

İdrar inkontinansı ile birlikte lomber intraspinal sinovyal kist: Olgu sunumu ve literatür incelemesi

Lumbar intraspinal synovial cyst with urine incontinence: A case report and review of the literature

Yahya Turan¹, Tevfik Yılmaz¹, Cüneyt Göçmez¹, Kağan Kamaşak¹, Salih Hattapoğlu², Adnan Ceviz¹

ÖZET

Sinovyal kistler epidural kompresif sendromları olan olgularda nadiren görülmektedir. Radiküler semptomlarla disk hernilerini taklit edebilen intraspinal lezyonlardır. Yirmi sekiz yaşında bayan hasta, altı aydır süren bel ağrısı, bir aydır idrar kaçırma ve son iki haftadır giderek artan sağ bacak ağrısı ve uyuşma gibi radiküler şikayetlerle başvurdu. Fizik muayenesinde; gastrokinemius kasında güç kaybı (4/5), sağ L5,S1 hipoestezisi ve idrar inkontinansı tespit edildi. Manyetik rezonans görüntülemesinde, L5-S1 seviyesinde intraspinal kist görüldü. Olguya bilateral L5 hemiparsiyel laminektomi, foraminotomi ve kist eksizyonu yapıldı. Hastanın özellikle idrar inkontinansı olmak üzere postoperatif erken dönemde şikayetleri geriledi, bir yıl sonraki kontrol muayenesinde hiç bir şikayetin olmadığı, motor ve duyu kaybının da tamamen düzeldiği gözlemlendi.

Anahtar kelimeler: Sinoviyal kist, lomber vertebra, intraspinal steroid, spinal cerrahi, idrar inkontinansı

GİRİŞ

Sinovyal kistler epidural kompresif sendromları olan olgularda nadiren görülmektedir. Sinoviyal kistleri ilk olarak 1877' de Baker, osteoartritli bir hastanın dizinde tarif etmiş ve komsu dejenerasyon eklemde meydana gelen sekonder bir süreç olduğunu bildirmiştir. Ekstremiteleri tutan sinoviyal kistlere göre intraspinal olanlar, disk hernilerini taklit edebilen nadir olgulardır. Baker'den kısa süre sonra Von Gruhen otopsi vakalarında intraspinal kistleri ilk olarak görmüştür [1]. Lomber sinoviyal kistler semptom verdikleri zaman kök basısı bulguları ile ortaya çıkmaktadırlar. Kist içeriği seröz veya jelatinöz olabilir ve genellikle faset eklemdeki artroz ya da romatoid artrite bağlı gelişir. Bütün spinal bölge boyunca görülebilmelerine karşın en sık yerleşim yeri lomber (L) 4-5 disk

ABSTRACT

Synovial cysts are rarely observed in cases with epidural compressive syndromes. They are intraspinal lesions that may mimic disc hernias by causing radicular symptoms. A 28-year-old female patient presented with radicular complaints such as back pain for 6 months, urinary incontinence for 1 month, and progressive right leg pain and numbness for the last 2 weeks. Physical examination revealed weakness (4/5) in gastrocnemius muscle, right L5-S1 hypoesthesia, and urinary incontinence. On magnetic resonance imaging, an intraspinal cyst was seen at the level of L5-S1. The patient was operated with bilateral L5 hemipartial laminectomy, foraminotomy, and cyst excision. Her symptoms, especially urinary incontinence, regressed at the early postoperative period and completely disappeared together with normal motor and sensory examination findings at the control visit at 1 year. *J Clin Exp Invest* 2013; 4 (4): 546-549

Key words: Synovial cyst, lumbar spine, intraspinal steroids, spinal surgery, urine incontinence

aralığıdır. Servikal ve torakal bölgelerde yerleşim son derece seyrek; ancak, bu bölgelerde miyelopatiye neden olabilir.

Düz grafi genellikle dejeneratif değişiklikler dışında bulgu vermez, ancak bası nedeni olabilecek tümör, enfeksiyon ayırımında yardımcı olabilir. Tanı, bilgisayarlı tomografiyle (BT) faset eklem komşu, kalın kistik bir yapının görülmesi ve manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) kontrast tutulumu olan kapsülün saptanmasıyla konur [2].

Konservatif tedaviyle başarılı sonuçlar bildirilmiş olmakla birlikte, semptomatik radikülopati ve miyelopati görülen olgularda cerrahi eksizyon gerekebilir [3]. Bu yazıda genç yaşta daha da nadir görülen, idrar inkontinansı, kök basısı gibi ciddi nörolojik defisiti olan, MRG'sinde lomber yerleşimli intraspinal sinoviyal kist tanısı konulmuş bir olgu sunuldu.

