

Romatoid Artritli Olguda Dirsek Ekleminde Yerleşmiş Bilateral Gangliyon Kisti

Bilateral Ganglion Cyst Located in the Elbow Joint in a Patient with Rheumatoid Arthritis: Case Report

Bilgen CAN^a

^aPlastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği,
Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi,
Balıkesir

Geliş Tarihi/Received: 15.10.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 01.11.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Bilgen CAN
Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği, Balıkesir,
TÜRKİYE/TURKEY
bdenizag@gmail.com

ÖZET Gangliyon kistleri, sinoviyal eklemlerden ya da tendon ve bursa gibi sinoviyal yapılardan köken alan müsinöz kitlelerdir. Patofizyolojisi net değildir. Sinoviyal matriks herniasyonu ve kapsüller kaçak teorisi üzerinde durulmuştur. Gangliyon kistlerinin romatolojik hastalığı olanlarda daha sık görüldüğü ve romatolojik hastalıklarla birlikte görüldüğünde atipik lokalizasyonlarda ve bilateral olma olasılıklarının normal popülasyona göre arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada, bir yıl arayla sağ ve sol olecranon üzerinden gangliyon kisti eksize edilen romatoid artritli hasta, romatoid artrit, gangliyon kisti birlikteliğini açıklayacak olası nedenler irdelenerek sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gangliyon kistleri; artrit, romatoid; dirsek

ABSTRACT Ganglion cysts are mucinous cysts which are originating from synovial joints, tendons and bursa. The pathophysiology is still unknown. Theories are focusing on synovial matrix herniation and capsular leakage. It is shown that ganglion cysts are more frequent in patients with rheumatologic illnesses and also occurring more bilaterally when they are together with rheumatologic diseases. We operated a patient with rheumatoid arthritis who has ganglion cyst on the left olecranon and one year later on the right olecranon and want to explain in our study the association between rheumatoid arthritis and ganglion cysts.

Key Words: Ganglion cysts; arthritis, rheumatoid; elbow

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2016;24(3):201-4

Romatoid artrit (RA), popülasyonun %1-2'sini etkileyen otoimmün-inflamatuar bir hastalıktır. RA'lı hastaların %70-80'inde dirsek ekleminde tutulumu belirtilmektedir.¹ Dirsek tutulumu genellikle bilateraldir.² Patofizyolojisinde inflamatuar yanıt, matriks degradasyonu, apoptoz/proliferasyon gibi önemli fizyolojik yollarda imbalans üzerinde durulmaktadır.³ Diartroidal eklemleri etkileyen sinoviyal inflamasyon, kartilaj degradasyonu ve subkondral kemik erozyonu yaparak RA dirseği denilen klinik tablonun oluşmasına yol açmaktadır.⁴

Gangliyon kistleri, tipik olarak sinoviyal eklemlerden ya da tendon ve bursa gibi sinoviyal yapılardan köken alan müsinöz kitlelerdir.⁵ Kadınlar erkeklere göre üç kat fazla etkilenmektedir.⁶ En sık el bileği dorsalinde yerleşmekle birlikte, üst ekstremitede, el bileği voları (volar karpal ganglion), distal interfalangeal eklemin dorsalinde (muköz kist), dijital proksimal fleksiyon

doi: 10.5336/caserep.2014-41875

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

krizi (volar retinaküler ganglion), omuz, dirsek gibi lokalizasyonlarda yer alabilmektedir.⁷ Gangliyon kistleri, romatolojik hastalığı olanlarda daha sık görülmektedir. Romatolojik hastalıklarla birlikte görüldüğünde atipik lokalizasyonlarda ve bilateral olma olasılıkları artmıştır.⁷

Bu çalışmada, bir yıl arayla sağ ve sol olekranon üzerinden gangliyon kisti eksize edilen RA'lı olgu; RA, gangliyon kisti birlikteliğini açıklayacak olası nedenler incelenerek sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yirmi yıldır RA olan 56 yaşındaki erkek olgu, kliniğimize 1,5 yıldır sol olekranon üzerinde yer alan cilt altı kitle ile başvurdu (Resim 1). Fizik muayene nede kitlenin 8x10x8 cm boyutlarında yumuşak kıvamlı, üzerindeki cildi ekspande etmiş nitelikte olduğu gözlemlendi. Herhangi bir nörosensöriyel ve motor defisiti yoktu. Her iki elde RA'ya bağlı oluşan küçük eklem deformitelerinin yanı sıra sağ ve sol dirsekte ekstansiyon kısıtlılığı mevcut idi.



