

LOMBER FASET KİSTİ OLGU SUNUMU

LUMBAL FACET CYST A CASE REPORT

M. Özgür TAŞKAPILIOĞLU*, Ulaş AKTAŞ*, Tuğba Moralı GÜLER*, Ender KORFALI*

ÖZET:

Lomber faset, vertebranın inferior ve superior artiküler süreçlerini içeren sinovyum ile çevrili zigoepifizyal bir eklemdir. Sinovyum ile çevrili diğer eklemler gibi faset eklemi, osteoartrit bir göstergesi olan kist oluşturmaya yatkındır. Sinovyal kistler, genellikle lomber omurgada, tekal kesenin posteriorunda yer alıp santral ve/veya lateral reses stenozu ile kök basısına neden olur. Lomber sinovyal kistlerin dejeneratif spondilolistezise neden olabildiği gösterilmiştir. Sinovyal kistlerde laminektomi ile yeterli dekompresyon sağlanır. Çalışmamızda 67 yaşında bel ve sağda belirgin her iki bacak ağrısı ile doktora başvuran, lomber intradural kitle ön tanısı ile operasyona alınan vaka bildirilmiştir. Patolojisi sinoviyal kist olarak raporlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Bel ağrısı, laminotomi, sinovyal kist

Kanıt Düzeyi: Olgu sunumu, Düzey IV

SUMMARY:

Lumbar facet is a synovial-lined zygoapiphyseal joint, comprising the articulation between the inferior and superior articulating processes of the spinal vertebrae. The facet joint, synovial lined joints, are prone to cyst formation as a manifestation of osteoarthritis. Synovial cysts are typically located in the lumbar spine posteriorly to the tecal sac, resulting root compression centrally or by lateral recess stenosis. Defined by studies, lumbar synovial cysts may contribute to spondylolisthesis. Synovial cysts require laminectomy for adequate decompression. In our study we reported a 67 year-old female presenting with low back pain and bilateral leg pain that was operated with a diagnosis of intradural mass lesion. Pathology was synovial cyst.

Key words: Low back pain, laminectomy, synovial cyst

Level of evidence: Case report, Level IV

(*) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirurji Anabilim Dalı, Bursa.

Adres: M. Özgür Taşkapılıoğlu, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Görükle, Nilüfer 16059, Bursa.

Tel: 224 295 27 40

Fax: 224 442 92 63

e-mail: ozgurt@uludag.edu.tr

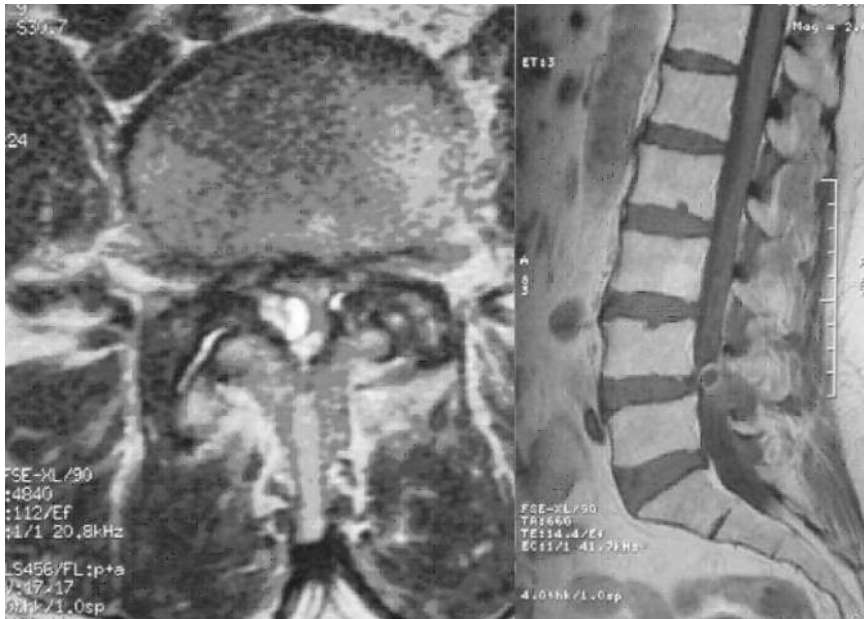
GİRİŞ:

