



Omuzda yumuşak doku kitlesi ile kendini gösteren ve pirinç taneleri (rice body) içeren subakromial bursit olgusu

A case of subacromial bursitis with rice bodies presenting as a soft tissue mass

Şenol AKMAN, Semih A YANOĞLU, Bülent AKSOY, Fevziye KAVUKÇUOĞLU, İrfan ÖZTÜRK

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Omuz ekleminde şişlik şikayetiyle başvuran hastalarda ayırıcı tanıda zorluklarla karşılaşılabilir. Sol omuzda 10x10 cm boyutlarında ağrısız yumuşak doku kitlesi ile başvuran ve travma anamnezi olmayan 29 yaşındaki erkek hastada yapılan tetkikler sonucunda kitlenin subakromial kökenli olduğu anlaşıldı. Kitlenin cerrahi olarak çıkarılması sonucunda, içinde pirinç tanesi görünümünde çok sayıda oluşum gözlemlendi. Patolojik inceleme, klinik ve laboratuvar araştırmaları sonucunda kitlenin subakromial bursanın kronik enflamasyonu sonucu geliştiği düşünüldü.

Anahtar sözcükler: Artrit, romatoid/patoloji/komplikasyon; bursit/etioloji/patoloji/tanı; bursa, sinoviyal/patoloji; eklem serbest cisimleri/patoloji; omuz eklemi/patoloji; yumuşak doku neoplazmları/tanı; sinoviyal membran/patoloji.

The differential diagnosis in a patient with a swelling in the shoulder region can sometimes be confounding. A twenty-nine-year-old male patient presented with a painless soft tissue mass in his left shoulder measuring 10x10 cm. No history of trauma was elicited. Examination suggested a soft tissue mass of subacromial origin. The mass was surgically removed and was found to include numerous rice bodies. Pathologic, clinical and laboratory investigations suggested that it was associated with a chronic inflammation of the subacromial bursa.

Key words: Arthritis, rheumatoid/pathology/complications; bursitis/etiology/pathology/diagnosis; bursa, synovial/pathology; joint loose bodies/pathology; shoulder joint/pathology; soft tissue neoplasms/diagnosis; synovial membrane/pathology.

Subakromial bursit omuz ekleminde ağrı ve şişlik şikayetlerine yol açabilen patolojilerden biridir. Etiyolojide genellikle travma vardır. Travma olmaksızın ağrı ve kitle şikayetleriyle başvuran hastalarda romatoid artrit, tüberküloz artrit, gut artrit, septik artrit, psödo-gut ve kronik subakromial bursit akla gelmelidir. Ağrının oluşmadığı, impingement belirtisinin olmadığı, sadece kitle ve kısmi hareket kaybı şikayetleriyle başvuran hastalarda klinik ve laboratuvar tetkikleriyle ayırıcı tanı yapıldıktan sonra, patolojik tetkik ile kronik subakromial bursit tanısı konabilir.

Bu yazımızda, subakromial keseden kaynaklanan ve içinde çok sayıda pirinç tanesi cisimciği (rice body) içeren ve kronik enflamasyon bulgularına yol açan

kronik subakromial bursit olgusu ve cerrahi tedavisi sonucunu literatür bilgisi eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu

Yirmi dokuz yaşında erkek hasta, iki yıl önce başlayan ve yaklaşık beş aydır giderek artan sol omuzda şişlik, minimal ağrı ve kitle şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hastanın ilk başvurusunda sol omuz eklemi önünde, lateral deltoid kası lokalizasyonunda, yaklaşık 10x10 cm boyutlarında, yumuşak kıvamda, mobil yumuşak doku kitlesi mevcuttu. Herhangi bir enfeksiyon bulgusu yoktu. Fizik muayenede abduksiyon 110 dereceden sonra ağrılı ve kısıtlı idi. Öne aktif elevasyonu ve aktif iç-dış rotas-

yonu tam idi. Üst ekstremitede damar sinir lezyonu saptanmadı. İmpingement belirtisi yoktu. Direkt röntgen incelemelerinde, yumuşak doku kitle gölgesi dışında belirgin bir kemik patolojiye rastlanmadı. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sol subakromial-subdeltoid bursa yerleşimli, yaklaşık 11x9x7 cm boyutlarında, düzgün sınırlı ve kendi üzerine kıvrımlı kistik oluşum izlendi. Subakromial, subdeltoid bursada kronik bursit ve supraspinatus tendonu ön liflerinde parsiyel rüptür bulguları vardı (Şekil 1a, b).

Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 21 mm/saat, romatoid faktör ve CRP negatif bulundu; diğer laboratuvar sonuçları (lökosit sayısı 8600/µl, tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, Na, K, Cl, üre, ürik asit, kreatinin ve rutin biyokimya) normal sınırlarda idi.

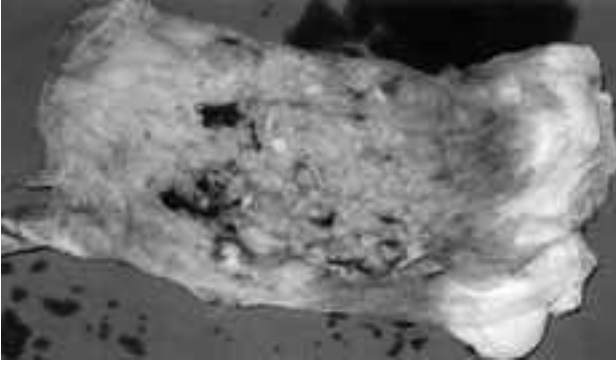
Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu alınan sıvı eritrosit, lenfosit, polimorfonükleer lökosit ve makrofaj içermekte ve bursanın enflamasyonunu düşündürmekteydi. Gram boyamada nadir lökosit görüldü, bakteri görülmedi. Aerobik ve anaerobik ekimlerde üreme olmadı. Ziehl-Neelsen boyamada aside dirençli basil görülmedi. Löwenstein besiyerine yapılan ekimlerde 45 gün sonunda aside dirençli basil üremedi. PPD negatif idi.

Eksizyonel biyopsi endikasyonu ile ameliyata karar verildi. Ameliyat sırasında hasta şezlong (beach-chair) pozisyonunda oturtuldu. Majör aksilla çizgisinden geçen insizyonla girildi. Deltoidin anterior kısmı kist tarafından laterale itilmişti ve atrofik görünümdeydi. Kistik oluşum sınırlarının akromionun 10 cm altına kadar uzandığı görüldü. Kist tamamen, subakromial bursa ile birlikte eksize edildi. Rotator manşette yırtık görülmedi. Makroskopik incelemede, kalınlaşmış sinoviyal kapsül, enflamatuvar sinoviyal sıvı ve kist içerisinde 1000'e yakın pirinç tanesi cisimciği gözlemlendi (Şekil 2).

Çıkarılan materyalin histopatolojik incelenmesinde yüzey sinoviyada yer yer hipertrofi, stromada düzensiz kollajen demetleri, proliferatif fibroblastlar, vasküler proliferasyonun yanı sıra multi-nükleer dev hücreler, epiteloid histiositler ve fibroblastlardan oluşan granülom yapıları da içeren mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu saptandı. Bakteriye rastlanmadı ve kültürde üreme olmadı. Yapılan tetkiklerde tüberküloz lehine bulgu saptanmaması nedeniyle olgu kronik bursit olarak değerlendirildi. Pirinç tanesi cisimcikleri kolaylıkla ayırt edilebilmekteydi. İçlerinde lamellar madde ve dağınık görünümli nükleuslar ile çevrili eosinofilik yapılar vardı (Şekil 3). İmmature olanların sinoviyal epitel ile temas halinde olduğu görüldü.



Şekil 1. (a) T1 ağırlıklı post kontrast aksiyel görüntüde mevcut lezyonun çepersel olarak kontrast tuttuğu, septasyonların belirginleştiğini izlenmekte. (b) T2 ağırlıklı oblik koronal görüntüde humerus lateral yüzde, proksimal metafize kadar uzanan, deltoid kasında belirgin ekspansiyon oluşturan ve içinde yer yer septa ve muhtamel nodüler hipointens (rice body?) milimetrik alanlar içeren yoğun hiperintens kitlenin görünüm.