RESİM 1: Sağ dirsek ekleminde yerleşmiş gangliyon kisti.



RESİM 2: Kalın cidarlı gangliyon kistinin peroperatif görüntüsü.



RESİM 3: Gangliyon kistinin tabandan serbestlenmesi.

Kitleye yapılan yüzeysel doku ultrasonografi (USG)'de kitlenin multilobüle, kalın cidarlı ve kistik natürde olduğu belirtildi. Olgu genel anestezi altında operasyona alındı. Eksplorasyon ile kitlenin dirsek eklemi kapsülünden kaynaklandığı, ancak eklem içine uzanmadığı izlendi (Resim 2). Dirsek medialinde kubital tünelin hemen üzerinde seyretmesine ve büyük boyutlarına rağmen, ulnar sinirde herhangi bir kompresyon bulgusu görülmedi. Kitle, eklem kapsülü korunarak ekstirpe edildi (Resim 3, 4). Patoloji raporu gangliyon kisti olarak geldi ve olguda herhangi bir komplikasyonla karşılaşılma. Bir yıl sonra olgu, bu kez sağ olekranon üzerinde aynı boyut ve niteliklerde kitle ile başvurdu. Bu kez altı aylık öyküsü mevcuttu. Olgu genel anestezi altında opere edildi. Kitlenin klinik ve peroperatif özellikleri önceki kitle ile birebir aynı idi. Patoloji raporu gangliyon kisti olarak geldi. Olgunun postoperatif altı aylık izleminde nüks ile karşılaşılma.



RESİM 4: Eksizyon materyali.

TARTIŞMA

Gangliyon kistleri, üst ekstemitede en sık karşılaşılan benign tümörlerdir. Patofizyolojisi net olmakla birlikte, ilk olarak sinoviyal matriksin herniasyonu üzerinde durulmuştur.⁸ Mürekkep çalışmaları ile eklemde kist içine sıvı akımının olduğu, ancak kistten eklem içine olmadığı gösterilmesiyle, gangliyon kistlerinin sinoviyal matriksin herniasyonu sonucu olduğu görüşü doğmuştur. Ancak bu görüş, elektron mikroskopu ile yapılan çalışmalarda kistin döşemesinde, eklem kapsülünde bulunan sinoviyal hücrelerin varlığının gösterilememesi nedeni ile terk edilmiştir.^{9,10}

Günümüzde en çok kabul gören ve en güncel teori, kapsüler kaçak teoridir.¹¹⁻¹³ Eklem kapsülünde çeşitli nedenlerle oluşan mikro hasarın eklem sıvısı kaçığına neden olacağı, bunun periartriküler doku reaksiyonu sonucu bir kapsül ile çevrilerek psödokist oluşumunu sağlayacağı belirtilmiştir. Buna göre, eklem içi basıncı artıran faktörler, gangliyon kisti oluşumunu artırır. RA'lı hastalarda sinoviyal dokudaki yoğun inflamasyon ve hücre artışı ile eklem içi basınç artar. Bu, RA'lı hastalarda gangliyon kisti görülme sıklığının artışıyla açıklanmaktadır.

Elektron mikroskopu ile yapılan çalışmalarda, kist duvarının birbiri üzerinde gevşek şekilde rastgele sıralanmış kollajen liflerinden oluştuğu gösterilmiştir. Kistin döşemesinde sinovial hücre bulunmaması nedeni ile gangliyon kistleri gerçek kist olarak değerlendirilmemektedir.^{14,15} Ayrıca, mikroskopik çalışmalarda gerçek kist duvarında gerekse kist çevresinde herhangi bir inflamatuvar hücreye rastlanmamıştır.¹⁶ Bunu, RA'lı hastalarda eklemlerdeki kronik inflamasyonun direkt etki ile değil, eklem içi basıncı artırmak suretiyle gangliyon kisti oluşumuna yatkınlık yarattığı şeklinde yorumlayabiliriz.

