

Lateral kistik diskoid meniskus

İşık Akgün⁽¹⁾, Nail Kır⁽²⁾, Önder Aydınöz⁽³⁾

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda Ekim 1991 ile Nisan 1992 tarihleri arasında lateral kistik diskoid meniskus teşhis edilen 7 hasta ameliyat edilerek tedavi edilmiştir. Lezyon 4 hastada solda 3 hastada sağdadır. Ortalama takip 9 ay olup en kısa 6, en uzun 12 aydır. Hastaların hepsine BT inceleme yapılmıştır. 7 olgunun ameliyatında lateral kistik diskoid meniskus teşhis edilmiş, 3'ünün komplet 4'ünün inkomplet tipte olduğu saptanmıştır. En büyük kistin çapları 38x63 mm olup 4 olguda ayrıca meniskuste yırtık saptanmıştır. 4 yırtık da horizontal klivaj tarzında idi. Üç hastaya kist ile birlikte total menisektomi, 4 olguya ise parsiyel menisektomi ile birlikte kist dekompresyonu uygulandı. Postop son kontrollerinde hastaların hiç bir şikayeti yoktu ve klinik olarak bir bulgu saptanmadı.

Anahtar kelimeler: Diskoid meniskus, meniskus kisti

Lateral cystic discoid meniscus

7 patients with lateral discoid meniscus had been treated surgically in the Department of Orthopaedics and Traumatology at Cerrahpaşa Medical Faculty between October 1991 and April 1992. In 3 of these patients the lesions were on the left side and in 4 of them on the right. CT scans were obtained for all of the patients. The diagnosis of lateral cystic discoid meniscus was confirmed during their operations for these 7 patients. In 3 of the patients the type of the discoid meniscus was complete and in 4 of them incomplete. The diameters of the largest cyst were 38x63 mm. Additional meniscal tears were detected in of the cases. All of these tears were in horizontal clivage type. Total meniscectomy with the cyst was performed for 3 patients and partial meniscectomy with decompression of the cyst was performed for 4 patients. In the latest post-operative controls patients had no complaints and no abnormality was found clinically.

Key words: Discoid meniscus, meniscus cysts

İlk olarak meniskus 1889 tarihinde Young tarafından kadavra üzerinde tarif edilmiştir. Diskoid meniskusun klinik bulguları ise 1910 da Kroiss tarafından tamamlanmıştır (3). İlk diskoid meniskus bildirisi ise 1930 da Watson Jones tarafından yapılmıştır (7). İlk meniskus kisti 1904'te Ebner tarafından ortaya atılmıştır (1). Diskoid meniskus insidensi Nothan tarafından 1219 meniskus ameliyatı arasından %2.4 bulunmuştur. Smillie tarafından ise 8000 menisektomide %4.2 verilmiş olup en geniş çalışma ise Dickason tarafından yapılmış ve 14731 olguda %1.5 lateral diskoid meniskus bulunmuştur (3). İkinci de Japonya'da en yüksek insidensi %1.4 ile 16.4 olarak bildirmiştir (7). Özellikle de kistik lateral diskoid meniskus yüzdesi çok daha düşüktür. Bizim dikkatimizi çeken olay ise bir sene içinde 7 olguda lateral kistik meniskusun teşhis edilmesidir. Bu amaçla olgularımızı kısa takip süresine rağmen yayınlamayı uygun gördük.

Kist eklem aralığı fibula başının üst ve önünde yer aldığı gibi bazı durumlarda bizim iki olgumuzda olduğu gibi yağ yastığını ittirip ACL'e kadar uzanan tiplerine de rastlanır. Bu tip kistlerin lipom, ganglion, egzostoz ve diğer tümöral oluşumlar ile ayrıca teşhis yapılmalıdır. Hastaların genelde şikayeti ise ağrı, kilitlenme, şişlik ve eklem hareket kapasitesindeki azalmadır. Bu gün tedavi konusunda ise parsiyel menisektomi ve kist dekompresyonu en çok kullanılanlar, ayrıca bu tedavinin artroskopik yapılması konusunda da yayınlar artmaktadır.

Gereç ve yöntem

Ekim 1991 ile Nisan 1992 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı polikliniğine müracaat eden diz şikayetleri olan hastalar arasından 7 olguda kistik lateral diskoid meniskus teşhis edilmiştir. Lezyon 4 hastada sol, 3 hastada sağda idi. Hastaların 4'ü erkek, 3'ü kadın olup ortalama yaş 23.1, en küçük 17, en büyük 51 dir. Hastaların genel dökümü Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastalar kliniğimize dizde ağrı, kilitlenme, laterale lokalize şişlik ve bazılarında eklem hareket kapasitesinde azalma ile müracaat etmişlerdir.

