

Dirsekte tekrarlayan sinovyal kondromatoziste artroskopik tedavi

Hüseyin Demirörs⁽¹⁾, Reha N. Tandoğan⁽²⁾, Sercan Akpınar⁽¹⁾, İ. Cengiz Tuncay⁽³⁾, Z. Uğur Işıklar⁽³⁾, Necip Cesur⁽⁴⁾, Beyhan Demirhan⁽⁵⁾

Sinovyal kondromatozis özellikle dizi tutan, nadir görülen iyi huylu bir tümördür. Dirsekte nadiren görülür. Bu çalışmada, sağ dirsek posterior kompartmanda nüks sinovyal kondromatozisli 41 yaşında bir hasta sunulmuştur. Hasta kliniğimize sağ dirseğe yapılan açık anterior sinovektomiden bir yıl sonra ileri derecede hareket kısıtlılığı, ağrı ve şişlik şikayetleri ile başvurmuştur. Yapılan ayrıntılı tetkiklerden sonra sağ dirseğine artroskopik sinovektomi ve serbest cisim çıkarılması uygulanmıştır. Bir yıllık takibinde dirsek hareketlerinde belirgin ağrısız bir artış tespit edilmiştir. Dirseğin özel anatomisi ve açık cerrahi tekniklerle tüm kompartmanlara ulaşılma zorluğu, seçilmiş vakalarda artroskopik girişimi iyi bir tercih olarak karşımıza çıkarmaktadır.

Anahtar kelimeler: Artroskopi, dirsek, sinovyal kondromatozis

Arthroscopic treatment of recurrent synovial chondromatosis of the elbow: Case report

Synovial chondromatosis is a rare benign disorder that is characteristically mono-articular and most commonly affects the knee. Localization in the elbow is rare. A 41-year-old male with recurrent synovial chondromatosis in the posterior compartment of the right elbow is presented. The patient was admitted one year after an anterior open synovectomy with extreme limitation of motion, pain and swelling. He was treated with arthroscopic synovectomy and removal of loose bodies. The patient was pain free and had significant improvement in the range of motion at one-year follow-up. The unique anatomy of the elbow makes arthroscopic surgery the best option in these difficult cases.

Keywords: Arthroscopy, elbow, synovial chondromatosis

Dirsek artroskopisi son yıllarda popülerize olmuş yeni bir tanı ve tedavi yöntemidir (1, 8, 9, 10, 15). Serbest cisim çıkarılması, travma sonrası artritler, inflamatuvar artritler, osteokondritis dissekans, dejeneratif artroz, eklem içi yapışıklıklar, fleksiyon kontraktürleri, takılmalar (snapping) ve sinovyal kondromatozis tedavisinde başarı ile uygulanmakta olduğu bildirilmiştir (1, 8, 10). Tavsiye edilen portallere nörovasküler yapıların yakın komşuluğu, dirsek bölgesi ve eklem içi anatomisine cerrahın hakim olmasını gerektirmektedir (9, 10, 12).

Sinovyal kondromatozis tek eklemi ve özellikle dizi tutan nadir görülen iyi huylu bir tümördür (3, 4, 7, 13, 14, 16). Hastalık genellikle ilgili eklemün künt ağrısına eşlik eden hafif bir hareket kısıtlılığı ile kendini gösterir (3, 6, 14).

Histopatolojide; sub-sinovyal metaplaziye bağlı olarak eklem, tendon kılıfı ve bursalardaki sinovya zarında gelişen kıkırdak dokusu odakları dikkat çeker (3, 4, 7, 13, 14). Bu metaplazik kıkırdak dokusu odakları, sapları ile uzayıp ayrılarak eklem içerisine düşerek kalsifiye ve ossifiye olur ve serbest cisimler gelişir (3, 7). Hastalığın tanısı genellikle bu serbest cisimlerin sadece %50 vakada ossifiye olarak direkt grafilerde görünür hale gelmesi ile konulur (14).

Nöropatik artropati, romatoid ve tüberküloz artritler, dejeneratif eklem hastalığı ve osteokondritis dissekans gibi eklem içerisinde serbest cisim görülen diğer hastalıklar ayırıcı tanıda çok önemlidir (7, 13, 14). Eklem içerisinde çok sayıda dolma defektini göstermede artrografi, tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sıklıkla kullanılan yöntemlerdir (6).

Spontan regresyonlar da bildirilmiş olmasına karşın, sinovyal kondromatozisin tedavisi cerrahidir (14).

