



DÜŞÜK AYAĞIN NADİR BİR NEDENİ: FASET EKLEM SİNOVİYAL KİSTİ

THE RARE CAUSE OF DROP FOOT: A SYNOVIAL CYST OF DROP FOOT

Mehmet NAYİMOĞLU, Banu SARIFAKIOĞLU

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Tekirdağ, Türkiye

Öz

Düşük ayak, ayak bileğinin dorsifleksiyon kaybı ile ortaya çıkan bir klinik tablodur. Etiyolojide L5 radikülopati, peroneal sinir tuzak nöropatisi, motor nöron hastalıkları, derin peroneal sinir travmaları sayılabilir. Burada ise düşük ayağın nadir nedenleri arasında olan spinal kanal uzanımı gösteren bir sinoviyal kist olgusunun tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: düşük ayak, sinovyal kist, tedavi.

Abstract

Drop foot is a clinical outcome show up with dorsiflexion loss of ankle etiology may include L5 radiculopathy, peroneal never trap neuropathy, motor neuron diseases and deep peroneal never trauma. Here, it is aimed to discuss the case of a synovial cyst showing spinal canal extension, which is a rare cause of drop foot.

Key words: drop foot, synovial cyst, treatment.

OLGU SUNUMU

Sağ ayakta 2.5 ay önce başlayan ağrı ve hareket ettirememe şikayeti ile tarafımıza başvuran 48 yaşındaki erkek olgunun öz geçmişinde çiftçilik ile uğraştığı, intramusküler enjeksiyon (IM) veya travma öyküsü olmadığı öğrenildi. Ağrısı karakteristik olarak istirahatle azalıyor, hareketle artıyordu. Üriner inkontinans ve valsava ile ağrı da artış yoktu. Fizik muayenede, sağda paravertebral adale spazmı mevcuttu. Lomber ekstansiyon ve sağ lateral fleksiyon kısıtlı idi. Parmak ucu yürüyüşü yapabiliyor, topuk yürüyüşü yapamıyordu. Ayak bilek dorsifleksiyon ve ve baş parmak dorsifleksiyonu kas gücü 1/5 olarak saptandı. Duyu kusuru saptanmadı. Patella ve aşil refleksi normoaktifti. Patolojik refleks yoktu. Düz bacak kaldırma testi pozitif. Öykü ve muayenesiyle motor nöron hastalığı, pleksopati, radikülopati ön tanıları ile lomber manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. Lomber MRG'de sağ faset ekleme

eşlik eden spinal kanala uzanan 6x4 mm boyutlarında sinovyal kist ile sağ L5 sinir kök basısı tespit edildi (Resim 1). Hasta cerrahiye yönlendirildi, kisti eksize edildi. Operasyon sonrası ilk kontrolünde hastanın ağrısının geçtiği ama düşük ayağının devam ettiği görüldü. Hasta rehabilitasyon programına alındı. Sağ ayağı için yürüyüş moldu kullanması sağlandı, böylelikle hastanın hem yaşam kalitesi artırılmaya hem de yürüyüş paterni kısmen düzeltilmeye çalışıldı. Rehabilitasyon programında sağ tibialis anterior kası önce grup, aktif hareket başladığında nokta stimülasyonu ile uyarıldı. Ayak bilek ekleme hareket açıklığı, germe egzersizleri ile başlayan egzersiz programına da aktif hareket ile beraber izometrik güçlendirme egzersizleri eklendi. Bel-karın-sırt izometrik egzersizleri, karın ve sırt kasları izotonik egzersizleri ve kalça fleksör, lomber ekstansör ve hamstring germe egzersizleri de kalça çevresi ve kord kaslarını güçlendirmek

