

# Ganglion kisti ve neden olduğu düşük ayak olgusu-olgu sunumu

## *Drop foot case caused by a ganglion cyst*

Murat GÜL, Ufuk ÖZKAYA, Atilla PARMAKSIZOĞLU,  
Sami SÖKÜCÜ, Yavuz KABUKÇUOĞLU

*Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

### ÖZET

Ganglion kistleri eklem kapsülünden veya tendon kılıfından kaynaklanan kistik lezyonlardır. El, el bileği ve ayakta görülen yumuşak doku tümörlerinin en sık rastlanan çeşitidir. 30-50 yaşları arasında ve kadınlarda daha sık görülür. Ayırıcı tanısında lipom, fibrom, osteom, sarkom, tüberküloz, romatoid tenosinovit ve anevrizma düşünülmelidir. Ganglion kistleri peroneal sinire yakın yerleşimli olduklarında bası oluşturarak düşük ayak şeklinde klinik tabloya yol açabilmektedir. Sağ dizinin dış yan tarafında şişlik ve düşük ayak klinik tablosu ile başvuran 40 yaşlarında bayan hastada peroneal sinire yakın yerleşimli ganglion kisti tesbit edildi. Cerrahi tedavi ile çıkarıldı. Hastanın ameliyat sonrası 4. aydaki kontrolünde hala devam eden düşük ayak patolojisinin 1. yılındaki kontrolünde olmadığı görüldü.

**Anahtar kelimeler:** Ganglion, düşük ayak, peroneal sinir basısı

### ABSTRACT

Ganglion cysts are cystic lesions originating from joint capsule or tendon sheath. They are the most common type of soft tissue tumors that were seen in hand, wrist and foot. Mostly seen at the age of 30-50 years and among women. Differential diagnosis includes lipoma, fibroma, osteoma, sarkoma, tuberculosis, romatoid tenosynovitis and aneurysm. Ganglion cysts can cause a clinical picture like foot because they apply pressure on the peroneal nerve around them. Ganglion cyst located close to peroneal nerve was detected in a 40 years old female patient presented with swelling on lateral side of right knee and foot. Surgical excision was done. foot pathology which still exist at the 4 th month examination was disappeared 1 st year control

**Key words:** Ganglion, foot, peroneal nerve compression

## GİRİŞ

Ganglion kistleri yoğun bağ dokusu ile çevrelenmiş yumuşak doku kitleleridir. Eklem kapsülü ve tendonlardan kaynaklanmaktadır. Kapsül hyaluronik asitten ve diğer mukopolisakkaritlerden zengin yapışkan sıvı ile doludur. Çoğunlukla 30-50 yaşlar arasında ve en sık kadınlarda gözlenmektedir. En sık olarak el, el bileği ve ayakta görülen tümörlerdir. Klinik olarak görüldüğü bölgeye göre farklılık göstermesine rağmen sıklıkla

### Yazışma adresi:

Dr. Sami Sökücü, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İstanbul  
Tel: (0505) 451 18 74  
Email: dr\_samis@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 4 Eylül 2008 / September 4, 2008  
Kabul tarihi / Date of acceptance: 30 Aralık 2008 / December 30, 2008

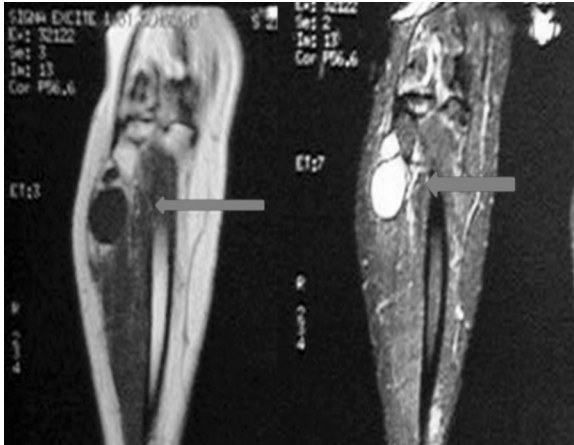
ağrı, şişlik ve ele gelen kitle ile karakterizedir. Bu lezyonlar geliştikleri lokalizasyonlarda oluşturdukları kitle ile çevrelerindeki damar, sinir gibi yapılara bası yapabilmektedir.

Çalışmada atipik yerleşim gösteren ve peroneal sinire bası yapması sonucunda düşük ayak gelişimine neden olan ganglion kisti olgusu incelenmiştir.

