

Kronik ayakbileği ağrısı nedeni olarak sinovyal kondromatozis (Vaka takdimi)

Emin Taşkıran⁽¹⁾, Turan Duran⁽²⁾, Cihan Tuğran⁽³⁾, Veli Lök^{(4)*}

Sinovyal kondromatozisin etiyolojisi tamamen açıklanamamakla birlikte sinovyal ve subsinovyal dokuların kırıldak oluşumuna kadar varan metaplastik dönüşümü sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bütün eklemler gözönüne alındığında ayakbileği tutuluğu oldukça nadirdir. Fakat özellikle genç sporcularda hastalığın ayırıcı tanısı ortopedistler için güçlük göstermektedir. Bu yazıda bir ayak bileği sinovyal kondromatozis olgusunun tanısı ve artroskopik tedavisi anlatılırken hastalığın erken evrelerinde MRI'in tanısal değeri vurgulanmaya çalışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sinovyal kondromatozis, osteokondromatozis, ayak bileği

Synovial chondromatosis as a cause of chronic ankle pain

Although the etiology of synovial chondromatosis has not been completely clarified, it is assumed that the entity occurs as a result of metaplastic transformation of subsynovial and synovial tissue to the cartilage. The involvement of the ankle among the other joints is very rare, but the differential diagnosis of the disease challenges the orthopaedic surgeons, especially in the cases of young sportmen. In this article, the diagnosis and arthroscopic management of a case of synovial chondromatosis of ankle is presented and the diagnostic value of MRI in early stage of the disease is emphasized.

Keywords: Synovial chondromatosis, osteochondromatosis, ankle

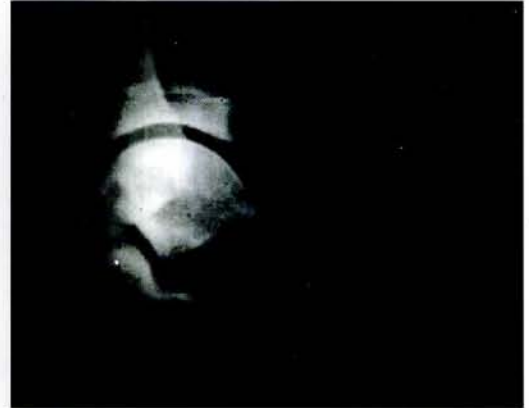
Olgu sunumu

18 yaşında lisanslı basketbol oyuncusu ayakbileğinde şişlik, ağrı ve güvensizlik yakınmaları ile başvurdu. Olgu ile yapılan görüşmede 3 yıl önce basketbol karşılaşması sırasında ayakbileği burkulması geçirdiği ve herhangi bir tesbit aracı uygulanmaksızın 3 haftalık dinlendirme uygulanarak tedavi edildiği öğrenildi. Bu dönemin sonunda spora dönen olgu 2 ay ve 1 ay aralıklarla iki kez daha ayağının burkulduğunu ifade etti. 2 ay kadar daha spora ara veren olgu bu sürenin bitiminde kliniğimize başvurmadan 8 ay öncesine kadar spora devam ettiğini bildirdi. Son burkulmadan sonra geçmeyen şişlik, ağrı ve güvensizlik hissi nedeniyle kliniğimize başvuran olgunun yapılan fizik bakışında ayakbileği anterolateral ve medialinde sinovyal dokuya ait şişlik ve lokal hassasiyet saptan-

dı. Anestezisiz ve anestezi altında yapılan bakışında ayakbileği instabilitesi saptanmadı. Direkt grafilerde eklemde özellikle anteromedialinde izlenen kalsifiye kitlelerin sinovyal kondromatozise bağlı gelişmiş olabileceği düşünüldü (Şekil 1, 2). Eklemde kırıldak yüzeyleri hakkında bilgi sahibi olmak, evrelemeye katkıda bulunmak ve kitlelerin osteokondritis dissekanstan ayırımını yapmak amacıyla MRI tetkiki yapıldı. Sözü edilen kitlelerin intraartiküler yerleştiği ve kırıldak yüzeylerin sağlam olduğu anlaşıldı. Böylece öntanısı konan olguya spinal anestezi altında ayakbileği artroskopisi uygulandı. Anteromedial, anterolateral ve posterolateral portaller kullanılarak eklem içi gözlemlendi. Eklem farelerinin MRI ile uyumlu olarak anteromedialde yerleştiği ve hafif bir sinovit halinin olduğu izlendi.

