

ARTICLE ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE
LES KYSTES SYNOVIAUX LOMBAIRES
Étude de six cas

Ronald MOUSSA, Rosie NAJM, Nabil OKAIS, Elie SAMAHA, Toni RIZK, Georges NOHRA

Moussa R, Najm R, Okais N, Samaha E, Rizk T, Nohra G. Les kystes synoviaux lombaires : Etude de six cas. J Med Liban 2006 ; 54 (3) : 156-160.

RÉSUMÉ : OBJECTIFS : Le but de ce travail est de décrire les particularités cliniques, radiologiques et les controverses de la prise en charge thérapeutique des kystes synoviaux lombaires.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Nous rapportons une analyse rétrospective d'une série de 6 cas de kystes synoviaux lombaires. Les patients présentaient une symptomatologie radiculaire unilatérale pouvant prêter à confusion avec le diagnostic clinique d'une hernie discale. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) a été effectuée dans 6 cas, un CT scan lombaire chez un patient et une radiographie standard lombosacrée chez deux patients. Tous les patients ont été traités chirurgicalement. Aucune arthrodeuse n'a été effectuée.

RÉSULTATS : L'évolution a été marquée par une amélioration significative ; des résultats excellents sont retrouvés chez 4 patients. Les 3 patients qui avaient un déficit moteur ont récupéré une fonction motrice normale.

CONCLUSIONS : Les kystes synoviaux lombaires font partie du diagnostic différentiel de tout syndrome de compression radiculaire. L'IRM est l'examen radiologique de choix. Le traitement définitif est chirurgical, avec un faible taux de complications et de récurrences.

INTRODUCTION

Le kyste synovial rachidien, décrit initialement par Von Grukler en 1880 lors d'une autopsie [1], correspond à une formation kystique para-articulaire secondaire à un processus dégénératif de l'articulation interapophysaire adjacente. Il présente des particularités cliniques et radiologiques bien documentées. Les patients présentent une radiculalgie unilatérale ou une claudication radiculaire bilatérale des membres inférieurs. L'IRM est l'examen radiologique de choix qui permet un diagnostic préopératoire. La prise en charge chirurgicale de ces kystes, bien qu'encore controversée, donne des résultats satisfaisants en terme de récupération neurologique et fonctionnelle [2].

Service de Neurochirurgie, CHU Hôtel-Dieu de France, Beyrouth.
Correspondance et tirés à part : Dr Ronald Moussa. Hôtel-Dieu de France. Rue Alfred Naccache. Achrafieh - Beyrouth. Liban.
Tél. : +961 3 377 267
E-mail : ronald_moussa@hotmail.com.

Moussa R, Najm R, Okais N, Samaha E, Rizk T, Nohra G. Lumbar synovial cysts : Six case studies. J Med Liban 2006 ; 54 (3) : 156-160.

ABSTRACT • OBJECTIVES : The purpose of this study is to discuss the clinical and radiological aspects as well as the controversies in the management of lumbar synovial cysts.

METHODS : We report a retrospective analysis of a series of 6 cases of lumbar synovial cysts. Patients presented with unilateral radicular pain mimicking a disc herniation. An MRI (magnetic resonance imaging) was performed in all patients. A computerized tomography scan was performed in one case and X rays in 2 cases. All patients were operated on and the cyst resected. Arthrodesis was not performed in any of our patients.

RESULTS : Functional outcome was marked by a significant improvement. Excellent results were found in 4 patients. Three patients who presented with a motor deficit recovered after the surgery.

CONCLUSIONS : Lumbar synovial cysts should be considered in the differential diagnosis of any radicular compression. MRI is the examination of choice. Surgical resection is the definitive treatment with low rates of complications and recurrences.

Nous rapportons six cas de kystes synoviaux lombaires traités chirurgicalement, afin de décrire les différents aspects cliniques, radiologiques et les controverses de la prise en charge thérapeutique.

PRÉSENTATION DES CAS

Cas numéro 1

Il s'agit d'une patiente âgée de 42 ans hospitalisée pour radiculopathie L5 gauche en 1997, s'aggravant à la position assise. A l'examen clinique, on retrouve une hypoesthésie dans le territoire de L5 gauche, un déficit moteur de l'extenseur du gros orteil et de l'extenseur commun des orteils estimé à 4/5 à gauche. L'IRM lombosacrée met en évidence un kyste synovial L4-L5 postéro-latéral gauche. La radiographie lombosacrée révèle des signes d'arthrose. La résection du kyste, abordé par voie interlaminaire, est réalisée en plusieurs fragments, vu l'adhérence à la dure-mère. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montre des remaniements dégénératifs, des dépôts calcifiés dystrophiques légers. Les symptômes ont disparu en post-opératoire immédiat et la patiente a récupéré une fonction motrice normale.