Şikayetler 3 ay ile 3 sene gibi bir zaman dilimine dağılmıştır. 4 olgu şikayetlerinin travma sonucu başladığını söylemişlerdir. Hastaların tamamı aynı cerrah tarafından muayene edilmiş olup tüm olgularda değişen büyüklüklerde lateral eklem aralığı hizasında fibula bası proksimal ve önünde içi sıvı ile dolu hissi veren şişlik, hassasiyet, 5 olguda eklem hareket kapasitesinde azalma (125° fleksiyon), 4 olguda Mc Murray pozitifliği ayrıca da Apley ve Steinmann testi pozitifliği bulunmuştur. Klinik muayenede elde ettiğimiz bir bulguda, kistin tam fleksiyonda ebadının daha bariz hale gelmesidir ki Pisani'nin belirtisi olarak bilinen bu testte fleksiyonda kist hacminde azalma saptanmaktadır (3). 3 olguda kist, diğer sağlam dizle de kıyaslandığında ekstansiyonda palpe edilemezken fleksiyon tam olduğunda barizleşmiştir. 7 olgumuzda

(1) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzman Dr.

(2) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Prof. Dr.

(3) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

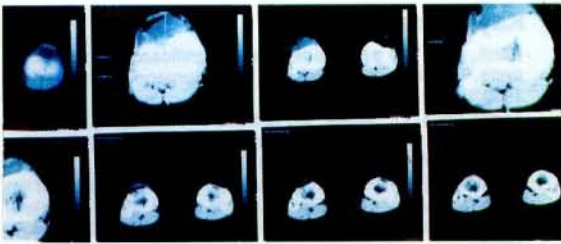
Hasta	Yaş	Cins	Teşhis	Diskoid tipi	Tedavi
N.T.	51	Erkek	Sol lateral kistik diskoid meniskus	Komplet	Parsiyel menisektomi+kist dekompresyonu
N.A.	34	Kadın	Sağ lateral kistik diskoid meniskus parçalı yırtığı	Komplet	Kist ile birlikte total menisektomi
Y.Y.	20	Erkek	Sol lateral kistik diskoid meniskus	Komplet	Parsiyel menisektomi+kist dekompresyonu
A.B.	17	Kadın	Sol lateral kistik diskoid meniskus	İnkomplet	Parsiyel menisektomi+kist dekompresyonu
M.Ü.	17	Erkek	Sol lateral kistik diskoid meniskus parçalı yırtığı	İnkomplet	Parsiyel menisektomi+kist dekompresyonu
A.S.	23	Erkek	Sağ lateral kistik diskoid meniskus yırtığı	İnkomplet	Kist ile birlikte total menisektomi
H.G.	26	Kadın	Sağ lateral kistik diskoid meniskus yırtığı	İnkomplet	Kist ile birlikte total menisektomi

Tablo 1

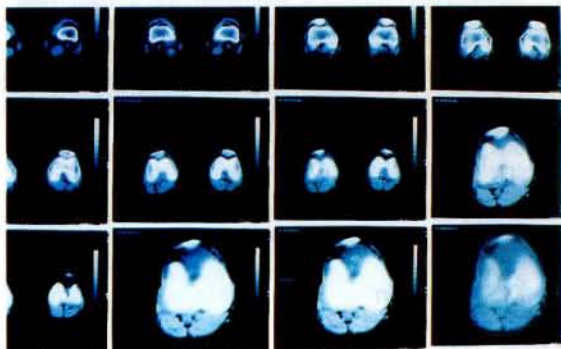
da konvansiyonel X-ray tetkiki yapılmış, 51 yaşındaki hastada saptanan osteoartritik değişiklikler dışında 2 olguda lateral eklemler aralığında normale göre daha geniş olduğu saptanmıştır. Yine tüm olgularımıza BT inceleme yaptırılmıştır. Ancak bu tetkiklerde büyük çelişkiler saptanmıştır. Olguların bildirilen raporlarında hepsinde kistler belirtilmiş olup sıvı yoğunluğu 0-16 H ünite verilmiştir ve en büyük kistin çapları 38x63mm bildirilmiştir (Resim 1, 2), diğer kistlerin çapları ise bununla 20x20mm arasında değişmektedir (Resim 3, 5).

