

مولتیپل گانگلیون کیست در بچه ۲۱ ماهه

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۵/۳۱، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۴

چکیده

محمود فرزانی^۱، بابک میرزاشاهی^{۲*} و یحیی عقیقی^۳

^۱استاد گروه ارتوپدی بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
^۲گروه ارتوپدی بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
^۳استاد گروه اطفال بیمارستان ولیعصر دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

گانگلیون کیست یا سینویال کیست‌ها شایع‌ترین تومور خوش‌خیم در دست هستند که از سینیوم غلاف تاندون‌ها یا تاندون‌ها منشا می‌گیرند. شایع‌ترین محل آنها سطح دورسال و رادیولار مچ دست است. علت دقیق آنها مشخص نیست. بیمار کودک ۲۱ ماهه، دختر است که به دلیل گانگلیون کیست‌های متعدد در هر دو دست و هر دو کف پا از حدود سن ۷ ماهگی به کلینیک ارتوپدی ارجاع داده شد. کودک از نظر معیارهای رشدی کاملاً سالم بود و سابقه هیچ بیماری قبلی را نداشت و همه آزمایش‌های بیمار نیز نرمال بود.

کلمات کلیدی: کیست سینویال، مولتیپل گانگلیون، کیست گانگلیون

* نویسنده مسئول: گروه ارتوپدی بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۰۲۱-۶۱۱۹۲۷۶۷
E-mail: babakmirzashahi@yahoo.com

مقدمه

گانگلیون کیست‌ها شایع‌ترین علت توده‌های موضعی در دست هستند و به طور مشخص از سینیوم مفاصل، تاندون‌ها یا غلاف تاندون‌ها منشا می‌گیرند^۱ و ممکن است باعث بروز انگشت ماشه‌ای یا snapping شوند. اگر چه علت دقیق به وجود آمدن گانگلیون کیست‌ها مشخص نیست ولی سابقه ترومای حاد یا مکرر مزمن و علل مربوط به شغل در بیماران شایع است.

شایع‌ترین محل آنها محل اتصال لیگامان دورسال اسکافولونیت می‌باشد. گانگلیون کیست‌ها به طور شایع بین کمپارتمان اکستانسور دوم و چهارم دست می‌باشند. دومین محل شایع آنها در سطح ولار مچ دست، درست در سمت رادیال تاندون FCR می‌باشد. سایر محل‌های کم‌تر شایع تاندون‌های فلکسور انگشتان دست، سطح دورسال فوت، مچ پا و به صورت خیلی نادر در اطراف زانو^{۱۲} و

مفصل تمپوروماندیبولار (TMJ) می‌باشد.^{۱۴}

گزارش مورد

بیمار دختر بچه ۲۱ ماهه‌ای بود که به دلیل داشتن توده‌های متعدد در هر دو دست و هر دو پا از حدود ۱۵ ماه پیش و از سن ۷ ماهگی به کلینیک ارجاع داده شد. بیمار حاصل زایمان طبیعی و اولین بچه خانواده بود. در سابقه پزشکی بیمار هیچ بیماری خاصی وجود نداشت و سابقه بستری در بیمارستان نداشت و در سلامت کامل بود. در سابقه فامیلی بیمار هم مورد مشابه وجود نداشت، از حدود ۷ ماهگی والدین بیمار متوجه وجود توده برجسته روی سطح دورسال دست راست بچه می‌شوند که در ابتدا منفرد بود و سپس به تدریج توده‌های متعددی به وجود آمدند. به همین دلیل کودک به کلینیک اطفال و سپس به کلینیک ارتوپدی ارجاع داده شد. در معاینه کودک

درد زیاد، توده خیلی بزرگ در نظر گرفته می‌شود. احتمال عود بیماری حتی با جراحی بالاست که در بعضی مطالعات ۲۵ درصد گزارش شده است.

