

Massif prepatellar bursitis (Bir olgu sunumu)

Aziz Alturfan ⁽¹⁾, Halit Pınar ⁽²⁾

Olağandışı irilikte bir prepatellar bursit olgusu sunuldu. Ayrıca, iriliği dışında farklı patolojik özellikleri nedeniyle de olgu atipik olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelime: Prepatellar bursit

Massive prepatellar bursitis (a case report)

An unusual case of prepatellar bursitis is presented. The term "massive" was used to describe its unusual size. Furthermore, its pathological features were not typical of prepatellar bursitis. The mass contained orange-colored liquid and a piece of pink colored soft tissue 4 cm in diameter. Histologically, areas of hyalinization and calcification were noted in its wall. The material inside contained cholesterol crystals and foreign body giant cells as well as a fibrinlike material. Thus, the mass resembled a ganglion or a Baker's cyst rather than prepatellar bursitis.

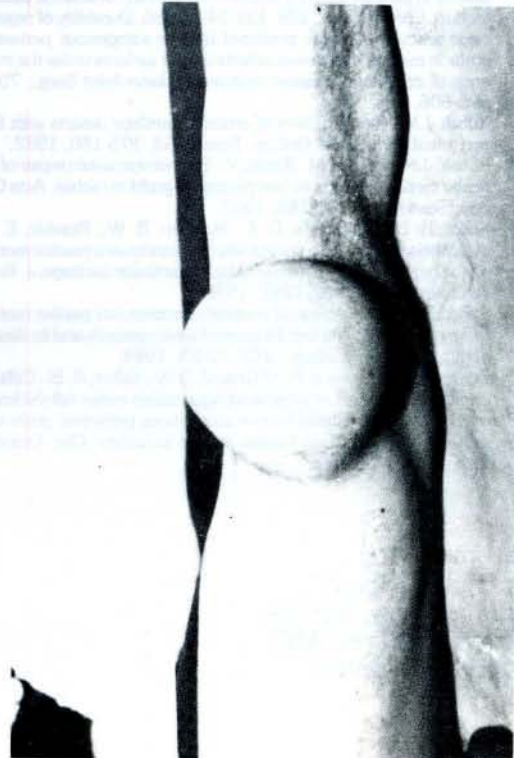
Key word: Prepatellar bursitis

Prepatellar bursit genellikle yineleyen travmalara bağlı olan mutad bir durumdur. Daha çok dizi sürekli yere temas eden kişilerde görülmesi nedeniyle "hizmetçi dizi" de denir. Klasik kitaplarda hizmetçi dizi'nden hafif veya değişken olabilen bir şişlik olarak sözedilmektedir. Child ve ark. (1) alışlagelmişin dışında irilikte 23 olgu yayınlayarak bunlardan "massif prepatellar bursit" olarak söz etmişlerdir. Prepatellar bursit için nadir olan klinik ve patolojik özelliklerinde ötürü olgunun sunulmaya uygun olduğunu düşündük.

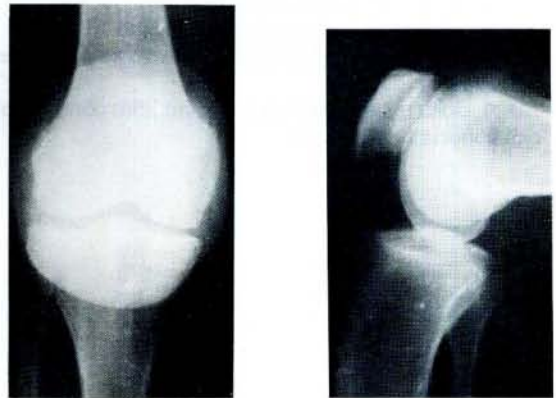
Olgu sunumu

M.M. isimli, çiftçilik yapan 58 yaşındaki erkek hasta sağ dizindeki şişlik nedeniyle 9. 10. 1986'da polikliniğimize başvurdu. Şişlik herhangi bir travma olmaksızın üç yıl önce başlamış ve giderek artmıştı. Hasta, son zamanlarda uzun süre ayakta kalmakla ağrının ortaya çıkmasıyla bir hekime başvurma gereği duymuştu. Çalışma şekli sorulduğunda, işi gereği sıklıkla sağ dizi üzerinde çalışmak zorunda olduğunu belirtti.