Olgu sunumu

Hastamız sağ dirseğinde 5 yıldır olan ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetleri ile başvurdu. Hikayesinde "Medial epikondilit" tanısı ile steroid enjeksiyonunu takiben uzun kol alçısı yapıldığı fakat şikayetlerin geçmemesi üzerine ilaç tedavisi ve fizik tedavi yöntemlerinin uygulandığı anlaşıldı. Takip eden yıllarda ağrı ve hareket kısıtlılığının artması üzerine, başka bir merkezde yapılan tetkikler, neticesinde sinovyal kondromatozis tanısı alarak sağ dirseğine anterior yaklaşım ile cerrahi girişim yapıldığı öğrenildi. Cerrahi sırasındaki hastalığın yayılımı ve yapılan girişim hakkında ayrıntılı bilgi edinilemedi. Kliniğimize baş-

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

(2) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanı, Doç. Dr.

(3) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Doç. Dr.

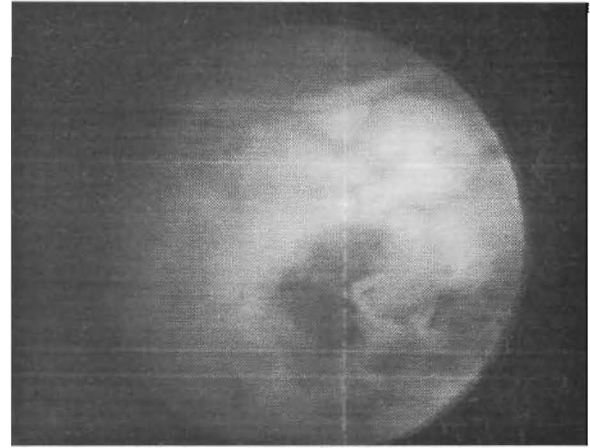
(4) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

(5) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Doç. Dr.

* 4. Ulusal Spor Yaralanmaları, Artroskopi ve Diz Cerrahisi Kongre'sinde poster olarak sunulmuştur.



Şekil 1: 41 yaşında erkek hastanın ön-arka ve yan sağ dirsek grafileri. Eklem aralığı iyi korunmuş ve eklem içerisinde opasite yok



Şekil 3: Artroskopik görüntü; çok sayıda serbest kırıldak cisimleri ve fossa olekraniyi dolduran kitle, olekranon ucu yukarıda

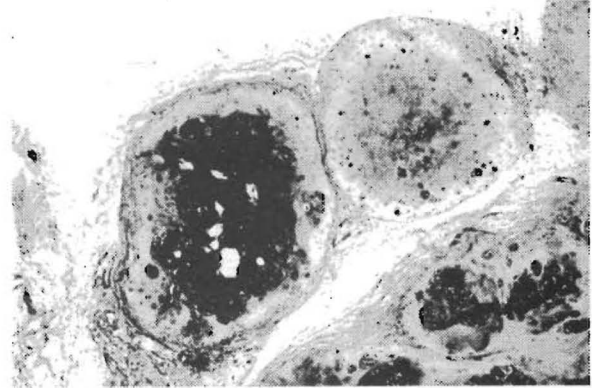


Şekil 2: Hastanın artroskopi öncesi MRG'si; sagittal kesitlerde fossa olekraniyi dolduran 23x15x18mm boyutlarında solid lobüler kitle, eklem anteriorunda hastalık yok

vrusunda sağ dirsekte ileri derecede hareket kaybı, şişlik ve ağrı mevcuttu. Hasta şikayetini "sanki dirseğimin arkasında hareketi engelleyen bir blok var" şeklinde ifade etmekteydi.

Fizik muayenede inspeksiyon ile belirgin kas atrofisi yoktu, minimal şişlik ve eklem anterior yüzünde S şeklinde cerrahi skar mevcuttu. Palpasyon ile olekranon, posterior eklem kapsülü, humerus lateral kondil üzeri ağrılydı. Dirsekte 50°'lik ekstansiyon kaybı mevcuttu, toplam fleksiyonu 100°'di, supinasyon ve pronasyon yoktu. Sağ üst ekstremité duyu ve motor muayenesi doğal, nabızlar dolgundu.