Lomber faset, vertebranın inferior ve superior artiküler süreçlerini içeren sinovyum ile çevrili zigoepifizyal bir eklemdir ⁽⁴⁾. Sinovyum ile çevrili diğer eklemler gibi faset eklemi, osteoartritin bir göstergesi olan kist oluşturmaya yatkındır ⁽⁴⁾. Sinovyal kistler, genellikle lomber omurgada, tekal kesenin posteriorunda yer alıp santral ve/veya lateral reses stenozu ile kök basısına neden olur ^(1,2,5,10). Hem manyetik rezonans (MR) hem de bilgisayarlı tomografi (BT) çalışmalarında lomber sinovyal kistlerin tipik olarak artritik bir faset eklemden çıkıp dejeneratif spondilolistezise neden olabildiği gösterilmiştir ⁽²⁾. Sinovyal kistlerde laminektomi ile yeterli dekompresyon sağlanır ⁽²⁾. Bu olgu ile nadir görülen bel ağrısı sebeplerinden birini hatırlatmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU:

67 yaşında kadın hasta, bel ve sağda belirgin her iki bacak ağrısı ile başvurdu. Hastanın üç aydır bel ve sağda daha fazla

olmak üzere her kalçadan dizine kadar yayılan bacak ağrısı vardı. Yol yürümekle ve hareketle ağrısı artıyordu, istirahatle azalıyordu. Analjeziklerden kısmi olarak fayda görüyordu. Ayrıca, sol ayakta üç ay önce gelişen bir kuvvetsizlik de tarif ediyordu. Hastanın ilaç ile regüle hipertansiyon, diabetes mellitus ve astım öyküsü vardı. Hastanın nörolojik muayanesinde sol ayak başparmak dorsal fleksiyonu 3/5 kas gücündeydi. His kusuru yoktu. Derin tendon refleksleri normaldi, patolojik refleksi yoktu. Yapılan MR incelemesinde; L4-5 düzeyinde 1x1.5x1 cm boyutlu intradural yerleşimli düzgün sınırlı kitle lezyonu ve aynı seviyede dar kanal ile uyumlu görünüm mevcuttu (Şekil-1). Hemogram ve biyokimya tetkiklerinde özellik yoktu, vital bulguları değerlendirildiğinde ateş yüksekliği yoktu. Hastaya L4 laminektomi yapıldı. Hipertrofik ligamanlar alındı. L4-5 seviyesinde sağda belirgin disk basısı mevcuttu. Mesafeye diskektomi yapıldı. Bilateral sağda daha büyük olmak üzere sinovyal kist mevcut olup çıkarıldı. Hastanın postoperatif dönemde



Şekil-1. Operasyon öncesi T1 ağırlıklı aksiyel ve sagittal görüntülerde L4-5 seviyesinde kist ile uyumlu görünüm izlenmekte.

bacak ağrısı sona erdi. Sol ayak başparmak dorsal fleksiyonundaki defisitinde ise düzelme olmadı. Patoloji raporu sinovyal kist olarak raporlandı.

TARTIŞMA:

Lomber sinovyal kistler, genellikle 60'lı yaşların ortasında ortaya çıkar ^(2,7). Bizim olgumuzun da yaşı 67 idi ve literatürle uyumlu idi.

Hastalar en çok radikülopati (% 57-75) ve nörojenik klaudikasyon (% 25) ile başvururlar ^(2,6,8). Ayrıca hastaların % 95-100'ünde bel ağrısı da vardır ^(1-2,4). Olgumuz da bel ve sağ bacak ağrısı ile polikliniğimize başvurmuştu. Kistler, en çok L4-5 seviyesinde görülür. Bizim olgumuzda da bilateral L4-5 seviyesinde bilateral synovial kist mevcuttu.

Lomber faset kistinin tedavisinde literatürde faset içine steroid enjeksiyonu veya BT eşliğinde aspirasyon gibi bazı cerrahi dışı tekniklerin başarılı sonuçları bildirilse de semptomatik sinovyal kistlerde eksizyon gereklidir ^(2,4,8-9). Semptomatik vakalarda cerrahi gereklilik bilinmekle beraber, cerrahinin kapsamı tartışmalıdır ^(2,4,8-9). Sık olarak dekompresyon yapılmasına rağmen bazı cerrahlar dekompresyonu takiben füzyon yapılmasını önermektedir ⁽⁴⁾. Özellikle bel ağrısı olan vakalarda spondilolistezis varlığı artrodez ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Artrodezi savunanlar kistin sadece bir sonuç olduğunu, altta yatan gerçek sorunun faset artrozu ve instabilite olduğunu, dolayısıyla tek başına kistin çıkarılmasının gerçek nedeni tedavi etmeyeceğini düşünmektedir ^(3,5). Ancak literatürde laminektomiye takiben rekürrens oranının düşük (ortalama % 3) oluşu bu görüşü desteklememektedir ^(4,6). Artrodez gerekliliğine inananların diğer savı; lomber faset kisti olan hastaların hareketli segmentleri olduğu ve tek başına dekompresyon yaparak kisti çıkarmanın

