

DİZ EKLEMİ İÇİ PİRİNÇ CİSİMCİKLERİ (RICE BODIES) (OLGU SUNUMU)

İbrahim TUNCAY*, **Nihat TOSUN****
Serdar UĞRAŞ***, **Ömer İNCE******

ÖZET

Sinovyal kaynaklı ve genellikle fibrin yapısında olan, kırıkta görümlü pirinç tanesi cisimcikleri (rice bodies), hatalı olarak sinovyal kondromatozis olarak değerlendirilir. Cisimciklerin etyolojisinde genellikle tüberküloz, romatoid artrit veya diğer seronegatif artropatiler yatmaktadır. Sağ dizinde zaman zaman şişme ve ağrı şikayetiyle başvuran 21 yaşındaki hastaya yapılan diagnostik artroskopi sonrası saptanan pirinç tanesi cisimcikleri nedeniyle açık ekstirpasyon ve subtotal sinovektomi uygulanan olgu sunulmuştur. Taneciklerin yapılan histopatolojik incelemesinde fibrin yapısı saptanmıştır. Takipte nüks gözlenmedi ve olgunun etyolojisinde herhangi bir patoloji saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: *Pirinç Tanesi Cisimcikleri.*

SUMMARY

RICE BODIES IN KNEE JOINT: A CASE REPORT

Rice bodies with synovial origin resemble cartilage and they are usually sourced of fibrin. They are supposed as synovial chondromatosis wrongly. Tuberculosis, rheumatoid arthritis or other seronegative arthropathies may exist in the etiology. Twenty-one years old patient with complained of occasional swelling and pain, underwent diagnostic arthroscopy. Massive rice bodies with synovitis in the joint were observed in the knee arthroscopy under local anesthesia. Afterward, open surgical extirpation with subtotal synovectomy was performed. Fibrinous structure was observed histopathologically. No recurrence was found during follow up period, also no underlying tuberculosis or rheumatologic pathology was detected.

Key Words: *Rice Bodies.*

GİRİŞ

İlkin tüberküloz hastalarında tanımlanmış¹ olan, çok sayıda küçük fibrin kökenli pirinç tanesi cisimcikleri (rice bodies), romatoid artrit veya diğer seronegatif artropatilerde de bildirilmiştir². Çoğunlukla eklem içinde gözlenen cisimcikler, daha az sıklıkla da periartiküler bursa, tendon veya ligaman yapışma yerlerinde de görülebilmektedir². Etiyolojide herhangi bir romatolojik patoloji veya tüberküloz saptanmayan, diz içi pirinç tanesi cisimcikleri gözlenen olgu klinikte nadir olarak gözlemlendiği ve literatürde kısıtlı sayıda saptandığı için, sunulmuş ve tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Öncesinde belirgin bir yakınması olmayan 21 yaşında erkek hasta, sağ dizinde zaman zaman şişme ve ağrı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede dizde yaygın sinovyal hipertrofiye bağlı olduğu izlenimini uyandıran şişlik ve orta derecede efüzyon mevcuttu. Hareket açıklığı tamdı. Herhangi bir laksite ve instabilite saptanmadı. Menisküs muayene bulguları (-) olarak değerlendirildi. Direkt radyografide herhangi bir patoloji gözlenmedi. Magnetic Rezonans (MR) görüntülemesinde dizde yaygın yumuşak doku kaynaklı nodüler cisimcikler gözlemlendi (Şekil 1). Sedimentasyon hızı 10 mm/saat, lökosit sayısı 6400/mm³, C-reaktif protein (-), Romatoid faktör ve antinükleer antikor (-) olarak saptandı. PPD testi 6mm olarak ölçüldü. Çekilen akciğer PA grafisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Yapılan iç hastalıkları ve göğüs hastalıkları konsültasyonlarında ek yaklaşım sağlanamadı.