## OLGU SUNUMU

40 yaşında kadın hasta daha önce 1999 tarihinde sağ krus proksimalinde şişlik nedeni ile başka bir hastanede opere olmuş. Ekstirpe edilen materyel histopatolojik inceleme sonucunda ganglion kisti olarak değerlendirilmiş. Hasta 2006 tarihinde sağ kruris proksimalinde lateral kısmında yerleşim gösteren yumuşak kıvamda ele

gelen nüks ganglion kisti olarak düşündüğümüz şişlik ve 6 ay öncesinde başlayan düşük ayak şikayeti ile başvurdu. Hastanın elektromiyografisinde; sağ peroneal sinirin ağır, tama yakın aksonal dejenerasyonu saptandı. MRI da T1 sekansda hipointens T2 sekansda hiperintens ve postkontrast sekanslarda minimal periferik kontrast tutulumu gösteren 3,5 cm boyutlu kistik kitlesel lezyon saptandı (Resim 1).



**Resim 1:**

Hastaya dekompresyon amaçlı olarak kitlenin ekstirpsiyonu planlandı. Kitle ekstirpsiyonu sırasında peroneal siniri medial doğru sıkıştırdığı gözlemlendi. Peroneal sinir proksimal ve distale doğru eksplore edildi, 4x3x3 cm boyutlarında pembe krem renkli düzgün cidarlı kistik kitle sinire zarar vermeden tamamen ekstirpe edildi (Resim 2).



**Resim 2:**

Histopatolojik incelemede dölşeyici epiteli şölçilmeyen duvarında mikroid stromada bağ doku elemanları bulunan yapıların izlenmesi üzerine kitleye ganglion kisti tanısı konuldu.

Hastanın ameliyat sonrasında 4. ayda yapılan kontrolünde düşük ayak patolojisinin devam ettiği 1.yılındaki kontrolünde ise bu şikayetinin geçtiği gözlemlendi.

## TARTIŞMA

Düşük ayak, ayak bileği dorsofleksörlerinin zayıflığı veya çalışmaması durumunda ortaya çıkmaktadır. Peroneal sinir, siyatik sinir lezyonlarında ve lumbal pleksus ve alt lomber radikülopati gibi nörolojik nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir.

Peroneal sinir yaralanmasına bağlı gelişen düşük ayak etyolojisinde fibula başı ve çevresinde meydana gelen etkenler ön plandadır. En sık nedenler olarak fibula başı kırığı, alçı ve breys uygulamaları sonrasında bası, anestezi ve uyku sırasında bası, travmatik diz çıkığı, ateşli silah yaralanmaları ve iatrojenik nedenli yaralanmalar sayılabilir, diğer etkenler arasında ise traksiyon uygulamaları, ganglion kisti, fabella, hemofiliye bağlı hematoma, kallus basısı, fibula başından veya sinir kılıfından kaynaklanan tümoral yapılar, lipom, hemanjiom, egzozitozlar bulunur (6,7).

Ganglion, eklem kapsülünden veya tendon kılıfından kaynaklanan kistik lezyondur (1). Ganglion kisti bağdokunun in situ olarak mukoid transformasyonundan köken alır. Bu transformasyon muhtemel lokalize gerilemiş selüler hiperplazinin sonucu olarak meydana gelmekte ve bu hiperplazi genellikle tendonlarda oluşmaktadır. Mikroskopik incelemede kistik yapının miksomatöz doku ve seröz bir sıvı ile dolu olduğu ve cidarının kollagen fibröz doku ile çevrili olduğu görülür (1,2).

Ganglion kistleri ayak, el, el bileğinde görülen en sık yumuşak doku tümörleridir. Kistler daha nadir olarak proksimal tibiofibular eklemden, diz arkasında Baker kisti şeklinde, kalçada da görülebilir. Buldukları yer ve anatomik bölgelere göre intraosseöz, subperiostal, yumuşak doku kistleri olarak adlandırılırlar. En sık olarak 30-50

yaşlarda ve sıklıkla kadınlarda görülür.