Fizik bakıda sağ diz anteriorunda fluktuasyon veren, iri bir portakal büyüklüğünde, hareketli, yumuşak bir kitle saptandı (Resim 1). Herhangi bir lokal enfeksiyon belirtisi yoktu. Diz hareketleri normal ve ağsızdı.



Resim 1. Olgunun önden görünümü



Resim 2. (a) ön-arka ve (b) lateral grafisi



Resim 3. Kitle açıldıktan sonra bursa boşluğunun görünümü

Sedimentasyon ve lökosit sayımı normaldi. Çekilen ön-arka ve lateral grafilerde sağ patella anteriorunda 12x11 cm. boyutunda düzgün konturlu, homojen yoğunluk artışı gösteren yumuşak dokuya ait kitle saptandı. Periartiküler kemik yapısı hafif osteoporotik idi (Resim 2 a,b).

Genel anestezi altında ve turnike uygulanarak sağ diz anterioruna bir miktar cildi de eksize ederek eliptik transvers kesi ile girildi. Kitle ciltaltı dokusuna yapıştı. Yara iyileşmesinde bir problemle karşılaşmamak için kitle ciltaltı dokusuna hasar vermeden ayrılmağa çalışıldı. Kitle arkada patellar tendona yapıştı. Ayrıca lateralde pedikül tarzında bir devamı olduğu görüldü. Zedelenmeden total olarak çıkarıldı. Turnike açılıp kanama kontrolunu takiben ciltaltı ve cilt kapatıldı ve elastik bandaj sanlarak alçı atel yapıldı.

Kitle patoloji laboratuvarına götürülerek ortadan düzgün bir şekilde kesildi. Kesitin içinden portakal renginde sıvı aktığı ve 4 cm. çapında fibrine benzer pembe renkte bir doku parçası içerdiği görüldü (Resim 3). Hazırlanan kesitlerin mikroskopik incelenmesinde cidarda hyalinizasyon ile birlikte yer yer kalsifikasyon saptandı ve geniş alanlarda fibrotik doku görüldü. Kist içindeki materyalin kesitlerinde ise geniş alanlarda kolesterin kristalleri ve yabancı cisim dev hücreleri görüldü. Ayrıca yer yer fibrine benzer madde dikkati çekti. Sonuçta, lezyonun histolojik olarak daha çok bir ganglion veya Baker kistine uygunluk gösterdiği belirtildi.

Hastada yara iyileşmesi ile ilgili bir problem görülmedi. Postop 10. günde dikişleri alınarak ve ateli çıkarılarak egzesizler tarif edildi ve taburcu oldu. Hastaya dizleri üzerinde çalışmaktan sakınması önerildi. 2.5 yıl sonra davet üzerine kontrole geldiğinde hiçbir yakınması yoktu ve diz hareketleri tamdı.

Tartışma

Prepatellar bursit mutad görülen, tanı ve tedavi yönünden genellikle özellik arz etmeyen bir durumdur. En sık nedeni diz önüne yineleyen travmalardır. Anatomik yeri nedeniyle olayın daha ilk dönemlerinde şişlik belirgin olmakta ve hekime başvurulmaktadır. Bu nedenle ileri derecede büyük bir prepatellar bursit olağandışıdır. Klasik kitaplarda bu durumdan genellikle söz edilmemektedir. Literatürde bulabildiğimiz tek yayında Child ve ark. (1) 23 massif prepatellar bursit olgusu bildirmişlerdir. Bu olgular Kuzey Nijerya'nın küçük bir bölgesindeki çiftçilerin çalışma şeklidir. Şişmenin başlangıcından itibaren geçen ortalama 11.5 yıllık süre bursitin massif hale gelmesini açıklamaktadır. Otörler olguların büyüklüğünün bir golf topu ile büyük bir portakal ölçüleri arasında değiştiğini bildirmişlerdir.

