

# 27.

## BÖLÜM

# PERIARTİKÜLER KİSTLER

Ahmet Can ERDEM<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Periartiküler kistlerin mekanizması tam olarak belli olmamakla birlikte genel kanaat labral yırtıkların kist formasyonuna neden olduğudur (1,2). Bu mekanizma el bileği ganglionlarına benzerdir. Labral yırtık, eklem sıvısının dışarı sızarak bu alanda kist oluşturacak şekilde birikmesine neden olur. Periartiküler kistlerin klinik önemi, supraspinatus kası ve bununla ilişkili ağrı, innerve edilen kaslarda atrofi, güçsüzlük gibi semptomlara yol açmasıdır. Tarif edilen klinik bulgular net olmakla birlikte spesifik değildir. Bu nedenle tanı için genellikle manyetik rezonans (MR) incelemelere başvurulur. Literatür incelendiğinde MR'nın kullanımının artması ile birlikte periartiküler kist insidansının arttığı gözlenmektedir (1,3). Tedavisinde öncelikle medikal tedaviler denenmekle birlikte nüks oranları yüksektir. İlerlemiş veya medikal tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda, periartiküler kistlerin etkin tedavisi için kistin artroskopik dekompresyonu; tekrarın önlenmesi için ise labral tamir önerilmektedir(1,2,4,5).

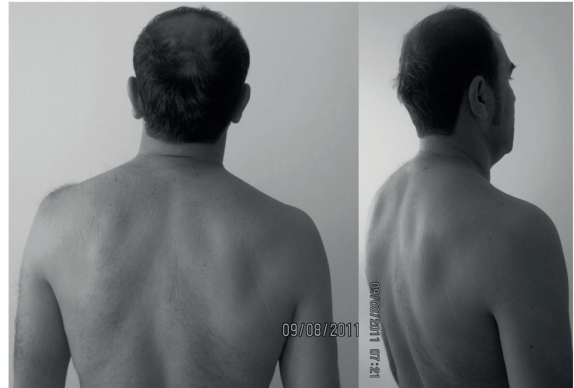
### TANI

Hastalar omuz ağrısı, güçsüzlük ve uzun süren olgularda kas atrofisi ile başvururlar. Bu bulgular periartiküler kiste spesifik değildir. Rotator man-

şet patolojileri, labral patolojiler gibi diğer supraspinatus kası kompresyon durumları benzer kliniğe neden olurlar.

Fizik muayene bulguları arasında:

- Supraspinatus ve/ veya infraspinatus kaslarında atrofi (Şekil 1)
- Omuz Posterior – Superiorde hassasiyet.
- Jobe (Supraspinatus) ve Eksternal Rotasyon (Infraspinatus) testlerinde pozitiflik
- Hastalarda genellikle eklem hareket açıklığı korunmuştur.
- Eşlik eden patolojiler (SLAP, RC, Servikal patoloji) ayırıcı tanıda iyi değerlendirilmelidir.



Şekil 1. İnfraspinatus kasında atrofi

Çoğunlukla başvuru tanı yöntemi MR'dır (Şekil 2). Periartiküler kistler için en sık bölge posterior-superior omuz bölgesidir. Anatomik

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, erdem.canahmet@gmail.com

patiler nedeniyle omuz patolojileri içerisinde önemi büyüktür. Omuz çevresi geçmeyen ağrıları olan hastalara, kas güçsüzlüğü de eşlik ederse öncelikle sinirsel patolojiler düşünülmelidir. Primer nedenler ekarte edildikten sonra bu duruma neden olacak periartüler kistler unutulmamalıdır.