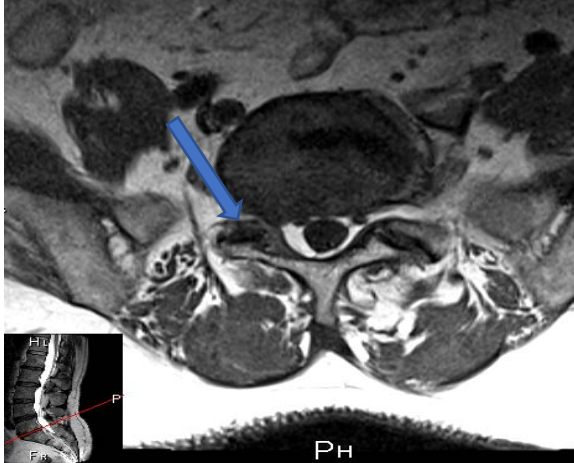
Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Mehmet NAYİMOĞLU
Namık Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Tekirdağ, Türkiye
E-posta: drmehmetnayimoglu@gmail.com

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 19.03.2018
Date Accepted / Kabul Tarihi: 13.08.2018

için tedavi programına eklendi. Hastaya verilen yaklaşık 20 seanslık tedavi programı sonunda sağ ayak bilek dorsifleksiyon kas gücü 3+/5 bulundu ve hasta düşük ayak ateli ile taburcu edildi.



Resim 1. Kontrastlı lomber MR'de sağ L5 kök basısına yol açan sinovyal kist görüntüsü

TARTIŞMA

Düşük ayak, ayağın dorsifleksiyon kaybı ile oluşan bir ortaya çıkan bir klinik tablodur. Etiyolojisini incelemeyen önce ayak ve ayak bilek dorsifleksiyonunu sağlayan kaslar ve bunları innerve eden sinirler ile anatomik ilişkisini iyi bilmek gerekir. Bu kaslar; ekstensör hallucis longus, tibialis anterior ve ekstensör digitorum longus kasıdır. Bu kas grubunda meydana gelebilecek herhangi bir zayıflık düşük ayak, equinovarus deformitesi ve bazen de stepaj yürüyüşüne neden olabilir.

Peroneal sinir, L4-S1 ön kökünün dorsal dallarından lif alır ve tibial sinir ile beraber siyatik sinirden köken alırlar. Siyatik sinir ise, pelvik kaviteyi piriformis kasının hemen altından terkeder ve distalde popliteal fossaya doğru ilerlerken peroneal ve tibial dallarına ayrılır. Peroneal sinir laterale doğru ilerler ve fibula boynunun posteriorundan öne doğru kıvrılarak bacağın anterior kompartmanına

çıkarak. Peroneal sinirin daha uzun olması, üzerindeki koruyucu bağ dokusunun daha az olması ve fibula başı civarında yüzeyleşmesi, travmalara daha açık olmasına neden olur.

Etiyolojik açıdan, dorsifleksör kasların direk travması, anterior tibial kas tendonu rüptürü, gluteal intramusküler ilaç enjeksiyon sonrası, uzun süre çömelerek çalışma ya da kompartman sendromu gibi travmatik nedenler düşük ayak nedeni olabilir. Yine travma dışında derin ve ortak peroneal sinir mononöropatileri, lumbosakral pleksopatiler, lumbal radikülopatiler, motor nöron hastalıkları, parasagittal kortikal ve subkortikal serebral lezyonlar da düşük ayak nedeni olabilirler. Ancak bunlar içerisinde en sık neden L5 radikülopatidir. Yine literatürde popliteal ven anevrizması, popliteal arterin psödoanevrizması gibi damarsal patolojiler de düşük ayak olguları bildirilmiştir¹⁻³.

L5 radikülopatinin ise pratikte en sık nedeni lomber disk hernisidir. Bunun dışında spinal stenoz, dejeneratif disk hastalıkları da L5 radikülopati nedenleri arasına girebilir^{4,5}.

Nadiren spinal kanal uzanımı gösteren bir sinovyal kist de, düşük ayak nedeni olabilmektedir. Literatür taramamızda bu konuyla ilgili iki olguya rastlanmıştır³.