¹ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

² Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Correspondence: Yahya Turan,

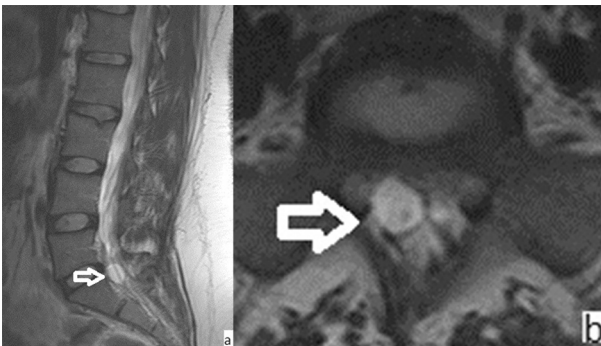
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye Email: dryahyaturan@yahoo.com

Received: 23.08.2013, Accepted: 27.09.2013

Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2013, All rights reserved

OLGU

Yirmisekiz yaşında bayan hasta, altı aydır süren bel ağrısı, bir aydır idrar inkontinansı ve son iki haftadır giderek artan sağ bacak ağrısı ve uyuşma gibi radiküler şikayetlerle başvurdu. Öz ve soy geçmişi herhangi bir özellik yoktu. Travma öyküsü olmayan hastanın nörolojik muayenesinde; Laseque sağda 30 derece pozitif olarak değerlendirildi. Kas gücü muayenesinde gastrokinemius kası 4/5 olarak değerlendirildi. Sağ L5,S1 dermatomlarına uyan hipoestezi tespit edildi. İdrar inkontinansı mevcuttu. Düz grafisinde minimal dejeneratif değişiklikler vardı. MRG'de, L5-S1 düzeyinde sağda T1-ağırlıklı sekanslarda izointensitede, T2-ağırlıklı sekanslarda hiperintens, 12x11 mm boyutlarında sinovyal kist olduğu ve bu düzeyde spinal kanal ön-arka çapında daralmanın olduğu, sağ S1 kökü ve dura basısı olduğu tespit edildi (Resim 1). Şiddetli ağrısı ve özellikle idrar inkontinansı başta olmak üzere nörolojik defisiti olan olguya cerrahi tedavi planlandı. Genel anestezi altında posterior cilt insizyonla girilerek, bilateral L5 hemiparsiyel laminektomi, sağ 1/3 L5-S1 medial fasetektomi, sağ S1 geniş foraminotomi ve kist eksizyonu yapıldı. Ameliyat sonrası ağrısında tamamen düzelmeye olan hasta, postoperatif birinci günde mobilize edildi ve ikinci gün idrar inkontinansı düzelen olgu üçüncü günde taburcu edildi. Postoperatif fizik muayenesinde; Laseque serbest olarak değerlendirilirken, sağda L5-S1 hipoestezisinin devam ettiği görüldü. Kas gücü kaybının postoperatif 3. ay kontrolünde 4+/5 olduğu, hipoestezisinin ise devam ettiği gözlemlendi. On iki aylık izlemi sırasında hastanın hiç ağrısının olmadığı, sağ gastrokinemius kası güç kaybının düzeldiği ve hipoestezi dahil nörolojik muayenesinin tamamen normal olduğu görüldü.



Resim 1. Lomber Manyetik rezonans görüntüleme. (a) T2 Sagittal kesitte L5-S1 seviyesinde spinal kanal çapını daraltan kiste ait görünüm. (b) T2 Aksiyel kesitte L5-S1 faset eklemeden kaynaklanan intraspinal kist

TARTIŞMA

Intraspinal sinovyal kistler bel ağrısı ve radikülopatiye yol açan, nadir görülen intraspinal extradural lezyonlardır. Lomber İntraspinal sinovyal kiste bağlı olarak semptomatik radikülopati gelişebileceğini ilk defa bildirmiş olan Kao ve ark.[4] gangliyon ve sinovyal kistleri juksta-faset kistler olarak adlandırmışlardır. Sinovyal kistler, sinovyal zarın periartiküler kistleridir ve genellikle sarı ve açık renkte müsinöz sıvı ya da gaz içerirler.[3] Gangliyon kistleri ise sinovyal örtü içermezler; temel olarak, tendon kılıfı ya da eklem kapsülü bağ dokusunun kistik yumuşaması ve miksoid dejenerasyonu sonrasında ortaya çıkarlar [5]. Günümüz literatüründe juksta-faset kisti, intraspinal faset kisti terimlerinden çok, intraspinal sinovyal kist tanımı kullanılmaktadır [6].

