

Nadir Bir Radikülopati Nedeni; Lomber Zigapofizyal Eklem Sinoviyal Kisti

A Rare Cause of Radiculopathy; Lumbar Zygoapophyseal Joint Synovial Cyst

Aylin SARI,¹ Osman SÜMENGEN²

¹Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul;

²Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Özet

Sinoviyal kistler genellikle tendon kılıfı ve periartiküler yapılarında yerleşim gösterirler. Spinal kanalda sinoviyal kistler nadiren gözlenir ve bunlar sinoviyal kılıfın kistik genişlemeleridir. Servikal ve torakal bölgelerde de görülmekle birlikte en sık görüldükleri yer lomber bölgedir. Bu yazıda lomber zigapofizyal eklem sinoviyal kisti nedeni ile radikülopati yakınmaları bulunan, fizik tedavi ve faset eklem enjeksiyonu ile yakınmaları tamamen düzelen bir olgu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Enjeksiyon; fizik tedavi; lomber sinoviyal kist; radikülopati.

Summary

Synovial cysts usually exist within tendon sheath placement and periarticular structures. Synovial cysts are rarely observed in the spinal canal and they are the cystic expansions of the synovial sheath. Although they can be seen in cervical and thoracic regions, the most frequently reported region is the lumbar region. In this article, a case of zygoapophyseal joint synovial cyst due to symptoms of lumbar radiculopathy and her symptoms completely resolved with physical therapy and facet joint injection is presented.

Key words: Injection; physical therapy; lumbar synovial cyst; radiculopathy.

Giriş

Lomber radikülopatinin pratikte en sık sebebi lomber disk hernisidir. Radikülopati yakınmaları ile gelen bir hastada dikkatli değerlendirme ve fizik muayeneyi takiben gerekli incelemelerle ayırıcı tanı yapılmalıdır. Bu kapsamda unutulmaması gereken nadir nedenlerden birisi de lomber zigapofizyal eklem sinoviyal kistidir.^[1]

Zigapofizyal eklem sinoviyal kisti, apofizyal eklemlerden herniye olan hipertrofiye sinovit olarak tanımlanır.

Spinal kolonun tüm seviyelerinde görülmekle birlikte en sık L4-L5 seviyesinde görülür. Bu sıklık L4-L5 seviyesinin en mobil seviye olması ile ilişkilendirilir.^[2] Tedavisi konservatif veya cerrahi olabilir.^[3-10] Bu yazıda lomber zigapofizyal eklem sinoviyal kist saptanan ve konservatif tedavi edilen bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu

Elli bir yaşında kadın hasta ani başlayan şiddetli bacak

İletişim: Dr. Aylin Sari.
Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi,
Kadıköy, İstanbul
Tel: 0216 - 411 80 11 / 1027

Başvuru tarihi: 03.04.2013
Kabul tarihi: 26.04.2013
Online baskı: 12.05.2014
e-posta: ynsls@hotmail.com



ağrısı ve bacakta hissizlik yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık iki haftadır başlayan yakınmaları ile başvurduğu hekim tarafından siyatalji tanısı ile myorelaksan ve nonsteroid antienflamatuvar tedavi verilen hasta yakınmalarının devam etmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Daha öncesinde bel veya bacak ağrısı yaşamadığını, yakınmalarının iki haftadır aynı şiddette devam ettiğini, ağrısının günün sonuna doğru arttığını, sabahları daha rahat uyandığını ve istirahatle rahatladığını belirtti. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın sistemik muayenesi normaldi. Lokomotor sistem değerlendirmesinde inspeksiyonda özellik yoktu. Palpasyonda tüm noktalarda valleix hassasiyeti mevcuttu. Düz bacak kaldırma bilateral 35°de pozitif. Laseque 40°de pozitif. Kontralateral laseque, mennen, gaenslen testleri ve iliak kompresyonu negatifti. Lomber eklem hareket açıklığı (EHA) değerlendirmesinde ekstansiyon ve lateral fleksiyon 5°de ağırlı ve kısıtlı idi. Motor değerlendirmede sağ ekstansor hallucis longus (EHL) kas gücü 4+/5 olması dışında iki taraflı kas güçleri tamdı. Sağ ayak dorsumunda hipoestezi mevcuttu. Derin tendon refleksleri iki taraflı normaldi. Patolojik refleks saptanmadı. Çekilen L/S 2 yönlü grafide özellik izlenmedi. Çekilen lomber manyetik rezonans görüntüleme (MRG) L4-L5 seviyesinde T1A sekanslarda hipointens, T2A sekanslarda hiperintens zigapofizyal eklem komşuluğunda düzgün konturlu kistik lezyon, lomber zigapofizyal eklem sinoviyal kisti ile uyumlu geldi (Şekil 1, 2). Beyin cerrahi konsültasyonu sonrası cerrahi önerilen hasta cerrahi kabul etmedi. İlerleyici nörolojik defisiti olmaması nedeniyle öncelikle naproksen sodyum 750 mg/gün tedavi başlandıktan sonra 15 seans hotpack, TENS, interferansiyel akım, intermitan traksiyon ve egzersiz programını içeren fizik