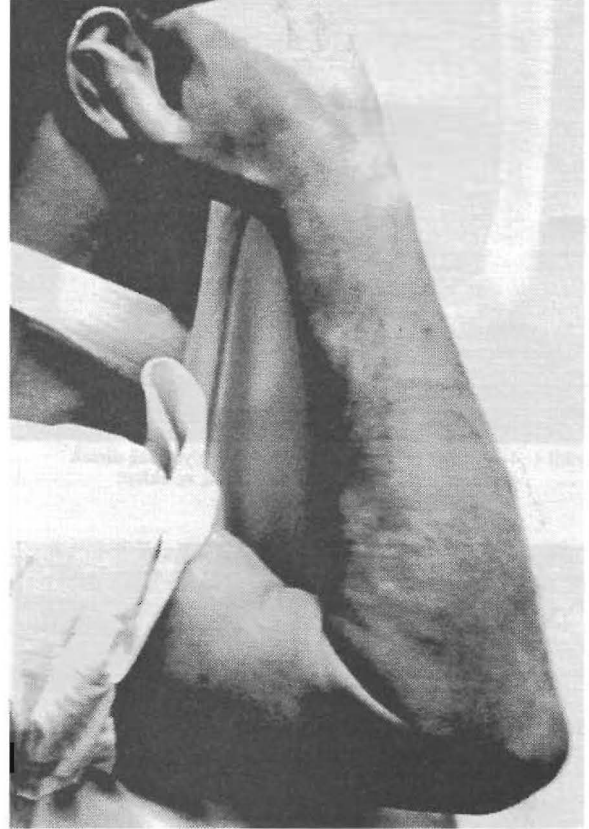
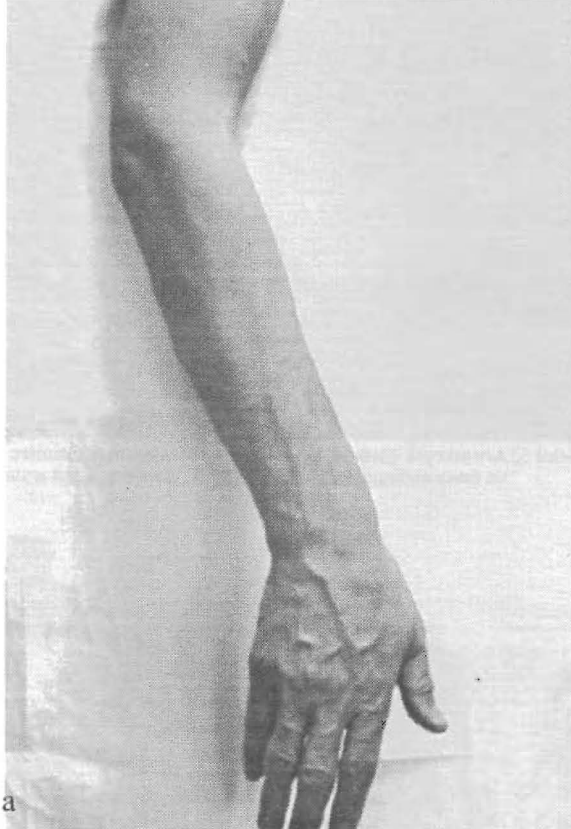
Hastanın cerrahi girişim öncesi çekilen grafisinde humerus anterior yüzünde distalde görülen kalsifikasyonlar, kliniğimizde çekilen grafilerde mevcut değildi ve eklem mesafesi iyi korunmuştu (Şekil 1). Çekilen MRG ile sağ dirsekte minimal effüzyon ve olekranon fossası içerisinde homojen olmayan bir



Şekil 4: Histolojik kesit; sinovyal doku içerisinde nodüler kondrosit proliferasyonları, kondrosit kümeleşme eğiliminde, H.E. x40

opasifikasyon gösteren, 23x15x15 mm boyutlarında solid bir kitle tespit edildi (Şekil 2). Erken evre sinovyal kondromatosis ayırıcı tanıda düşünölmekle birlikte MRG tanısı Nodüler sinovyal hipertrofi veya Villonodüler sinovit olarak belirtildi. Humero-radial, humero-ulnar ve proximal radio-ulnar eklem yüzeyleri tüm kortikal ve medüller kemik yapılar normal olarak bulundu. Dirsek anteriorundaki tüm yapılar ve eklem içerisi normal olarak değerlendirildi.

Hasta yüz üstü pozisyonda yatarak sağ kol destek üzerinde serbest bırakılarak genel anestezi altında dirsek artroskopisi yapıldı. Postero-lateral ve direkt posterior portaller kullanılarak eklem içerisinde çok sayıda kırıldak serbest cisim ve olekranon fossasını dolduran sinovyal doku tespit edildi (Şekil 3). Eklem içerisindeki tüm serbest cisimler ve sinovyal doku motorize enstrüman ve yakalayıcılar ile dikkatle temizlendi ve patolojik incelemeye gönderildi. Takiben antero-lateral portal kullanılarak eklem anterior yapıları değerlendirildi, geçirilmiş cerrahiye bağlı olduğu düşünölen yapışıklıklar özenle gevşetildi. Eklem posteriorundaki sinovyal kitlenin çıkarılmasını takiben dirsek anestezi altında manöple edilerek tam hareket kazandığı göröldü. Eklem içerisi yıkanarak serbest cisim veya sinovyal dokular tekrar temizlen-



Şekil 5: a. Hastanın artroskopi sonrası 1. yıl kontrol fonksiyon görüntüsü, 15°'lik ekstansiyon kaybı, b. fleksiyon tam

di. İncelenen patoloji kesitlerindeki tipik kondroid metaplazi, sinovyal kondromatosis tanısını desteklemekteydi (Şekil 4).