instabiliteyi daha da arttıracaktır ^(3,8). İnstabilite nedeniyle tekrar opere edilen hasta sayısının oldukça az oluşu, bu savı desteklememektedir (Lyons ve arkadaşlarının 194 hastadan oluşan serisinde % 2) ⁽⁷⁾. Vakamızda bel ağrısı kronik değil akut başlangıçlıydı. Cerrahi yöntem olarak dekompresyonu seçtik. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitusu olması, enfeksiyona eğilim açısından risk yaratırken antidiabetik ilaçlar ile düzenlenmiş kan şekeri varlığı hasta açısından olumlu idi. Erken postoperatif dönemde ağrısı geçen hastanın üçüncü ay kontrolünde herhangi bir şikâyeti olmadığı görüldü.

Lomber synovial kistler radiküler bel ağrılı olgularda radyolojik olarak hastanın kliniğini açıklayacak lomber disk hernisi yokluğunda mutlaka düşünülmesi gereken tanılardan biridir. Lomber synovial kisti bulunan hastalarda kistin cerrahi olarak çıkarılması güvenli ve etkili bir tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR:

1. Artico M, Cervoni L, Carloia S, Stevanato G, Mastantuono M, Nucci F. Synovial cysts: clinical and neuroradiological aspects. *Acta Neurochir* 1997; 139 (3): 176-181.
2. Epstein NE. Lumbar Synovial Cysts. A Review of Diagnosis, Surgical Management and Outcome Assesment. *J Spinal Disord Tech* 2004; 17: 321-325.
3. Epstein NE. Lumbar laminectomy fort he resection of synovial cysts and coexisting lumbar spinal stenosis or degenerative spondylolisthesis: an outcome study. *Spine* 2004; 29 (9): 1049-1055.
4. Freedman BA, Bui TL, Yoon ST. Diagnostic challenge: bilateral infected lumbar facet cysts--a rare cause of acute lumbar spinal stenosis and back pain. *J Orthop Surg Res* 2010; 5: 14.
5. Fujiwara A, Tamai K, An HS, Kurihashi T, Lim TH, Yoshida H, Saotome K The relationship between disc degeneration, facet joint osteoarthritis, and stability of the degenerative

- lumbar spine. *J Spinal Disord* 2000; 13(5): 444-450.
6. Howington JU, Connolly ES, Voorhies RM. Intraspinial synovial cysts: 10-year experience at the Ochsner Clinic. *J Neurosurg* 1999; 91 (2 Suppl):193-199.
 7. Lyons MK, Atkinson JL, Wharen RE, Deen HG, Zimmerman RS, Lemens SM. Surgical evaluation and management of lumbar synovial cysts: the Mayo Clinic experience. *J Neurosurg* 2000; 93(1 Suppl): 53-57.
 8. Métellus P, Fuentes S, Adetchessi T, Levrier O, Flores-Parra I, Talianu D, Dufour H, Bouvier C, Manera L, Grisoli F. Retrospective study of 77 patients harbouring lumbar synovial cysts: functional and neurological outcome. *Acta Neurochir (Wien)* 2006; 148(1): 47-54.
 9. Parlier-Cuau C, Wybier M, Nizard R, Champsaur P, Le Hir P, Laredo JD. Symptomatic lumbar facet joint synovial cysts: clinical assessment of facet joint steroid injection after 1 and 6 months and long-term follow-up in 30 patients. *Radiology* 1999; 210(2): 509-513.
 10. Yarde WL, Arnold PM, Kepes JJ, O'Boynick PL, Wilkinson SB, Batnitzky S. Synovial cysts of the lumbar spine: diagnosis, surgical management, and pathogenesis. Report of eight cases. *Surg Neurol* 1995; 43(5): 459-464.