



Av Tüfek Kullanımına Bağlı Subkorakoid Bursanın Sinoviyal Kondromatozisi

Ali Aydın, Kutsi Tuncer, Murat Topal, Eyüp Şenocak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Erzurum

ÖZET

Av tüfek kullanımına bağlı subkorakoid bursanın sinoviyal kondromatozisi

Sinoviyal kondromatozis, sinoviyal membranın kondroid metaplazisidir. Sıklıkla diz ve kalça gibi büyük eklemleri ilgilendirir. Temel özelliği eklem boşluğunda sinoviyum içinde kartilajenöz nodüllerin (serbest cisimler) oluşmasıdır. Tenosinoviyal kılıfa veya bursaya lokalize ekstrartikuler sinoviyal kondromatozis nadir görülmektedir. Sıklıkla 30 ile 50 yaş arasında görülür. Bizim sunduğumuz vaka avcılıkla uğraşan ve av tüfeğinin çok sık kullanımına bağlı gelişen subkorakoid bursadaki sinoviyal kondromatozis ve bu durumun neden olduğu impingement sendromudur.

Anahtar kelimeler: Sinoviyal kondromatozis, subkorakoid alan, av tüfeği

ABSTRACT

Synovial chondromatosis of the subcoracoid bursa caused by frequent shotgun use

Synovial chondromatosis, is the chondroid metaplasia of the synovial membrane. Most commonly involved joints are large joints such as the knee and hip are. Its main characteristic is the formation of cartilaginous nodules in the synovium and inside the articular space (loose bodies). Extraarticular Synovial chondromatosis localized to a tenosynovial sheath or bursa is seldom encountered. It usually presents between the third and fifth decades. Our case is a synovial chondromatosis of the subcoracoid bursa caused by frequent shotgun use and shoulder impingement syndrome as result of this lesion.

Key words: Synovial chondromatosis, subcoracoid bursa, shotgun

Bakırköy Tıp Dergisi 2015;11:92-94

GİRİŞ

Sinoviyal kondromatozis (SK), sinoviyal doku mesenki-mal kalıntıların kartilajenöz metaplazisidir (1). Genellikle diz ekleminde; en sık monoartikuler veya intraartikuler tutulum ile karşılaşılmaktadır. Hastalığın etiyojisi halen bilinmemektedir (2). SK kadınlarda üç kat daha sık görülür ve tanı genellikle 30 ve 50 yaş arasında koyulur (3). Primer SK olguları; dejeneratif eklem hastalığına bağlı sinoviyal membranda kondroid birikimiyle oluşan intraartikuler serbest cisimler oluşumundan ayrılmalıdır (4).

Tenosinoviyal kılıfa veya bursaya lokalize ekstrartikuler sinoviyal kondromatozis nadir görülmektedir. El ve ayaklar dışında farklı bölgelerde tutulum oldukça nadir görülmektedir (5). Tedavi tercihi serbest cisimlerin cerrahi eksizyonu ve sinoviyektomidir (6). Artroskopik yaklaşım açık cerrahiye göre birçok avantajı olması nedeniyle önemli bir alternatiftir (6-8).

Avcılıkla uğraşan ve av tüfeğinin çok sık kullanımına bağlı gelişen subkorakoid bursadaki SK ve bu durumun neden olduğu impingement sendromlu vakayı sunarak, etiyojisi hala belli olmayan SK ilgili literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

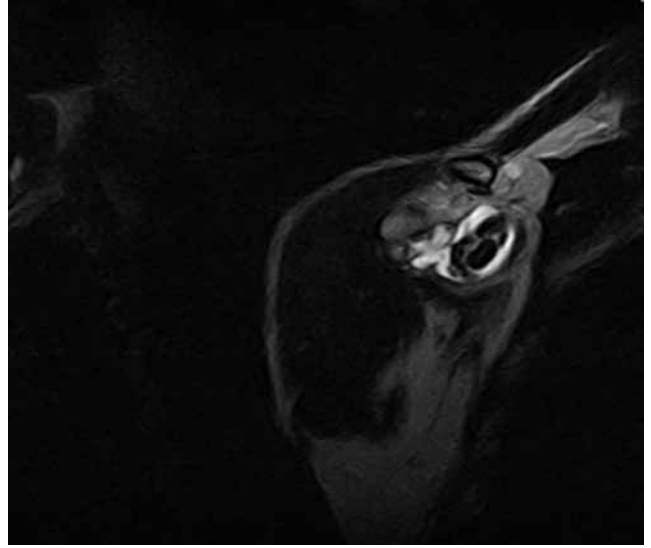
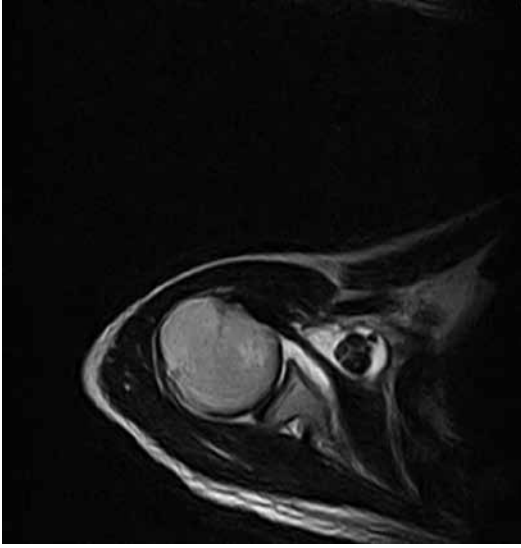
On yıldır avcılıkla uğraşan; 7 yıldır aralıklı devam eden ve gittikçe artan; son üç aydır süreklilik gösteren klasik ağrı kesicilerle geçmeyen sağ omuz ağrısı şikayeti olan

