



Dirsek ve ayak bileğinde sinovyal kondromatozis: İki olgu sunumu

Synovial chondromatosis of the ankle joint and elbow in two cases

Cemal KURAL, Mustafa Fehmi AKYILDIZ, Haldun ERTÜRK, Kürşat BAYRAKTAR

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Yaşları 44 ve 88 olan iki erkek hasta, biri dirsek diğeri ayak bileğinde olmak üzere, eklem kısıtlılığı ve eklem bölgesinde giderek büyüyen şişlik, ağrı şikayetleriyle başvurdu. Radyografik incelemelerinde eklem içinde kalsifiye adacıklar ve hafif kondral hasar saptandı. Manyetik rezonans görüntüleme bulguları sinovyal kondromatozisle uyumlu bulunan olgulara, açık artrotomi ile serbest cisimlerin çıkarılması ve kısmi sinovektomi uygulandı. Tanı histopatolojik olarak da doğrulandı. Her iki olgunun da en az bir yıl süreli izleminde nüks saptanmadı.

Anahtar sözcükler: Ayak bileği eklemi; kondromatozis, sinovyal/tanı/radyografi/cerrahi; dirsek eklemi; eklem serbest cisimi/etioloji; hareket açıklığı, eklem.

Two male patients, aged 44 and 88 years, presented with complaints of restricted joint movement, a growing swelling, and pain in the elbow and ankle joints, respectively. Radiographs showed cartilaginous nodules in the affected joints and minimal chondral damage. Magnetic resonance findings were consistent with synovial chondromatosis. Both patients underwent removal of loose bodies by open arthrotomy and partial synovectomy. Histopathologic examination confirmed the diagnosis. No recurrences were detected within a follow-up period of at least a year.

Key words: Ankle joint; chondromatosis, synovial/diagnosis/radiography/surgery; elbow joint; joint loose bodies/etiology; range of motion, articular.

Sinovyal kondromatozis, eklem sinovyal membranında metaplastik değişikliklerle seyreden, intrasinovyal kondral ve osteokondral multipl nodüllerle karakterize, nadir görülen proliferatif bir hastalıktır. En sık diz eklemine gösterilmiş olsa da diğer eklemlerde de (dirsek, kalça, ayak bileği) görülür.^[1,2]

Genellikle orta yaş grubunda ve erkeklerde görülür ve tek eklemde yerleşim gösterir. Eklemde ağrı ve hareket kısıtlılığı ilerleyicidir, efüzyon ve bazı olgularda tekrarlayan kilitlenmelere bağlı osteoartroza neden olabilir.^[2,3] Nadir olgularda ağrıya sinir kompresyonu bulguları da eşlik edebilir.^[3]

Bu yazıda farklı yerleşimli iki sinovyal kondromatozis olgusu sunuldu.

Olgu sunumu

Olgu 1 – Seksen sekiz yaşında erkek hasta, sol ayak bileğinde 1.5 yıldır giderek artan ağrı ve hareket kısıtlılığı ile kliniğimize başvurdu. Özellikle merdiven inip çıkarken ayak bileği ön kısmında şiddetli ağrı yakınması vardı. Ortopedik muayenede ayak bileği dorsifleksiyon ve plantar fleksiyonu ağrı nedeniyle kısıtlı idi; anterior talotibial eklemden gelen ağrılı şişlik vardı. Isı artışı ve renk değişikliği yoktu. Radyografik incelemede tibiotalar eklem mesafesinin daralmış olduğu görüldü, eklem ön bölümünde multipl kondral kitleler vardı (Şekil 1). Biyokimyasal değerler normal sınırlardaydı.