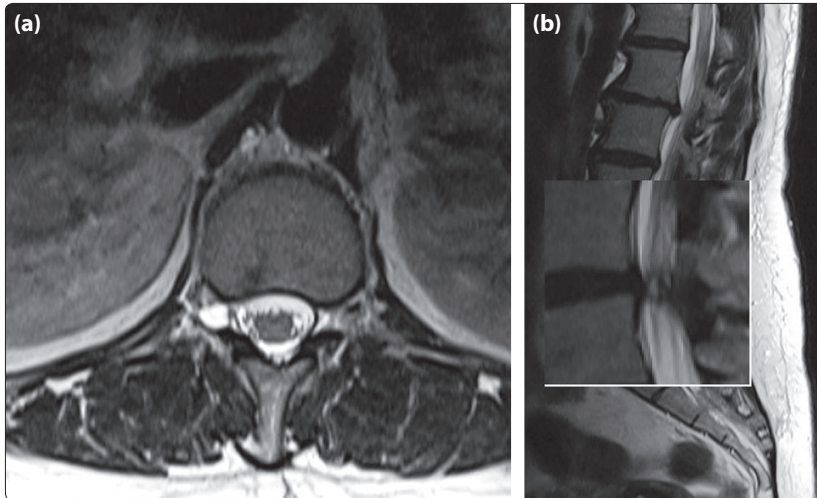
tedavi programına alındı. Fizik tedavi programı sonrası yakınmalarında azalma olan hastanın nörolojik muayenesi normale döndü ve fizik tedavi başlangıcında sekiz olan VAS değeri üçe geriledi. Steril ortamda faset eklem enjeksiyonu uygulanan hastanın bir hafta sonraki kontrolünde VAS değeri sıfırdı. Bu bulgularla altı ay takip edilen hastanın takibinde yakınması olmadı.

Tartışma

Lomber zigapofizyal eklem sinoviyal kisti başta radikulopati olmak üzere bel ağrısı ve spinal stenoz kliniği ile de karşımıza çıkabilir. Dejeneratif spondilolistezis, faset eklem osteoartriti ve spinal instabilite ile ilişkili olduğu düşünülmele birlikte patogenezi bilinmemektedir.^[2]

Komputerize tomografi (CT) ve MR gibi görüntüleme yöntemleri öncesinde sadece intraoperatif tanı konmuş olgular bildirilmiş olsa da bu görüntüleme yöntemleri sonrası daha kolay tanı konulabilir hale gelmiştir.^[10] MR tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Komputerize tomografi görüntülemenin sensitivitesi %70 iken; MR görüntülemenin sensitivitesi %90'lara ulaşmaktadır.^[11] Bizim olgumuzda da MR ile tanıya ulaşılmıştır. Tipik bir apofizyal sinoviyal kist T1 ağırlıklı sekanslarda hipodens, T2 ağırlıklı sekanslarda hiperdens görülür. Ancak bu sinyal proteinöz konsantrasyon ve hemorajik komponent varlığı ile değişebilir.^[12] Olgumuzun MR bulguları literatür ile uyumlu idi.

Literatürde spontan rezorbe olmuş olgular bulunmakla birlikte sıklıkla tedavi gerektirir.^[13] Optimal tedavisi konusunda tartışmalar mevcuttur. Tedavisi konservatif ve cerrahi olabilmektedir. Konservatif tedavide; istira-



Şekil 1. Lomber MRG (a) aksiyel kesitlerde, (b) sagittal kesitlerde kistin görünümü.

hat, korseleme, analjezik- antienflamatuvar tedavi, fizik tedavi uygulamaları, şiropraktik uygulamalar, faset eklem enjeksiyonu, epidural enjeksiyon ile kist aspirasyonu sayılabilir.^[3] Özellikle şiropraktik uygulamalar ve faset eklem enjeksiyonunun başarısını belirten çalışmalar mevcuttur.^[4-9] Olgumuz da analjezik-anti-enflamatuvar, fizik tedavi ve faset eklem enjeksiyonu sonrası tamamen iyileşti.

