

## Subkorakoid bursada sinovyal kondromatozis (Olgu sunumu)

Levent Eralp<sup>(1)</sup>, Mehmet Demirhan<sup>(2)</sup>, Ata Can Atalar<sup>(3)</sup>

*Sinovyal kondromatozis sinovyal membranın metaplazisi yolu ile kırıldak madde ürettiği bir patolojidir. Genellikle diz ve kalça eklemlerinde, eklemiçi sinovyadan kaynaklanır. Bursal yerleşimi çok nadirdir. Bu çalışmamızda, kliniğimizde tedavi edilen, subkorakoid bursa yerleşimli sinovyal kondromatozis olgusu, literatür araştırmamız ile birlikte sunulmuştur.*

**Anahtar kelimeler:** Sinovyal kondromatozis, omuz, subkorakoid bursa

### Synovial chondromatosis of the subcoracoid bursa (case report)

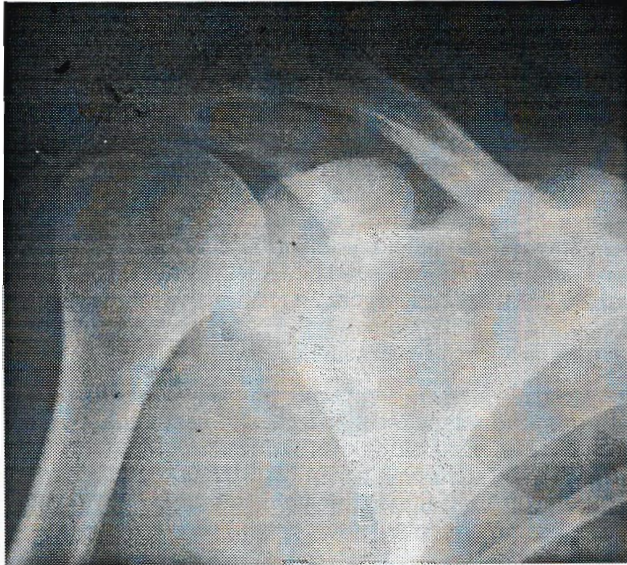
*Synovial chondromatosis is a chondroid metaplasia of the synovial membrane. It occurs mostly in large joints, such as knee and hip. Extraarticular involvement is rarely described. Synovial chondromatosis has been shown as a cause of impingement syndrome of the shoulder only in a few cases. We hereby report a case with synovial chondromatosis of the subcoracoid bursa, which caused impingement symptoms.*

**Keywords:** Synovial chondromatosis, shoulder, subcoracoid bursa

Sinovyal kondromatozis sinovyal membranın metaplazi yolu ile kırıldak madde ürettiği bir patolojidir. Genel klinik tabloda monoartiküler ve intraartiküler tütulum sözkonusudur, genelde diz eklemi tutulur (3).

Primer sinovyal kondromatozis daha sık rastlanan degeneratif eklem hastalığı ve eklem içi serbest cisimlere sekonder, sinovyal membranda kırıldak madde varlığından ayırt edilmelidir (7).

Bir tenosinovyal kılıf veya bursaya lokalize ekstraartiküler sinovyal kondromatozis, çok ender görülür. Özellikle eller ve ayaklar dışındaki yerleşimleri istisnadır (6). Kliniğimizde subkorakoid sinovyal kondromatozis tanısı ile tedavi edilen bir hastayı burada sunmak istedik.



Şekil 1: Hastanın direkt radyografisi

### Olgu Sunumu

47 yaşındaki bayan hastamız yaklaşık 6 aydır giderek artan omuz ağrısı şikayeti ile değişik merkezlerde konservatif tedaviler görmesine rağmen rahatlamamış. Hastanın ilk başvurusunda omuz ön tarafında ve subakromial bölgede kola yayılan, aktivite ile artan, gece ve istirahatde de devam eden ağrı şikayeti vardı. Fizik muayenede kolun aktif elevasyonu 120 derece, aktif dış rotasyonu 30 derece idi; iç rotasyonu ile 5. lomber vertebra hizasına ulaşabiliyordu. İmpingement belirtisi ve supraspinatus testleri pozitif idi. Direkt röntgen incelemelerinde, belirgin patolojik bulgu yoktu (Şekil 1). Bu bulgular ışığında subakromial sıkışma sendromu tanısı ile impingement testi yapıldı. Subakromial alana, 9cc bupivakain (Marcaine), 1cc kortikosteroid (Celestone) karışımı injekte edildi. Hastanın şikayetleri kendi ifadesi ile %20-30 geriledi, aktif hareket açıklığı çok az arttı. Bunun üzerine ileri tetkik için manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. MRG sonucunda, subkorakoid bursada yoğun olmak üzere, büyüklüğü ortalama 10mm olan sinovyal kondromatozis ile uyumlu çok sayıda minik kitle tespit edildi (Şekil 2 a, b).