3 olguda meniskus yırtığı bildirilmiştir ancak cerrahi sonunda 4 hastada meniskus yırtığı bulunmuştur. Daha önemlisi ise BT ile hiç bir olguda diskoid meniskus teşhisi bildirilmemiştir oysa ameliyatta 7 olguda da diskoid meniskus saptanmıştır. Bu konu tartışmaya açık olup kanımızca, BT'nin diz yumuşak doku lezyonlarının tanımında çok büyük bir değerin olmadığı ve bu sonuçların değerlendirilmelere göre değişmekte olduğudur.

Olgularımıza genel anestezi altında artrotomi yapılmıştır. Her olgunun tedavi şekli Tablo 1'de gösterilmiştir. 3 olguda kistlerin çok büyük olması nedeni ile kistektomi ve total menisektomi yapılmıştır (Resim 4).

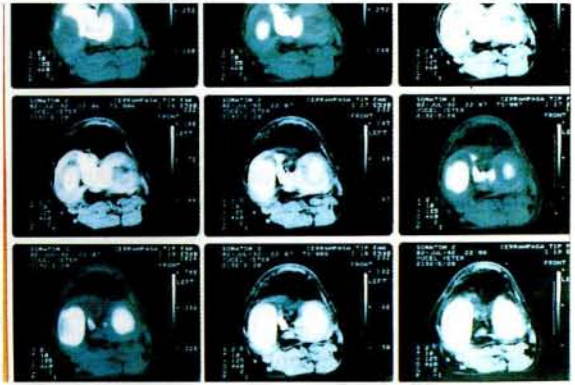


Resim 1: N. A. BT inceleme, kist görünümü



Resim 2: N. A. BT inceleme kist görünümü

4 olguya ise parsiyel menisektomi ve kist dekompresyonu yapılmıştır. Watanabe sınıflandırmasına göre diskoid meniskusların 3'ünün komplet 4'ünün ise



Resim 3: Y. Y. BT inceleme, kist görünümü



Resim 4: H. G. Çıkarılan materyalin (kist+medial meniskus) görünümü



Resim 5: H. G. BT inceleme, kist görünümü

inkomplet olduğu görüldü (3). Çıkarılan materyeller histopatolojik incelemeye gönderilmiştir. Histopatolojik tetkik hyalinize fibröz çeperli sinovyal kist olarak bildirilmiştir.

Tüm hastaların klinik muayeneleri, ameliyatlari ve post op takipleri aynı iki cerrah tarafından yapılmıştır. Erken dönemde komplikasyon olmamıştır.

Hastalara ameliyattan 24 saat sonra izometrik egzersizler verilmiş, 5'inci gün ayağa kaldırılarak koltuk değnekleri ile parsiyel yük verdirilmiştir. 2 hafta içinde tam yük müsaade edilmiştir. Postop 21'inci günde ağırlık çalışmalarına başlanmıştır. En son yapılan poliklinik kontrollerinde hiç bir şikayet saptanmamıştır. Fleksiyonu kısıtlı olan hastalardaki eklem hareket kapasitesi de normale dönmüştür.

Tartışma

Meniskus kisti ilk olarak 1904'te Ebner tarafından tarif edildikten sonra Winjnbldah (1938), Hartz (1955) ve Smillie (1962) tarafından patogenezi hakkında teoriler sunulmuştur ve bu olay bir ganglion benzetilerek mezenkimal dokunun primer degenerasyonu olarak tanımlanmıştır (1). Yine yayınların çoğunda kistik meniskusların hepsinde horizontal veya kova sapı tarzında yırtık olduğu vurgulanmıştır. İlk defa horizontal klivaj deyimini 1962'de Smillie söylemiştir (1). Lateral meniskusta horizontal klivajın sıklığı ise iki mekanik faktöre bağlıdır;

1. Fiziyojik hareketi (fleksiyonda 9mm posteriora kayar, medial meniskus 3mm kayar)

2. Ağırlık taşıma fonksiyonu (lateral kompartmandaki ağırlığın %70'ini lateral meniskus taşır, medial meniskus %60 taşır). Horizontal klivajda parameniskal bölgeye kadar uzanarak parameniskal myxoid dejenerasyona ve dolayısı ile parameniskal kist formasyonuna neden olur. Bu tip kistler Tip A olarak adlandırılır (2). Diğer kist ise Tip B denen horizontal klivaj veya kova sapı yırtığı olmadığı halde mevcut olandır, burada travma etkendir bu meniskusun diskoid olması nedeni ile tanımlanır ve tendinöz dokular ile fibrokartilajın reaksiyonu sonucu mukopolisakkaritler arter mezenkimal hücrelerden sekresyonu arttırarak kiste neden olur (2). Bu teoriyi destekleyen bir çalışmada etyolojide iki teori üzerinde durulmuştur;

1. Meniskusda yırtık olur ve periferi yayılır.

2. Lezyon vasküler bölgeye bir kompresyon travma olarak başlar ve merkeze yayılarak yırtığa, periferi yayılarak da kist oluşumuna neden olur (4).