Cas numéro 2

Il s'agit d'un patient âgé de 65 ans hospitalisé pour sciatique droite en 2002, s'aggravant à l'extension du dos et à la marche, résistante au traitement médical et invalidante, l'obligeant à arrêter toute activité. A l'examen clinique, on retrouve une abolition des réflexes ostéo-tendineux au niveau des deux membres inférieurs. L'IRM lombo-sacrée montre un kyste synovial L5-S1 postéro-latéral droit. La résection du kyste, effectuée en bloc, est associée à une foraminotomie. L'examen anatomopathologique montre un tissu fibroélastique, une suffusion hémorragique et une dégénérescence myxoïde. Les symptômes ont disparu en postopératoire immédiat. Le patient est toujours asymptomatique deux ans après la chirurgie.

Cas numéro 3

Il s'agit d'un patient âgé de 64 ans hospitalisé pour radiculalgie unilatérale L4-L5 droite en 2003, s'aggravant à l'extension du dos et à la position debout. On retrouve dans ses antécédents un kyste synovial au poignet gauche et au creux poplité gauche. A l'examen, les réflexes rotuliens sont faibles, et les réflexes achilléens sont abolis. Le signe de la sonnette permet de reproduire la douleur. L'IRM lombo-sacrée montre un kyste synovial L4-L5 postéro-latéral droit (Fig. 1). La résection du kyste est effectuée en plusieurs fragments. Le kyste présente des adhérences à la dure-mère. L'examen anatomopathologique montre un tissu fibrocartilagineux. Le patient s'est progressivement amélioré de plus de 50% sans toutefois observer une disparition complète des symptômes. Actuellement, le patient se plaint d'une lombalgie occasionnelle survenant à l'effort.

Cas numéro 4

Il s'agit d'une patiente âgée de 55 ans hospitalisée pour lombosciatalgie L5 gauche en 1998, rebelle au

traitement médical. A l'examen clinique, on retrouve un déficit moteur dans le territoire de L5 gauche. L'IRM lombo-sacrée met en évidence un kyste synovial L4-L5 postéro-latéral gauche. Un CT scan lombaire montre au niveau L4-L5 gauche une lésion arrondie de 2 cm de diamètre, bien limitée et présentant une paroi spontanément hyperdense avec de petites calcifications. La résection du kyste est réalisée en plusieurs fragments, vu l'adhérence à la dure-mère. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montre des remaniements dégénératifs et nécrotiques. Les symptômes ont disparu en postopératoire immédiat, la patiente est restée asymptomatique pendant six ans. Elle a récupéré une fonction motrice normale en postopératoire. Actuellement, elle se plaint d'une lombalgie modérée occasionnelle.

Cas numéro 5

Il s'agit d'un patient âgé de 63 ans hospitalisé pour radiculopathie L5 droite en 1997, survenant essentiellement à la marche. A l'examen clinique, on retrouve une abolition des réflexes ostéotendineux. L'IRM lombo-sacrée montre une sténose lombaire au niveau L4-L5 et un kyste synovial L4-L5 postéro-latéral droit. La résection du kyste, réalisée en plusieurs fragments, est associée à une hémilaminectomie droite au niveau L5. L'examen anatomopathologique montre un tissu fibrocartilagineux sans stigmatte inflammatoire ou néoplasique. L'évolution clinique est favorable.

