

SEMPTOMATİK İNTRASPİNAL SİNOVİAL KİST

Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Dr. Cengiz KUDAY, Dr. Murat HANCI.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı
Türk Nöroşirürji Dergisi 1 : 88-90, 1989

ÖZET : Anabilim Dalımızda ameliyat edilen iki lomber intraspinal sinovial kist olgusu sunulmakta ve ilgili literatür bildirilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Sinovial Kist

SUMMARY : Two lumbar synovial extradural cysts are reported and the world literature on spinal synovial cysts is reviewed. The clinical presentation, findings, synovial etiology and pathogenesis of these lesions are discussed.

Key Words : Spine lumbar Synovial cyst.

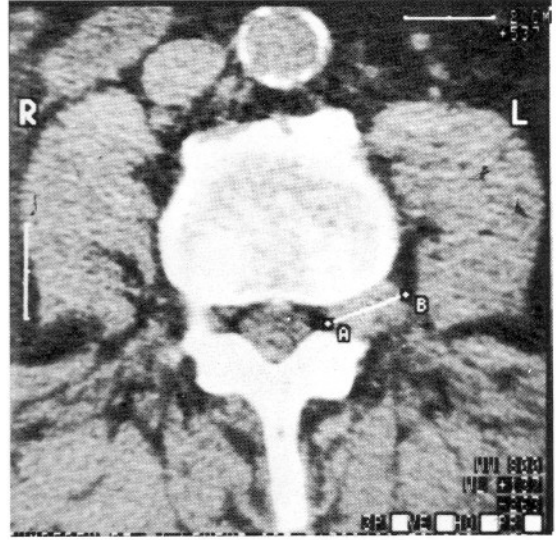
GİRİŞ

Sinovial kistler el ve ayak bileğinde sıklıkla rastlanan patolojiler olmasına karşın başka bölgelerde de ender olarak bulunurlar. Sinovial kist veya ganglion kisti, kauda equina sendromu, nörojenik klaudikasyon, unilateral siyatikaljinin ayıncı tanısında gözönünde bulundurulması gereken, fakat ender rastlanan lezyonlardır. Faset sinoviasından kaynaklanan ve asemptomatik olan ganglion kistleri başka nedenlerle yapılan laminektomiler sırasında sıklıkla karşımıza çıkmasına rağmen semptomatik olmaları çok enderdir. Bu kistlerin semptomatik hale gelmesinin nedeni olarak kist içine olan kanamaya bağlı genişleme düşünülmektedir.

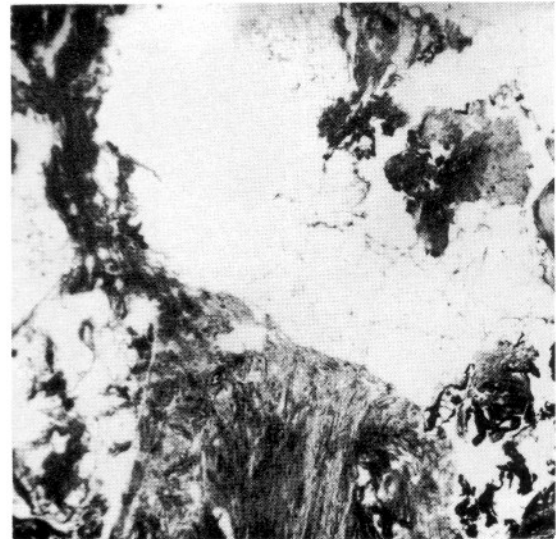
Sinovial kistler periferik eklemlerden ve tendonlardan kaynaklanmakta olup, ender olarak faset eklemine sinoviasından köken almakta ve intraspinal yerleşim göstermektedirler.

OLGULARIN SUNUMU

1. Olgu : 65 yaşında erkek hasta, sol bacakta ağrı ve uyuşukluk yakınması ile 5.1.1987 tarihinde kliniğimize yatırıldı. 25 gün kadar önce akut olarak başlayan ve analjeziklere cevap vermeyen sol siyatikalji, istirahat ile azalmıyormuş, kalp yetersizliği ve dispeptik yakınmalar dışında sistemik rahatsızlığı olmayan hastanın nörolojik muayenesinde solda L3 dermatomuna uyan hipoestezi dışında özellik saptanmadı. Lomber direkt grafilerde artrotik değişiklikler mevcut olup, spinal BT tetkikinde L3-4 düzeyinde sol foramene lokalize hiperdens yer kaplayıcı lezyon mevcut idi (Şekil: 1). 6.1.1987 tarihinde ameliyata alınan hastaya sol L3, L4 hemilaminektomi ve intraforaminal kitle çıkartılması uygulandı (Şekil: 2). Girişim sırasında kökün foramende ileri derecede komprese olmuş olduğu ve anulus fibrosusun intakt olduğu görüldü. Postop L3 dermatomunda hipoestezi devam eden fakat ağrı yakınması bütünüyle