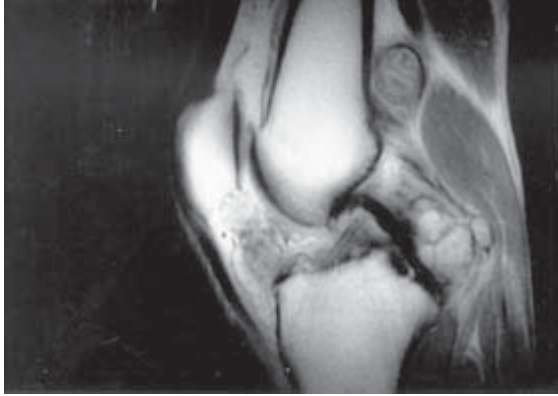
Bu tetkiklerle, etyoloji konusunda etken saptanamadığı için hastaya tanısal amaçlı artroskopi önerildi ve lokal anestezi altında, turnike

* Yrd. Doç. Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Van.

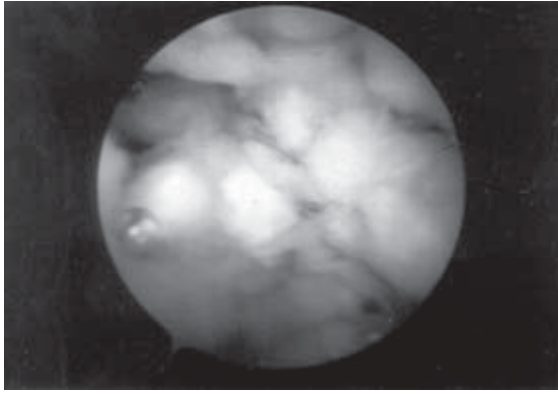
** Doç. Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Van.

*** Doç. Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji ve Patoloji Anabilim Dalı, Van.

**** Arş. Gör. Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Van.



Şekil 1: Olgunun MR görüntülemesinde nodüler yapıda yumuşak doku şekillenmesi ve yaygın sinovit.



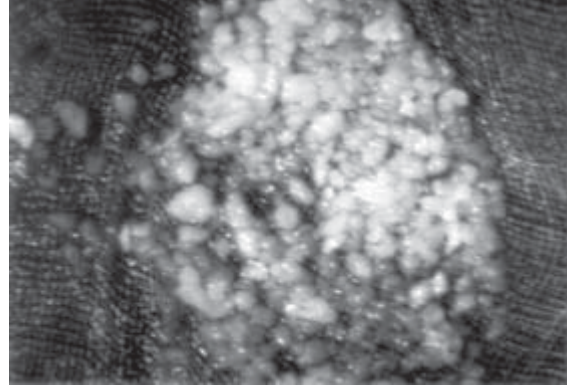
Şekil 2: Piriç tanesi cisimciklerinin artroskopik görünümü.

uygulamadan sağ dize artroskopik girişim uygulandı. Suprapatellar poşda daha yaygın olmak üzere, dizin hemen her alanında bol miktarda beyaz, parlak görünümde piriç tanesi cisimcikleri gözlemlendi (Şekil 2). Ek olarak efüzyon dışında, medial kompartmanda, tibia ve femoral yük binme alanında evre 1 (Outerbridge) kondromalazi ve yaygın sinovyal hipertrofi gözlemlendi. Cisimciklerin çıkarılabilenleri, kanül yardımıyla çıkarıldı. Fakat patolojinin yaygınlığı nedeniyle açık sinovyektomi planlandı ve artroskopiye son verildi. Artroskopi sonrası 5. günde spinal anestezi altında ve pnömatik turnike kullanılarak, anterior longitudinal insizyonla açılarak, patella laterale devrildi. Çıkarılamayan cisimciklerle birlikte, subtotal sinovyektomi uygulandı. Cisimciklerin ve sinovyanın histopatolojik incelemesi için, alınan parçalar patoloji laboratuvarına gönderildi (Şekil 3). Aspiratif dren konarak katlar kapatıldı. Ameliyat sonrası elastik bandaj üzerinden 24 saat buz uygulaması yapıldı. 48 saat sonunda dren alınarak, terminal ekstansiyon ve aktif hareket açıklığı

