

*OLGU SUNUMU*

## NADİR BİR LEZYON: SKAFOİD KEMİĞİN İNTRAOSSEÖZ GANGLİYON KİSTİ

A RARE LESION: INTRAOSSEOUS GANGLION  
CYST OF THE SCAPHOID

**Mert KUMBARACI**  
**Ahmet KAYA**  
**Levent KARAPINAR**  
**Ahmet SAVRAN**

### ÖZET

Analjeziklere yanıt vermeyen elbileği ağrılı, 26 ve 28 yaşında iki olguda, skafoid kemiklerinde ağrılı intraosseöz ganglion kisti saptandı. Olgularda travma öyküsü yoktu. İki hastaya da küretaj ve otolog spongiöz kemik grefti uygulandı. Bir yıl sonundaki kontrollerinde ağrı yoktu, elbileği hareket genişlikleri tamdı ve çekilen grafilerinde kistin içinin tamamen süngersi kemikle dolduğu gözlemlendi.

**Anahtar Sözcükler:** Elbileği, İntraosseöz Ganglion Kisti, Skafoid

### SUMMARY

26 and 28 years old patients with analgesic resistant pain at wrist had intraosseous ganglion cyst of scaphoid. There was no history of trauma. Both patients underwent curettage and autologous bone grafting with cancellous bone graft. There was no pain or wrist motion restriction about one year later. Interior of the cyst was completely filled with cancellous bone at the x-rays.

**Keywords:** Intraosseous Ganglion Cyst, Scaphoid, Wrist

## GİRİŞ

İntraosseöz gangliyon kistleri, karpal kemiklerde nadiren görülen lezyonlardır. En sık lunatum ve skafoid kemiklerde görülürler. Genellikle asemptomatikler ve skafoid yerleşimlerinde nadiren el ve elbilek ağrısına neden olurlar (1). Çekilen elbileği grafilerinde rastlansal olarak saptanırlar. Bu grafilerde, çevresi sklerotik kemikle sınırlanmış, oval ya da yuvarlak şekilli, litik lezyonlar olarak görülürler. Yeterli kortikal kalınlığı olan, asemptomatik lezyonlar için izlem yeterlidir. Kortekste ileri derecede incelmeye görülen, ağrılı ve ağrısız lezyonlara cerrahi girişim gerekmektedir (2). Bu çalışmamızın amacı, skafoidte ağrılı intraosseöz gangliyon kisti saptanan ve tedavi olarak küretaj ve otolog kemik aşısı uygulanan iki hastanın işlevsel ve radyolojik sonuçlarını sunmaktır.

## OLGU SUNUMLARI

### 1. Olgu

Yirmialtı yaşında erkek hasta sağ el bileğinde ağrı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın ağrısı yaklaşık 6 aydır devam ediyordu ve başvurduğu diğer merkezlerde hastaya analjezik tedavisi ve kısa kol atelleri uygulanmış fakat hastanın ağrısında azalma olmamıştı. Yapılan ortopedik fizik bakışında sol el bileği dorsifleksiyonu ve ulnar deviasyonu kısıtlı ve skafoid üzerinde palpasyonla ağrı vardı. Çekilen elbileği grafi ve bilgisayarlı tomografisinde skafoid ortasında 4x5 mm boyutunda, oval şekilli, çevresi sklerotik kemikle sınırlanmış litik lezyon saptandı (Resim 1a,b,c). Elbileğine volar yüzden girilerek skafoidde ulaşıldı ve kemiğin volar yüzünde pencere açılarak intra-osseöz yerleşimli, jelatinöz tipik sarı renkli ganglion kisti eksize edildi. Aynı taraf radius metafizinden alınan süngersi kemik ile boşluk dolduruldu. Üç hafta süresince hastaya kısa kol alçısı

uygulandı. İkinci aydaki kontrolünde hastanın skafoid üzerindeki yerel duyarlılığı geçmiş ve elbileği eklem hareket genişliği tamdı. Postoperatif 3.ncü ayda hasta işine dönebildi ve bir yıl sonraki kontrolünde elbileğinin ağrısız olduğu gözlemlendi. Çekilen elbileği grafilerinde süngersi kemiğin kistin içini tamamen doldurduğu izlendi (Resim 1d,e).