Lomber intraspinal sinovyal kistler en sık altıncı ve yedinci dekatlarda görülür; kadınlarda, daha fazla oranda görülür [2,7]. Bizim olgumuz genç olması itibarıyla de özellik arz etmekteydi. İntraspinal gangliyon sinovyal kistleri, lomber spinal cerrahi uygulanmış olan hastalarda %0.01-%0.8 arasında değişen oranlarda rapor edilmiştir [7]. Lomber spinal bölgenin radyolojik görüntülenmesinde %2'ye varan oranlarda tespit edilmektedir [2,7]. İntraspinal kistlerin oluşumunda, posttravmatik kanama [5] ve disk yaralanması sebep olarak gösterilmişse de, fizyopatolojide çoğunlukla faset artrozu rol oynamaktadır. Lomber intraspinal sinovyal kistler en sık, vertebral hareketinin en çok olduğu L4-5 düzeyinde görülür[2,6].

Klinik semptom olarak en sık bacak ağrısı gözlenir iken, nörodefisit seyrek olarak görülmektedir; ancak, servikal ve torakal düzeyde ise miyelopatik semptomlar daha fazla gözlenir [3,5]. Günümüzde tanı radyolojik görüntüleme yöntemleriyle kolaylıkla konulabilmesine rağmen, ayırıcı tanıda; Tarlov'un perinöral kistleri, ekstradural araknoid kistler, dermoid kistler ve kistik değişiklikleri olan nöromalar, menenjiyom ve metastazların akılda tutulması gerekir [5,8]. Lumbosakral vertebra grafilerinde %60 civarında dejeneratif bulgular, daha az oranda da spondilolistezis görülmektedir. Lomber intraspinal sinovyal kist tanısı en iyi MRG ile konur; BT ise sadece kist duvarıyla çevredeki kemik yapıların görüntülenmesinde yardımcı olur [5]. Sinovyal kistlerin MRI sinyal intensitesi kist sıvısının özelliklerine göre değişir. Açık seröz sıvı içeren gerçek sinovyal kistler T1' de izointens, T2' de hiperintens özellik gösterirler. Visköz içeriğe sahip olanlar ise, BOS'a göre hem T1 ve hem T2'de daha hiperintens karakterdedirler. Eğer kist içerisinde kan elemanları bulunuyorsa daha belirgin bir hiperintensite şeklinde

görülebilecektir. Kapsül duvarının görüntüsü kalın, ince ya da kalsifiye olup olmamasına göre değişecektir. Kontrastlı T1 imajlarında kapsül duvarında kontrast tutulumu görülmektedir [9]. Lomber bölgede olmasına rağmen kauda basısı ve radikülopati bulguları olan olgumuzda da sinovyal kistin, MRG'de L5-S1 seviyesinde, sağ faset eklem düzeyinde 12x11 mm boyutlarında olduğu, spinal kanal ön-arka çapını daralttığı, sağ S1 kökü ve dura basısına neden olduğu tespit edildi.

Tedavide konservatif veya cerrahi yöntemler uygulanır. Konservatif tedavi istirahat, analjezik, korse kullanımı ve kist içine steroid enjeksiyonunu ve/veya kist aspirasyonu kapsar [2, 6, 7]. Cerrahi ile konservatif tedavi sonuçlarını karşılaştıran Hsu ve ark., [6] semptomların istirahat, korse kullanımıyla altı hastada gerilediğini; epidural steroid enjeksiyonu yapılan dört hastanın üçünde kısa süren iyilik hali olduğunu ve faset eklem steroid enjeksiyonu yapılan üç hastadan ikisinde orta-iyi sonuçların elde edildiği rapor edilmiştir. Aynı çalışmada, cerrahi uygulanan sekiz hastanın yedisinde mükemmel-iyi sonuç elde edilmiş, kötü olan bir olguda ise sebep olarak, hastalığın uzun sürmesi ve dejeneratif ek sorunların olması gösterilmiştir [6]. Sonuç olarak Hsu ve ark., nörolojik defisiti olmayan olgularda konservatif tedavinin uygulanabileceğini, radiküler bulguları olan olgularda ise, cerrahi tedavinin uygulanması gerektiğini rapor etmişlerdir. Shah ve Lutz'un [2] konservatif tedavinin etkisini inceledikleri çalışmalarında ise, unilateral radiküler ağrısı olan 10 hastanın beşine intrakistik kortikosteroid enjeksiyonu ve kist aspirasyonu, diğer beşine ise transforaminal epidural kortikosteroid enjeksiyonu ve kist aspirasyonu uygulanmış. Takipte ağrılarının olmadığı süre 3.4 hafta kadar olup, yalnız bir hastada ağrının tamamen geçtiği görülmüştür. Sonuç olarak diğer dokuz hastaya cerrahi önerilmiş ve cerrahi tedavinin konservatif tedaviye göre daha üstün olduğu sonucuna varılmıştır.