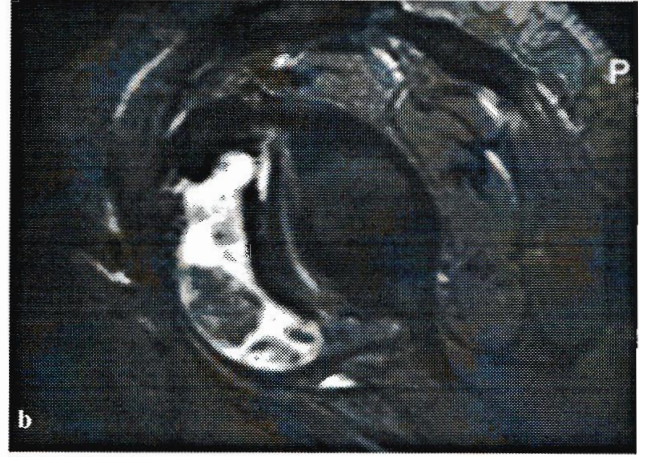
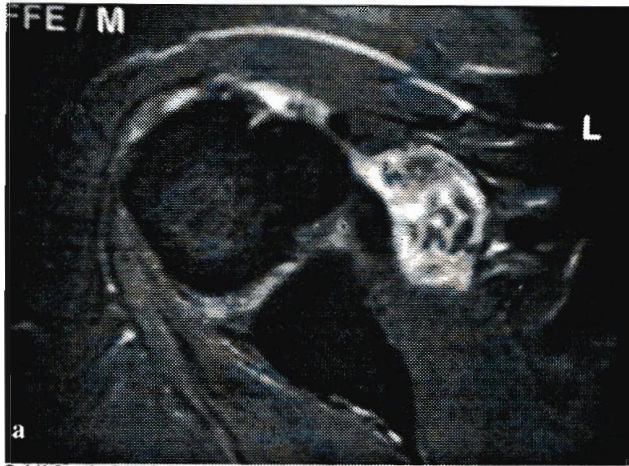
Eksizyonel biyopsi endikasyonu ile hasta yatırıldı. Ameliyat sırasında hasta şezlong (beach-chair) pozisyonunda oturtuldu. Subakromial bölge anterolateral yaklaşım ile, deltoidin ön lifleri subperiosteal kaldırılarak ortaya konuldu. Korakoakromial bağ kesildi. Subakromial bursa çıkartıldı. Daha sonra, subkorakoid bursadan MRG'de tarif edilen ortalama 10-15mm büyüklüğünde kırıldak kıvamında yaklaşık 20 adet kitle çıkartıldı (Şekil 3). Bursa tamamen eksize edildi. Akromioplasti yapılan hastanın operasyonu sorunsuz olarak tamamlandı.

Çıkartılan materyal histopatolojik inceleme sonucunda, kondroid metaplazi gösteren sinovyal hipertrofi (sinovyal kondromatozis) olarak değerlendirildi (Şekil 4).

(1) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve travmatoloji Anabilim Dalı, Op. Dr.

(2) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve travmatoloji Anabilim Dalı, Doç. Dr.

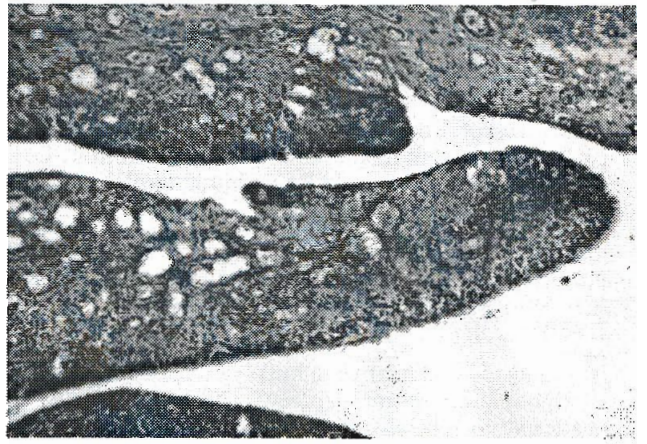
(3) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve travmatoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi



Şekil 2 a, b: MRG incelemesinde nodüllerin görünümü, a. aksiyel kesit, b. sagittal kesit



Şekil 3: Lezyonun makroskopik görünümü



Şekil 4: Patolojik incelemede kıkırdak metaplazisi gösteren sinovya

Hastaya postoperatif dönemde standart üç fazlı rehabilitasyon programı uygulandı. Şu anda ameliyat sonrası birinci yılı dolan hastanın, ağrı şikayeti tamamen kaybolmuştur ve aktif hareket açıklığında kısıtlanma yoktur.