Yapılan olgu sunumlarının bazılarında cerrahi tedavinin altın standart olabileceği belirtilse de; Bydon ve ark.nın spinal sinovial kist nedeni ile literatürde 1970-2009 yılları arasında cerrahi yapılan ve 25 aylık takipleri bulunan 52 yazıdan 966 olguyu inceledikleri derlemede, cerrahi yapılan olgularda bel ve/veya bacak ağrısının tekrarladığını belirtmişlerdir. Ayrıca sık olmamakla birlikte zigapofizyal eklem sinoviyal kistinin tekrarlayabileceği de bildirilmiştir.^[14]

Sonuç olarak, lomber radikülopati ayırıcı tanısında akla gelebilecek sebepler arasında nadir de olsa lomber zigapofizyal sinoviyal eklem kisti de göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavide; cerrahi risk, maliyet ve bulguların tekrarlaması olasılığı göz önüne alındığında uygun olgularda öncelikle konservatif yaklaşımların tercih edilmesi gerekir. İlerleyici nörolojik defisit varlığı, eşlik eden diğer patolojiler veya konservatif tedaviye yanıtızlık durumunda cerrahi tedavi gereklidir.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Kouyialis AT, Boviatis EJ, Korfiyas S, Sakas DE. Lumbar synovial cyst as a cause of low back pain and acute radiculopathy: a case report. *South Med J* 2005;98(2):223-5.
2. Alicioglu B, Sut N. Synovial cysts of the lumbar facet joints: a retrospective magnetic resonance imaging study investigating their relation with degenerative spondylolisthesis. *Prague Med Rep* 2009;110(4):301-9.

3. Arthur B, Lewkonja P, Quon JA, Street J, Bishop PB. Acute sciatica and progressive neurological deficit secondary to facet synovial cysts: A report of two cases. *J Can Chiropr Assoc* 2012;56(3):173-8.
4. Taylor DN. Spinal synovial cysts and intersegmental instability: a chiropractic case. *J Manipulative Physiol Ther* 2007;30(2):152-7. [CrossRef](#)
5. Firth RL. Lumbar intraspinal synovial cyst containing gas as a cause for low-back pain. *J Manipulative Physiol Ther* 2000;23(4):276-8. [CrossRef](#)
6. Sauvage P, Grimault L, Ben Salem D, Roussin I, Huguenin M, Falconnet M. Lumbar intraspinal synovial cysts: imaging and treatment by percutaneous injection. Report of thirteen cases. [Article in French] *J Radiol* 2000;81(1):33-8. [Abstract]
7. Slipman CW, Lipetz JS, Wakeshima Y, Jackson HB. Nonsurgical treatment of zygapophyseal joint cyst-induced radicular pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(7):973-7.
8. Parlier-Cuau C, Wybier M, Nizard R, Champsaur P, Le Hir P, Laredo JD. Symptomatic lumbar facet joint synovial cysts: clinical assessment of facet joint steroid injection after 1 and 6 months and long-term follow-up in 30 patients. *Radiology* 1999;210(2):509-13. [CrossRef](#)
9. Sabers SR, Ross SR, Grogg BE, Lauder TD. Procedure-based nonsurgical management of lumbar zygapophyseal joint cyst-induced radicular pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86(9):1767-71. [CrossRef](#)
10. Kuday C, Hancı M. Semptomatik intraspinal sinovial kist. Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Türk Nöroşir Derg* 1989;1(2):88-90.
11. Maus T. Imaging the back pain patient. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2010;21(4):725-66. [CrossRef](#)
12. Park HS, Sim HB, Kwon SC, Park JB. Hemorrhagic lumbar synovial cyst. *J Korean Neurosurg Soc* 2012;52(6):567-9.
13. Pulhorn H, Murphy M. Spontaneous resolution of a symptomatic synovial cyst of the lumbar spine. *Br J Neurosurg* 2012;26(1):123-4. [CrossRef](#)
14. Bydon A, Xu R, Parker SL, McGirt MJ, Bydon M, Gokaslan ZL, et al. Recurrent back and leg pain and cyst reformation after surgical resection of spinal synovial cysts: systematic review of reported postoperative outcomes. *Spine J* 2010;10(9):820-6. [CrossRef](#)