Olgumuz altı aydır süren bel ağrısı, bir aydır idrar inkontinansı ve son iki haftadır giderek artan sağ bacak ağrısı ve uyuşma gibi radiküler şikayetlerle başvurdu. Şiddetli ağrısı ve özellikle idrar inkontinansı başta olmak üzere nörolojik defisiti olan olguya cerrahi tedavi planlanarak bilateral L5 hemiparsiyel laminektomi, sağ 1/3 L5-S1 medial faset eksizyonu, sağ S1 foraminotomi ve kist eksizyonu yapıldı. Hastanın özellikle idrar inkontinansı olmak üzere şikayetleri postoperatif erken dönemde geriledi, bir yıl sonraki kontrol muayenesinde hiç bir şikayetinin olmadığı ve hem motor hem de duyu kaybının da tamamen düzeldiği gözlemlendi.

Lomber intraspinal sinovyal kistlerin doğal seyri hakkında net bir bilgi olmamakla birlikte, disk hernilerinin aksine spontan regresyon oldukça nadirdir [10]. Cerrahi uygulama en sık kullanılan tedavi yöntemidir [2,3,7,11-13]. Bunun için endikasyonlar; geçmeyen ağrı, ilerleyici nörolojik defisit, semptomatik radikülopati, miyelopati ve kauda basısıdır [2,3]. Cerrahi tedaviyle %57-90 oranında tam ya da mükemmel sonuçlar rapor edilmiştir [7]. Cerrahi tedavide basit dekompresyon ve kist eksizyonu klinik düzelme sağlamasına rağmen, dejeneratif lomber spinal stenozun da olduğu olgularda kist eksizyonuna ek olarak, gerekli olan olgularda laminektomi, geniş dekompresyon ve foraminotomi yapılmalıdır.

Sonuç olarak vurgulanması gereken; lomber intraspinal sinovyal kistler, nadir olarak görülmesine rağmen, radikülopati bulgularını taklit edebilen ve idrar inkontinansı gibi ciddi semptomlarla başvuran olgularda ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğidir.

KAYNAKLAR

1. Tillich M, M Trummer, Lindbichler F, Flaschka G. Symptomatic intraspinal synovial cysts of the lumbar spine: correlation of MR and surgical findings. *Neuroradiology* 2001;43:1070-1075.
2. Shah RV, Lutz GE. Lumbar intraspinal synovial cysts: conservative management and review of the world's literature. *Spine J* 2003;3:479-488.
3. Stoodley MA, Jones NR, Scott G. Cervical and thoracic juxtafacet cysts causing neurologic deficits. *Spine* 2000;25:970-973.
4. Kao CC, Uihlein A, Bickel WH, Soule EH. Lumbar intraspinal extradural ganglion cyst. *J Neurosurg* 1968;29:168-172.
5. Yamamoto A, Nishiura, Handa H, Kondo A. Ganglion cyst in the ligamentum flavum of the cervical spine causing myelopathy: report of two cases. *Surg Neurol* 2001;56:390-395.
6. Hsu K Y, Zucherman JF, Shea WJ, Jeffrey RA. Lumbar intraspinal synovial and ganglion cysts (facet cysts). Ten-year experience in evaluation and treatment. *Spine* 1995;20:80-89.
7. Trummer M, G Flaschka, M Tillich, et al. Eustacchio. Diagnosis and surgical management of intraspinal synovial cysts: report of 19 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70:74-77.
8. Kono K, H Nakamura, Y Inoue, et al. Yamada. Intraspinal extradural cysts communicating with adjacent herniated disks: imaging characteristics and possible pathogenesis. *AJNR Am J Neuroradiol* 1999;20:1373-1377.
9. Yuh WT, J M Drew, J N Weinstein, et al. Intraspinal synovial cysts. Magnetic resonance evaluation. *Spine (Phila Pa 1976)* 1991;16:740-745.

10. Apostolaki E, Davies AM, Evans N, Cassar-Pullicino VN. MR imaging of lumbar facet joint synovial cysts. *Eur Radiol* 2000;10:615-623.
11. Boviatsis E J, Stavrinou LC, Kouyialis AT, et al. Spinal synovial cysts: pathogenesis, diagnosis and surgical treatment in a series of seven cases and literature review. *Eur Spine J* 2008;17:831-837.
12. Mun JH, Lee RS, Lim C, et al. Intraspinal ganglion cyst. *Chonnam Med J* 2012;48:183-184.
13. Kemaloglu S, Nas K, Gur A, et al. Synovial cyst at the intervertebral foramina causing lumbar radiculopathy. *Spinal Cord* 2001;39:399-401.