

## Kasuistik

Ugeskr Læger 2021;183:V04210335

# Intraneural ganglioncyste udgående fra det »glemte« knæled

Jens Kristinsson<sup>1</sup> & Peter Birkeland<sup>2, 3</sup>

1) Ortopædkirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, 2) Neurokirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, 3) Afdeling for Hjerne- og Nervekirurgi, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet

Ugeskr Læger 2021;183:V04210335

Udredning og optimal behandling af smerter, der er lokaliseret på bagsiden af knæet og stråler ned i underbenet, kan være en udfordring, og vejen til diagnosen og den rigtige behandling kan være lang. Læger fra flere specialer og evt. også fysioterapeuter møder denne patientgruppe. Håndteringen kan afhænge af den faglige tradition og spænder fra MR-skanning af ryggen over fodindlæg til operation, hvis der er mistanke om kronisk kompartmentsyndrom. Modsat lidelser i knæleddet imellem femur og tibia har artrose, ganglioncyster og instabilitet, som stammer fra det proksimale tibiofibulære led (PTFJ) ikke fået meget opmærksomhed i lærebøger eller i den daglige klinik [1]. Ydermere er de objektive fund i reglen diskrete, hvorfor disse lidelser kan overses eller mistolkes [2].

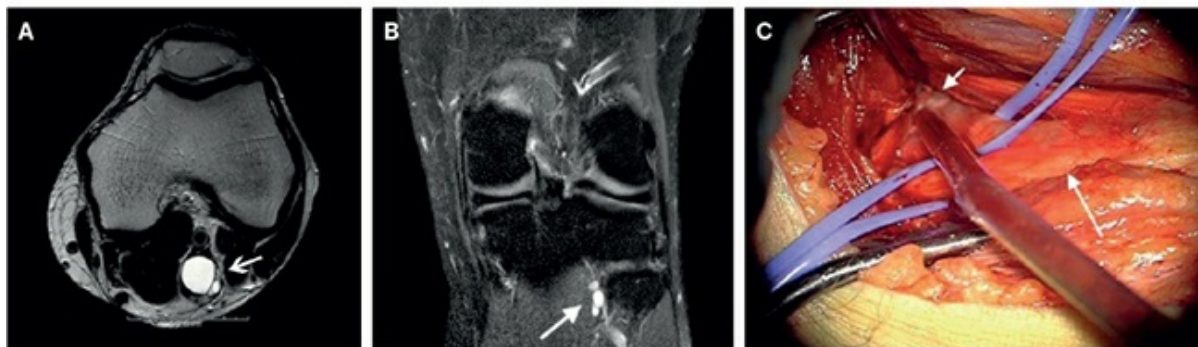
Nedenstående beskrives udrednings- og behandlingsforløbet hos en 29-årig mand med en intraneural ganglioncyste, som udgik fra PTFJ.

### SYGEHISTORIE

En 29-årig ellers sund og rask mand henvendte sig hos egen læge pga. smerter i lænden. Smerterne strålede ned til bagsiden af knæet og læggen på venstre side og havde varet i 2-3 måneder. Han havde kramper i knæhasen og læggen ved afvikling af gang, og ved massage i knæhasen kunne han opleve smertejag ned til foden. Der var intet forudgående traume. Der blev målt D-dimerniveau for at udelukke dyb venetrombose, og han blev efterfølgende set hos en fysioterapeut. Her kunne smerterne udløses ved fleksion af ryggen. Der var ingen motoriske udfald, men øget sensibilisering af n. tibialis ved stræk og palpation af nerven.

Pga. manglede effekt af træningen blev han henvist til billeddiagnostiske undersøgelser. En MR-skanning af lænden viste en prolaps på venstre L4/L5-niveau, men man vurderede, at prolapsen ikke var klinisk betydende. MR-skanning af venstre knæ viste en proces bagtil i fossa poplitea (**Figur 1**). Rygsmerterne aftog efterfølgende gradvist, men smerterne omkring bagsiden af knæet og læggen tog til.

**FIGUR 1** MR-skanning af venstre knæ. **A.** Aksialt T2-vægtet billede. Der ses en multilobuleret proces i tæt relation til nervekarbundet (pil). **B.** Koronalt proton density-vægtet billede, som illustrerer kommunikationen til leddet via den artikulære gren (pil). **C.** Intraoperativt foto, som viser den cystisk udseende n. tibialis (lang pil) og den artikulære gren (kort pil).



