

ÖN ÇAPRAZ BAĞ YERLEŞİMLİ BASİT KİST, OLGU SUNUMU

*Mehmet Rüştü MİDİLLİOĞLU**, *Şahin TUĞRUL***

ÖZET

Oldukça nadir rastlanan ön çapraz bağ kistli bir olgunun semptom, bulgu ve tedavisini incelemek. 27 yaşında bayan hasta 6 aydır sol dizde uzun süre ayakta durduğunda ve çömeldiğinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Travma öyküsü yoktu. Sol dizin aktif ve pasif fleksiyonunda dizin arkasında ağrı dışında herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Direkt grafiler ve MRG incelemeleri yapıldı. Direkt grafilerde anormallik saptanmadı. MRG da çeşitli kesitlerde ön çapraz bağ üzerinde kist tespit edildi. Diğer tüm anatomik yapılar normaldi. Artroskopik debridman ve artroskopi eşliğinde iğne aspirasyonu ile kist eksize edildi. Patolojik incelemede basit kist saptandı. Hastanın semptomları düzeldi.

Ön çapraz bağ kisti tanısında MRG çok önemli ve en büyük yeri tutmaktadır, tedavi ise artroskopik olarak yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Ön Çapraz Bağ, Kist, Artroskopi, MRG.*

SUMMARY

CYST OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT

To evaluate the symptoms, signs and treatment of a patient with a cyst of the anterior cruciate ligament, which is extremely rare pathology. A twenty-seven years old woman complained about pain in the left knee in long standing and limping for 6 months. She had no history of trauma. There was not any pathology other than pain in active and passive flexion of the left knee. She underwent direct X-ray and MRG investigations. There was no pathological finding in direct roentgenograms. There was a cyst on the anterior cruciate ligament in several sections of MRG. All the other anatomic structures were normal. The cyst was excised by arthroscopic debridation and needle aspiration through arthroscopy. The cyst was simple cyst according to pathological exam. Patient became symptom free.

MRG examination is most important method in investigation of the cyst of the anterior cruciate ligament, and arthroscopy is the way of treatment.

Key Words: *Anterior Cruciate Ligament, Cyst, Arthroscopy, MRG.*

GİRİŞ

Diz içi kisti çok nadirdir^{1,2}. Dizin eklem içi gangliasi ligamentler arası kist, interkondiler kist veya nadir olarak çapraz ligament kisti olarak bilinir³. Ön çapraz bağ kistinin daha çok tek vakalı sunumları ortopedi ve radyoloji literatürlerinde bildirilmiştir²⁻⁴.

İlk eklem içi kist 1924 yılında Caan tarafından asemptomatik kadavra dizinde rapor edilmiştir^{5,6}. Ön çapraz bağ içinde ganglion kistinin ilk yazısı Kang tarafından yayınlanmıştır⁷. Caan'ın ilk yayınından 1996 ya dek literatürde toplam 30 ön çapraz bağın yüzeyinde ganglion kisti rapor edilmiştir⁶.

Mc Loren ve ark.⁸ serilerinde çapraz bağ kistinin MRG yapılan popülasyonda %0.9 olarak bildirilmiştir. Bu seride MRG yapılan 1767 olgunun 10'unda (%0.4) ön çapraz bağ ile ilişkili kist, 8'inde ise (%0.5) arka çapraz bağ ile ilişkili kist tespit edilmiştir⁸.

Bizde bu çalışmada nadir olarak rastlanan ön çapraz bağ kisti olan bir olgunun tanı ve tedavisini değerlendirdik.

OLGU

Yirmiyedi yaşında bayan hasta 6 aydır sol dizinde uzun süre ayakta durduğunda ve çömeldiğinde ağrı şikayeti ile müracaat etti. Hastanın hikayesinde travma öyküsü, yürürken ağrı, kilitleme ve boşa gitme şikayeti yoktu. Hikayede travma öyküsü yok. Muayenede her iki diz eklem hareket aralığı 0-130 derece olarak ölçüldü. Sol diz muayenesinde sıcaklık artışı ve şişkinliğe rastlanmadı. Pasif ve aktif fleksiyonda dizin arkasında ağrı mevcut idi. Palpasyonda dizin arka tarafında hassasiyet vardı. Mc Murray testinde ağrı, kilitleme yoktu. Pivot

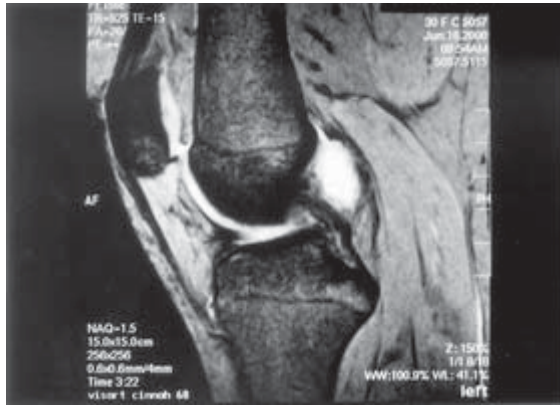
* T.C. Ziraat Bankası Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı.