Cas numéro 6

Il s'agit d'une patiente âgée de 63 ans hospitalisée pour radiculopathie L5 gauche hyperalgique et déficitaire en 1999. La douleur survient à la marche, réveille la patiente la nuit, n'est pas calmée par les antalgiques et les anti-inflammatoires et s'accompagne d'une lombalgie basse. A l'examen clinique, on retrouve un déficit

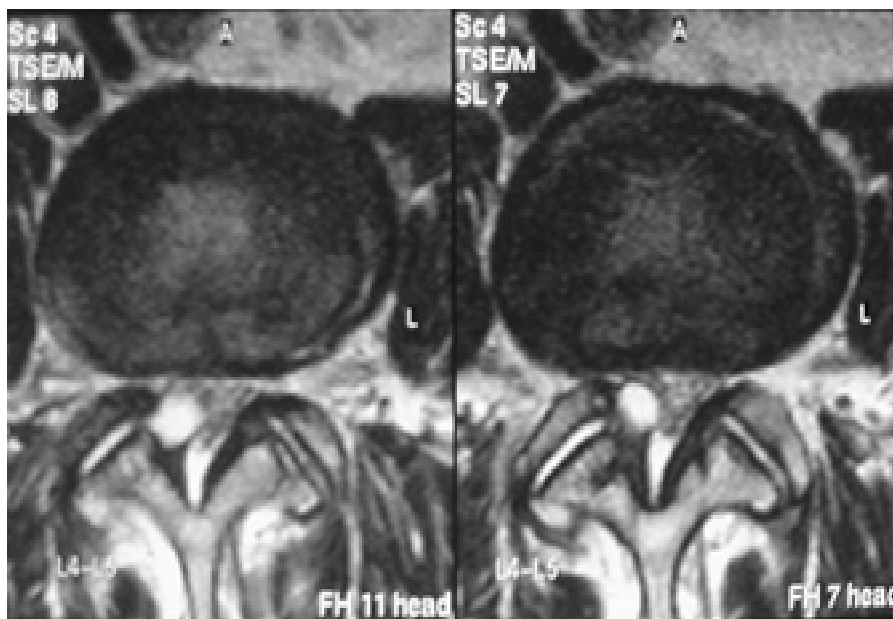


FIGURE 1
IRM
en séquence pondérée T2,
coupe axiale montrant
un kyste synovial L4-L5 droit
en hypersignal.

moteur à gauche chiffré à 4+/5 au niveau du jambier antérieur, de l'extenseur du gros orteil, de l'extenseur commun des orteils et des péroniers latéraux. L'IRM lombo-sacrée montre un kyste synovial L4-L5 postéro-latéral gauche (Fig. 2). La radiographie lombo-sacrée montre un spondylolisthésis dégénératif de moins de 25% au niveau L5-S1. La résection du kyste est réalisée en plusieurs fragments. Elle a récupéré une fonction motrice normale en postopératoire mais, trois ans plus tard, elle est décédée d'un cancer du poumon.

DISCUSSION

Les kystes synoviaux rachidiens ou *juxtaarticular cysts* ou *juxtafacet cysts* constituent une entité pathologique rare, et correspondent à une formation kystique para-articulaire secondaire à un processus dégénératif de l'articulation interapophysaire adjacente [3]. L'étiologie des kystes synoviaux est encore inconnue, mais il est actuellement admis qu'il s'agit de lésions extradurales dégénératives et que leur développement est lié à des processus dégénératifs, à des microtraumatismes rachidiens ou à une mobilité excessive (spondylolisthésis), ce qui explique leur survenue fréquente au niveau de la colonne lombaire. La pathogenèse de ces kystes demeure controversée. Les hypothèses les plus communément admises évoquent une dégénérescence et une hernie de la capsule de l'articulation concernée. La cavité para-articulaire ainsi formée est remplie de liquide synovial, et constitue le kyste synovial communiquant initialement avec l'interligne articulaire. Ce kyste peut évoluer en kyste ganglionnaire lorsque la continuité avec l'interligne articulaire est perdue. Les termes de *synovial cyst* et de *ganglion cyst* correspondent donc à un continuum pathologique évolutif de formation kystique.

L'âge moyen au moment du diagnostic est d'environ 63 ans dans les différentes séries de la littérature [2, 4] ; dans notre série, il est de 58 ans. Certains auteurs notent une prédilection pour un sexe donné [5] alors que d'autres ont retrouvé un sexe ratio de 1:1, comme c'est le cas dans notre série. Il s'agit d'une affection rare dont la prévalence n'est pas précisée dans la littérature : à titre comparatif et pendant la même période, nous avons opéré dans le service 2072 hernies discales, ce qui correspond approximativement à un kyste pour 300 hernies discales. La localisation du kyste est dans 70% des cas intracanalaires, postéro-latérale. Cependant, quelques cas de kystes foraminaux et extraforaminaux ont été décrits dans la littérature [6-7]. Les kystes sont généralement unilatéraux. De rares kystes bilatéraux ont été décrits dans la littérature, associés à un spondylolisthésis [8]. Il n'a été trouvé chez aucun patient de notre série des kystes bilatéraux. Les kystes peuvent survenir au niveau de n'importe quelle partie de la colonne sauf au niveau du sacrum, mais 80 à 99% de ces kystes touchent la colonne lombaire. Les kystes de notre série se situent chez 5 patients au niveau L4-L5 [2] et chez un patient au niveau L5-S1. Le mode de révélation des kystes syno-