احتمال از بین رفتن خودبخودی کیست‌ها در بچه‌ها زیاد است.^{۷،۸} در مطالعات دیگر نشان داده شده است که پس از جراحی و رزکسیون کیست و آسپیراسیون کیست در بچه‌ها احتمال عود بالاست.^۹ بنابراین درمان کنسرواتو و تحت نظر گرفتن بیمار قبل از اقدام جراحی توصیه شده است.

ما برای بیمار درمان غیرجراحی و کنسرواتو بصورت تحت نظر گرفتن را در نظر گرفتیم و فقط برای کیست‌های بزرگ روی دورسوم مچ دست راست و سطح رادیولار مچ دست چپ آسپیراسیون و Punctuation را انجام دادیم که هم جنبه تشخیصی و هم درمانی داشت. مایع خارج شده در آسپیراسیون شفاف بود و ویسکوزیتی بالای ژلاتینی داشت و مملو از هیالورونیک اسید و سایر موکوپلی ساکاریدهای دیگر بود و هیچ نوع سلول التهابی در هیستوپاتولوژی بیمار دیده نشد که نشان‌دهنده این است که علت کیست‌ها پروسه التهابی مثل تروما، روماتوئید آرتریت، استئوآرتریت یا سینوویت نبوده است، زیرا در این موارد هر نیاسیون مایع سینویال به عنوان مکانیسم دفاعی جهت کاهش فشار داخل مفاصلی توسط بعضی مولفین بعنوان علل سینویال کیست مطرح شده است. مطالعه ژنتیک روی بیمار انجام نشد.

در بررسی متون تنها یک مورد بیمار کودک با کیست‌های متعدد توسط آقای M. shinowi و همکاران گزارش شده است که پسر بچه ۱۱ ساله‌ای اهل اسکانندیناوی با کیست‌های متعدد در محل‌های شایع و همچنین در مفصل تمپورومانندیولار و آتلاتواگزیا می‌باشد که از ۲ سالگی ایجاد شده بودند که بدلیل زودرس بودن بیماری و محل ناشایع آن علل ژنتیک را برای آن مطرح کردند و آن را cystic ganglionosis نامیدند.^۹ بیمار مورد نظر ما هم دومین مورد می‌باشد که دارای کیست‌های سینویال متعدد در دست‌ها و پاها می‌باشد و هیچ علت پاتولوژیکی جهت آنها پیدا نشد و شاید بتوان اصطلاح سیستیک گانگلیونوسیس را برای آن در نظر گرفت و با توجه به عدم وجود سابقه فامیلی شاید مطالعات ژنتیک در آینده بتواند علتی برای بوجود آمدن این کیست‌ها پیدا کنند.

خوشحال بود و از نظر قد و وزن مناسب سن و درصد مناسب بود. توده‌های متعدد با قوام سفت در دست‌ها و پاها بخصوص روی سطح دورسوم و پالمار مچ دست‌ها نزدیک محل اسکافولونیت و رادیال آرتری به ترتیب وجود داشت. همچنین توده‌های متعدد در سطح پالمار کف دست و دورسوم هر دو پا وجود داشت که در لمس متحرک نبوده و بدون تندرین بودند و علائم التهابی وجود نداشت. برای بزرگترین توده آسپیراسیون با نیدل انجام شد که جنبه درمانی و تشخیص داشت و نمونه جهت پاتولوژی ارسال شد که پاتولوژی سینویال کیست را گزارش کرد. برای بیمار درمان غیر جراحی در نظر گرفته شد که تقریباً همه کیست‌ها به این درمان پاسخ دادند. تعداد کمی از آنها پس از مدتی دوباره عود کردند که مجدد بصورت غیر جراحی تحت نظر گرفته شد.

