

ASETABULER YIRTIK İLE İLİŞKİLİ PERİASETABULER GANGLİON: MR GÖRÜNTÜLEME BULGULARI (Olgu Sunumu)

Dr. Şebnem ÖRGÜÇ (*), Dr. İpek TAMSEL (*), Dr. Fadıl ELÇİN (**)

Gülhane Tıp Dergisi 46 (2) : 172 - 174 (2004)

ÖZET

Bu çalışmada süperolateral labrumda yırtık ile ilişkili periasetabuler ganglion olgusunun MR bulgularını sunmayı amaçladık. Periasetabuler ganglionlar, labral patolojilere indirekt olarak işaret eden yararlı bir bulgudur. Bu işaret konvansiyonel MR incelemelerinde labral yırtığın erken saptanmasında önemli bir işaret olup, erken osteoartrit açısından risk altında olan olguların zaman kaybetmeden uygun tedavi almasını sağlar.

Anahtar Kelimeler: Labral Yırtık, Periasetabuler Ganglion.

SUMMARY

Periacetabular Ganglion Associated With Labral Tear: Mr Imaging Findings (Case Report)

We report a case of periacetabular ganglion associated with the tear of superolateral labrum. Periacetabular ganglion is useful indirect sign of acetabular labral abnormality. These signs may be used for the early detection of labral tears on conventional MRI and enable accurate treatment, since these patients are prone to premature osteoarthritis.

Key Words: Labral Tear, Periacetabular Ganglion.

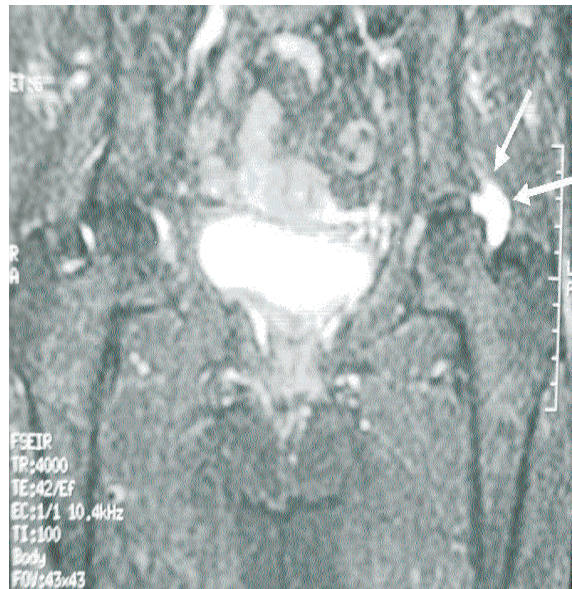
Periasetabuler ganglionlar asetabuler labrum patolojilerini gösteren indirekt bir bulgudur. Konvansiyonel MRG ile asetabuler labrum yırtığı tanısı koymak güç olduğundan, ganglion varlığı labral lezyon aramaya yönlendirilerek, erken tanı ile hastaların doğru yönlendirilmesini sağlar (1,2).

Bu yazımızda labral yırtık ile ilişkili periasetabuler ganglion olgusunun MRG bulgularını sunuyoruz.

OLGU BİLDİRİSİ

60 yaşındaki kadın hasta, yüksek tempolu yürüyüş sırasında başlayan ve yaklaşık altı aydır devam eden sol kalça ağrısı yakınması ile başvurdu. Akut dönemde siyatalji olarak değerlendirilen şikayetlerin tedaviden fayda görmemesi nedeniyle kalçaya yönelik MRG incelemesi yapıldı (GE 1.5T Signa Contour, Milwaukee, WI).

Koronal ve aksiyel planda elde edilen T1 ağırlıklı ve STIR görüntülerde, sol supraasetabuler bölge komşuluğunda, iyi sınırlı ovoid yer kaplayan lezyon izlenmektedir. Sıvı sinyal intensitesindeki, septasyonlu lezyon kalça eklemi ile gluteus minimus kası arasındaki yağ planını oblitere etmektedir. Asetabulum superolateralinde labruma ait üçgen şeklinde sinyalsiz oluşum izlenmemektedir. Komşu kemik yapılar olağandır. Eklem mesafesi içinde sıvı artışı saptanmamıştır. (Resim 1A,1B,2).



(*) MEDİM Radyolojik Tanı Merkezi 2002

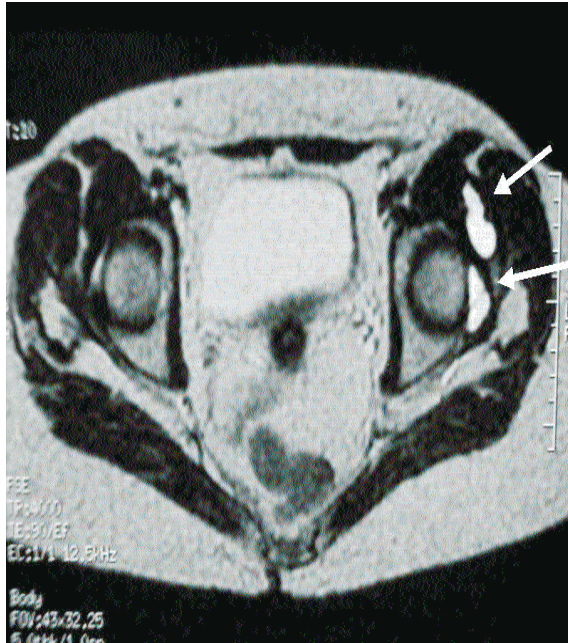
(**) İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Reprint Request: Dr. Şebnem ÖRGÜÇ, 1811 Sokak
No:29/9 35540, Bostanlı/İZMİR