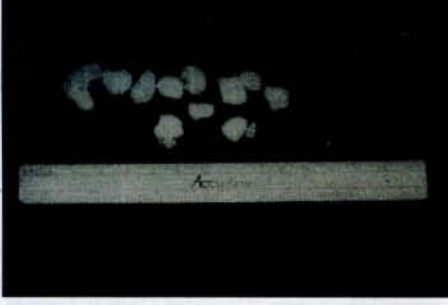


Şekil 1



Şekil 2

(1) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzman Dr.
(2) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi
(3) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Uzman Dr.
(4) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Prof. Dr.



Şekil 3

Sinovitin eklem içindeki kitlelere sekonder olduğu düşünüldü. Çünkü eklem duvarına yapışık herhangi bir kırıkta kitleye rastlanmadı. 12 adet eklem faresi artroskopik olarak çıkarılarak parsiyel sinovektomi uygulandı (Şekil 3). Kesin tanı histopatolojik olarak desteklendi. Ameliyat sonrası 3 hafta parsiyel yüklenme ve sonrasında tam yüklenmeye geçildi.

Tartışma

Sinovyal kondromatozis sinovyal dokunun metaplazisi sonucu ortaya çıktığı düşünülen benign bir patolojidir (2, 3, 4, 5, 6). En çok diz ekleminde olmak üzere kalça, elbileği, dirsek, omuz gibi eklemlerde ve daha az oranda da ekstraartikuler lokalizasyonda izlenir (4, 5, 6). Travma en çok sorumlu tutulan etiyolojik nedenlerden birisidir (4). Bu olguda da tekrarlayan ayakbileği sprainleri söz konusu idi. Ancak eklem farelerinin de sekonder instabilite yaratabileceğini unutmamak gerekir. Tam olarak aydınlatılmamış faktörlerin sinovyal dokuyu stimüle ettiği ve bu dokunun embriyolojik olarak aynı kökeni paylaştığı kırıkta yönde proliferasyonu olduğu düşünülmektedir (4, 6).

Milgram'a göre hastalık 3 evre göstermektedir (1). 1. evrede hastalık sinovyal dokuda sınırlıdır. Bunun sinovyal tutulum ile birlikte eklem farelerinin var olduğu 2. evre izler. Sinovyal dokunun normal olduğu 3. evrede ise sadece eklem farelerinin varlığı söz konusudur ve hafif reaksiyoner sinovit olaya eşlik edebilir (1, 4, 5). Sunulan olguda bu evrede idi. Sinovyal dokudan gelişen kondromatöz lezyonlarda distrofik kalsifikasyon veya enkontral kemikleşme oluşabilen ve bu şekilde direkt grafide seçilebilen osteokondromatöz lezyonları oluşturmaktadır (1). Kesin tanı hemen daima histolojik olarak sinovyal dokuda kırıkta adacıklarının görülmesi ile konur (5). Ancak sinovyal dokunun normal olduğu 3. evrede anamnez, fizik bakı, radyolojik bulgular ve eklem farelerinin sayısında gözönüne alınarak kesin tanıya ulaşılabilmektedir. Milgram ve Schajovez Jaffe kriterlerini genişletmişler ve eklem faresine neden olan diğer patolojiler ekarte edildikten sonra 4 veya daha fazla eklem faresinin tanıya yettiğini öne sürmüşlerdir (5). Ayırıcı tanıda osteokondritis dissekans, dejeneratif artrit, enfeksiyon, villonodüler sinovit ve kondrosarkom gözönüne alınmalıdır. Multiple eklem faresi oluşumu ile seyreden osteokondritis dissekans tanıyı güçleştirebilir. Ancak eklem farelerinin sayıca az olması ve eklem yüzeylerinde kırıkta defektlerinin gösterilmesi ile ayırıcı tanı yapılabilir (4, 6). Ayırıcı tanıya gidilmesi gereken en