### KAYNAKÇA

1. Elkousy H, Edwards TB. (2019), *Gartsman's Shoulder Arthroscopy* (Third edit). Philadelphia: Elsevier
2. Bilsel K, Erdil M, Elmadag M, et al. The effect of infraspinatus hypotrophy and weakness on the arthroscopic treatment of spinoglenoid notch cyst associated with superior labrum anterior-to-posterior lesions. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* (2014) 22:2209–2215 DOI 10.1007/s00167-013-2469-0
3. Antoniou J, Tae SK, Williams GR, et al. Suprascapular neuropathy: variability in the diagnosis, treatment, and outcome. *Clin Orthop Relat Res*. 2001;386:131–138
4. Bhatia DN, de Beer JF, van Rooyen KS, du Toit DF. Arthroscopic suprascapular nerve decompression at the suprascapular notch. *Arthroscopy*. 2006;22:1009–101
5. Abboud JA, Silverberg D, Glaser DL et al (2006) Arthroscopy effectively treats ganglion cysts of the shoulder. *Clin Orthop Relat Res* 444:129–1333,
6. Ludig T, Walter F, Chapuis D, et al. MR imaging evaluation of suprascapular nerve entrapment. *Eur Radiol* 2001;11(11):2161–9.)
7. Huri G, Turhan E, Doral MN. Omuz çevresi tuzak nöropatiler: supraskapular sinir sıkışması ve kuadrangüler aralık sendromu, *TOTBİD Dergisi* 2015; 14:543–547 doi: 10.14292/totbid.dergisi.2015.75
8. Cummins CA, Messer TM, Nuber GW. Suprascapular nerve entrapment. *J Bone Joint Surg Am* 2001;82(3):415–24.)
9. Steiman I. Painless infraspinatus atrophy due to suprascapular nerve entrapment. *Arch Phys Med Rehabil* 1988;69(8):641–3
10. Martin SD, Warren RF, Martin TL et al (1997) Suprascapular neuropathy. Results of non-operative treatment. *J Bone Joint Surg Am* 79(8):1159–1165
11. Westerheide KJ, Karzel RP (2003) Ganglion cysts of the shoulder: technique of arthroscopic decompression and fixation of associated type II superior labral anterior to posterior lesions. *Orthop Clin North Am* 34(4):521–528
12. Post M, Mayer J (1987) Suprascapular nerve entrapment. Diagnosis and treatment. *Clin Orthop Relat Res* 223:126–136
13. Tung GA, Entzian D, Stern JB et al (2000) MR imaging and MR arthrography of paraglenoid labral cysts. *AJR Am J Roentgenol* 174(6):1707–1715
14. Antoniou J, Tae SK, Williams GR et al (2001) Suprascapular neuropathy. Variability in the diagnosis, treatment, and outcome. *Clin Orthop Relat Res* 386:131–138
15. Piatt BE, Hawkins RJ, Fritz RC et al (2002) Clinical evaluation and treatment of spinoglenoid notch ganglion cysts. *J Shoulder Elbow Surg* 11(6):600–604
16. Cummins CA, Messer TM, Nuber GW. Current concepts reviewd suprascapular nerve entrapment. *J Bone Joint Surg Am* 2000;82:415–24.
17. Promsang T, Kongrukreatiyos K, Kuptniratsaikul S. Arthroscopic Decompression of Spinoglenoid Notch Cyst And SLAP Repair Through a Single Working Portal. *Arthrosc Tech*. 2018 Aug 27;7(9):e963–e967. doi: 10.1016/j.eats.2018.05.004.
18. Lafosse L, Piper K, Lanz U. Arthroscopic suprascapular nerve release: indications and technique. *J Shoulder Elbow Surg*. 2011 Mar;20(2 Suppl):S9–13. Doi:10.106/j.jse
19. Barwood SA, Burkhart SS, Lo IK. Arthroscopic suprascapular nerve release at the suprascapular notch in a cadaveric model: an anatomic approach. *Arthroscopy*. 2007;23:221–225.
20. Chochole MH, Senker W, Meznik C, Breitenheher MJ. Glenoidlabral cyst entrapping the suprascapular nerve: dissolution after arthroscopic debridement of an extended SLAP lesion. *Arthroscopy*. 1997;13:753–755.
21. Lannotti JP, Ramsey ML. Arthroscopic decompression of a ganglion cyst causing suprascapular nerve compression. *Arthroscopy*. 1996;12:739–745.
22. Lafosse L, Tomasi A, Corbett S, et al. Arthroscopic release of suprascapular nerve entrapment at the suprascapular notch: technique and preliminary results. *Arthroscopy*. 2007;23:34–42.
23. Youm T, Matthews PV, El Attrache NS (2006) Treatment of patients with spinoglenoid cysts associated with superior labral tears without cyst aspiration, debridement, or excision. *Arthroscopy* 22(5):548–552
24. Kim DS, Park HK, Park JH et al (2012) Ganglion cyst of the spinoglenoid notch: comparison between SLAP repair alone and SLAP repair with cyst decompression. *J Shoulder Elbow Surg* 21(11):1456–1463
25. Leitschuh PH, Bone CM, Bouska WM (1999) Magnetic resonance imaging diagnosis, sonographically directed percutaneous aspiration, and arthroscopic treatment of a painful shoulder ganglion cyst associated with a SLAP lesion. *Arthroscopy* 15(1):85–87
26. Lichtenberg S, Magosch P, Habermeyer P (2004) Compression of the suprascapular nerve by a ganglion cyst of the spinoglenoid notch: the arthroscopic solution. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 12(1):72–79
27. Plancher KD, Luke TA, Peterson RK, Yacoubian SV. Posterior shoulder pain: a dynamic study of the spinoglenoid ligament and treatment with arthroscopic release of the scapular tunnel. *Arthroscopy*. 2007;23:991–998.
28. Westerheide KJ, Dopirak RM, Karzel RP, Snyder SJ. Suprascapular nerve palsy secondary to spinoglenoid cysts: results of arthroscopic treatment. *Arthroscopy*. 2006;22:721–727.
29. Chen AL, Ong BC, Rose DJ (2003) Arthroscopic management of spinoglenoid cysts associated with SLAP lesions and suprascapular neuropathy. *Arthroscopy* 19(6):E15–E21
30. Wee TC, Wu CH. Ultrasound-Guided Aspiration of a Paralabral Cyst at the Spinoglenoid Notch with Suprascapular Nerve Compressive Neuropathy. *J Med Ultrasound*. 2018 Jul-Sep;26(3):166–167. doi: 10.4103