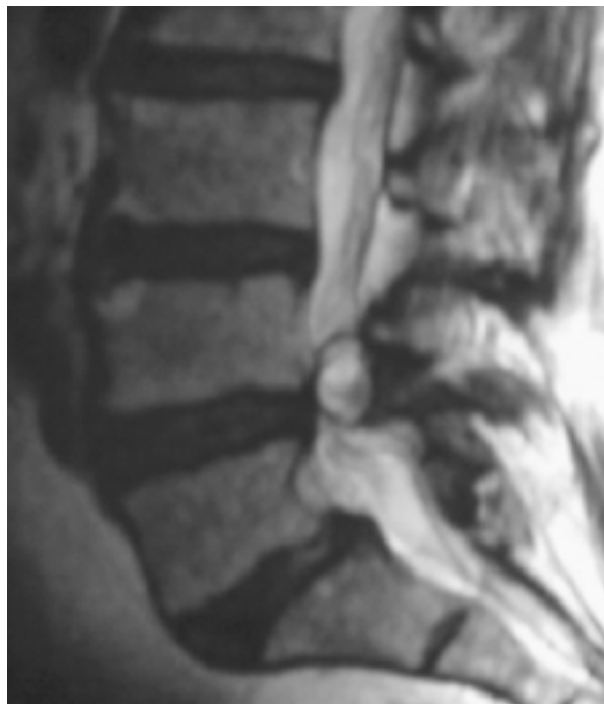


FIGURE 2
IRM en séquence pondérée T2, coupe sagittale montrant un kyste synovial L4-L5 gauche en hypersignal. La paroi du kyste est en hyposignal.

viaux rachidiens est généralement progressif, la durée d'évolution des symptômes oscille selon les séries entre 1 et 14 mois [9]. Il existe de rares cas où le mode de révélation du kyste est brutal entraînant un syndrome de la queue de cheval, ceci étant dû à une hémorragie intrakystique [10]. La clinique est non spécifique. La lombalgie est le symptôme quasi constant dans notre série, elle est retrouvée chez 5 des 6 patients (83%). D'un point de vue clinique, deux sous-populations sont identifiées : les patients présentant une radiculalgie unilatérale mimant le tableau d'une hernie discale et correspondant à 80% des cas environ, et les patients présentant un tableau de claudication radiculaire bilatérale des membres inférieurs simulant les symptômes d'un canal lombaire étroit et correspondant au 20% restant [1-2]. Les 6 kystes de notre série se sont présentés dans un tableau de radiculalgie unilatérale aggravée à l'extension du dos chez 4 des 6 patients (66%), à la flexion du dos chez un patient (16%), et sans facteur aggravant chez le 6^e patient (16%). En effet, l'extension du dos est le facteur aggravant de la douleur le plus fréquemment retrouvé, car le kyste synovial entraîne une compression d'arrière en avant, alors que la douleur due à une hernie discale, qui entraîne une compression d'avant en arrière, est exacerbée à la flexion du dos. Au regard des différentes séries de la littérature, des signes neurologiques sont retrouvés à des proportions variant entre 18% et 57% [11-12]. Un déficit moteur est retrouvé dans 36% des cas, une hypoesthésie dans 31% des cas, une modifica-

