

Symptomatiske perineurale cyster

Afdelingslæge Masoud Mojaza & overlæge Michael John Albeck

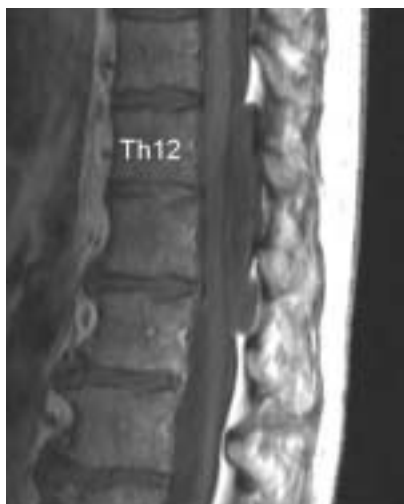
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus,
Neurokirurgisk Afdeling

Perineurale cyster (Tarlovs cyster, rod-cyster) ses oftest ved de sakrale rødder, men kan også i den øvrige del af spinalkanalen. Perineurale cyster er ofte tilfældige fund, der ikke kræver behandling. I sjældne tilfælde bliver cysterne så store, at de giver anledning til smerter og neurologisk påvirkning. Nedenfor omtales to udvalgte sygehistorier med symptomgivende perineurale cyster.

Sygehistorier

I. En 51-årig mand fik over et år tiltagende kraftnedsættelse og styringsbesvær i begge ben. Der var tiltagende atrofi af muskulaturen på begge lår, mest udtalt på højre side. Patienten blev primært undersøgt på mistanke om motorneurone sygdomme, hvilket ikke kunne påvises. Ved en magnetisk resonans (MR)-skanning af columna thorakolumbalis sås en intraspinal ekstradural cystisk proces ud for 12. brystvirvel til anden lændehvirvel beliggende dorsalt for durasækken (**Figur 1**). Ved operation fandtes en stor cystisk proces, der komprimerede durasækken. Cysten var blød og kompressibel. Den midterste del af cysten var stillet til durasækken. Cysten blev åbnet, og der fandtes en lille defekt på venstre side, hvor der undslap ganske lidt væske. Det meste af cysten blev excideret. De tilbageblevne flapper blev lukket hen over defekten og lukket med fibrinklæber. Feltet var herefter tørt. Ved kontrol fire måneder senere var patienten fuldt restitueret og havde genoptaget sit arbejde som murer. Ved en kontrol-MR-skanning blev det konstateret, at cysten ikke havde gendannet sig.

Figur 1. Perineural cyste i thorakolumbal-regionen.



II. En 59-årig kvinde havde i 15 år haft lændesmerter, der var opstået efter et vrid i lænden. En computertomografi af lænden ti år før den aktuelle operation havde vist normale forhold. Der kom efterhånden tiltagende atrofi af glutealmuskulaturen og smerter ud i højre laterale fodrand. Ved en MR-skanning kunne der påvises en stor cystisk proces ud for 1.-3. korsbensegment. Ved operation blev der foretaget laminektomi fra femte lændehvirvel til tredje korsbensegment. Lamina på korsbenschivlerne havde karakter af en tynd skal. Der sås en stor cyste med tydelig furedannelse ind mod durasækken. Cystenvæggen var visse steder silkepapirstynd og transparent. Cysten blev åbnet og sås at bestå af flere recesser. Fra den mest kaudale recess sås væskesivning, når durasækken blev komprimeret. Kaviteten blev fyldt med autolog muskeltvæv og limet med fibrinklæber (Tissell, Baxter). De efterfølgende dage kom der en subkutan væskeansamling.

Ved reoperation tre uger senere sås efter langvarig inspektion væskesivning fra en af de lateralt beliggende recesser. Det var ikke muligt at erkende defekten visuelt, ej heller ved brug af spejle.