Etyolojisi tartışmalıdır (3). Travma, direk darbe, ezilme tarzında yaralanma, ekstremitenin aşırı kullanımı sonucunda meydana gelebilir. Etyolojide mikrotravmalar önemli faktördür (3,4). Seeger ve Bassett (5) ganglionun MRI da karakteristik görüntüsünü araştırmışlardır. Bu araştırmada olgumuzun MRI'da olduğu gibi, kist T1 ağırlıklı görüntüde homojen sinyal yoğunluğu düşük, T2 ağırlıklı görüntüde homojen sinyal yoğunluğu yüksek olarak görülür (Resim 1).

Ganglion kistleri ayırıcı tanısında lipom, fibrom, osteom, sarkom, tüberküloz, romatoid tenosinovit ve anevrizmayı içermelidir (3).

Brooks (12)13 olgudan oluşan periferik sinir basısı yapan ganglion serisinde 3 tanesinin peroneal sinire bası yaptığını bildirmiştir. Stack ve ark. (13) 9 olgudan oluşan ve peroneal sinire bası yapan ganglion kisti bildirmişlerdir.

Tedavi yöntemleri arasında cerrahi olarak ekzizyon ve cerrahi dışı seçenekler vardır. Semptomatik

olan olgularda kesin tedavi ekzizyondur (3,8). Literatürde rekürrenslerin yüksek oranda (%40) olduğu bildirilmiştir (3,9). Total ekzizyon sonrasında görülen rekürrensler uygun ekzizyon yapılmamasına bağlanabilir (10). Sinir lezyonu olan olgularda cerrahi mümkün olduğunca erken yapılmalıdır. Sinir lezyonları cerrahi sonrasında 3-5 ayda iyileşme göstermesi beklenir (6,11).

Çalışmadaki olguda daha önce uygun ekzizyon yapılmadığı için rekürrens gelişen ganglion kistinin peroneal sinire bası yapması sonucu düşük ayak gelişmiştir. Bu hastaya semptomatik olmasından dolayı cerrahi ekzizyon uygulanmıştır.

Sonuç olarak düşük ayak patolojisi ile gelen hastaların ayırıcı tanısında peroneal sinir basısı ve buna sebep olan ganglion kistleri düşünülmelidir. Cerrahi olarak total ekzizyonlarda rekürrenslerin yüksek olduğu ancak sinir lezyonu olan olgularda total ekzizyon uygulanması gerektiği, tanı ve cerrahide geçikmiş vakalarda ilerleyici nörolojik hasar gelişebileceği hatırlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Chandrasoma P, Taylor CR(editors).Diseases of joint and connective tissue. In: Consice pathology. 1st ed. Los Angeles: Appleton&Lange; 1991. p. 985-1003.
2. Albert DM, Christy NP. In: Taylor EJ, editor. Dorland's illustrated medical dictionary. 27th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1988. p. 674-5.
3. Barnes WE, Larsen RD, Posch JL. Review of gaglia of the hand and wrist with analysis of surgical treatment. Plast Reconstr Surg 1964;34:570-8.
4. Cook TD. Ganglion of the hip . Surgery 1952;32:129
5. Seeger LL, Bassett LW. Tumor and tumor-like conditions. In Bassett LL, Gold RH, Seeger LL, eds. MRI: Atlas of the Musculoskeletal System. London: Martin Dunitz; 1989:319.
6. Evans JD, Neumann L, Frostick SP. Compression neuropathy of common peroneal nevre caused by a ganglion. Microsurgery 1994; 15: 193-5
7. Kabukçuoğlu Y, Kabukçuoğlu F, Kuzgun Ü, Öztürk I. Compression neuropathy of the peroneal nevre caused by a ganglion. Am J Orthop 1997;26:700-1.
8. Legaye J, Redier S. Synovial cyst of the hip. Apropos of a case manifested by venous compression. Acta Orthop Belg 1995;61:140-3.
9. DiMaio FR, Santore RF. A large ganglion cyst in a patient with hip dysplasia. Orthopedics 1997;20:650-2,
10. McEvedy BV. The simple ganglion: a review of modes of teratment and an explanation of frequent failures of surgery. Lancet 1954;266:135.
11. Muckart RD. Compression of the common peroneal nevre by intramuscular ganglion from the superior tibio-fibular joint. J Bone Joint Surg [Br] 1976;58:241-4.
12. Brooks DM. Nerve compression by simple ganglia. A review of thirteen collected cases. J Bone Jt Surg. 1952;31B:391-400.
13. Stack R, Bianco AJ, MacCarty CS. Compression of the common peroneal nerve by ganglion cysts. J Bone Jt Surg. 1965;17A:773-778.