Sinovyal kondromatozis öntanısıyla ameliyat planlandı. Anterolateral insizyonla ekstansör hallu-

cis longusun lateralinden girildi, ekstansör retinakulum kesilip eklem kapsülü açıldı. Kapsülün açılmasıyla 1.2 x 0.8 x 0.8 mm büyüklüğünde 16 adet sert kondral serbest parça kendiliğinden çıktı. Eklem yıkaması yapılarak posteriordan 4-5 adet parça daha eksize edildi. Sinoviyada belirgin hipertrofi yoktu, tibianın anterior dudağındaki osteofit de osteotomla temizlendi. Sinoviyadan alınan parçalar ve serbest fragmanlar patolojik örnek olarak ayrıldı. Dokular kapatılıp ekstremitelere kısa bacak ateline alındı. Histolojik incelemede sinovyal kondromatozis tanısı konması üzerine atel üç hafta sonra çıkarılıp eklem hareket genişliğini artırıcı tedaviye başlandı. Bir yıl sonraki kontrolde, hastanın özellikle merdiven çıkarken anteriorunda çok az ağrısı olduğu, düz yürüyüşte herhangi bir şikayeti olmadığı görüldü. Radyografik olarak da farklı bir patolojiye rastlanmadı.

Olgu 2 – Bir yıl önce ağır bir eşya taşıırken sağ dirseğinde aniden ağrı oluşan 44 yaşındaki erkek hasta, ağrının son birkaç aydır giderek artması üzerine kliniğimize başvurdu. Ortopedik muayenesinde, sağ dirsek hareketlerinde diğer dirseğe göre ekstanziyonda 20°, fleksiyonda 40° kısıtlılık vardı. Önkol pronasyon-supinasyonu tamdı. Dirsek muayenesinde, anterior kapsül ve laterale uyan bölgede ele gelen şişlik vardı. Nörovasküler sistem muayenesi normaldi (Şekil 2a).

Radyografide, dirsek anterolateraline uyan bölgede içi kalsifiye kondral yapılarla dolu büyük bir kitle izlendi. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), sağ dirsek eklem düzeyinde intrakapsüler yerleşimli, humerus lateral epikondil superiorundan eklem anterior kompartmanında kaudale doğru uzanan, düzgün kontürlü multipl milimetrik ossifiye nodüller fragmanlar sinovyal kondromatozisle uyumluydu (Şekil 2b).

Dirseğe anterolateral insizyonla girildi. Ankoneus kasının anteriorundan girilip eklem kapsülüne ulaşıldı. Eklem içindeki multipl kondral serbest parçalar çıkarıldı ve parsiyel sinovektomi yapıldı (Şekil 2c). Eklem içi serum fizyolojik ile yıkayıp skopi kontrolünden sonra dokular kapatılarak uzun kol ateline alındı. Alınan örneklerin histopatolojik inceleme sonucunun sinovyal kondromatozis şeklinde bildirilmesi üzerine, üç hafta dirsekte harekete izin verildi (Şekil 2d). Ameliyat sonrası 15. aydaki kontrolde hastanın hareket kısıtlılığı yoktu, radyografide patolojik değişikliklere rastlanmadı.