** Serbest Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı.

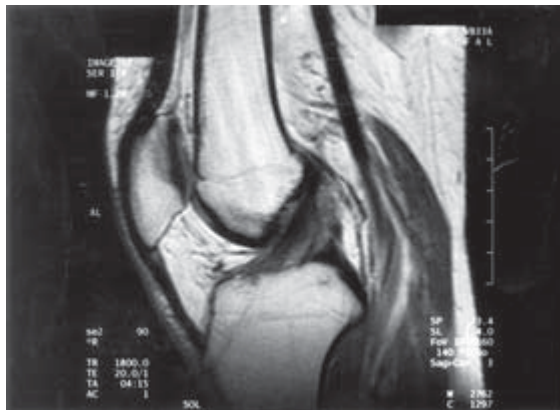
shift ve Lachman testlerinin her ikisinde negatifti. Valgus ve varus stres testlerinde içe ve dışa gevşeklik yoktu. Ön ve arka çekmece testleri negatifti. Sol ve sağ dizde herhangi bir patolojik işaret yoktu. Sol dizin ayakta ön arka ve 30 derece fleksiyonda yan direkt grafileri, rutin hematolojik, biyokimyasal ve immunolojik tetkikleri normaldi. Biz MRG çektirmeye karar verdik.

Çekilen sol diz MRG da T1 A sagittal, FE sagittal PPA Fat Sat koronal T2A transvers düzlemlerde ön çapraz bağ üzerinde 3x2x2 cm boyutlarında kist saptandı. Ön çapraz bağ devamlılığının korunmuş olduğu diğer anatomik yapıların normal olarak izlendiği görüldü (Resim 1, 2).

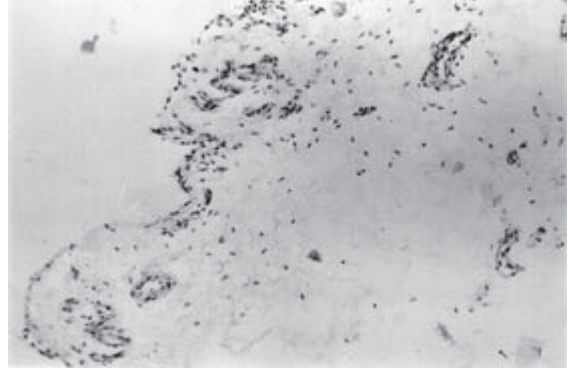
Yapılan artroskopide ön çapraz bağ proba muayene edildiğinde kist hissedildi. Kist artroskopik debridman ve artroskopi altında iğne aspirasyonu ile başarılı olarak tedavi edildi. Alınan kist



Resim 1: T2 ağırlıklı sagittal planda ön çapraz bağdaki kistin MRG görüntüsü.



Resim 2: T1 ağırlıklı sagittal planda ön çapraz bağdaki kistin MRG görüntüsü.



Resim 3: Kistin histopatolojik görüntüsü.

parçaları da patolojiye gönderildi. Patolojide kist basit kist olarak tanımlandı (Resim 3).

TARTIŞMA

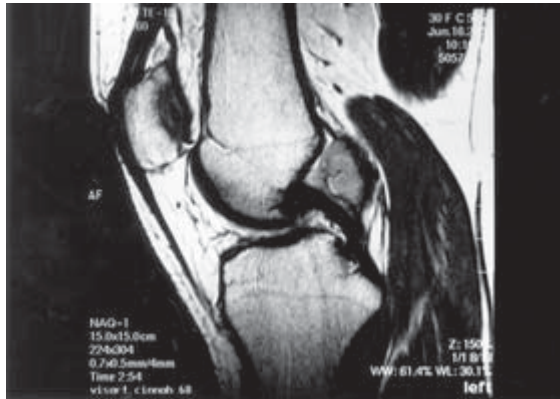
Bugüne dek bir çok araştırmacı çapraz bağların yüzeyindeki kistlerini tek vakalık sunumlarla rapor etmişlerdir¹. Ön çapraz bağ kistinin etiolojisi hala bilinmemektedir. Teoriler içerisinde sinovyumun çevre dokular içerisine fıtıklaşması, embriyogenez sırasında sinovyal dokunun kayması, çok potansiyelli mezenşim hücrelerinin çoğalması ve travma sonrasında da bağ dokusunun dejenerasyonu mevcuttur⁹. Diğer bir teori de doku ve hücrenin travmaya cevabı olarak musin maddesi ve hyaluronik asidin salgılanması ile bağlantılıdır¹⁰. Hyaluronik asit ön çapraz bağ ligamentinin lifleri arasına yerleşir, bu da fusiform şekilde dilatasyona sebep olur. Eklem ve doku hareketi ile beraber musin maddesi ligamentin liflerini ayırır. Böylece interkonduler notch veya çapraz ligament ile ilişkili şekilde bulunabilir¹⁰. Gelişen kist hastada belirgin semptom ve bulguya neden olabilir. Bu çalışmada yer alan olguda da çömelme ve ayakta uzun süre kaldığında ağrı şikayeti vardı.