بحث

سینویال کیست‌ها شایع‌ترین کیست‌های fluid-filled خوش خیم می‌باشند که از بافت‌های اطراف مفاصل و فضا‌های دارای سینویوم منشا می‌گیرند. محل‌های شایع این کیست‌ها دورسوم مچ است، سطح رادیولار مچ دست غلاف تندون‌های فلکسور انگشتان در محاذات پولی A1 و اولین کمپارتمان اکستانسور دست می‌باشد. این ضایعات به صورت تک‌حفره‌ای (uniocular) یا چندحفره‌ای (multilocular) می‌باشند که بدلیل این که از بافت‌های عمقی پوشیده شده از سینویوم منشا می‌گیرند، به استراکچرهای اطراف چسبیده و بدون تحرک هستند. در مطالعه آقای satka و همکاران، این کیست‌ها در دختران چهار برابر پسرها وجود دارد.^۲ شیوع گانگلیون کیست در بچه‌ها کم‌تر از بزرگسالان است. ۸ درصد بیماران زیر ۵ سال سن دارند.^۲ و حدود ۱۰ درصد کم‌تر از ۲۰ سال هستند.

علل زیادی برای گانگلیون کیست‌ها بوسیله مولفین مختلف گزارش شده است که شامل دژنراسیون میگزویید (myxoid degeneration)، هریناسیون سینویوم،^{۱۱-۱۳} افزایش فشار داخل مفصلی^{۱۴} و هیپریلازی اولیه سلولی همراه با ترشح موسین می‌باشد،^{۱۵} اما علت و پاتوژنز دقیق ایجاد این کیست‌ها مشخص نیست. درمان شامل تحت نظر گرفتن بیمار و آسپیراسیون، تزریق کورتیکواستروئید و در نهایت جراحی می‌باشد که برای بیماران با

References

1. Angelides AC. Ganglion of the hand and wrist. Operative hand surgery, 4th edn, D.P Green, R.N Hotchkiss, W.C Pederson. Churchill Livingstone, New York. 1999:2171-83.
2. Satku K, Ganesh. Ganglia in children. J Pediatr Orthop. 1985;5:13-15.
3. Nelson CL, Sawmiller S, Phalen GS. Ganglions of the wrist and hand. J Bone Joint Surg Am. 1972;54A:1459-64.
4. Wang A .A .Hutchinson D.T. Longitudinal observation of pediatric hand and wrist ganglia. J Hand Surg 2001;26:599-602.
5. MacKinnon AE, Azmy A. Active treatment of ganglia in children. Postgrad Med J .1977;53:378-81.
6. Richman JA, Gelberman RH, Engber WD, Salamon PB, Bean DJ. Ganglions of the wrist and digits: Result of treatment by aspiration and cyst wall puncture. J Hand Surg. 1987;12:1041-3.
7. Rosson J. W, Walker G. The natural history of ganglia in children. J Bone Joint Surg Br. 1989;71B:707-8.
8. Calif E, Stahi S, Stahi S. Simple ganglia in children: a follow-up study. J Pediatr Orthop. B 2005;14:448-50.
9. Shinawi MJ, Hicks RP, Guillerman J, Jones M, Brandt M, Perez B Lee. Multiple ganglion cysts(cystic ganglionosis) :an unusual presentation in a child. Scandinavian J Rheumatology. 2007;36,2:145-8.
10. Feldman F, Johnston A. Intraosseous ganglion. AJR Am J Roentgenol. 1973;1182:328-42.
11. Bui-Mansfield L. T, Youngberg R. A. Intra-articular ganglion of the knee: prevalence, presentation, etiology, and management. AJR Am J Roentgenol. 1997;168:123-7.
12. Kang C.N, Kim D. W ,Kim D. J, Kim S. J. Intra-articular ganglion cysts of the knee Arthroscopy. 1999;15(4):373-8.
13. Malghem J, Vande Berg B. C, Lebon C, Lecouvet F. E, Maldague B. E. Ganglion cysts of the knee: articular communication revealed by radiography and CT after arthrography. AJR Am J Roentgenol. 1998;170:1579-83.
14. Bonacci CE, Lambert BJ, Pulse CL, Israel HA. Inflammatory synovial cyst of the temporo-mandibular joint: a case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg. 1996;54:769-73.