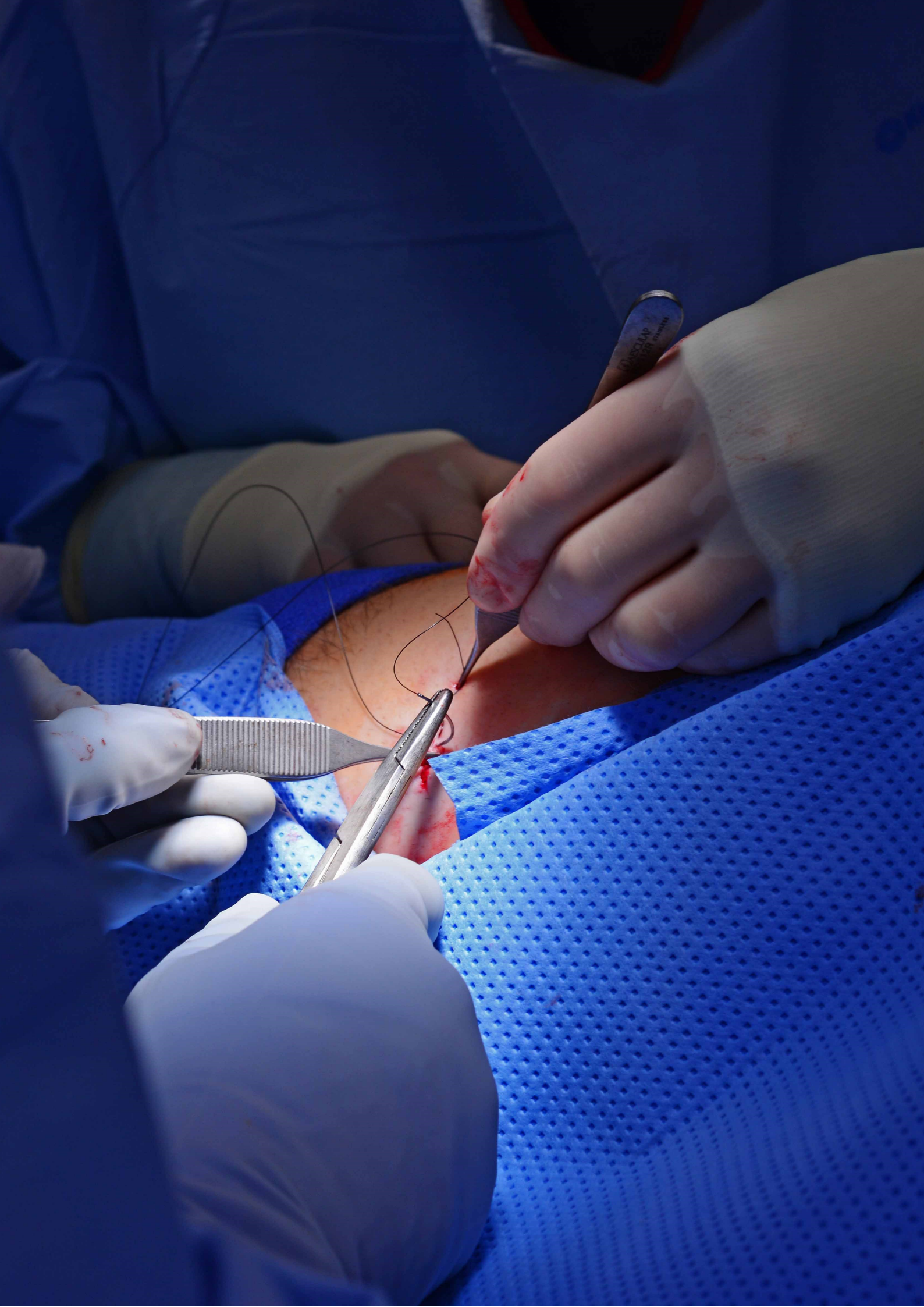
Bu ana bulgunun dışında hastalığın daha ciddi bulguları da olabilir. Bu bulguların en önemlisi, kafatası eklemlerinin erken kapanmasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek kafa içi basınç artışıdır.

Unutulmamalıdır ki kafa içi basıncı sıklıkla sendromik adı verilen, birden fazla eklem etkilediği tiplerde daha sık görülür. (Bu tip kraniyosinostoz hastalığına dair bu kitapçıkta bilgi **bulunmamaktadır**.) Ancak nadiren de olsa tek eklem kapanmaları ile de izlenebilmektedir.

Bu basınç artışı çok farklı tiplerde kendini gösterebilir. Bunlardan bazıları aşağıda listelenmiştir:



- Sürekli olan baş ağrıları
- Göz ve görme problemleri
- İşitme problemleri
- Gelişme geriliği
 - ◊ Konuşmada gecikme
 - ◊ Yürümede gecikme



CERRAHI GİRİŞİM GEREKLİ Mİ?

Bir hastaya cerrahi girişim gerekip gerekmediği birçok farklı konunun değerlendirilmesi ile belirlenmeye çalışılır.