## Tartışma

Ekstraartiküler sinovyal kondromatozis nadir görüldüğü anatomik bölgelerden ortaya çıkarsa, büyük tanısal sorun yaratır (5).

Omuz bölgesine lokalize sinovyal kondromatozis, literatürde çok az sayıda bildirilmiştir. Gasbarrini'nin 9 hastadan oluşan omuz bölgesi sinovyal kondromatozislere incelediği serisinde sadece bir hastada subkorakoid bursada yerleşim bildirilmiştir (2).

Sinovyal kondromatozislerin yaklaşık 2/3'lik bölümü kalsifiye olduğu için radyografide tipik "patlamış mısır" görüntüsüne sahip olurlar. Bazı vakalarda, ekspanse olarak kemikte yüzeyel erozyona sebep olabilirler. Ancak, bizim vakamızda olduğu gibi 1/3'lik bölümünde ise sinovyal kondromatozise ait nodüller kalsifiye olmazlar, dolayısı ile direkt röntgen incelemelerinde patolojik görüntü vermezler. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), kıkırdak nodülleri de görüntüleyebilmesi nedeniyle ideal teknik olarak ön plana çıkmaktadır (2).

Klinik ve radyolojik görüntü olarak, omuz bölgesindeki ekstraartiküler sinovyal kondromatozisin ayırıcı tanısına; kalsifiye tendinit, sinovyal sarkom, periosteal kondrom girer (2, 6).

Genel kanı tendon kılıfı, eklem boşluğu ve bursalarda görülen tüm sinovyal kondromatozislerin tek bir patoloji olduğu yönündedir. (4) Histopatolojik olarak; sinovyal kondromatozis, sinovyanın yüzeysel, hücreliliği fazla olan katmanının kıkırdak metaplazisi şeklinde ortaya çıkar. Büyüyen nodüller serbestleşebilir ve zamanla kalsifiye olabilirler. Ayırıcı tanıda, yüksek hücreliliği, büyük hücre çekirdekleri, hücresel polimorfizmi nedeniyle kondrosarkom ile karışabilir. Ancak, sinovyal kaynaklı olması tanıda yol göstericidir (2, 6).

Omuzda sıkışma sendromu genelde rotator manşetin; akromion, korakoakromial ligaman, akromioklaviküler eklem veya korakoid çıkıntı tarafından obliterasyonuna bağlıdır. Bu sendroma sebep olan bursal patolojiler oldukça nadirdir. Genelde romatoid kalınlaşma veya iyatrojenik komplikasyonlar (sütür, tel vb.) ön plandadır (1).

Bizim vakamızda sıkışma sendromuna sebep olan subkorakoid sinovyal kondromatozise literatürde bir vakada rastlanmıştır (2). Subakromiyal bursada sinovyal kondromatozise bağlı sıkışma sendromu ise literatürde üç vakada bildirilmiştir (1).

Eklemeçi olgularda genellikle serbest cisimlerin cerrahi olarak çıkartılması ve parsiyel sinovyektomi ile patolojinin kaynağı olan bölgenin uzaklaştırılması işlemi tercih edilmiştir. Eklemdışı bursa kaynaklı olgularda ise buranın rezeksiyonu tek tedavi seçeneğidir (1, 2, 6).

### Kaynaklar

1. DeFerm A, Lagae K, Bunker T: Synovial osteochondromatosis: an unusual cause for subacromial impingement. *Acta Orthop Belg*, 63: 218-220, 1997.
2. Gasbarrini A, Biscaglia R, Donati D, Casadei R, Picci P: Synovial chondromatosis of the shoulder. *Chir Organi Mov*, 82: 73-81, 1997.
3. Jaffe HL: *Tumors and tumorous conditions*. Lea and Febbiger Philadelphia, 558-576, 1958.
4. Jones HT: Loose body formation in synovial chondromatosis with special reference to the etiology and pathology. *J Bone Joint Surg* 6: 407-458, 1924.
5. Lichtenstein L, Goldman RL: Cartilage tumors in soft tissues, particularly in hand and foot. *Cancer*, 17: 1203-1208, 1964
6. Sim FH, Dahlin DC, Ivins JC: Extraarticular synovial chondromatosis. *J Bone Joint Surg* 59(A): 492-495, 1977
7. Stout AP, Verner EW: Chondrosarcoma of the extraskelletal soft tissues. *Cancer* 6: 581-590, 1953.

Yazışma adresi:

Op. Dr. Levent Eralp

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi

Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

34390 Çapa, İstanbul, Türkiye