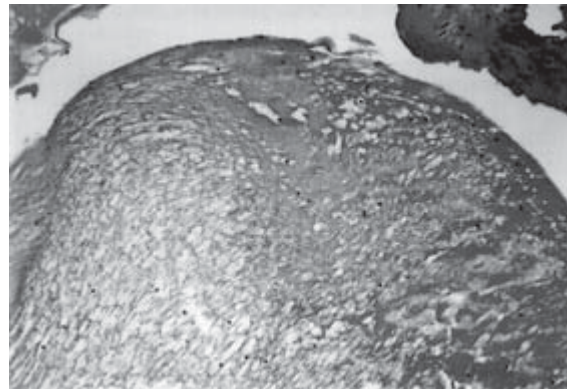
egzersizleri başlanarak hasta taburcu edildi. Tam yüklenmeye izin verildi. Postoperatif 10. gün ilk kontrolü yapıldı, 20. gün dikişler alındı, 45. gün, 3., 6. ve 12. ay kontrolleri yapıldı. Tüm kontrollerde, fizik muayeneyle birlikte romatolojik tetkikler de tekrarlandı ve herhangi bir patolojiyle karşılaşılmadı. Fizik muayenede de zaman zaman minimal efüzyon dışında, herhangi bir patoloji saptanmadı. 3. ay sonunda tam hareket açıklığına ulaşıldı. Çıkarılan taneciklerin ve sinovyanın yapılan histopatolojik incelemesi, yaygın fibrin organizasyonu ve kronik nonspesifik sinovit olarak rapor edildi (Şekil 4).

TARTIŞMA

Eklem faresi patolojisi, ilkin 1700'lü yıllarda tarif edilmiştir³. Bu patolojinin içerisinde değerlendirilen, piriç tanesi cisimciklerinin yapısı yıllarca bilinmemiştir. Taneciklerin etyopatogenezi, proliferatif sinovyumdaki iskemiden kaynaklanan enflamasyona karşı oluşan, nonspesifik yanıt olarak değerlendirilmektedir². Bir kısım



Şekil 3: Çıkarılmış cisimciklerin makroskopik görünümü.



Şekil 4: Histopatolojik incelemede fibrin organizasyonu içeren cisimcikler.

cisimciklerde fibrin mantosu içinde kollajen çekirdeği saptanmış, bir kısmında da sadece fibrin içerik saptanmıştır. Yapısındaki kollajen, sinovyal membran içerisinde olup, genellikle tip I (%40), III (%40) ve V (%20)'den oluşmaktadır. Bu cisimciklerin enfarkte iskemik sinovyumdan mı, yoksa bir miktar fibrinle birlikte sinovyal hücreler tarafından yeni sentezlenmiş kollajenden mi oluştuğu konusu tam olarak kesinleşmemiştir⁴.

Genellikle bu patoloji, hatalı olarak sinovyal kondromatozis olarak adlandırılır. Halbuki her ikisi çok ayrı patolojilerdir. Zira taneciklerde kırıldak dokusu yoktur, piring tanesi cisimciklerinde ise bol fibrin dokusu mevcuttur^{2,4}.

1876'da ilkin Hoefman, tüberküloza bağlı piring tanesi cisimciklerini tanımlamış, 1891 ve 1896'da Gare ve Goldman, bu tanecikleri kobaylara intraperitoneal olarak implante etmiş ve hayvanların tüberküloz hastalığına yakalandığını göstermiştir³. Cisimcikler, romatoid artrit, juvenil romatoid artrit, septik artrit gibi artrit tiplerinde sıklıkla tanımlanmasına karşın glenohumeral dejeneratif artrit olmadan nonspesifik subakromial bursitte de gözlenmiştir^{4,5,6}. Piring tanecikleriyle masif subakromial bursit birlikteliği (seropozitif ve seronegatif artritlerde) romatologlarca çok tanımlanmış olmasına karşın diz içerisindeki cisimcikler, ortopedi literatüründe fazlaca yer almamıştır⁷.

Piring tanesi cisimciklerinde, direkt radyografide herhangi bir patoloji gözlenmez, zira kondromatozide kalsifikasyonlar gözlenebilir. Yapılacak artrografide yer yer kesintiler gözlenebilir⁸. MR görüntüleme, kitlenin yayılımı ve yapısını da gösterir ve altta yatabilecek yumuşak doku veya kemik doku malignitelerini de ekarte eder.

Piring tanesi cisimcikleri, ortopedi literatüründe eklem dışı yerleşimli olarak bazı yazarlarca^{1,2} bildirilmiş olup eklem içi olarak, Steinfeld ve ark.² üç hastanın dört omuzunda aynı patoloji bildirmişler ve taneciklerin eksizyonu ile semptomların gerilediğini bildirmişlerdir. Aşık ve arkadaşları da, 11 yaşında bir hastanın dizinde aynı patolojiyi bildirmiş ve olgunun etyolojisinde de herhangi bir patoloji saptamamışlardır⁷.