Literatürde ayrıca, dirsek gangliyon kistlerinin RA'lı hastalarda tuzak nöropatisine neden olduğu çalışmalara rastlanmıştır.¹⁷⁻²¹ Fernandes ve ark., radial sinir kompresyonu oluşturan dirsek gangliyonunu sundukları çalışmada, dirsek bölgesinin gangliyon kisti için mutant olmadığını, ancak RA nedeni ile atipik yerleşimli gangliyon kistleri oluşabileceğini vurgulamışlardır.²¹ Çalışmalarda ortak görüş, gangliyon kistine bağlı tuzak nöropatinin, RA'lı hastalarda daha sık oluşmasıdır. Mevcut sinovial ödem ve yumuşak doku ödeminin sinirde kompresyona yatkınlıkla sonuçlanacağı belirtilmiştir. Klinik olarak sinirde kompresyon bulguları oluşmadan, elektrofizyolojik ve histolojik sinir hasarının oluşabileceği gösterilmiştir.^{20,21}

Sonuç olarak, gangliyon kistleri romatolojik hastalığı olanlarda daha sık görülmektedir. Bunu açıklayan olası mekanizma, RA'lı hastalarda yoğun sinovial inflamasyonun eklem içi basıncı artırarak kapsüler kaçığına zemin hazırlamasıdır. Ayrıca, gangliyon kistine bağlı tuzak nöropati RA'lı hastalarda daha sık oluşmaktadır. Bu da mevcut inflamasyon ve yumuşak doku ödeminin sinirde kompresyona yatkınlık oluşturmasıyla açıklanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Connor P, Lundeen G. The rheumatoid elbow: current concepts and controversies. *Curr Opin Orthop* 2003;14(4):302-6.
2. Watson JD, Murthi AM. Rheumatoid arthritis of the elbow. *Curr Opin Orthop* 2007;18(4):391-4.
3. Stanczyk J, Ospelt C, Gay RE, Gay S. Synovial cell activation. *Curr Opin Rheumatol* 2006;18(3):262-7.
4. Pitzalis C, Kelly S, Humby F. New learnings on the pathophysiology of RA from synovial biopsies. *Curr Opin Rheumatol* 2013;25(3):334-44.
5. Desy NM, Amrami KK, Spinner RJ. Ganglion cysts and nerves. *Neurosurg* 2006;16(4):187-94.
6. Thornburg LE. Ganglions of the hand and wrist. *J Am Acad Orthop Surg* 1999;7(4):231-8.
7. Willis-Owen CA, Konyves A, Martin DK. Bilateral ganglion cysts of the cruciate ligaments: a case report. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2010;18(2):251-3.
8. Psaila JV, Mansel RE. The surface ultrastructure of ganglia. *J Bone Joint Surg Br* 1978;60-B(2):228-33.
9. Andren L, Eiken O. Arthrographic studies of wrist ganglions. *J Bone Joint Surg Am* 1971;53(2):299-302.
10. McEvedy BV. The simple ganglion: a review of modes of treatment and an explanation of the frequent failures of surgery. *Lancet* 1954;266(6803):135-6.
11. Angelides AC, Wallace PF. The dorsal ganglion of the wrist: its pathogenesis, gross and microscopic anatomy, and surgical treatment. *J Hand Surg Am* 1976;1(3):228-35.
12. Richman JA, Gelberman RH, Engber WD, Salamon PB, Bean DJ. Ganglions of the wrist and digits: results of treatment by aspiration and cyst wall puncture. *J Hand Surg Am* 1987;12(6):1041-3.
13. Tophoj K, Henriques U. Ganglion of the wrist—a structure developed from the joint. *Acta Orthop Scand* 1971;42(3):244-50.
14. Andren L, Eiken O. Arthrographic studies of wrist ganglions. *J Bone Joint Surg Am* 1971;53(2):299-302.
15. Sivri A, Güler-Uysal F. The electroneurophysiological findings in rheumatoid arthritis patients. *Electromyogr Clin Neurophysiol* 1999;39(7):387-91.
16. Breidahl WH, Adler RS. Ultrasound-guided injection of ganglia with corticosteroids. *Skeletal Radiol* 1996;25(7):635-8.
17. Muramatsu K, Kojima T, Yoshida K, Miyoshi T, Taguchi T. Peripheral neuropathies associated with rheumatoid synovial cysts of the elbow joint: three case reports. *J Clin Rheumatol* 2006;12(6):287-90.
18. Lanzillo B, Pappone N, Crisci C, Digrolamo C, Massini R, Caruso G. Subclinical peripheral nerve involvement in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998;41(7):1196-202.
19. Westkaemper JG, Varitimidis SE, Sotereanos DG. Posterior interosseous nerve palsy in a patient with rheumatoid synovitis of the elbow: a case report and review of the literature. *J Hand Surg Am* 1999;24(4):727-31.
20. White SH, Goodfellow JW, Mowat A. Posterior interosseous nerve palsy in rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg Br* 1988;70(3):468-71.
21. Fernandes L, Goodwill CJ, Srivatsa SR. Synovial rupture of rheumatoid elbow causing radial nerve compression. *Br Med J* 1979;2(6181):17-8.