Artroskopik girişim sonrası 1. gün erken aktif hareket verildi. Hareket genişliğini sağlayıcı ve kuvvetlendirici egzersizler 1. hafta başlandı. Hasta 2. hafta da işbaşı yaparak çalışmaya başladı. İlk yıl kontrolünde hasta ağrısının tamamen geçtiğini ifade etmekteydi, muayenesinde dirsek fleksiyonu tamdı, 15° ekstansiyon kaybı ve 20° supinasyon ve pronasyon tespit edildi (Şekil 5).

Tartışma

Sinovyal kondromatosis hemen her eklemi tutabilen; ekstra-artiküler formları da tarif edilmiş olmasına karşın (21%), esas olarak intra-artiküler bir patolojidir (3, 4, 7, 13, 14, 16, 17). Her iki form da en çok diz eklemine ilgilendirir, nadiren kondrosarkoma dönüştüğü bildirilmiştir (2).

Dirsek eklemi tutulumu oldukça nadirdir (4%) ve cerrahi tedavisinde çeşitli zorluklar mevcuttur (7). Hastalığın gelişimini 1977 yılında Milgram üç önemli evreye ayırmıştır, erken; serbest cisim olmadan aktif intra-sinovyal hastalık, geçiş; serbest cisimler ve aktif hastalık, geç; intra-sinovyal hastalık olmaksızın çok sayıda serbest cisim (7, 13, 14). Yaygın ve aktif intra-sinovyal hastalığı olan vakalarda ağrı ve şişlik gibi bulgular en önemli belirtilerdir, bu vakalarda sinovektominin gerekliliği bir çok yazar tarafından bildirilmiştir (7, 11, 13, 14, 16). Ogilvie-Harris'e göre

yaygın intra-sinovyal hastalığı olan vakalarda sadece serbest cisimlerin çıkarılması yüksek nüks oranlarına yol açmaktadır (3/5) (11). Geçiş dönemi için sinovektominin gerekliliği hakkında halen tartışmalar mevcuttur. Sadece mekanik bulguların varlığında serbest cisimlerin çıkarılması yeterli olabilmektedir, nüks görülsede birçok yazar gereken ikinci bir cerrahi girişimin hastalığın seyrini değiştirmedigine inanmaktadır (7, 11). Lokalize intra-artiküler veya ekstra-artiküler hastalıkta lezyonun tam çıkarılması yeterlidir (7, 11). Cerrahi tedavi sonrası nüks oranları Maurice ve arkadaşları tarafından %12 olarak bildirilmiştir (7).

Hastamızda yeterli miktarda yapılamayan bir sinovektomiden bir yıl sonra gelişmiş nüks, açık cerrahi sırasında muhtemelen yaygın intra-artiküler geçiş evresinde olan hastalığın tam olarak çıkarılamamasına bağlıydı. Anterior açık girişim ile eklem posteriorunda bulunan sinovit ve serbest cisimlerin çıkarılması zaten teknik olarak imkansızdır. Hastalığın gerçek yayılımını anlayabilmek için artroskopik girişim, diğer tanı yöntemleri (MRG, Tomografi) kullanılmıyorsa zordur. Artroskopik girişim öncesinde çektiğimiz MRG bize hastalığın sadece posterior kompartimana lokalize olduğunu göstermiştir. Olekranon fossasını dolduran büyük nodüler kitle ve ileri derecede hareket kısıtlılığı ikinci bir açık cerrahi girişim kararını engellemiştir.

Serbest cisim çıkarılması, sinovektomi ve hareket kısıtlılığında dirsek artrokopisinin uygulanırlığı birçok yazar tarafından vurgulanmıştır (1, 5, 9, 10, 12, 15). Ogilvie-Harris dirsekten artroskopik serbest ci-

sim çıkarılmasının sonuçlarını bildirdiği 33 vakanın %89'unda girişim sonrası belirgin düzelme gözlemlenmiştir (12). Kim ve arkadaşları yine benzer bir çalışmada artroskopik olarak serbest cisim çıkarılan 15, osteofit çıkarılan 14, abrazyon artroplastisi yapılan 6, anterior kapsül gevşetilen 5 ve radius başı çıkarılan 1 hastada toplam olarak %92 başarılı sonuç ve ortalama 24° artmış hareket genişliği sağladıklarını belirtmişlerdir (5).