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Ali Aydın
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji ABD, Erzurum
Telefon / Phone: +90-538-680-2430

Elektronik posta adresi / E-mail address: dr.aliaydin@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 22 Şubat 2012 / February 22, 2012

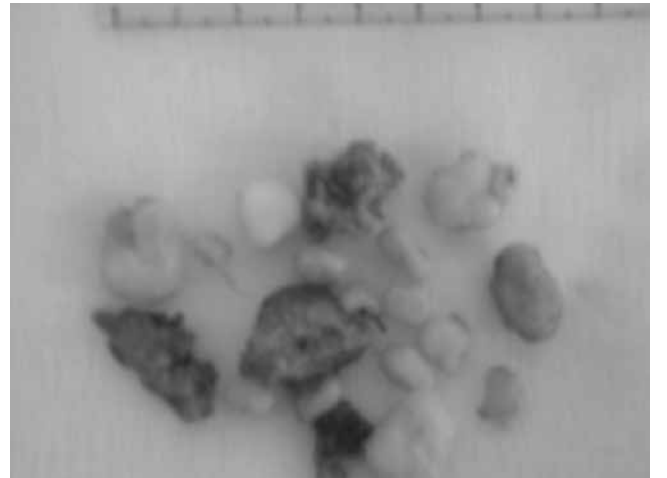
Kabul tarihi / Date of acceptance: 19 Ekim 2012 / October 19, 2012



Şekil 1a, b: Omuz MRG de subkorakoid alanda siynoviyal kondromatozis

30 yaşındaki erkek hasta kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde ağrının ilk olarak omuz anteriorda ve subakromiyal bölgede kola yansıyan karakterde olduğu öğrenildi. Hastanın ağrısı gittikçe artmış, sertlik, hareket kısıtlılığı ve kıyafet giymede güçlük şikayetleri ortaya çıkmış. Ağrı süreklilik göstermiş ve gece uykusundan uyandırmış. Hasta omuzunda herhangi bir şişlik, tutulma veya burkulma olmadığını; ateş, döküntü veya kilo kaybı olmadığını belirtmiştir. Lezyonlu tarafta (sağ) aktif eklem hareket açıklığı öne fleksiyonda 110°, eksternal rotasyonda 30°, iç rotasyonda 5. lomber vertebraya erişebilirlik olarak saptanmıştır. Omuz ekleminden abduksiyonda ise kısıtlılığı ve şiddetli ağrı mevcuttur. Pasif eklem hareket açıklığı tam olarak değerlendirildi. Omuz impingement sendromu bulguları müspetti. Diğer tarafta ise aktif eklem hareket açıklığı tam olarak değerlendirildi. Omuz hareketlerinde krepitasyon saptanmadı. Aile öyküsünde özellik yoktu. 10 yıldır av tüfeği kullanımına bağlı travma öyküsü mevcuttu. Direkt grafide subkorakoid aralıkta ve glenohumeral eklemden multiple kalsifik noduller mevcuttu. MRG incelemesinde subkorakoid alanda 24x12 mm ebatlı kalın cidarlı komplike mayi içinde kontrast tutulumu olmayan hipointense alanlar mevcuttu (Şekil 1a, b).

Hasta eksizyonel biyopsi için hospitalize edildi. Operasyonda deltopektoral yaklaşım ile subkorakoid bursaya ulaşıldı. Subkorakoid bursadaki serbest kondromatozis parçaları eksize edildi (Şekil 2). Subkorakoid bursa siynoviyası ile birlikte total eksize edildi. Yapılan histopato-



Şekil 2: Subkorakoid alanda çıkartılmış multipl sayıda siynoviyal kondromatozis parçaları

lojik incelemede kondroid metaplazi gösteren siynoviyal hipertrofi saptandı (siynoviyal kondromatozis). Bir yıl boyunca yapılan takiplerde hastanın şikayeti olmadığı; tam eklem hareket açıklığına sahip olduğu saptandı. MRG incelemesinde nüks görülmedi.