Kabul Tarihi: 27.02.2004



Resim 1A, B: Koronal STIR ve SE T1 ağırlıklı görüntülerde, sol süperolateral asetabulumuna komşu 2x3cm çapında gangliona ait, T2 ağırlıklı görüntüde yüksek, T1 ağırlıklı görüntüde kasa özdeş sinyalde, kistik yer kaplayan oluşum izlenmektedir. Normal labrumun ait üçgen şeklinde sinyaliz yapı görülememektedir.



Resim 2: Aksiyel FSE T2 ağırlıklı görüntüde periasetabuler ganglionun septasyonlu iç yapısı izlenmektedir.

TARTIŞMA

Ganglion, kistik ya da miksomatöz içerikli tümör benzeri benign bir lezyondur. Ganglion ile yumuşak doku sinovyal kisti arasındaki ayırım tartışmalı olmakla ve radyolojide çoğu kez birbiri yerine kullanılmakla beraber, patolojiler, ganglion duvarının sinovyal tabaka içermemesi ve müsinöz içeriği ile tanı koyarlar (3). Kesin etyolojisi bilinmemekle beraber, travma sonrası eklem kapsülünün, tendon kılıfının ya da subkondral kemiğin sinovial herniasyon veya dejenerasyonu sonrası geliştiği kabul edilir (2).

Ganglionlar klasik olarak eklem kapsülü ya da tendon kılıfına yakın komşulukta ya da ilişkili olan, sıvı içerikli koleksiyonlardır. Tamamen intraossöz, subperiostal, intramusküler, intratendinöz ve subkutan olmak üzere daha nadir yerleşimler gösterebilirler (3,4).

Ganglionlar sıklıkla el bileği ve diz çevresinde karşımıza çıkmaktadır. Asetabuler kemik ve periasetabuler yumuşak doku içinde az görülmekle beraber, kalça eklemine intraossöz ve yumuşak doku ganglionları da izlenebilir. Periasetabuler ganglionlar, asetabuler labrum yırtıkları ile birlikte saptandığından, post-travmatik orijinli olarak değerlendirilmektedir. Asetabuler labrumun posterosüperioru en zayıf kesimidir ve en sık yırtık bu yerleşimde gelişir (5). Asetabuler yırtıkların çoğu asetabuler displazili olgularda, asetabulumun, femur başını tam olarak örtmemesinin posterolateral labrumda yol açtığı aşırı strese bağlı olarak gelişir. Post-travmatik labral yırtıklara çoğu kez sporcularda rastlanır. Bu gruptaki olgular, aktivite sırasında ani olarak başlayan kalça ağrısı ile başvururlar. Ödemli ve yırtılmış labrum eklem kapsülünü gererek, bacağı doğru uzanan, siyatalji benzeri ağrı oluşturabilir (6).

Bazı periasetabuler ganglionlar atipik formlarda karşımıza çıkabilir. Literatürde femoral herni, inguinal lenfadenopati, inguinal abse ve femoral arter anevrizması ile karışan olgular bildirilmektedir (7,8).

Direkt grafiler genellikle normaldir. Bazen supraasetabuler lateral kemik kortekste erozyon oluşturan, iyi sınırlı yumuşak doku dansitesi olarak şekillenebilir. Ganglionun içinde nitrojen gazı görülürse spesifik bir tanıya götürülebilir (9).

Artrografi ve artro-BT genellikle labrum içine lineer kontrast madde kaçağı ile yırtığı gösterebilir. Ganglion, tek taraflı valv mekanizması nedeniyle çoğu kez kontrast madde dolusu göstermez. Artroskopi labral yırtık tanısında artrografiden daha hassastır (5).