Bu patoloji tesbit edildiğinde mutlaka altta yatabilecek neden açısından detaylı bir romatolojik değerlendirme yapılması önerilmektedir². Patoloji saptanmasa bile tetkiklerin iki yıl içinde birkaç kez tekrarlanması önerilmektedir. Bursanın veya sinovyanın rezeksiyonu, taneciklerin eksizyonu semptomları rahatlatır fakat altta yatabilecek muhtemel romatolojik patoloji devam edeceği için,

aktif olarak etkene yönelik tedavinin devamı gereklidir^{4,7}.

Tüberküloza bağlı olanda, romatolojik etyolojiye bağlı olana göre cisimcikler daha büyüktür³. Tüberküloz tanısı göreceli olarak zordur ve gerçekten tanı konuncaya kadar gecikmeye bağlı semptomların tekrarı olabilecektir. Genellikle bu hastalara, ya nonspesifik sinovit ya da romatoid sinovit tanısı konabilir^{1,9}. Tüberkülozun kürünü sağlamak için, geniş cerrahi debritleme, etkilenmiş sinovyumun eksizyonu, erken postoperatif mobilizasyon ve antitüberküloz tedavi gereklidir^{1,9,10}.

Olgumuzda da tüberküloza yönelik olarak yapılan klinik ve laboratuvar tetkiklerinde tüberküloz yönünde bir bulgu saptanmamış ve yapılan tedavinin de kürü sağlama da olgumuzun tüberküloz olmadığı yönündedir. Piring tanesi saptanan olgularda ilk planda düşünülecek patoloji, romatolojik etyolojidir. Tüm parametreler normal sınırlar içerisinde olsa dahi, aktivasyon periyodu dışında olabileceği düşünülmeli ve uzun dönem takiplerde gözden kaçırılmamalıdır^{4,8}.

Olgumuzda da, tüm takiplerde etyolojide romatolojik patoloji saptanmamış olup, nadir görülen bu tür olgularda ileri tetkiklerin gerekeceği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Suso S, Peidro L, Ramon R: Tuberculous synovitis with "rice bodies" presenting as carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg (Am)*; 1998; 13: 574-6.
2. Steinfeld R, Rock MG, Younge DA, Cofield RH: Massive subacromial bursitis with rice bodies. Report of three cases, one of which was bilateral. *Clin Orthop* 1994; 301: 185-90.
3. Pimm LH, Waugh W: Tuberculous tenosynovitis. *J Bone Joint Surg* 1957; 39B: 91-101.
4. McCarty DJ: Synovial fluid. In McCarty DJ (ed): *Arthritis and Allied Conditions: A Textbook of Rheumatology*, ed. 11. Philadelphia, Lea&Febiger, 1989, p.84.
5. Huston KA, Nelson AM, Hunder GG: Shoulder swelling in rheumatoid arthritis secondary to subacromial bursitis. *Arthritis Rheum* 21: 145, 1978.
6. Wynne-Roberts CR, Cassidy JT: Juvenile rheumatoid arthritis with rice bodies: Light and electron microscopic studies. *Ann Rheum Dis* 38: 8,1979.
7. Aşık M, Altınel L, Dikici F, Temelli Y: Diz ekleminde sinovya kaynaklı piring tanesi (rice bodies) cisimcikleri: Olgu sunumu. *Acta Orthop Traum Turc* 2000; 34: 312-315.
8. Thevenon A, Cochetoux P, Duquesnoy B, Mestdagh H, Lecomte-Houcke M, Delcambre B: Subacromial bursitis with rice bodies as a presenting feature of seronegative rheumatoid arthritis (letter). *Arthritis Rheum* 1987; 30: 715-6.
9. Bush DC, Schneider LH: Tuberculosis of the hand and wrist. *J Hand Surg* 1984; 9: 391-8.
10. Kloforn RW, Steigerwald JC: Carpal tunnel syndrome as the initial manifestation of tuberculosis. *Am J Med* 1976; 60: 583-6.