En MR-skanning af venstre knæ gav mistanke om en vaskulær malformation posterior for a. og v. poplitea. En supplerende UL-skanning af poples gav mistanke om et ganglion i tæt relation til en sene. Billedmaterialet blev gennemgået seks måneder efter symptomdebut sammen med en ny UL-skanning, hvor der konstateredes en intraneural ganglioncyste lokaliseret til n. tibialis og dens gren til PTFJ. Patienten blev tilbudt en operation ti måneder efter symptomdebut.

Ved operationen blev n. tibialis frilagt i regio poplitea. Fra nerven, som var cystisk udseende, kunne man følge en ligeledes cystisk udseende gren. Med nervestimulator kunne man identificere en motorisk sidegren til m. popliteus, inden den cystiske nervegren endte i det proksimale tibiofibulære led. Denne artikulære gren blev ligeret og delt klos på ledkapslen. Under anvendelse af nervestimulator fandt man den korteste vej ind til cysten i n. tibialis og spaltede denne på langs af nervefibrene, indtil der løb synovialisvæske ud. Ved forsigtigt tryk på nerven blev cysten tømt for en væske, som koagulerede og blev klæbrig ved kontakt til luft.

Seks uger postoperativt kunne patienten løbe igen.

## DISKUSSION

Et ganglion er en cyste, som optræder i relation til et degenereret eller inflammatorisk led eller en seneskedde [3]. Hvis ganglioncysten ligger inde i en nerve, kaldes den for en intraneural ganglioncyste [4, 5]. Man mener, at en sådan intraneural ganglioncyste opstår ved, at synovialslimhinden benytter en artikulær nervegren til at passere gennem ledkapslen [4, 5]. Ganglioncyster viser sig som udfyldninger eller lokal ømhed, men hvis de er intraneurale, kan de endvidere forårsage en mononeuropati. Det klassiske eksempel på en intraneural ganglioncyste er den i n. peroneus communis, som udgår fra PTFJ. Den er en sjælden årsag til dropfod [4]. Af ganglioncyster omkring knæledet er Bakercysten i knæhasen den hyppigste. Man mener, at Bakercysten opstår ved, at der er forbindelse med en ventilfunktion imellem knæledet og en slimsæk på bagsiden af knæet. En intraneural ganglioncyste i n. tibialis som hos patienten i sygehistorien er meget sjælden. Lidelsen involverer eller falder imellem flere specialer, og vejen til en korrekt diagnose og behandling kan derfor være lang. Diagnosen stilles ved MR-skanning af knæet, hvor man i reglen også kan se kommunikationen til leddet. Hvis cysten er symptomatisk, bør man tilbyde operation. Ved operationen er det vigtigt at lede efter en artikulær gren, da recidiv kan skyldes fortsat kommunikation til leddet. Ved recidiv kan man overveje at dese PTFJ [4]. Som alternativ til kirurgi er ultralydvejledt aspiration en mulighed.

**Korrespondance** Jens Kristinsson. E-mail: [hjk@rn.dk](mailto:hjk@rn.dk)

**Antaget** 15. juli 2021

**Publiceret på** [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk) 6. september 2021

**Interessekonflikter** ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

**Referencer** findes i artiklen publiceret på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2021;183:V04210335

## SUMMARY

### Intraneural ganglion cyst from the “forgotten” knee joint

Jens Kristinsson & Peter Birkeland

Ugeskr Læger 2021;183:V04210335

Disorders in the proximal tibiofibular joint (PTFJ) is often missed or misinterpreted because healthcare professionals often do not consider it a source of pathology. This is a case report of the symptoms and treatment in a young man with intraneural ganglion cyst originating from the PTFJ. The diagnosis was verified by an MRI scan, since there were few objective findings. Treatment is decompression of the cyst, and to prevent recurrence it is important to disconnect the articular branch.

## REFERENCER

1. Lu M, Han W, Wang K et al. Associations between proximal tibiofibular joint (PTFJ)types and knee osteoarthritic changes in older adults. *Osteoarthritis Cartilage* 2017;25:1452-8.
2. Sarma A, Borgohain B, Saikia B. Proximal tibiofibular joint: rendezvous with a forgotten articulation. *Indian J Orthop* 2015;49:489-95.
3. Herman AM, Marzo JM. Popliteal cysts: a current review. *Orthopedics* 2014;37:e678-e684.
4. Desy NM, Wang H, Ibrahim MA et al. Intraneural ganglion cyst: a systematic review and reinterpretation of the world’s literature. *J Neurosurg* 2016;125:615-30.
5. Spinner RJ, Atkinson JL, Harper Jr. CM, Wenger DE. Recurrent intraneural ganglion cyst of the tibial nerve. *J Neurosurg* 2000;92:334-7.