tion des réflexes ostéotendineux dans 28% des cas, un signe de Lasègue positif dans 58% des cas. Dans le groupe étudié, un déficit moteur est retrouvé chez 3 des 6 patients (50%), une hypoesthésie chez un patient (16%), une modification des réflexes ostéotendineux chez 3 patients (50%) et un signe de Lasègue absent chez les 6 patients (100%). Notons que le signe de la sonnette a permis de reproduire la douleur chez un de nos patients. Quant aux antécédents des patients présentant des kystes synoviaux lombaires, plusieurs notions sont rapportées dans la littérature : un traumatisme lombaire [10, 13], une opération pour une hernie discale lombaire [2], une arthrodèse lombaire [5], une chondrocalcinose [14], une scoliose, une histoire d'arthrite systémique (ostéoarthrite, arthrite rhumatoïde, goutte, arthrite entéropathique, etc.) [9]. Un des patients de notre série présentait des kystes synoviaux dans d'autres localisations. Le bilan radiologique de base comporte les radiographies standards, le CT scan, et l'IRM. Les radiographies standards en charge et dynamiques permettent de détecter un éventuel spondylolisthésis et des signes de dégénérescence articulaire, et ont une place au cours du suivi postopératoire pour mettre en évidence une décompensation d'un spondylolisthésis préexistant ou une mobilité anormale [2]. Une radiographie lombo-sacrée a été réalisée chez deux des patients de notre série (33%), l'une a montré des signes d'arthrose et l'autre a montré un spondylolisthésis dégénératif de moins de 25%. Le CT scan montre une masse arrondie, isodense au LCR ou au tissu discal, para-articulaire au contact d'une articulaire postérieure dégénérée. Des calcifications sont parfois détectées au niveau de la paroi du kyste, formant une couronne [2] comme c'est le cas d'un de nos patients.

L'IRM est actuellement l'examen neuroradiologique de choix dans le diagnostic préopératoire des kystes synoviaux. Elle montre une masse bien limitée para-articulaire extradurale au contact de l'interligne articulaire [12]. Quand le kyste communique avec la synoviale articulaire, son contenu est liquidien, il est hypo intense en T1 et hyper intense en T2 (identique au LCR). Lorsqu'il ne communique plus avec la synoviale, la dégénérescence du kyste fait que celui-ci s'enrichit en protéines et s'épaissit, ce contenu visqueux et mucoïde apparaît donc plus intense que le LCR en T1 et T2. S'il contient du gaz, il existe une zone sans signal (*signal void area*) à l'intérieur du kyste ou phénomène de vacuum [15]. L'injection de gadolinium permet un rehaussement de la paroi à cause de la présence d'une réaction inflammatoire chronique [1]. L'IRM lombo-sacrée, réalisée chez les 6 patients de notre série, a permis un diagnostic préopératoire chez les 6 (100%). L'apparence était celle d'une masse extradurale para-articulaire en hyposignal en T1 et en hypersignal en T2. L'IRM a également permis de retrouver des signes de dégénérescence rachidienne, à savoir des signes d'une arthrose interapophysaire postérieure, au niveau intéressé ou aux niveaux adjacents chez 2 des 6 patients (33%).

Le traitement médical comprenant des antalgiques et

des anti-inflammatoires, essayés à la phase initiale, demeure sans succès [2, 16] comme dans notre série. Les infiltrations épidurales ou périradiculaires de corticoïdes sous guidage radiologique ont été rapportées dans certains travaux [17]. Elles peuvent conduire à un soulagement durable des symptômes, voire à une disparition du kyste dans certains cas. Elles ne permettent pas cependant d'éliminer la sténose canalaire ou foraminale due à l'hypertrophie du ligament jaune ou des facettes articulaires. Cette option doit être néanmoins proposée en première intention chez les sujets fragiles ou réticents à la chirurgie, d'autant plus qu'en cas d'échec, le recours à l'intervention chirurgicale est toujours possible [18].

La procédure chirurgicale varie selon la localisation du kyste et sa symptomatologie. La technique la plus fréquemment retrouvée est la laminoarthrectomie [12]. Lorsque la symptomatologie est une radiculalgie isolée, la résection totale du kyste est possible grâce à un abord interlaminaire élargi aux dépens des lames sus- et sous-jacentes avec ablation du ligament jaune, associée à une arthrectomie partielle médiale. Dans notre série, l'abord interlaminaire, associé chez un patient à une foraminotomie et chez un autre à une hémilaminectomie, a été utilisé chez les 6 patients. Quand le kyste est de taille modérément importante (plus grand diamètre inférieur à 8 mm), la résection du kyste en bloc est possible. Si le volume du kyste est important ou s'il y a beaucoup d'adhérences au fourreau dural, une ablation en plusieurs fragments s'impose [2]. Cinq des 6 kystes opérés (83%) ont été réséqués en plusieurs fragments, 3 de ces kystes présentaient une adhérence importante à la dure-mère, un kyste (16%) a été réséqué en bloc. Aucun des six patients de notre série n'a bénéficié d'une arthrodèse. En effet, l'hypermobilité segmentaire est un élément important à prendre en considération dans le traitement des kystes synoviaux rachidiens, il est actuellement indispensable tant à la phase initiale qu'au cours du suivi d'inclure systématiquement des clichés radiographiques standards et dynamiques afin de détecter cette anomalie. Il n'existe actuellement aucun critère objectif permettant de prévoir l'apparition d'une mobilité secondaire ou la décompensation d'un spondylolisthésis préexistant, et donc d'isoler une population qui pourrait bénéficier d'une arthrodèse de première intention. Quant aux indications d'arthrodèse secondaire, il existe actuellement un consensus admis qui veut que tout spondylolisthésis secondaire et symptomatique soit traité par cette intervention [2].