### 2. Olgu

Yirmisekiz yaşında kadın hasta sağ el bileğinde yaklaşık bir yıldır varolan ve gittikçe artan ağrı yakınmasıyla polikliniğe başvurdu. Düşme ya da travma öyküsü yoktu. Bu bir yıllık süreçte hastaya non-steroid antiinflamatuar ilaç tedavisi ve ara ara kısa kol atelleri uygulanmış, fakat iyileşme görülmemiş. Fizik bakıda elbileği hareketleri kısıtlı değildi fakat palpasyonla skafoid üzerinde duyarlılık vardı. Çalışırken ağrısının arttığını, istirahatte ise azaldığını söylüyordu. Hastanın çekilen elbileği grafilerinde ve bilgisayarlı tomografisinde skafoid ortasında 4x5 mm boyutunda, oval şekilli, çevresi sklerotik kemikle sınırlanmış litik lezyon saptandı. Diğer karpal kemikler normal şekil ve homojen dansitedeydiler (Resim 2a,b,c). Elbileğine volar yaklaşım ile girilerek skafoidde ulaşıldı. Kistik lezyon ve komşu eklem arasında ilişki yoktu. Skopi altında K teli yardımıyla kistin yeri saptandı ve trepanla skafoidde girilerek kiste ulaşıldı. İntraosseöz yerleşimli, jelatinöz tipik sarı renkli gangliyon kisti eksize edildi. Boşluk ince bir fibröz doku ile kaplanmıştı. Defekt aynı taraf radius metafizinden alınan süngersi kemik ile dolduruldu. Üç hafta süresince hastaya kısa kol alçısı uygulandı ve 3.ncü ayın sonunda hasta günlük yaşamına ve işine tam olarak dönebildi. Bir yıllık izlem sonunda çekilen grafilerde boşluğun tamamının süngersi kemikle dolduğu görüldü (Resim 2d,e). Hastanın elbilek hareket genişliği tam ve ağrısızdı.



Şekil 1 a. Yirmialtı yaşında erkek hastanın çekilen sağ el bileği A/P grafisinde proksimal uçta yerleşim gösteren intraosseöz gangliyon kistin görünümü b, c. BT kesitlerinde kistin skafoidin korteksini zayıflattığı görülüyor



Şekil a,b. Operasyondan 1 yıl sonra çekilen elbileği grafilerinde kist boşluğunun süngersi kemikle dolduğu görülüyor



Şekil 3 a,b. Yirmisekiz yaşında kadın hastanın çekilen sağ elbileği A/P ve yan grafilerinde skafoid orta bölümünde yerleşim gösteren gangliyon kistinin görünümü c. BT kesitinde kistin volar kortekste ilişkisi görülüyor



Şekil 4. Tedaviden bir yıl sonraki elbileği grafilerinde kist boşluğunun tamamen süngersi kemikle dolduğu görülüyor

## TARTIŞMA

İntraosseöz gangliyon kistlerinin patogenezi tartışmalıdır ve iki farklı kuram bulunmaktadır. İlk kurama göre primer intraosseöz lezyon; mezenşimal hücrelerin sinovyal benzeri hücrelere metaplazisi sonucu ya da tekrarlayan mikrotravma ve mekanik stres sonucunda oluşan kemik nekrozuna bağlı olarak gelişmektedir. İkinci kuramda ise daha önceden yumuşak dokuda varolan gangliyonun kortikal penetrasyonuna buna neden olduğu ileri sürülmektedir (2). Bu lezyonlar daha çok tibia ve femurun epifizyometafiziyel bölgesinde görülürken karpal kemiklerde ender görülürler.

Bu kistler tamamen asemptomatik olabilecekleri gibi intraosseöz basıncın artışına bağlı olarak ağrılı hale de gelebilirler. Zamanla korteksteki incelme ve sonucunda kistin rüptürüne bağlı olarak eklemde şişliklere hatta patolojik kırıklara neden olabilmektedirler (3).

Standart radyografilerde, birkaç milimetre çapında, tek ya da multilobüle, çevresi sklerotik litik lezyon olarak görülmektedir (1). Ayırıcı tanısında; osteoid osteoma, anevrizmal kemik kisti, encondroma ve kemiğin dev hücreli tümörleri akılda tutulmalıdır (3).

