

Spinaalkanali sünoviaaltsüst – haigusjuhu kirjeldus ja kirjanduse ülevaade

Kadi Treial – TÜ Kliinikumi radioloogiakliinik

HAIGUSJUHT

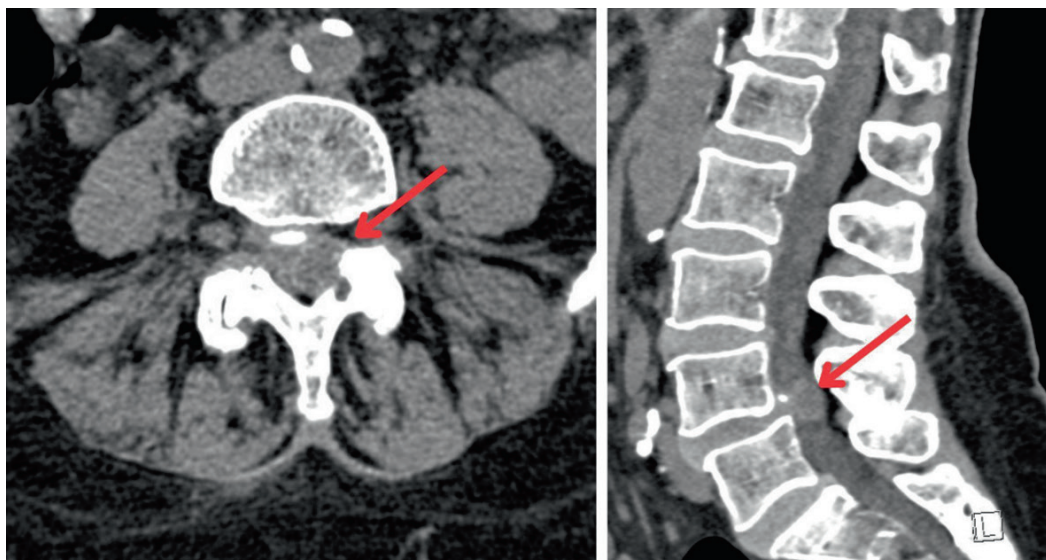
76aastane naine hospitaliseeriti erakorraliselt jalgade nõrkuse, valu ja tuimuse tõttu. Patsient oli juba kuu aega varem tundnud, et jalad on nõrgemad, kuid viimase nädala vältel oli jalgade nõrkus süvenenud, kõndimine muutunud ebakindlamaks ja patsient vajab liikumiseks tugikarku. Lisandusid ka tuimus reite tagaosas ja jalataldades. Valu jalgades üha tugevnes, vaevused süvenesid püsti seistes ja kõndides. Anamneesis traumat ega sarnaseid sümptomeid varem polnud esinenud ning patsient oli kõndinud ilma abivahendita.

Erakorralise meditsiini osakonnas oli vasaku jala tundlikkus ja jõudlus käe survele nõrgem, muus osas oli neuroloogiline leid iseärasusteta, jalad olid soojad kuni varvasteni, pulsid jalgadel tuntavad, *cauda equina* sündroomile viitavat leidu ei esinenud. Esimese uuringuna tehti kompuutertomograafia (KT).

Radioloogiline leid

Lülisamba nimmeosa KT-uuringul tuli spinaalkanalis L4 ja L5 lülivahemiku kõrgusel esile pehme koe tihedusega lisastruktuur, mis oli põhjustanud nimmekanalilise olulise ahenemise (vt pilt 1). Lisaks visualiseerusid kerged kuni mõõdukad degeneratiivsed muutused lülisambas, sh fassetliigese artroos, mis oli enam väljendunud nimme- piirkonna alaosas (vt pilt 2).

KT-uuringul täheldatud kolde iseloomu täpsustamiseks tehti samal päeval magnetresonantstomograafiline (MRT) uuring, kus L4/L5 kõrgusel lähtus vasaku fassetliigese piirkonnast spinaalkanalisse selgelt piiratud lisastruktuur, mis oli T2-kujutisel kõrge ja T1-kujutisel madala signaaliga. Samal kõrgusel visualiseerus ka paremal pool sarnane kolde läbimõõduga 4 mm (vt pilt 3). Kontrastaine manustamise järel kollete kapslid kontrasteerusid, mistõttu sobis radioloogiline leid eelkõige sünoviaal-



Pilt 1. Kompuutertomograafiline uuring lülisamba nimmeosast pehme koe aknaga aksiaal- ja sagitaaltasapinnas: L4/L5 lülivahemiku kõrgusel spinaalkanalis on pehme koe tihedusega ja hüperdenssema äärisega lisastruktuur (nool) mõõtudega 16 × 15 × 20 mm.