Par ailleurs, le but de la chirurgie des kystes synoviaux rachidiens est l'excision complète dans la mesure du possible. Ceci a été possible chez les 6 patients de notre série. Outre l'adhérence aux racines nerveuses, une autre difficulté peropératoire fréquemment rencontrée est l'adhérence à la dure-mère, parfois importante ; celle-ci a été retrouvée chez 3 de nos 6 patients (50%). Dans notre série, aucune complication n'a été observée.

En terme d'évolution postopératoire, les résultats sont classés en « excellents ou bons » dans 87% à 98% des cas

dans la littérature [2]. Dans notre série, 4 des 6 patients (66%) estiment avoir une disparition complète des symptômes et donc un résultat excellent, un patient (16%) estime avoir une amélioration des symptômes de plus de 50% et donc un résultat satisfaisant. Il n'a pas été possible de connaître le résultat fonctionnel du 6^e patient, celui-ci étant décédé quelque temps après l'intervention. Les 3 patients qui avaient un déficit moteur en préopératoire ont récupéré une fonction motrice normale en postopératoire. Deux de ces patients se plaignent d'une lombalgie modérée occasionnelle.

Une étude menée sur 29 patients traités chirurgicalement pour kystes synoviaux rachidiens a trouvé un taux de récurrence de 6%, après un suivi moyen de 23 mois [19]. Une autre étude menée sur 60 cas de kystes synoviaux rachidiens a décrit le développement d'un kyste controlatéral asynchrone symptomatique après traitement chirurgical du kyste initial chez 3 des 60 patients [9]. Une IRM de contrôle doit être faite devant une sciatique récidivante, un nouveau kyste synovial plutôt qu'une récurrence du kyste initial devant être suspecté [16]. Dans notre série, aucun cas de récurrence ou de kyste controlatéral asynchrone n'a été observé.

CONCLUSION

Nous rapportons une analyse rétrospective d'une série de six cas de kystes synoviaux lombaires traités chirurgicalement avec succès. L'IRM reste l'examen de choix pour le diagnostic de cette affection, mimant cliniquement une hernie discale lombaire. L'association de kystes synoviaux dans d'autres localisations du squelette doit être recherchée dans le cadre d'une affection touchant le tissu synovial. Un bilan radiologique statique et dynamique à la recherche d'un spondylolisthésis avec instabilité est préconisé en pré- et postopératoire. L'indication d'une arthrodeuse systématique est encore source de controverses.