Prepatellar bursitin daha nadir görülen predispozan faktörleri ise gut, romatoid artrit ve sepsisdir (5). Septik prepatellar bursitten en sık sorumlu ajan koagulaz pozitif stafilokok olup ayrıca anaerob streptokoklar, phialophora richardsiae, Fusobacterium, Mycobacterium marinum, ve sporothrix schenckii de etken olarak bildirilmiştir (2,4,7). Tipik öyküsü ve normal rutin kan değerleri nedeniyle biz olgumuzda bu faktörleri araştırmadık.

Erken görülen hafif olgular bandajlama ve travmalardan sakınmakla iyileşebilir (5). Hafif olgularda ameliyattan önce aspirasyon da denebilir (6). Aspirasyondan sonra bursa içine steroid enjeksiyonu önerenler de vardır (3). Bizim olgumuzdaki gibi cidarı ileri derecede kalınlaşmış, hatta yer yer kalsifiye olmuş ve içinde yumuşak doku gelişmiş bir bursa için total eksizyondan başka bir yol olmadığı açıktır. Quayle ve Robinson (5) ciltaltı dokusu ile kistin ön duvar arasında disseksiyon yapılmamasını ve ön duvarın yerinde bırakılmasını önerirler. Bu şekilde yara iyileşmesinde bir problem çıkmayacağını ve olası sonraki travmalara karşı dizin önünde daha sağlam bir doku olacağını bildirmişlerdir. Bu görüşe katılıyoruz, ancak kisti total olarak çıkarmakla da bu tür problemleri görmedik. Ayrıca postop. Hematomun ve dolayısıyla cilt ile derin dokular arasında yapışıklık gelişmesini engellemek için aspiratif dren kullanılması da önerilmektedir (6). Quayle ve Robinson gibi biz de dren kullanmadık ve buna bağlı herhangi bir komplikasyon görmedik, fakat dren kullanımının yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Olgumuz histolojik olarak çok az sayıdaki diğer yayınlardaki olgulara temelde benzer olmasına rağmen bazı farklılıklar göstermektedir. Alışlagelmiş dışındaki iri olmasının yanısıra, olgumuzu farklı kılan diğer bir özellik cidarının yer yer kalsifiye olmağa başlamış oluşudur. Bu, bildiğimiz kadarıyla prepatellar bursit için daha önce tanımlanmamış bir özelliktir. Lezyonun histolojik olarak daha çok bir ganglion veya Baker kistine düşündürmesi ilginçtir. Olgunun gerek klinik gereksiz patolojik özellikleri nedeniyle atipik bir prepatellar bursit olgusu olduğu sonucuna varıldı.

Kaynaklar

1. Child, D.L., Sturrock, R.G., Lawrie, J.H.: Massive Prepatellar Bursitis. *J.Royal Coll. Surg. Edinburg.*, vol. 26, no: 2: 101-103, 1981.
2. Knight, J.M., Thomas, J.C., Maurer, R.C.: Treatment of septic olecranon and prepatellar bursitis with percutaneous placement of a suction, irrigation system. *Clin. orthop. Rel. Res* 206: 90-93, 1986.
3. Nardella, F.A.: Blood-patch treatment for prepatellar bursitis. (letter). *N.Eng. J. Med.* vol. 306, No: 25, 1553, 1982.
4. Pitlik, S.D., Dux, S., Loon, G., Henig, E., Rosenfeld, J.B.: Prepatellar bursitis due to anaerobic streptococcus. *Isr. J.Med.Sci.* 19: 260-261, 1983.
5. Quayle, J.B., Robinson, M.P.: An operation for chronic prepatellar bursitis. *J. Bone Joint Surg.* 58-B: 504-506, 1976.
6. Smillie, I.S.: Affections of the synovial membrane: Local. in *Diseases of the knee joint*. Ed. Smillie, I.S. 2nd ed. pp: 147-151, Churchill Livingstone, 1980.
7. Winter, F.E., Runyon, E.H.: Prepatellar bursitis caused by mycobacterium marinum (balnei). *J.Bone Joint Surg.* 47-A: 375-379, 1965.

Yazışma Adresi :
Dr. Aziz Alturfan
İst. Tıp Fak.
Ortopedi ve Trav. ABD
34390 Topkapı - İstanbul