Unutulmamalıdır ki bu hastalık teşhisi konulmuş ancak ameliyat edilmeden normal hayatlarını devam ettiren hastalar bulunmaktadır.

Cerrahi girişim kararı kliniğimizde ailelerle beraber alınmaktadır. Cerrahinin asıl amacı kozmetik–dışarıdan görünen–problemlerin ortadan kaldırılmaya çalışılmasıdır.

Bundan sonraki en önemli amaç ise her ne kadar risk düşük olsa da kafa içi basınç artışının ve buna bağlı olabilecek problemlerin önüne geçmektedir. Kafa içi basınç artışının en basit sinostoz tiplerinde bile sorunlara yola açabileceğini gösteren bilimsel çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu çalışmalar kesin bilgiler içermezler ve bu konu pediatrik beyin cerrahisinin hâlâ en tartışmalı konuları arasındadır.

Cerrahi girişim gerekip gerekmediğine karar verirken göz önünde bulundurulmuş bazı konular şunlardır:

•Kozmetik problemin şiddeti: Hastanın ileride sosyal hayata karışmasını engelleyecek bir dış görüntüsünün olup olmadığı en önemli etkidir.

•Yaşı: Çok önem verilen kriterlerden birisidir. Belli bir yaşı geçmiş hastalarda cerrahinin başarılı olma şansı giderek düşmektedir.

•Göz muayenesi bulguları: Herhangi bir görme probleminin varlığı

•Yaşı ile uyumlu zeka ve fiziksel fonksiyonlarının durumu: Özel testler kullanılarak hastanın kendi yaşındaki sağlıklı akranları ile karşılaştırılması yapılır.

•Baş çevresinin yaşı ile uyumlu olup olmadığı : Kafa içi basınç artışının değerlendirilmesinde önemli bir kriterdir.

•Genel sağlık durumu: Hastanın ameliyatı tehlikeye atabilecek ek sorunlarının olup olmadığı



CERRAHI GİRİŞİM NE ZAMAN YAPILIR?

Bu konu beyin cerrahisinin en tartışmalı konularından birisidir.

Çok erken yaşta yapılan ameliyatların çocuk büyüdükçe istenilen sonucu verememe ve buna bağlı yeni girişimlerin yapılma ihtiyacını doğurma riski bulunmaktadır.

Çok geç yapılan ameliyatlarda ise kafatası şekli istenilen kadar düzeltilemeyebilir. Ameliyat ile verilen şeklin tam istenilen gibi olması için hastanın büyüme potansiyelinden yararlanılmaktadır. Büyüyen beyin, ameliyat edilen kafatası kemiklerinin şekillenmesine yardımcı olur. Bu nedenle büyüme potansiyelini yitirmiş bir kafatasına yapılacak cerrahiler istenilen sonuçları vermeyecektir.

Kliniğimizde yıllardan beri devam eden uygulama, hastaların 6. ay civarında ameliyat edilmesidir. Bu sayede hem beyin büyüme potansiyeli kaçırılmamış olur hem de çok küçük bir bebeği ameliyat etmenin anesteziyolojik riskleri ortadan kaldırılmış olur. 12 aydan sonra yapılacak ameliyatların amaçlanan başarılarına ulaşma şansı düşüktür.

Bu durumun bir istisnası **SAGITAL SİNOSTOZ** hastalığı ve **ENDOSKOPIK GİRİŞİMLER** dir.

Sagittal sinostoz cerrahisi diğer tiplere göre nispeten daha kolay bir cerrahi olduğu için 3-6 ay civarında da uygulanmaktadır.

Endoskopik girişimler ise bambaşka bir konudur. Bu ameliyatlardan sonra kafatasının kasklar ile dışarıdan şekillendirilmesi devam edecektir. Ek olarak girişimler daha az kanama ve kısa ameliyat süresine izin verdiğinden, daha erken yaşlarda yapılabilir.





CERRAHI GİRİŞİMİN RİSKLERİ VAR MI?

Her cerrahi ve tıbbi girişim gibi bu ameliyatlarında riskleri bulunmaktadır.

Kraniyosinostoz cerrahisi küçük bir bebeğe yapılan büyük bir ameliyattır. Ameliyat süreleri uzundur ve ameliyat sırasında kan kaybı yaşanmaktadır. Bu nedenle ameliyat risklerini azaltacak en önemli etken **AMELİYAT EKİBİNİN TECRÜBESİDİR.**

Ameliyat ekibi, beyin cerrahları, plastik cerrahlar, çocuk anestezi doktorları ve hemşirelerden oluşmaktadır. En önemli iş, uzun süre boyunca anestezi altında kalacak bebeğe iyi bakımın yapılmasını sağlayan anestezi ekibine düşmektedir. Çocuğun ısısı, aldığı tıbbi sıvıların ayarlanması, çıkardığı idrar miktarının belirlenmesi gibi çok önemli göstergeler ve işlemler anestezi doktorları tarafından yönetilir.