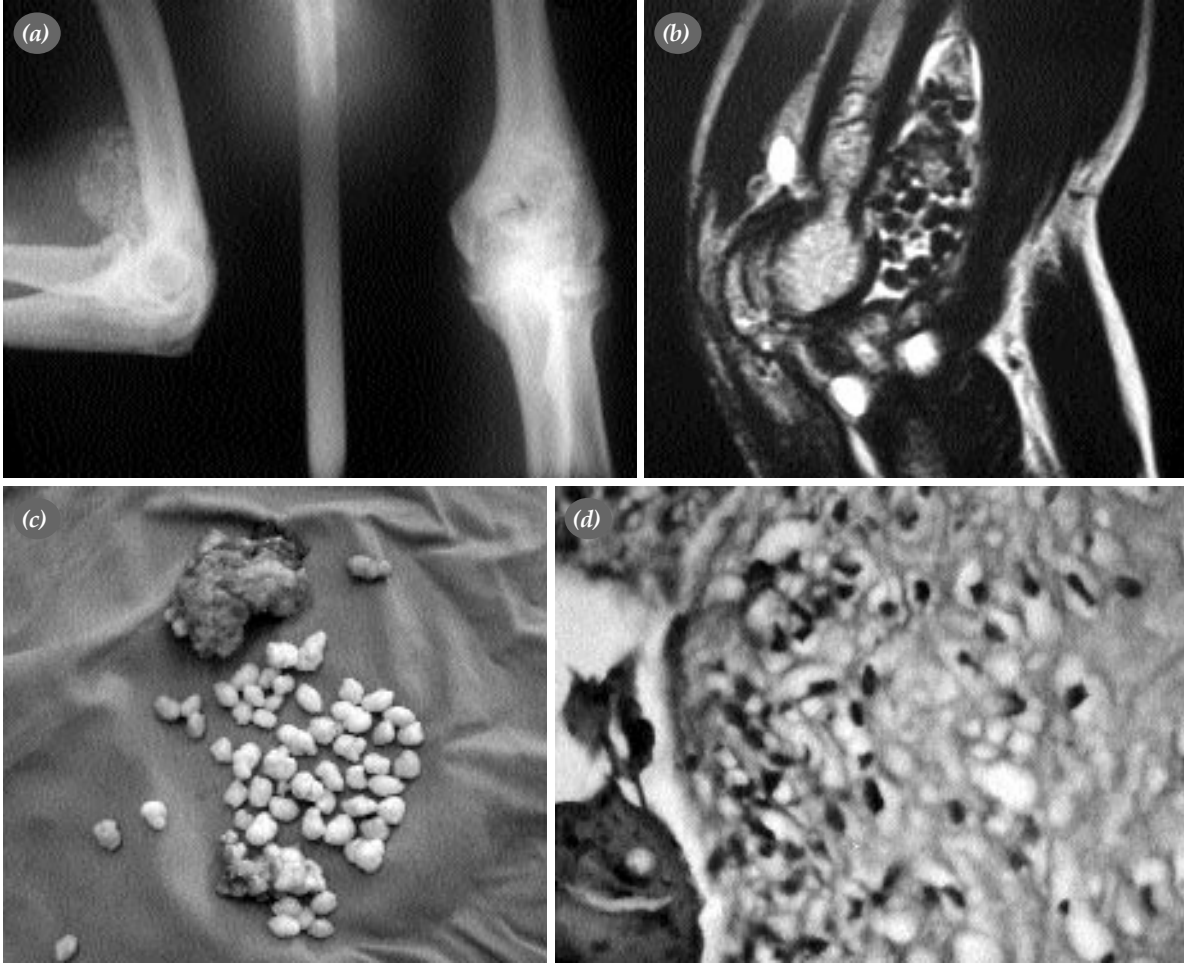
Şekil 1. Ameliyat öncesi radyografide ayak bileği eklemi anteriorunda multipl kalsifiye kitleler (Olgu 1).

Tartışma

Sinovyal kondromatozis, sinovyanın mezenkimal subintimal tabakasını tutan oldukça nadir proliferatif bir hastalıktır. Kendiliğinden gerilemesi veya kondrosarkoma dönüşümü nadirdir.^[2,4] Sinovyal kondromatozis ayak bileğinde oldukça az görülür.^[5] Hastalığın dirsekte görülmesi de oldukça nadirdir. Almanya’da Mueller ve ark.^[6] tarafından yapılmış olan en geniş çalışmada, 40 yıllık bir zaman dilimi içinde dirsek tutulumu olan 20 olgu tanımlanmıştır. Bunun dışında tek tek olgu sunumları da olmasına rağmen bunların sayısı fazla değildir.^[4]

Milgram^[7] sinovyal kondromatozisi üç evreye ayırmıştır. Erken evrede intrasinovyal değişiklikler vardır, serbest cisim yoktur. Geçiş evresinde tipik intrasinovyal kartilaginöz nodüller ve serbest cisimler vardır. Üçüncü evre, geç dönem aktif sinovyal hastalığın remisyon dönemidir; multipl cisimler vardır, ama intrasinovyal hastalık yoktur ya da sadece nonspesifik sinovit bulunur.^[2,4] Bu değerlendirmeye göre, ayak bileği tutulumlu olguda hastalık üçüncü evrede, dirsek tutulumlu olguda geçiş evresinde idi.