Bizim olgularımızda oluşan kist ve yırtık nedeni ise iki numaralı teoriye uymaktadır.

Diskoid meniskuslar 1948'te Smillie tarafından prematür, intermedial ve infantil olarak sınıflandırılmıştır (3). Bugün için geçerli olan sınıflandırma ise Watanabe tarafından yapılmış olup,

1. Komplet

2. Inkomplet

3. Wrisberg ligament tiptir (7, 8). Bizde olgularımızı bu sınıflandırmaya göre yaptık.

Kistik meniskusların tedavisinde tartışma konu-

dur. Phemister 1927'de kistin tekrarlamaması için kist ile birlikte buna neden olan meniskusun da total olarak çıkarılmasını önermiştir (6).

Ancak bazı kistik meniskuslarda yırtık olmadığı için normal meniskusun çıkarılmasının sakıncalı olduğu düşünülmüştür. Flynn ve Kelly ise yırtık olmadığı takdirde lokal eksizyonu tavsiye etmişlerdir (6). Son dönemlerde artık kistin patogenezi göre tedavi ön plana geçmiştir. Buna göre eğer kist bir horizontal klivaj yırtığı veya kova sapı yırtığına bağlı oluşmuş ise parsiyel menisektomi ve kist dekompresyonu yetersizliği olacaktır (6). Eğer bu bizim olgularımızda olduğu gibi diskoid tipte bir meniskus ve kist oluşmuş ise iki tedavi yöntemi uygulanabilir;

1. Kist çok büyük ve meniskusta parçalı yırtık ise her ikisinde total çıkartmaktır, eğer yırtık basit ise kist eksizyonu ile parsiyel menisektomi önerilir

2. Kist parameniskal ve küçükse meniskus anatomik sınırlarına gelecek şekilde parsiyel menisektomi ve kist dekompresyonu yapılır.

Böylece meniskus mümkün olduğu kadar korunmuş olur. Bugün gittikçe popüler olan bir tedavi şeklinde artroskopik yapılandır (4, 5, 6). Seger ve Wood, Mattheus ile Dennis tecrübelerini yayınlamışlar ve artroskopik menisektomi ile kombine artroskopik kist dekompresyonu önermişlerdir, kısa takip olmakla beraber nüks bildirmemişlerdir (5, 6). Yine sayıları ve takip süreleri çok kısa (6 ay) olmasına rağmen Ferriter ve Nisonson ise artroskopik parsiyel menisektomi fakat lateral rime yani kiste dokunulmaması ile, bir süre sonra kistin kaybolduğunu bildirmişlerdir (4, 6).

Sonuç olarak lateral kistin meniskusların anatomik sınırlarına getirilerek korunması ve kistin dekompresyonu tedavi için yeterli olacaktır.

Kaynaklar

1. Barrh, H.J.: The pathogenesis and significance of meniscal cysts. The Journal of Bone and Joint Surgery. 61-B: 184-189, 1979.
2. Ferrer-Roca, O., Vilalta, C.: Lesions of the meniscus. Part II: Horizontal cleavages and lateral cysts. Clinical Orthopaedics and Related Research. 146: 301-307, 1980.
3. Kalenak, A., Hanks, G. A., Sebastianell, W.: Arthroscopy of the knee. In Evans C. M. ed., Surgery of the musculoskeletal system. Churchill Livingstone 2nd ed. ch 114, 3349-3432, 1990.
4. Reagen, W. D., Mc Conkoy, J. P., Loomer, R. L., Davidson, R. G.: Cysts of the lateral meniscus: arthroscopy versus arthroscopy plus open cystectomy. Arthroscopy, 5(4): 274-281, 1989.
5. Seger, B. M., Woods, G. W.: Arthroscopic management of lateral meniscal cysts. American Journal of Sports Medicine 14 (2): 105-108, 1986.
6. Parisien, J. S.: Arthroscopic treatment of cycts of the menisci. Clinical Orthopaedics and Related Research. 257: 154-158, 1990.
7. Sisk, T. D.: Knee injuries in Crenshaw A. M. ed. Campbell's operative Orthopaedics. Mosby 8th ed. ch 33: 1487-1732, 1992.
8. Strokel, M., Steatfeld, H. W.: Diagnostic evaluation of the knee. Telger T. C. trans. New York, N. Y. 1990.

Yazışma adresi

Op. Dr. Işık Akgün

Ataköy 9. Kısım F-1 Blok

B giriş Daire. 20

İstanbul, Türkiye