Hastanın klinik ve radyolojik değerlendirmelerinin sonucunda ve yakınmaları doğrultusunda tedaviye karar verilir. Direkt grafilerde kortikal yıkımı fazla olmayan, asemptomatik hastalara izlem yeterlidir. Semptomatik, en az 6 ay analjezik tedavisine yanıt vermeyen ya da radyolojik olarak progresyon gösteren hastalarda cerrahi tedavi endikedir (2). Literatüre bakıldığında karpal kemiklerin cerrahi tedavi yöntemleri arasında en sık tercih edileni küretaj ve otolog kemik aşısıdır(1-6). Bununla birlikte farklı tedavi yöntemleri de kullanılmıştır. Karpal kemiklerde gangliyon ve basit kemik kisti bulunan 8 hastayı injekte edilebilen kalsiyum fosfat kemik çimentosu ile tedavi etmişler ve hastaların hiçbirinde kistin tekrarlamadığını ve komplikasyon gelişmediğini bildirmiştir (7). Skafoide intraosseöz gangliyon varlığında gelişen patolojik kırığı kısa kol alçısı ile konservatif olarak tedavi ve bir yıl sonunda direkt grafilerde kistin artık görülmediği de saptanmıştır (8). Radyus distalinden elde edilen vaskülarize kemik aşıları da özellikle kırığın eşlik ettiği kistlerin tedavisinde güvenilir bir yöntem olarak kullanılabilir. Skafoid ve lunatuma çökme kırığı ile birlikte görülen kistik lezyonların tedavisinde küretaj ve aşıya ek olarak eksternal fiksatör kullanımının, eklemi yükten kurtararak iyileşmeye yardımcı olduğu bildirilmiştir (3). Biz, hastalarımızda küretaj ve otolog kemik aşılama yöntemini tercih ettik ve sonucunda her iki hastada hareket genişliği tam ve ağrısız elbileği elde ettik. Bununla birlikte radyolojik

olarak kistin yerini süngersi kemiğin aldığını gözlemledik.

İntraosseöz gangliyon kistleri iyi huylu tümörlerdir. Nadiren skafoid kemikte görülür ve semptomatiklerdir. Konservatif tedavinin başarısız olduğu semptomatik hastalarda ve radyolojik olarak büyüyen olgularda küretaj ve otolog kemik aşılama iyi bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Logan SE, Gilula LA, Kyriakos M. Bilateral scaphoid ganglion cyst in an adolescent. *J Hand Surg Am* 1992; 17: 490-5.
2. Mnif H, Koubaa M, Zrig M, Jawahdou R, Sahnoun N, Abid A. Ganglion cyst of the carpal navicular. A case report and review of the literature. *Orthopaedics and traumatology: Surgery and research* 2010; 96: 190-3.
3. Ikeda M, Oka Y. Cystic lesion in carpal bone. *Hand Surg* 2000; 5: 25-32.
4. Peterson T. Intraosseous ganglion of the scaphoid bone- a case report. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 1993; 25(5): 227-9.
5. Fealy MJ, Lineaweaver W. Intraosseous ganglion cyst of the scaphoid. *Ann Plast Surg* 1995; 34(2): 215-7.
6. Buldu H, Kantarcı U, Cepel S. Intraosseous ganglions at the same localization in twin sisters. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2009; 43(4): 379-80.
7. Yajima H, Murata K, Kawamura K, Kawate K, Takakura Y. Treatment of intraosseous ganglia and bone cysts of the carpal bones with injectable calcium phosphate bone cement. *Hand Surg* 2008; 13: 167-73.
8. Castellanaos J, Bertran C, Perez R, Roca J. Pathologic fracture of the scaphoid caused by intraosseous ganglion followed by regression after the healing of the fracture. *J Trauma* 2001; 51:141-3.

#### İLETİŞİM

Op. Dr. Mert KUMBARACI  
1609/13 sokak No:4 D:15 Bayraklı-İzmir  
Telefon: +90 - 532 - 3531847  
Faks: + 90 - 232 - 4330756  
E – posta: kumbaracimert@hotmail.com