Sinovyal kondromatoziste en sık görülen semptomlar ağrı, şişlik, hareket kaybı ve kilitlemedir.^[4] Şişlik ve ağrı bulunan eklemde başlangıç tanısı yu-



Şekil 2. (a) Olgu 2'nin ameliyat öncesi radyografisinde dirsek eklemi anteriorunda kalsifiye kitleler. (b) Manyetik rezonans görüntülemeye sagittal kesitte eklem içinde kalsifiye kitleler. (c) Dirsek eklemi içinden çıkarılan serbest kondral parçalar ve sinovya dokusu. (d) Dirsek eklemi sinovyası içinde dejenere kırıkırık alanları ve kondrosit adacıklarının histolojik görünümü (H-E, x 400).

muşak doku tümörleri lehine olmaktadır.^[4] Nadiren de olsa, tabloya periferik sinir başı bulguları da eklenebilmektedir.^[3]

Bu bulguları olan hastaların standart radyografik incelemesinde kartilajinöz nodüllerde kalsifikasyon yoksa tanı zordur. Radyografide kemik erozyonu, osteoartrit ve bölgesel osteoporozun bulunması tanıyı daha da güçleştirir.^[2] Artrografi ve bilgisayarlı tomografi sinovyal kondromatozis tanısında yardımcıdır. Matsumoto ve ark.^[8] tomografiye göre MRG'nin ayırıcı tanıda daha yararlı olduğunu bildirmişlerdir. Ancak, MRG'ye rağmen bile tanının güç olabileceği unutulmamalıdır. Manyetik rezonans görüntüleme, tanı yanı sıra ameliyat öncesi planlamada uygulanacak cerrahi prosedürlerin seçimi için de çok yararlı bir yöntemdir. Tedavi, açık sinovyektomi veya art-

roskopik sinovyektomi yapılarak serbest cisimlerin çıkarılmasıdır.

Sonuç olarak, monoartiküler tutulumlu sinovyal kondromatozis oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Tanıyı klinik olarak koymak oldukça zordur. Mutlaka klinik, radyolojik ve histolojik bulguların uyumu aranmalıdır. Tanı konduktan sonra, olabildiğince tam bir sinovyal eksizyon yapılması, serbest cisimlerin çıkarılması ve sıkı bir takip gerekmektedir.

Kaynaklar

1. De Smet L. Synovial chondromatosis of the elbow presenting as a soft tissue tumour. Clin Rheumatol 2002;21:403-4.
2. Elmali N, Esenkaya I, Alkan A. Synovial chondromatosis: a report of four cases with three diverse localizations. [Article in Turkish] Acta Orthop Traumatol Turc 2003;37: 173-7.
3. Ruth RM, Groves RJ. Synovial osteochondromatosis of the

- elbow presenting with ulnar nerve neuropathy. *Am J Orthop* 1996;25:843-4.
4. Jazrawi LM, Ong B, Jazrawi AJ, Rose D. Synovial chondromatosis of the elbow. *Am J Orthop* 2001;30:223-4.
 5. Sekosky M, Lefkowitz H, Steiner I. Osteochondromatosis of the ankle. *J Foot Surg* 1990;29:330-3.
 6. Mueller T, Barthel T, Cramer A, Werner A, Gohlke F. Primary synovial chondromatosis of the elbow. *J Shoulder Elbow Surg* 2000;9:319-22.
 7. Milgram JW. Synovial osteochondromatosis: a histopathological study of thirty cases. *J Bone Joint Surg [Am]* 1977;59:792-801.
 8. Matsumoto K, Hukuda S, Fujita M, Kakimoto A, Tachibana S. Cubital bursitis caused by localized synovial chondromatosis of the elbow. A case report. *J Bone Joint Surg [Am]* 1996;78:275-7.