TARTIŞMA

Sinoviyal kondromatozis sıklıkla diz, kalça ve dirsek gibi büyük eklemleri etkiler (9). Omuz eklemine lokalize SK olgularına literatürde oldukça nadir rastlanmaktadır (10). Gasbarrini 9 vakadan yalnızca 1 vakada subkorakoid

bursada SK görmüş ve nodullerin klasifiye olmadığı vakalarda MRG önermiştir (11). Omuzda SK'nın ayırıcı tanısında kalsifiye tendinit, sinovyal sarkom ve periostal kondroma düşünülmelidir (5,11). Etiyolojiyle ilgili sık yapılan varsayımlardan birine göre tendon kılıfı, eklem kavitesi ve bursa kaynaklı SK'nin altında tek bir patoloji olduğu düşünülmektedir (12). Omuz impingement sendromu rotator kasların akromiyon, akromiyoklavikuler eklem veya korakoid çıkıntının altına oblitere olmasıyla ortaya çıkar. Omuz impingement sendromunun nedeni olarak sinoviyal kondromatozis olgusu daha önce bir vakada sunulmuştur (11). Subakromiyal bursa kaynaklı SK'nin neden olduğu omuz impingement sendromu ise 3 vaka sunumunda yer almıştır (13).

SK'nin tedavisi aktif sinovit mevcudiyetinde tüm serbest cisimlerin eksizyonu ve sinoviyektomidir (1,14,15).

Ekstraartikuler bursa patolojileri olan hastalarda ise tutulum olan bursanın total eksizyonu gereklidir (5,11,13). Cerrahi sonrası nüks oranları %3.2 ile %22.2 arasında değişmektedir. Nükseden lezyonlarda radyoterapi ve FGF-9 inhibisyonu primer SK'lı olgularda önerilmektedir (16).

Vakamızdaki subkorakoid bursadaki SK'nın av tüfeğinin çok sık kullanımına bağlı kronik minör travma sonucu geliştiğini düşünmekteyiz. Vakamızın tedavisinde açık cerrahi ile kondromatozis parçalarının eksizyonu, total sinoviyektomi ve subakromial dekompresyon uyguladık. Artroskopik cerrahi tam olarak total sinoviyektomi yapılamayacağını düşünerek, nüks riskini en aza indirmek amacıyla tercih etmedik. Bir yıl takip edilen hastada nüks görmedik ve tam eklem hareketi mevcuttu.

KAYNAKLAR

1. Forsythe B, Lou J, States L, Guttenberg M, Dormans JP. Painless ankle mass in a 12-year-old boy. *Clin Orthop Relat Res* 2004; 422: 263-269.
2. Buess E, Friedrich B. Synovial chondromatosis of the glenohumeral joint: a rare condition. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001; 121: 109-111.
3. Ranalletta M, Bongiovanni S, Calvo JM, Gallucci G, Maignon G. Arthroscopic treatment of synovial chondromatosis of the shoulder: report of three patients. *J Shoulder Elbow Surg* 2009; 18: e 4-8.
4. Stout AP, Verner EW. Chondrosarcoma of the extraskelatal soft tissues. *Cancer* 1953; 6: 581-590.
5. Sim FH, Dahlin DC, Ivins JC. Extra-articular synovial chondromatosis. *J Bone Joint Surg Am* 1977; 59: 492-495.
6. Fowble VA, Levy HJ. Arthroscopic treatment for synovial chondromatosis of the shoulder. *Arthroscopy* 2003; 19: E2.
7. Bruggeman NB, Sperling JW, Shives TC. Arthroscopic technique for treatment of synovial chondromatosis of the glenohumeral joint. *Arthroscopy* 2005; 21: 633.
8. Covall DJ, Fowble CD. Arthroscopic treatment of synovial chondromatosis of the shoulder and biceps tendon sheath. *Arthroscopy* 1993; 9: 602-604.
9. Narasimhan R, Kennedy S, Tewari S, Dhingra D, Zardawi I. Synovial chondromatosis of the elbow in a child. *Indian J Orthop* 2011; 45: 181-184.
10. Demirhan M, Eralp L, Atalar AC. Synovial chondromatosis of the subcoracoid bursa. *Int Orthop* 1999; 23: 358-360.
11. Gasbarrini A, Biscaglia R, Donati D, Casadei R, Picci P. Synovial chondromatosis of the shoulder. A review of the literature and description of a clinical case. *Chir Organi Mov* 1997; 82: 73-81.
12. Jones HT. Loose body formation in synovial chondromatosis with special reference to the etiology and pathology. *J Bone Joint Surg* 1924; 6: 407-458.
13. De Ferm A, Lagae K, Bunker T. Synovial osteochondromatosis: an unusual cause for subacromial impingement. *Acta Orthop Belg* 1997; 63: 218-220.
14. Robinson D, Hasharoni A, Evron Z, Segal M, Nevo Z. Synovial chondromatosis: the possible role of FGF 9 and FGF receptor 3 in its pathology. *Int J Exp Pathol* 2000; 81: 183-189.
15. Schoeniger R, Naudie DD, Siebenrock KA, Trousdale RT, Ganz R. Modified complete synovectomy prevents recurrence in synovial chondromatosis of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 2006; 451: 195-200.
16. Chong CC, Kneebone A, Kirsh G. Radiotherapy in the management of recurrent synovial chondromatosis. *Australas Radiol* 2007; 51: 95-98.