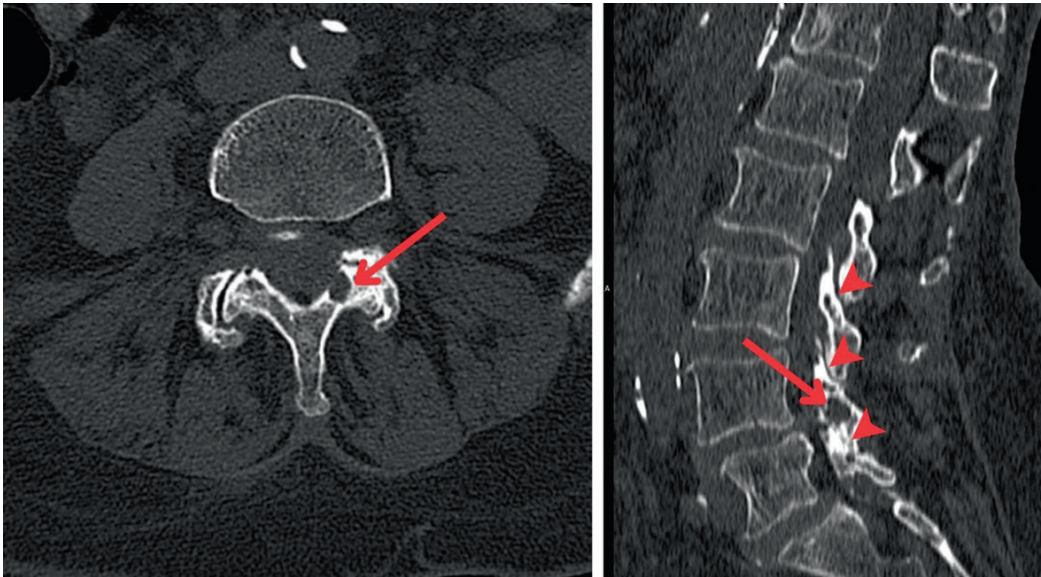
tsüstidele. Vasakpoolne kolle põhjustas väljendunud spinaalstenoozi (vt pilt 4). Lisaks olid MRT-uuringul täheldatavad ka lülisamba degeneratiivsed muutused, sh diskide dehüdratatsioon ja diskide protrusioonid.

Edasine käsitlus

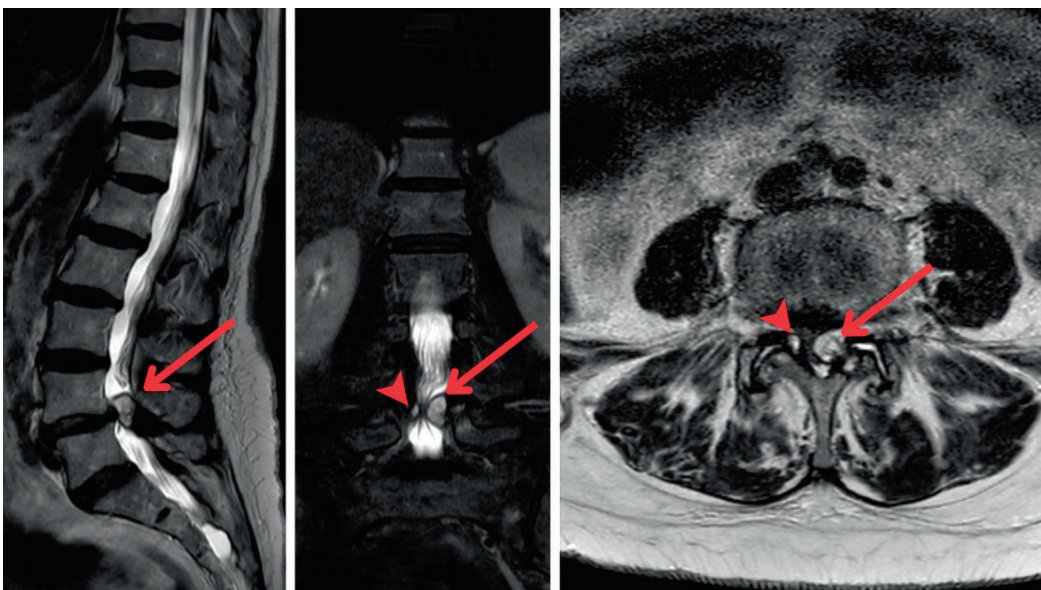
Patsient hospitaliseeriti neurokirurgia osakonda ning järgmisel päeval tehti vasak-