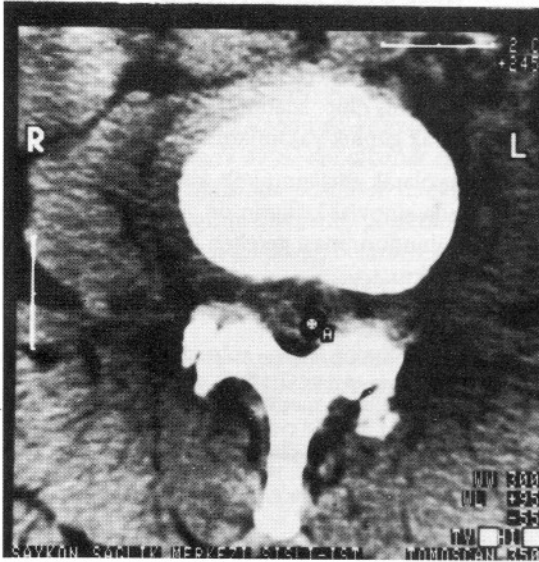
Şekil 1 : Birinci olguya ait spinal BT'de sol L3-4 forameninde lokalize 18.3 mm çapında yer kaplayıcı lezyon görülmekte.



Şekil 2 : Kist duvarının histopatolojik tetkiki görülmüyor x 32 HE

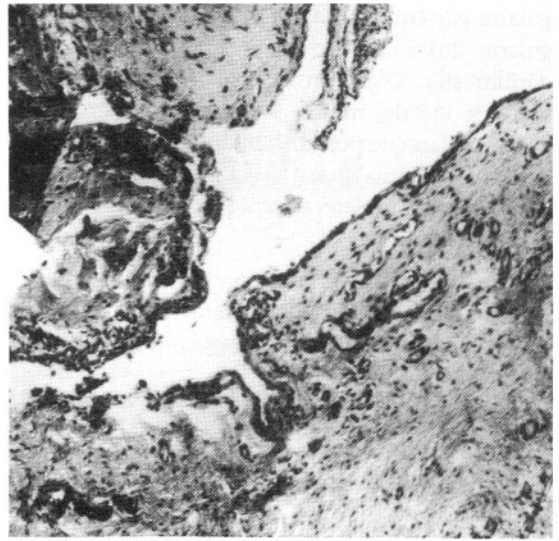
geçen hasta 9.1.1987 tarihinde kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

II. OLGU : 49 yaşında kadın hasta, kalçadan başlayan ve sol bacağı yayılan ağrı yakınması ile 8.9.1987 tarihinde kliniğimize yatırıldı. Onbeş yıldır hafif bel ağrısı yakınmaları olan hasta dört yıl önce fizik tedavi gördüğünü, son 4 aydır yakınmasının şiddetlendiğini ve kısa mesafeleri bile yürüdüğünde ağrının çok şiddetlendiğini belirtiyor. Sistem muayeneleri ve nörolojik muayenesinde özellik saptanmadı. Spinal BT tetkikinde L3-4, L4-5 mesafelerinde bulging, L3-4 düzeyinde sol paramedian bölgede faset eklemine bitişik kontrast fikse eden yer kaplayıcı lezyon saptandı (Şekil: 3). 1.9.1987 tarihinde ameliyata alınan has-



Şekil 3 : L3-4 düzeyinde intraspinal yerleşimli yer kaplayıcı lezyon ve içinde gaz oluşumu görülüyor.

taya L3, L4, L5 laminektomi, L3-4 düzeyinde kistik yer kaplayıcı lezyon çıkartılması uygulandı (Şekil : 4) Postop yakınmasız olan hasta korse takılarak daha sonra kontrollere gelmek üzere 21.9.1987 tarihinde taburcu edildi.



Şekil 4 : İkinci olgunun kist duvarının histopatolojik tetkiki görülüyor. x80 HE.

TARTIŞMA

Intraspinal ganglion kisti hakkındaki ilk yayın 1880 yılında Von guken tarafından yapılmıştır. Bu otopsi bulgusunu 1950 yılında Vosschulte ve Borger tarafından bildirilen kök basısı yapan ganglion kisti olgusu izlemiştir (6).

Bu kistlerin etyolojisi tam olarak aydınlanmamış olmasına karşın öne sürülen 4 teori mevcuttur.

1 – Faset kapsülündeki defektten ekstrüde olan sinovial membran,

2 – Kollagen dokunun miksoid dejenerasyonu ve kist formasyonu,

3 – Fibroblastların proliferasyonu ve hialuronik asit yapımının artmasına bağlı sekonder kist oluşumu,

4 – Pluripotent mezenkim hücrelerinin artmasıdır (4).

Genelde kabul gören düşünce etyolojide travmanın bulunmadığıdır. Ganglion kistleri çoğunlukla faset eklemine dorsal bölümünde yer aldığı için asemptomatiktir. Fakat faset eklemine ventralinde yer aldığı zaman disk hernisi gibi kök basısına neden olur. Bu nedenle kök basılarının ayrıncı tanısında disk hernisi, endipimal kist, araknoid kist, nörofibroma, Tarlow kistlerinin yanında sinovial kistlerde yer almalıdır.