İyi bir ekip varlığında cerrahi riskler oldukça düşük seviyededir.

En sık karşılaşılan sorunlar uzun anestezi süresine ve kan kaybına bağlı olan ancak genellikle ameliyathanede çözülen sorunlardır.

Bunun dışında yara yeri problemleri, akıntılar, mikrop kapmalar, dikişlerde açılmalar gibi cerrahiye bağlı problemler görülebilir. Bu tür istenmeyen durumlar ayakta da çözülebileceği gibi nadiren, hastayı tekrar ameliyathaneye çıkartmayı gerektirebilir.

Ameliyat temel olarak bir beyin ameliyatı değil kafatası ameliyatı olduğu için beyin fonksiyonları ile ilgili problem yaşanması beklenmez.

En korkulan hayati tehlike riski ise yukarıda bahsedilen sorunların çözülememesi durumunda yaşanabilir. Bu tarz çok ciddi bir durumun yaşanma ihtimali çok düşüktür.

Kliniğimizde bugüne kadar bu ameliyatlar sonrası **HİÇBİR HASTA KAYBEDİLMEYİŞTİR.**



CERRAHI GİRİŞİM SONRASI

Cerrahi sonrasında bebekler tercihen bir gün yoğun bakım ünitesinde anneleri ile birlikte kalmaktadırlar. Genel durumu ve tıbbi değerleri iyi olan hastalar servise çıkartılır.

İlk gece bu ameliyatın en zorlu gecesidir. Bebekler genellikle huzursuz olurlar. Aldıkları ağrı kesicilere rağmen ağrıları ve buna bağlı ağlamaları olabilir. İlk gün mama yemek istemeyebilirler ve bu durum özel tıbbi sıvılar ile telafi edilir.

Ameliyatın şekline göre değişmekle beraber, bebeklerin yüzlerinde ve gözlerinde şişlikler oluşabilir. Bu şişlikler bebeğin gözlerinin tamamen kapanmasına neden olabilir ancak bu geçici bir durumdur ve ameliyatın neden olduğu travmaya bağlı olarak oluşan yumuşak doku ödeminden kaynaklanmaktadır.

İkinci günün sonuna doğru bebekler hızla eski hallerine dönerler ve oturup oyuncakları ile oynamaya başlayabilirler.

Kliniğimizde bu cerrahiler için yatış ve taburculuk arası geçen süre 4-7 gün arasında değişmektedir.

Sonraki dönemde hastalar belli aralıklar ile beyin cerrahi ve plastik cerrahi doktoru tarafından takip edilirler.



Ameliyattan Önce



Ameliyattan Sonra



SIK SORULAN SORULAR

1. Ameliyat çok mu uzun sürüyor?

Ameliyatlarda hastalık tipine göre değişmekle beraber genellikle 3 saatten kısa sürmemektedir. Ameliyathanede geçen sürenin tamamı cerrahi girişim yapılan süreye eşit değildir. Ameliyat öncesi hazırlık ve sonrasında anesteziden uyandırma süreleri uzun olabilir. Örneğin küçük bir bebeğe damar yolu takmak zor bir işlemdir ve süreyi beklenmedik bir şekilde uzatabilir. Ayrıca ameliyathanede geçen sürenin hastalığın şiddeti ile bir ilgisi yoktur. Uzun süre, ameliyatın kötü geçtiği anlamına da gelmez. Doktorunuz sizi tüm bu konularda bilgilendirecektir.

2. Yara izi kalıyor mu?

Yara izi olmayan ameliyat maalesef yoktur. Önemli olan yaranın dış görüntüyü bozmayacak şekilde olmasıdır. Kraniosinostoz cerrahisi de bundan muaf değildir. Açık kraniosinostoz cerrahisinde hastanın saçlarının içinde hayat boyu taşıyacağı bir yara izi kalacaktır. Bu yara izi saç altında kaldığından dışarıdan görünmemektedir.

3. Tek bir ameliyat bu hastalığın tedavisi için yeterli midir?

Hastaların çok büyük oranında genellikle tek ameliyat yeterlidir. Ancak hastalığın ciddiyetine ve etkilediği kemik sayısına göre ileride çocuğunuza başka cerrahi işlemlerin yapılması da gerekebilir. Buna ek olarak bazı tip kraniosinostozlarda yüz kemiklerinin de şekilleri bozulduğundan diş ve diş eti hastalıklarına sık rastlanmaktadır. Bu gibi bir durumda diş ve çene cerrahları tarafından ek girişimler de uygulanabilir.

4. Ameliyattan sonra çocuğumun kafatasında elime gelen girinti çıkıntılar var, bunlar normal mi?

Yapılan ameliyatın neden olduğu boşluklar, girinti ve çıkıntılar söz konusu olabilir. Kafatası ellendiğinde normal bir çocuğun kafatası gibi olmasını beklemek gerçekçi değildir. Bu hafif girinti ve çıkıntılar ameliyat tekniği ile ilişkilidir ve normaldir.





info@alpborcek.com

0 312 202 51 22