önemli patoloji kondrosarkomdur (4, 6). Özellikle aggressive psödotümöral formda görülen kemik destrüksiyonu malign bir patolojiyi düşündürmelidir. Ancak egzostoz öyküsünün olmaması ve kemikteki destrüksiyonun dıştan basıya bağlı olduğu izlenimini vermesi sinovyal kondromatozis lehinedir (6). MRI'la ayırıcı tanı olasıdır. Sağaltım konusunda da tartışmalar sürmektedir. Eklem yüzünün sağlam olduğu, sekonder dejeneratif artrit gelişmediği olgularda genellikle kabul edilen görüş eklem faresi eksizyonu ve parsiyel sinovektomidir (1, 4, 6). Ancak sadece eklem farelerinin çıkarılmasının yeterli olduğunu savunanlarda vardır (3, 5). Artroskopik cerrahi diğer eklem patolojilerinde olduğu gibi sinovyal kondromatozis sağaltımında da önemli avantajlar getirmektedir. Eklem çok daha etkin olarak gözlenebilmekte ve sağaltımda tanıyla aynı anda uygulanabilmektedir. Böylece morbidite azaltılırken daha da etkin bir sağaltım uygulanmaktadır. MRI yalnızca ayırıcı tanıda rol oynamakla kalmaz ayrıca eklem yüzlerinin durumu hakkında ve eşlik eden patolojiler hakkında bilgi vererek cerrahi planlamayı kolaylaştırır (7, 8).

Sonuç

Sinovyal kondromatozis son derece seyrek bir durum olmakla ve uzun süre asemptomatik seyredebilmekle birlikte özellikle sportif düzeyi yüksek kişilerde kronik ayakbileği ağrısı nedenleri arasında düşünülmesi gereken bir patolojidir. Erken sinovit döneminde yalnızca şişlik ve ağrı varken 2. ve 3. evrelerde oluşan eklem fareleri instabiliteye neden olabilirler. Özellikle evre 1'de sinovyal biopsi dışında ayırıcı tanı yapılamazken evre 2'de klinik tablo ve MRI tanıyı koydurur. Bu evrede henüz kalsifiye olmamış eklem fareleri direkt grafilerde gösterilemez. Artroskopi ise tanı kadar minimal morbiditeyle sağaltımı etkin olarak yapmamızı sağlar. Düşüncemize göre kesin tanıya ulaşılamamış kronik ayakbileği ağrılarında klinik bakı ve direkt grafileri izleyen MRI ve artroskopi etkin ve yararlı yöntemlerdir.

Kaynaklar

1. Milgram, J.W.: Synovial osteochondromatosis. J Bone and Joint Surg. 59-A: N: 1, 792-801, 1977.
2. Milgram, J.W., Addison, R.: Synovial osteochondromatosis of the knee. J Bone and Joint Surg. 58-A: n:2, 264-266, 1976.
3. Splitzer, T., Ganel, A., Engelberg, S.: Surgery of the synovial osteochondromatosis. Acta Orthop Scand. 61 (6): 567-569, 1990.
4. Holm, C.: Primary synovial osteochondromatosis of the ankle. J Bone and Joint Surg. 58-A: 878-880, 1976.
5. Maurice, H., Crone, M., Watt, I.: Synovial osteochondromatosis. J Bone and Joint Surg. 70-B: N:5, 807-811, 1988.
6. Campanacci, M.: Bone and soft tissue tumors. Edited by Aulo Gaggi, pp: 1087-98, Bologna, 1990.
7. Staller, D.W., Genant, H. K.: MR Imaging of knee arthritis, Radiology (RSNA-1987 Scientific Program), Abstract Book, Abstract 165, pp: 233.
8. Mink, J.H., Deutsch, A. L.: Occult cartilage and bone injuries of knee: Detection, classification and assessment with MR imaging. Radiology, 170, pp: 820-829, 1989.

Yazışma adresi:

Uzman Dr. Emin Taşkıran

Ege Üniv. Tıp Fakültesi

Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Bornova, İzmir, Türkiye