poolne L4 hemilaminektoomia, kus visualiseerus massiefekti omav liigesejätkest lähtunud sünoviaaltsüst, mis eemaldati. Sünoviaaltsüsti diagnoos kinnitati ka histoloogilisel uuringul.

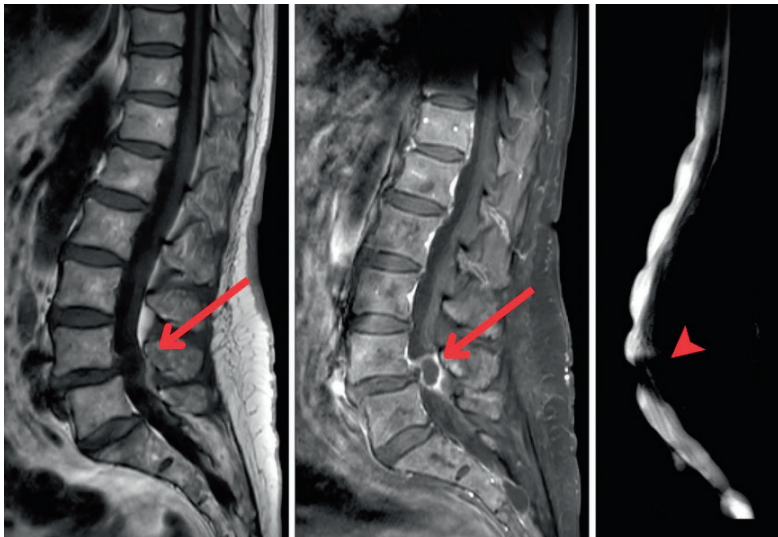
Postoperatiivne kulg oli iseärasusteta ja viiendal operatsioonijärgsel päeval lubati patsient koju. Kaebused jalgade nõrkuse, tundlikkushäirete ja valu suhtes taandusid kiiresti ning patsient taastus täielikult.



Pilt 2. Kompuutertomograafiline uuring lülisamba nimmeosast luu aknaga aksiaal- ja sagitaaltasapinnas: L4/L5 lülivahemiku kõrgusel on vastu L4 lülikaare vasakut külge lisastruktuur, mis ulatub ka luusse (nool). Lisaks on täheldatav fasettliigeste artroos, mis on enam väljendunud nimmepiirkonna alaosas (noolepead).



Pilt 3. Magnetresonantstomograafilise uuringu T2-kaalutud kujutised lülisamba nimmeosa sagitaal-, koronaar- ja aksiaaltasapindades: L4/L5 kõrgusel on vasakul pool suurem kolle (nool) ja paremal pool väiksem kolle (noolepea), mis lähtuvad fasettliigeste piirkonnast.



Pilt 4. Magnetresonantstomograafilise (MRT) uuringu T1-kaalutud kujutised lülisamba nimmeosast sagitaaltasapinnas natiivis ja kontrastainega ning MRT-müelograafia. Kolde kapsel kontrasteerub kontrastaine manustamise järel. MRT-müelograafial on jälgitav liikvorisamba täitedefekt (noolepea).

KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Spinaalkanali sünoviaalsüstid on ekstraduralsed lesioonid, mis tekivad fasettliigese kapsli väljasopistumisest, kõige sagedamini L4-L5 tasemel. Tsüstid on vooderdatud sünoviaalmembraaniga ja sisaldavad läbipaistvat või kollast vedelikku, harvematel juhtudel verd ja lubjastusi. Kui fasettliigeses on vaakumfenomen, võib tsüsti sees ka gaasi olla (1, 2).