MRG ile normal labrum, aynen omuz eklemindeki fibröz labrum gibi, asetabulumun ossöz kıyasını çevreleyen üçgen şeklinde sinyaliz yapı olarak

görülür. Normal konfigürasyondaki labrumun görülebilmesi, labrum içinde diffüz ya da lineer bant tarzında sinyal artışı, ya da labrumun süperolaterale deplasmanı büyük olasılıkla labral patolojiyi düşündürür. Ancak literatürde 52 asemptomatik kalça eklemine incelenmesinde normalin varyantı olarak, %10 olguda anterosüperior labrumun gelişmediği, % 8 olguda ise fokal T2 sinyal artışı gösterdiği bildirilmektedir (10). Labrumların değerlendirilmesi için, mutlaka intraartiküler sıvı artışı gerekmemektedir. MR görüntüleme ile ganglionun eklem kapsülü ve labrum ile ilişkisi saptanabilir. Periasetabuler ganglion tipik olarak kalça eklemine posterosüperiorunda ve supraasetabuler iliumun lateral korteksine komşu olarak yer alır. Ganglionlar T1 ağırlıklı imajlarda eklem sıvısı ya da kasa benzer düşük sinyal intensitesindedirler. Yüksek protein içeriği nedeniyle bazı ganglionlar T1 ağırlıklı sekanslarda kasa göre hiperintens izlenirler. Ancak en iyi T2 ve STIR sekansları ile demonstre edilirler. Başka yerleşimlerdeki ganglionlar gibi periasetabuler ganglionlar da keskin sınırlı, yuvarlak, ovoid veya lobüle olabilirler. İnce lineer ya da kurviliner internal septalar sıklıkla mevcuttur.

MRG, eklem ile ilişkili olan ve olmayan ganglionlara ve labral yırtıklara noninvaziv olarak tanı koyabilir. Perilabral kistlerin görülmesi MRG ile labral yırtığa yönlendirerek doğru ve erken tanı konulmasını sağlar (1). Ancak MRG'nin labral yırtıkların saptanmasındaki sensitivitesi geniş serilerde belirlenmemiştir. Schnarkowski ve arkadaşları yayınladıkları 7 labral kist olgusunun yedisinde de labral patolojinin eşlik ettiğini bildirmektedir (11). Czerny ve arkadaşlarının 22 olguluk konvansiyonel MRG ve MR artrografi serisinde, MR artrografinin labral yırtığı sınıflama açısından üstün olduğu gösterilmiştir (sensitivite %90, doğruluk %91) (12).

Labral yırtıklar bir dönem yüklenme verilmeyerek konservatif olarak ya da yırtık labruma parsiyel rezeksiyon uygulanarak tedavi edilebilir (13). Tedavi edilmez ise labral yırtıklar genişleyerek kilitlenme, sekonder osteoartroz ve ganglionya yol açabilir. Artmış eklem içi basıncın, sinovial sıvının, tek taraflı bir valv sistemi ile yırtık dışına çıkmasını zorlayarak periartiküler ganglion oluşturduğu kabul edilir. Femur başı ve asetabulum arasındaki uyum bozulduğu için erken osteoartroz bulguları takip eder (13).

Sonuç olarak periasetabuler ganglionlar sıklıkla asetabuler labrum patolojilerine eşlik etmektedir. Bu ilişkinin bilinmesi, erken ve doğru tanıyı sağlayarak, olguları labral lezyonlardan kaynaklanan sekonder osteoartrozdan kurtarır.

KAYNAKLAR

1. Magee T, Hinson G. Association of paralabral cysts with acetabular disorders. *AJR* 2000;174 (5): 1381-4.
2. Haller J, Resnick D, Greenway G, et al. Juxtaacetabular ganglionic (or synovial) cysts: CT and MR features. *J Comput Assist Tomogr* 1989;13: 976-983.
3. Abdelwahab IF, Kenan s, Herman G. et al. Periosteal ganglia: CT and MR imaging features *Radiology* 1993;188:245-248
4. Feldman F, Singson RD, staron RB. Magnetic resonance imaging of para-articular and ectopic ganglia. *Skeletal Radiol* 1989;18:353-358.
5. Ikeda T, Awaya G, Suzuki S, Okada Y, Tada H. Torn acetabular labrum in young patients: arthroscopic diagnosis and management. *J Bone Joint surg (Br)* 1988;70B:13-16.
6. Ueo T, Hamabuchi M. Hip pain caused by cystic deformation of labrum acetabulare
7. Golledge J, Faber RG. Hip ganglion: case report and review of the literature. *J R Coll Surg Edinb* 1996 Dec;41 (6): 405-407.
8. Cassina PC, Hauser M, Kossmann T, et al. Juxtaacetabular ganglion as a differential diagnosis in pulsating groin masses. *Vasa* 2000 Feb;29:75-76.
9. Silver DAT, Cassr Pullicino VN, Morrissey BM, Etherington RJ, McCall JW. Gas containing ganglia of the hip. *Clin Radiol* 1992;46:257-260.
10. Cotten A, Boutry N, Demondion X, et al. Acetabular labrum: MRI in asymptomatic volunteers. *J Comput Assist Tomogr* 1998; 22: 1-7.
11. Schnarkowski P, Steinbach LS, Tirman PF, et al. Magnetic resonance imaging of labral cysts of the hip. *Skeletal Radiol* 1996;25:733-737.
12. Czerny C, Hofmann S, Neuhold A, et al. Lesions of the acetabular labrum: accuracy of MR imaging and MR arthrography in detection and staging. *Radiology* 1996;200:225-230.
13. Dorrell JH, Caterall A. The torn acetabular labrum. *J Bone Joint surg (Br)* 1986; 68B: 400-403.