Sinovyal kistler ise, sinovyal zarın periartiküler kistleridir ve çoğunlukla açık sarı renkte müsinöz sıvı ya da gaz içerirler⁶. Lomber sinovyal kistlerin en sık görüldüğü bölge, L4-5 spinal segmentlerde, faset eklemlere bitişik olarak ortaya çıkar³. Kadınlarda, erkeklere oranla daha siktir^{1,3}. Genelde 50 yaş üzerinde ve faset eklemlerinde ileri derecede dejenerasyon olan kişilerde ortaya çıkmaktadır⁷. Lomber spinal cerrahi

uygulanmış hastalarda ise %0.01 ile %0.8 arasında bildirilmiştir¹. Lomber spinal bölgenin radyolojik görüntülenmesinde %2'ye varan oranlarda tespit edilmektedir^{1,3}.

Klinik semptom olarak en sık bacak ağrısı gözlenirken nörolojik defisit seyrekir. Servikal ve torakal bölgedeki olgularda miyelopati bulguları olabilir^{3,4}. Günümüzde tanı radyolojik görüntüleme yöntemleriyle kolaylıkla konulabilmesine rağmen, ayırıcı tanıda; Tarlov'un perinöral kistleri, ekstradural araknoid kistler, dermoid kistler ve kistik değişiklikleri olan nöromalar, menenjiyom ve metastazların akılda tutulması gerekir^{2,8}. Lumbosakral vertebra grafilerinde %50 oranında dejeneratif bulgular saptanabilir ancak MRG en iyi tanı yöntemidir². Lomber bölgede bulunana ve radikülopati bulguları gözlenen olgumuzda da sağ faset eklemden spinal kanala uzanım gösteren 11x6 mm boyutlarında sinovyal kist ve L5 sinir köküne baskı tespit edilmiştir. Tedavide konservatif ya da cerrahi yöntemler uygulanabilir. Konservatif tedavi istirahat, analjezik, korse kullanımı ve kist içine steroid enjeksiyonunu ve/veya kist aspirasyonu kapsar^{1,3,8}. Lomber intraspinal sinovyal kistlerin doğal seyri hakkında net bir bilgi olmamakla birlikte, disk hernilerinin aksine spontan regresyon oldukça nadirdir⁹. Cerrahi uygulama en sık kullanılan tedavi yöntemidir^{1,3,5}.

SONUÇ

Faset eklemlerinde sinovyal kistleri, nadir görülmesine rağmen kök baskısı semptomlarını ve bulgularına neden olabilmekte ve düşük ayak ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken patolojiler içinde yer almaktadır.

Kaynaklar

1. Trummer M, Flaschka G, Tillich M, Homann CN, Unger F, Eustacchio S. Diagnosis and surgical management of intraspinal synovial cysts: report of 19 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001;70(1):74-7.
2. Yamamoto A, Nishiura I, Handa H, Kondo A. Ganglioncyst in the ligamentum flavum of the cervical spine causing myelopathy: report of two cases. *Surg Neurol*. 2001;56(6):390-5.
3. Shah RV, Lutz GE. Lumbar intra spinal synovial cysts: conservative management and review of the world's literature. *Spine J*. 2003;3(6):479-88.
4. Hsu KY, Zucherman JF, Shea WJ, Jeffrey RA. Lumbar intraspinal synovial and ganglion cysts (facet cysts). Ten-year experience in evaluation and treatment. *Spine*. 1995;20(1):80-9.
5. Chad DA. Disorders of Nerve Roots and Plexuses. İçinde: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM and Marsden CD (eds). *Neurology in Clinical Practice*. 3rd ed. Butterworth-Heinemann, Boston, 2000:2019-44.
6. Stoodley MA, Jones NR, Scott G. Cervical and thoracic juxta-facet cysts causing neurologic deficits. *Spine*. 2000;25(8):970-3.
7. Silbergleit R., Gebarski SS., Brunberg JA., McGillicuddy J., Blaivas M. Lumbar synovial cysts correlation of myelographic, CT, MR and pathologic findings. *AJNR*. 1990;11(8):777-9.
8. Kono K, H Nakamura, Y Inoue, et al. Yamada. Intraspinal extradural cysts communicating with adjacent herniated disks: imaging characteristics and possible pathogenesis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1999;20:1373-7.
9. Apostolaki E, Davies AM, Evans N, Cassar-Pullicino VN. MR imaging of lumbar facet joint synovial cysts. *Eur Radiol*. 2000;10(4):615-23.