RÉFÉRENCES

1. Radatz M, Jakubowski J, Cooper J, Powell T. Synovial cysts of the lumbar spine : a review. Br J Neurosurg 1997 ; 11 (6) : 520-4.
2. Metellus P, Flores-Parra I, Fuentes S et al. Kystes synoviaux lombaires : aspects cliniques et prise en charge chirurgicale. Etude rétrospective de 32 cas. Neurochirurgie 2003 ; 49 (2-3) : 73-82.
3. Kao CC, Uihlein A, Bickel WH, Soule EH. Lumbar intraspinal ganglion cyst. J Neurosurg 1968 ; 29 : 168-72.
4. Hemminghytt S, Daniels DL, Williams AL, Houghton VM. Intraspinal synovial cysts : natural history and diagnosis by CT. Radiology 1982 ; 145 : 375-6.
5. Epstein N. Lumbar laminectomy for the resection of synovial cysts and coexisting lumbar spinal stenosis or degenerative spondylolisthesis. An outcome study. Spine 2004 ; 29 (9) : 1049-56.
6. Metellus P, Fuentes S, Dufour H, Figarella-Branger D, Grisoli F. An unusual presentation of a lumbar synovial cyst : case report. Spine 2002 ; 27 (11) : E278-E280.
7. Salmon B, Deprez M, Stevenaert A, Martin D. The extraforaminal juxtafacet cyst as a rare cause of L5 radiculopathy : a case report. Spine 2003 ; 28 (19) : E405-E407.
8. Diamantopoulos J, Diez R, Jerez P, Sanmillan J, Choudri H, Cordoba A. Bilateral ganglion cysts : case report and review of the literature. Acta Neurochir (Wien) 1999 ; 141 : 783-4.
9. Sabo RA, Tracy PT, Weinger JM. A series of 60 juxtafacet cysts : clinical presentation, the role of spinal instability, and treatment. J Neurosurg 1996 ; 85 : 560-5.
10. Paolini S, Ciapetta P, Santoro A, Ramieri A. Rapid symptomatic enlargement of a lumbar juxtafacet cyst. Spine 2002 ; 27 (11) : E281-E283.
11. Artico M, Cervoni L, Carloia S, Stevanato G, Mastantuono M, Nucci F. Synovial cysts : clinical and neuro-radiological aspects. Acta Neurochir (Wien) 1997 ; 139 (3) : 176-81.
12. Heary RF, Stellar S, Fobben ES. Preoperative diagnosis of an extradural cyst arising from a spinal facet joint : case report. Spine 1993 ; 18 (16) : 2528-32.
13. Bouillot P, Metellus P, Dufour H, Grisoli F. Synovial cyst : a rare late complication of lumbar arthrodesis ? Br J Neurosurg 2001 Feb ; 15 (1) : 66-8.
14. Gadgil AA, Eisenstein SM, Darby A, Cassar Pullicino V. Bilateral symptomatic synovial cysts of the lumbar spine caused by calcium pyrophosphate deposition disease : case report. Spine 2002 ; 27 (19) : E428-E431.
15. Harvey AR, Britton JM, Plant GR. A gas filled intradural cyst associated with disc degeneration. Spinal Cord 2000 ; 38 : 708-10.
16. Pirotte B, Abrovsky N, Massager N, Levivier M, David P, Brotchi J. Synovial cysts of the lumbar spine. J Neurosurg 2003 ; 99 : 14-19.
17. Ben Salem D, Sauvage PJ, Pellerin O, Krause D, Ricolfi F. Prise en charge thérapeutique des kystes synoviaux lombaires. A propos de l'article de P. Metellus et al. Neurochirurgie 2003 Dec ; 49 (6) : 616-17.
18. Sandhu F, Santiago P, Fessler R, Palmer S. Minimally invasive surgical treatment of lumbar synovial cysts. Neurosurg 2004 ; 54 : 107-12.
19. Banning CS, Thorell WE, Leibrock LG. Patient outcome after resection of lumbar juxtafacet cysts. Spine 2001 ; 26 (8) : 969-97.

الايكياس الزليلية القطنية . سيرة ٦ حالات

موجز الموضوع - هدف الدراسة هو لوصف الخصائص السريرية والشعاعية والمناقشة والاهتمام بمعالجة الايكياس الزليلية القطنية المرضى والطرق - نذكر ٦ حالات استرجاعية ونحللها لايكياس زليلية قطنية. ابدى المرضى اعراضاً جذرية وحيدة الجانب وقد يتشوش التشخيص السريري مع الفتق القرصي. تم التصوير بالرنين المغنطيسي في الحالات الست وصور القطن بالمفرسة لمريض واحد وتصوير عادي معياري للقطن والعجز لمريضين وعولج المرضى جميعاً بالجراحة ولم نجر لاي مريض ايثاقاً مفصلياً.

النتائج - تحسن واضح في توالي العملية ووجدنا النتائج الممتازة عند ٤ مرضى وكان لدى ٣ مرضى قصور حركي استعادوا الحركة الطبيعية.

والخلاصة - تدخل الايكياس الزليلية القطنية في التشخيص التفريقي لكل حالات متلازمة الانضغاط الجذري. التصوير بالرنين المغنطيسي هو المعاينة الشعاعية المختارة، والعلاج النهائي هو الجراحة مترافقة باختلاطات او انتكاس ضئيلين.