På grund af flere krydsende nervefilamenter ville yderligere frilægning indebære en risiko for nervebeskadigelse. Det blev derfor valgt at tætte med yderligere muskeltvæv og fibrinklæber. Der blev tildannet en flap fra en del af den tilbageblevne cystevæg. Denne blev lagt hen over kaviteten og limet. Den var herefter tæt. Ved kontrol tre og seks måneder efter operationen angav patienten betydelig bedring af smerterne, der resterede dog fortsat nogle rygsmerter. Ved ambulant undersøgelse cirka et år efter operationen angav patienten, at smerterne nærmest var som præoperativt. Ved en MR-skanning blev der påvist defekt i korsbenet, men ingen sikker cystedannelse. Der fandtes derfor ikke indikation for yderligere behandling.

Diskussion

Nomenklaturen i forbindelse med spinale væskefyldte strukturer er forvirrende og inkonsekvens. Voyadzis [1] inddeler dem i tre typer: divertikler, cyster og meningoceler. Efter denne inddeling kommunikerer divertikler med subaraknoidalrummet, og de tømmer og fylder sig hurtigt ved kompression. Ved myelografi vil divertikler således spontant blive kontrastfyldte. Cyster er aflukkede og tømmer sig ikke ved kompression. Perineurale cyster vil dog blive kontrastfyldte i løbet af et par dage efter myelografi. Det forklares ved, at cyster kommunikerer med subaraknoidalrummet gennem en lille åbning med ventilvirkning. Adskillelsen mellem cyster og divertikler er således fortsat uklar. Meningoceler er udposninger af meninges gennem en defekt i spinalkanalen eller kraniet og har en helt anden patologi end perineurale cyster.

Tarlov [2] opstillede tre kriterier, som skulle være opfyldt

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

for perineurale cyster. Efter disse kriterier udgår cysterne fra overgangen mellem det dorsale ganglie og nerveroden, de fyldes langsomt ved myelografi, og de er dannet mellem perineuriet og endoneuriet, således at cystevæggen indeholder nervefilamenter eller ganglieceller.

Patogenesen til perineurale cyster er ukendt, men inflammatoriske forandringer [3], proliferative forandringer [4] og traumer [3] har været foreslået. Sygehistorie II illustrerer, at cysterne udvikler sig over en årrække, da der forelå en ti år gammel CT uden tegn på en cyste.

Perineural cyster kan forekomme i alle afsnit af spinalkanalen, men ses hyppigst ved de sakrale nerverødder.

Perineurale cyster vil i dag hyppigst blive fremstillet med MR-skanning. I forhold til myelografi mister man dog muligheden for at vurdere kontrastfyldningen af cysten. Billedmæssigt ses forandringer fra små udposninger på nerverødderne til store rumomfyldende cyster med udtynding af store dele af hvirvellegemerne.

Perineurale cyster er oftest tilfældige fund, som ikke kræver behandling. På grund af deres størrelse og lokalisation kan de dog blive symptomgivende med smerter og neurologiske udfald [1] ligesom andre rumopfyldende processer som f.eks. tumorer og prolaps.

Operation består normalt i en åbning af cysten med lokalisering af defekten. Defekten er ofte så lille, at den ikke kan ses direkte, men ved at holde cysten tør, kan man se en let væske-siven fra defekten. Defekten kan lukkes ved oversyning, men da defekten kan være svær at lokalisere helt præcist, og da dura i mange tilfælde er atrofisk, vil det ofte være nødvendigt at supplere med muskelvæv og fibrinklæber. Prognosen efter operation er gunstig.

Korrespondance: *Mazoud Mojaza*, Neurokirurgisk Afdeling, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, DK-8000 Århus C. E-mail: mmojaza@hotmail.com

Antaget: 19. august 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Voyadzis JM, Bhargava P, Henderson FC. Tarlov cysts: a study of 10 cases with review of the literature. *J Neurosurg* 2001;95:25-32.
2. Tarlov IM. Perineurial cysts of the spinal nerve roots. *Arch Neurol Psychiatry* 1938;40:1067-74.
3. North RB, Kidd DH, Wang H. Occult, bilateral anterior sacral and intrasacral meningeal and perineurial cysts: case report and review of the literature. *Neurosurgery* 1990;27:981-6.
4. Rexed B, Wennstrom KG. Arachnoidal proliferation and cystic formation in the spinal nerve-root pouches of man. *J Neurosurg* 1959;16:73-84.