Kaatee ve arkadaşları¹¹ çapraz bağlar arası kistle beraber proksimal tibial epifizde kemik erozyonu rapor etmişlerdir. Kumar ve arkadaşları¹² mukoid kistik dejenerasyonun kitle gibi semptom ve kemik erozyonuna sebep olabileceğini bildirmiştir. Bizim olgumuzda kemik erozyonu mevcut değildir. Ön çapraz bağ kisti kitle gibi semptom yapabilir¹². MRG eklem içi kist lezyonunun tanımlanması ve durumunu en iyi gösteren metottur. Çeşitli planlardaki görüntüler; eklem içi yapıları ve ilişkilerini gösterir. Meniscal ve ganglion kistlerinin karakteristik görüntüsü MRG da görülebilir.

Diğer yandan Campognola ve arkadaşları⁵ tomografi rehberliğinde kist aspirasyonunun

artroskopik cerrahinin çok nadir fakat kalıcı olan risklerine karşın, iyileşme süresi ve maliyeti daha aza indirilmesi nedeniyle önermektedir. Bu işlem sırasında hasta ve tıbbi ekibin alacağı radyasyon, kist duvarının tamamen çıkarılmaması nedeniyle tekrarlama riski göz ardı edilmemelidir. Bui-Mansfield ve arkadaşlarının³ artroskopik olarak tedavi ettikleri 5 hastada rekürrens görülmemiştir. Vakanın 6 aylık takibi sonucunda çekilen MRG'de nüks tespit edilmedi (Resim 4).

Ön çapraz bağ kistlerinin nadir olmasına karşın hastada soruna ve şikayete sebep olması nedeniyle teşhis ve tedavisi önemlidir. Literatürde ve bu çalışmada incelenen olguda olduğu üzere bu hastaların muayenelerinde en önemli semptom diz çevresinde çömelme veya uzun süre ayakta durmakla oluşan kronik ağrıdır. Diğer bütün muayene bulguları negatiftir. MRG'in teşhiste önemli yeri vardır. Artroskopik debridman ve artroskopi rehberliğinde aspirasyon bu kistlerin



Resim 4: T2 ağırlıklı sagittal planda ön çapraz bağın ameliyat sonrası görüntüsü.

tedavisinde başarılı sonuçlar vermektedir ve hastaların semptomları ortadan kalkar.

KAYNAKLAR

1. Garcia A, Hodler J, Vaughn L, Haghigni P, Resnick D. Case report 677. *Skeletal Radiol* 1991; 20: 373-75.
2. Noda M, Kurisaka M, Maeno K, Mizuno K. Case report ganglion cyst of the bilateral cruciate ligaments. *Arthroscopy* 1999; 15: 867-70.
3. Bui-Mansfield LT, Youngberg RA. Intraarticular ganglia of the knee: prevalence, presentation, etiology and management. *Am J Roentgenol* 1997; 168: 123-27.
4. Yasudo K, Mazimo T. Intraarticular ganglia blocking extension of the knee brief report. *J Bone Joint Surg (Br)* 1988; 70-B: 837.
5. Campaglanolo DI, Davis BA, Blacksins MF. Computed tomography guided aspiration of a ganglion cyst of the anterior cruciate ligament: a case report. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77: 732-33.
6. Kang CN, Lee SB, Kim SW. Symptomatic ganglion cyst within the substance of anterior cruciate ligament. *Arthroscopy* 1995; 11: 612-15.
7. Bellelli A, De Luca F, Maresca G, Glaucoma, Nardis P. Synovial cyst of the cruciate ligament. Findings with magnetic resonance in 8 symptomatic cases. *J Radiol Med* 1996; 92: 346-50.
8. Mc Loren DB, Buckmalter KA, Kahey TN. The prevalence and significance of cyst like changes at the cruciate attachments in the knee. *Skeletal Radiol* 1992; 21: 365.
9. Silberberg R. Disease of the joint. In Křssane IM ed. *Anderson Pathology* 8th ed., Vol 2. St Louis: Mosby, 1985; 1842.
10. Roser WM, Tsai E. Ganglion cysts of the anterior cruciate ligament. *Arthroscopy* 1994; 10: 574-75.
11. Kaatee R, Křtantanscon Ó, Brekkan A. Intraarticular ganglion between the cruciate ligaments of the knee. A Case report. *Acta Radiol* 1994; 35: 5.434-36.
12. Kumar A, Bickerstaff DR, Grimwood JS, Suvarma SK. Mucoid cystic degeneration of the cruciate ligament. *J Bone Joint Surg (Br)* 1999; 81-B: 304-5.