Bizim hastamızda ise ağrı ve şişlik tamamen düzelmiş, hareket genişliği ise toplam 80° artmıştır. Dirsek ekstansiyonunu kısıtlayan ana faktör, olekranon fossasındaki nodüler sinovyal kitle olduğu için büyük oranda düzelme bu kitlenin eksizyonu ile sağlanmış, fleksiyondaki kısıtlılığın effüzyon ve ağrıya bağlı geliştiği düşünülmüştür.

Sonuç olarak, dirsekteki yaygın hastalık için açık cerrahi yöntemlerle yapılabilecek olan tedavinin dirseğin özel anatomisi nedeni ile yetersiz kalacağı inancındayız. Artroskopik tekniğin kullanılması bu ve benzer vakalar için hem tanısallık yaklaşımında hemde cerrahi tedavide bir lüks değil zorunluluktur. Küçük eklem aralığı, geçirilmiş cerrahi ve nörovasküler yapıların portallere yakın komşuluğu komplikasyonların önlenmesi için ciddi artroskopik tecrübe ve itina gerektirmektedir.

Kaynaklar

1. Angelo RL. Advances in elbow arthroscopy. *Orthopaedics* 16(9):1037-1046, 1993.
2. Hamilton A, Davis RI, Nixon JR. Synovial chondrosarcoma complicating synovial chondromatosis. *J Bone Joint Surg* 69 (A) 7:1084-1088, 1987.
3. Jones JR, Evans DM, Kaushik A. Synovial chondromatosis presenting with peripheral nerve compression. *J Hand Surg* 12 (B) 1:25-27, 1987.
4. Karlin JA, Smet AA, Neff J, Lin F, Horton W, Wertzberger JJ. The variable manifestations of extra-articular synovial chondromatosis. *Am J Radiol* 137: 731-735, 1981.
5. Kim SJ, Kim HK, Lee JW. Arthroscopy for limitation of motion of the elbow. *Arthroscopy* 11(6): 680-683, 1995.
6. Matsumo K, Hukuda S, Fujita M, Kokimoto A, Tachibana S. Cubital bursitis caused by localized synovial chondromatosis of the elbow. *J Bone Joint Surg* 78 (A) 2:275-277, 1996.
7. Maurice H, Crone M, Watt I. Synovial chondromatosis. *J Bone Joint Surg* 70 (B): 807-811, 1988.
8. Nowicki KD, Shall LM. Arthroscopy of a post-traumatic flexion contracture in the elbow: a case report and review of the literature. *Arthroscopy* 8 (4): 544-547, 1992.
9. O'Driscoll SW. Elbow arthroscopy for loose bodies. *Orthopaedics* 15 (7): 855-859, 1992.
10. O'Driscoll SW, Morrey BF. Arthroscopy of the elbow. *J Bone Joint Surg* 74 (A) 1:84-94, 1992.
11. Ogilvie-Harris DJ, Satch K. Generalised synovial chondromatosis of the knee: a comparison of removal of loose bodies alone with arthroscopic synovectomy. *Arthroscopy* 10 (2):166-170, 1994.
12. Ogilvie-Harris DJ, Schemitsch E. Arthroscopy of the elbow for removal of loose bodies. *Arthroscopy* 9 (1): 5-8, 1993.
13. Patee GA, Synder SJ. Synovial chondromatosis of the acromio-clavicular joint. *Clin Orthop* 233:205-207, 1988.
14. Richman JD, Rose DJ. The role of arthroscopy in the management of synovial chondromatosis of the shoulder. *Clin Orthop* 257:91-93, 1990.
15. Schneider T, Hoffstetter I, Fink B, Jerosch J. Long term results of elbow arthroscopy in 67 patients. *Acta Orthop Belg* 60(4):378-383, 1994.
16. Schroder HP, Axelrod TS. Synovial osteochondromatosis of the distal radio-ulnar joint. *J Hand Surg* 21 (B) 1:30-32, 1996.
17. Sim H, Dahlin D, Ivins JC. Extra-articular synovial chondromatosis. *J Bone Joint Surg* 59 (A) 4:492-495, 1977.

Yazışma adresi :

Uzman Dr. Hüseyin Demirörs

Fevzi Çakmak Cad. 10 Sokak No: 45

Bahçelievler 06490

Ankara, Türkiye