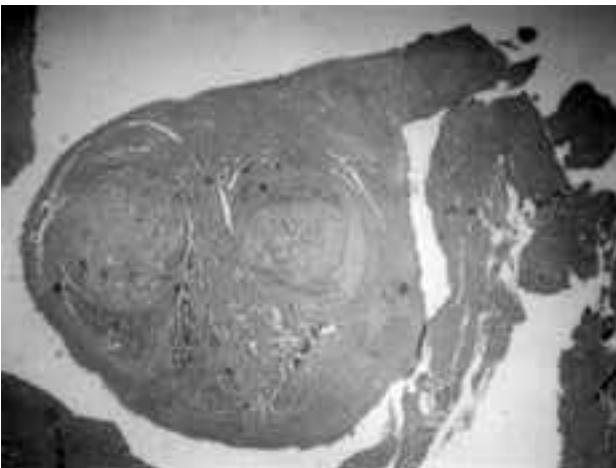


Şekil 2. Subakromial bursadan çıkarılan irili ufaklı çok sayıda pirinç tanesi cisimcikleri.

Hastaya ameliyat sonrası dönemde standart üç fazlı rehabilitasyon programı uygulandı. Ameliyat sonrası birinci yılı dolan hastada, aktif hareket açıklığında kısıtlama olmadı; rekürens görülmedi, ağrı şikayeti gözlenmedi.

Tartışma

Pirinç tanesi cisimciklerinin etyolojisi açıklanamamakla birlikte, non-spesifik enflamasyonun yan ürünleri olarak düşünülmektedir. Pirinç tanesi cisimciklerine bazen romatoid artritli ya da tüberküloz hastalarının etkilenmiş eklemlerinde veya bursalarında raslanmaktadır. Subakromial bursa tutulumu olan romatoid artritli hastalarda omuz ağrılarının sebebi genellikle eşlik eden rotator manşet lezyonlarıdır. Romatoid artritli hastalarda subakromial bursada serbest cisimlere rastlanabileceği bildirilmiştir. Huston ve ark.^[1] romatoid artritin en belirgin bulgusu olarak bir olguda bilateral subakromial bursit gözle-



Şekil 3. Eozinofilik fibröz merkezin konsantrik tarzda çevrelenmesi ile oluşan pirinç tanesi cisimcikleri (H-Ex32).

mişlerdir. Thevenon ve ark.^[2] seronegatif romatoid artriti olan bir hastada, subakromial bursada sıvı artışı ile beraber pirinç tanesi cisimciği içeren subakromial bursit bildirmişlerdir. Bununla birlikte, romatoid artritli olmayan hastalarda pirinç tanesi cisimciği ihtiva eden ve büyük bir kitle ile ortaya çıkan izole subakromial bursit oldukça nadirdir; literatürde üç olgu bildirilmiştir.^[2,3] Sahlstrand ve Save-Soderbergh,^[4] ağrılı ark sendromu olan ve pirinç tanesi cisimcikleri içeren subakromial bursitli orta yaşlı erkek bir çüce hasta bildirmişlerdir. Benzer bir olguda, tabloya ağrı ve hareket kısıtlılığı da eklenmiştir. Stein ve ark.^[5] yaşlı bir hastada, omuzda ağrısız büyük kitle ile ortaya çıkan subakromial bursit ve çok sayıda pirinç tanesi cisimcikleri bildirmişlerdir.

Olgumuz orta yaşlı bir işçidir. Hastanın zaman zaman olan omuz ağrıları ve ele gelen kitlesi dışında şikayeti yoktu. Yapılan tetkiklerde eklem sertliği, multipl eklem tutulumu, simetrik eklem tutulumu ve diğer eklemlerde (el bileği, metakarpofalangeal eklemler, proksimal inter falangeal eklemler, el, dirsek, servikal vertebralar, kalça, diz ve ayak bileği gibi romatoid artritin sıkça tuttuğu eklemler) herhangi bir romatoid artrit bulgusu yoktu. Anamnez ve klinik muayene bulguları, ağrısız bir kitlenin varlığı ve laboratuvar incelemeleri bizleri akut subakromial bursit, septik artrit, gut artriti, psödogut artriti ve malignensi tanılarından uzaklaştırdı.

Manyetik rezonans görüntüleme ile lezyonların özelliklerinin tanımı ilk kez Stein ve ark.^[5] tarafından yapılmış ve kitlenin lokalizasyonu ve enflamatuvar karakteri konusunda oldukça yararlı bilgiler elde edilmiştir. Olgumuzda kontrastlı ve kontrastsız yapılan MRG'de sinoviyal kapsülün genişlediği gösterilmiştir. Bu değişiklikler sinoviyal membranın enflamasyonunu destekler niteliktedir.