Daha önce yayınlanan vakalar gözden geçirildiğinde, uzun zamandır devam eden intermitant bel ağrısı

yakınmasının iki hafta ile 17 yıl arasında değiştiği, olguların yaşlarının 15 ile 71 arasında bulunduğu, olguların 263'ünün kadın, 163'ünün erkek olduğu görülmüştür. Olguların % 15.8'i nörolojik defisitsiz iken, % 36.3'de motor % 31.5'de his kusuru (6), % 57.9'da laseque pozitifliği bildirilmiştir (1). Hastaların ortak yakınmaları sırt ağrısı olup, buna nörojenik klaudikasyon, unilateral veya bilateral siyatalji eşlik edebilmektedir (2).

Kistler en sık L4-5 mesafesinde yer almakta daha az sıklıkla L3, L4-5, S1 düzeylerinde de bulunmaktadır. T12-L1 ve servikal lokalizasyonlu olgular da bildirilmiştir.

Sinovial kistler tek olarak bulunabileceği gibi disk herniasyonu ile birlikte de bulunabilir.

Direkt radyolojik tetkiklerde anlamlı bir bulgu saptanamamışken (4, 5, 6), myelografide % 78.9 olguda pozitif sonuç elde edilmiştir (6). Spinal BT tetkinde değerli bir tanı aracıdır.

Myelografi ve spinal BT tetkiklerinde faset eklemi ile ilişkili nöral foramene uzanan kitle olarak imaj vermekte olup, bazı olgularda kistin içinde gaz mevcudiyeti bildirilmiştir. Bu gazın faset eklemine hareket sırasındaki distraksionuna bağlı düşük basınç sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir ve bu bulgunun sinovial kistler için patognomik olduğu belirtilmektedir (7).

Spinal BT yapılırken yumuşak doku penceresi kullanılırsa kist duvarları ortaya konulabilir. İntratekal kontrast madde verilerek yapılan spinal BT de değerli bir tanı metodudur (3).

Sinovial kistlerle ilgili ilginç bir gözlem de yakınmaların intermitant karakterde olmasıdır. Olguların büyük çoğunluğunda kist içine kanama saptanmış olup bazı olgularda spontan ruptür ve resorbsiyon saptanmıştır (2).

Olgular hemilaminektomi, laminektomi, foraminotomi, kistektomi ile tedavi edildikleri zaman % 95 oranında fonksiyonel düzelme sergilemişlerdir.

1987 yılına kadar lomber yerleşimli 25 olgu (2, 4, 5, 6, 7) ve servikal yerleşimli iki olgu bildirilmiştir (1, 3).

Bizim olgularımızda yakınmalarının süresi, niteliği, yaşları, muayene bulguları daha önce bildirilen olgulara benzerlik göstermektedir. Lomber grafilerinde nonspesifik artrotik değişiklikler saptanmış olup myelografi yerine spinal BT yapılmış olup iki olguda da nöral foramene uzanan yumuşak doku kitlesi görülmüştür. Bir olgumuzda sinovial kistler için patognomik bulgu olan gaz görünümü saptanmıştır. Bir olguda hemilaminektomi diğer olguda ise laminektomi yapılarak kiste ulaşılmış ve her iki olguda da posterior longitudinal ligaman intakt bulunmuştur. Postop yakınmaları geçen hastalar kısa sürede şifa ile taburcu edilmiş olup, izlendikleri süre içinde yakınmasız olarak günlük yaşamlarını sürdürmektedirler.

Sonuç olarak amacımız kök, kauda veya medulla basılarında sinovial kistlerin de ayırıcı tanıda gözönünde bulundurulması gereken lezyonlar olduğunu vurgulamaktır.

KAYNAKLAR

1. Cartwright M, Nehls D, Carrion C, et al: Synovial cyst of a facet joint. *Neurosurg* 16:850-852, 1985.
2. Holtzman R, Dubin R, Yung W, et al: Bilateral symptomatic intraspinal T12-L1 Synovial cysts. *Surg. Neurol.* 28:225-230, 1987.
3. Jobne A, Shanbaban S, Keller J: Synovial cyst of the cervical spine. *Neurosurg.* 20:316-318, 1987.
4. Kjerulf T, Terry D, Baubelik R: Lumbar synovial cysts. *Neurosurg.* 19:415-420, 1986.
5. Maresca L, Meland B, Maresca C, et al: Ganglion cysts of the spinal canal. *J. Neurosurg.* 57:140-142, 1982.
6. Pendelton B, Carl B, Polloy M: Spinal extradural benign synovial or ganglion cysts. *Neurosurg.* 13:322-325, 1983.
7. Schulz E, West W, Hinslow D, et al.: Gas in a lumbar extradural juxtaarticular cyst: Sign of synovial origin. *AJR* 143:875-876, 1984.