Sünoviaalsüst, mis ulatub spinaalkanalisse, võib põhjustada alaseljavalu, radikulopaatiat, neurogeenset klaudikatsiooni ja/või *cauda equina* sündroomi. Intraspinnaalse sünoviaalsüsti esinemise sagedus ei ole teada, kuid lülisamba MRT-uuringutel võib igal 15. patsiendil leida spinaalkanalis sünoviaalsüsti. Sünoviaalsüstidest ligikaudu 50% võib pidada sümptomaatiliseks – s.t. kliiniline sümptomaatika läheb kokku sünoviaalsüsti paikmega. Nii sümptomaatilise kui ka asümptomaatilise sünoviaalsüsti esinemine on tugevalt seotud vanusega ning tavaliselt kaasnevad fasettliigese spondüloartroos, harvem diski degeneratiivne haigus ja degeneratiivne spondülolistees (1, 3).

Alaseljavalu käsitleva ravijuhendi kohaselt on radioloogilised uuringud näidustatud, kui esinevad ohumärgid, kui uuringu tulemused muudavad tõenäoliselt ravitaktikat või kui valu püsib kauem kui 4–6 nädalat. Ohumärgideks on pahaloomuline

haigus anamneesis või selle kahtlus kliiniliste andmete põhjal, immuunsupressioon, veenisistest narkootiliste ainete või kortikosteroidide pikaajaline kasutamine, märkimisväärse energiaga trauma või väikese energiaga trauma osteopeenia foonil, äkki tekkinud uriiniretentsioon, inkontinents, anaalsfinkteri toonuse kadu, lahkliha anesteesia või tundide-päevadega progresseeruv alumine paraparees (4).

Sünoviaalsüstide diferentsiaaldiagnostika hulka kuuluvad intervertebraalse diski prolaps, epiduraalne abstsess, epiduraalne hematoom ja kasvaja. Sünoviaalsüstid ja epiduraalsed abstsessid on KT- ja MRT-uuringutel perifeerse kontrasteerumise muustriga, samas kui tuumorid kontrasteeruvad sageli ühtlaselt (5).

Ravitaktika oleneb peamiselt patsiendi vaevustest ja kliinilisest leiust, mis sageli korreleerub sünoviaalsüsti suurusega. Konservatiivne ravi hõlmab tavaliselt voodirežiimi, valuvaigistavat ravi, ortoosi kasutamist, perkutaanset KTga juhitud sünoviaalsüsti aspiratsiooni ning steroidhormooni süsteid fasettliigesesse või epiduraalsele (6, 7). Püsiva valusündroomi või neuroloogilise defitsiidi korral on peamiseks ravimeetodiks sünoviaalsüsti kirurgiline eemaldamine. Sümptomaatilised sünoviaalsüstid ulatuvad tavaliselt posterolateralsele, mistõttu on tarvis teha hemilaminektoomia või laminektoomia. Spondülolisteesi kaasnemise korral võib osutuda vajalikuks ka lülisamba kirurgiline stabiliseerimine (1).

TÄNUAVALDUS

Täna radioloog Dagmar Looritsat artikli redigeerimise eest.

KIRJANDUS

- Ramhmdani S, Ishida W, Permomo-Pantoja A, et al. Synovial cyst as a marker for lumbar instability: a systematic review and meta-analysis. *World Neurosurg* 2019;122:e1059–e1068.
- Wei Z, Lin Q, Zhang H, et al. A rare gas-containing lumbar synovial cyst treated by percutaneous transforaminal endoscopic cystectomy: A case report and literature review. *Front Surg* 2023;10:1095572.
- Janssen SJ, Ogink PT, Schwab JH. The prevalence of incidental and symptomatic lumbar synovial facet cysts. *Clin Spine Surg* 2018;31:E296–E301.
- Alaseljavalu diagnostika ja ravi esmatasandil, RJ-M/38.1-2019. Ravijuhendite nõukoda; 2019.
- Diehn FE, Maus TP, Morris JM, et al. Uncommon manifestations of intervertebral disk pathologic conditions. *Radiographics* 2016;36:801–23.
- Gupta R, Sriwastwa A, Wang D, Hazenfield MJ. radiologist's guide to lumbar spinepain interventions: indications, techniques, and complications. *Radiographics* 2025;45:e240188.
- Scrofani R, De Simone M, Migliorini F, et al. Spontaneous resolution of symptomatic synovial cysts of the lumbar spine: a comprehensive review with two illustrative cases. *Medicina (Kaunas)* 2024;60:1115.