Makroskopik incelemede, pirinç tanesi cisimcikleri yaklaşık 4-5 mm çapında, kenarları düzgün parlak parçacıklar şeklindeydi. Şekil ve büyüklükleri 0.5 mm ile 5 mm arasında değişmekteydi. Popert ve ark.^[6] göre, pirinç tanesi cisimcikleri fibrin ve kollajen bantlardan meydana gelmişlerdir ve histolojik yapılarındaki değişiklikler bunların matürasyon dereceleri ile ilişkilidir. Aynı yazarlarca bazı pirinç tanesi cisimcikleri içerisinde kan damarları bulunmuştur. Pirinç tanesi cisimciklerinin önceleri sinoviyal membrana bağlı olduğu ileri sürülmüştür.^[7] Olgumuzda, yalnızca bir kesitte sinovyadan ayrılmamış

pirinç tanesi cisimciği içerisinde kan damarları gözlenmiştir. McCarthy ve Cheung'a^[8] göre pirinç tanesi cisimcikleri, mikroinfarktlar sonucu oluşan sinoviyal ölü dokudur ve denatüre olmuş kollajen antijen şeklinde hareket ederek, romatizmalı olgularda immün cevaba sebep olmaktadır. Olgumuzda da, sinoviyumun histolojik incelemesinde, romatoid artritli hastalarda gözlenen kronik enflamasyon bulguları mevcuttu. Ancak granülomatöz reaksiyon gösteren kronik enflamasyon görülmesi tüberküloz enfeksiyonunu düşündürmüştü, destekleyici bulgular olmadığı için tüberkülozdan uzaklaşmıştır. Ülkemiz gerçekleri göz önüne alındığında, ayırıcı tanıda tüberküloz akılda tutulmalı ve mutlaka araştırılmalıdır. Literatürde bildirilen olgularda sinoviyum veya pirinç tanesi cisimciklerinde kıkırdak dokuya rastlanmamıştır.^[2,5] Bu bulguların ışığında, olgumuzdaki pirinç tanesi cisimciklerinin sinoviyal kondromatozisten histolojik olarak farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Olgumuzda pirinç tanesi cisimcikleri içerisinde kıkırdak dokuya rastlanmamıştır.

Olgumuzda olası bir romatolojik hastalığın subklinik olarak seyrettiği ve lokal subakromial bursada bağışıklık cevabı geliştiği düşünülebilir.

Olgu, sıradışı ortaya çıkışı ve klinik bulguları ile literatürde de oldukça az sayıda rastlanan kronik su-

bakromial bursit olarak değerlendirilmiştir. Bunun, omuz bölgesindeki kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken bir patoloji olduğu sonucuna varılmıştır.

Kaynaklar

1. Huston KA, Nelson AM, Hunder GG. Shoulder swelling in rheumatoid arthritis secondary to subacromial bursitis. *Arthritis Rheum* 1978;21:145-7.
2. Thevenon A, Cocheteux P, Duquesnoy B, Mestdagh H, Lecomte-Houcke M, Delcambre B. Subacromial bursitis with rice bodies as a presenting feature of seronegative rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1987;30:715-6.
3. Takayama A, Ito H, Shirai Y. Subacromial bursitis mimicking a soft tissue tumor. *J Shoulder Elbow Surg* 2000;9(1):72-5.
4. Sahlstrand T, Save-Soderbergh J. Subacromial bursitis with loose bodies as a cause of refractory painful-arc syndrome. A case report. *J Bone Joint Surg [Am]* 1980;62:1194-6.
5. Stein AJ, Case JL, Berman J, Levy H. Case report 770. Chronic subacromial bursitis with massive formation of rice bodies. *Skeletal Radiol* 1993;22:71-3.
6. Popert AJ, Scott DL, Wainwright AC, Walton KW, Williamson N, Chapman JH. Frequency of occurrence, mode of development, and significance of rice bodies in rheumatoid joints. *Ann Rheum Dis* 1982 ;41:109-17.
7. Berg E, Wainwright R, Barton B, Puchtler H, McDonald T. On the nature of rheumatoid rice bodies: an immunologic, histochemical, and electron microscope study. *Arthritis Rheum* 1977;20:1343-9.
8. McCarthy DJ, Cheung HS. Origin and significance of rice bodies in synovial fluid. *Lancet* 1982;2:715-6.