

## DERİN VEN TROMBOZU SEMPTOMLARINI TAKLİT EDEN BAKER KİSTİ

### BAKER'S CYSTS MIMICKING THE SYMPTOMS OF DEEP VEIN THROMBOSIS

\*İzzet HOŞGÖR, \*\*Hidayet SARI

\*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İSTANBUL\*Serbest Hekim, İSTANBUL

\*\* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Anabilim Dalı, İSTANBUL

Adres: İzzet HOŞGÖR : Ataköy 7-8. Kısım Barış Sitesi I 1 a / 1 034750 Bakırköy / İSTANBUL

e-mail: Atherom@hotmail.com

#### Özet

Fizik muayene ile baldırda tespit edilen şişlik bulgusu teşhisi güç bir problem olarak ortaya çıkabilir. Baldır şişliğinde en sık akla gelen DVT (derin ven trombozu) ve rüptüre olmuş popliteal kisttir (Baker kisti). Popliteal kistlerin alt ekstremité DVT semptomlarını taklit ettiği bilinir. Burada yanlış olarak DVT tanısı ile antikoagulan tedaviye başlanan bir baker kisti vakasını sunmak istedik.

Anahtar Sözcükler: DVT, Baker Kisti

#### Summary

The finding of calf swelling on physical examination can present a difficult diagnostic problem. The most common swelling seen in the popliteal fossa are deep vein thrombosis and ruptured Baker's cyst. They have been known that Baker's cysts mimic the symptoms of deep vein thrombosis in lower extremities.

We present a case of with Baker's cyst who has clinical diagnosis of DVT and was made oral anticoagulant therapy,

Keywords: Baker's cyst, DVT

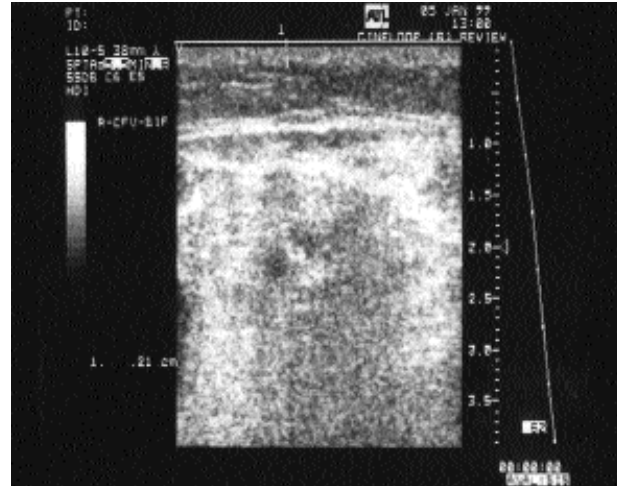
#### Giriş

Popliteal fossada en sık görülen nonvasküler anormallik Baker kistidir. Bu kistlerin alt ekstremité DVT semptomlarını taklit ettiği bilinir(1,2). Bunlar en sık osteoartrit , meniskus yırtılması sinovial bozukluklar veya diğer intra artiküler hastalıkları olan kimselerde görülür(3-5). Baker kisti genellikle diz altında giderek genişleyerek kası ikiye ayırır. Kistin rüptürü şişlik ve giderek kötüleşen kompresyonla akut ağrıya yol açar. Muhtemelen yanlış olarak DVT tanısı ile antikoagulan tedaviye başlanabilir. Burada yanlış olarak DVT tanısı ile antikoagulan tedaviye başlanan böyle bir Baker kisti vakasını sunmak istedik.

#### Olgu Sunumu

69 yaşında kadın hasta , sağ baldırda ağrı, şişme, morarma şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde uzun süredir diz ve bacak ağrılarının olduğu, gonartroz, varis ve bacaklarda sellulit nedeni ile tedavi gördüğü öğrenildi. 10 gün önce birden sağ bacakta baldırdan uyluğa doğru yayılan ağrı, şişme, morarma,

ayakta duramama, yürüyememe şikayeti ortaya çıkmış. Acil polikliniğe başvuran hastanın fizik muayenesinde Homans testi (+) bulunmuş. Kalp – damar cerrahisine ve kadın – doğum polikliniğine gönderilen hasta DVT düşünülerek acil heparin tedavisine başlanmış. Daha sonra bacak venöz sisteminin doppler ile incelenmesinde tıkanıklık görülmemiş (Resim 1)



Resim 1: Doppler USG ile krurisin derin venöz sistemi incelenmesinde sağlam olduğu görülmektedir.

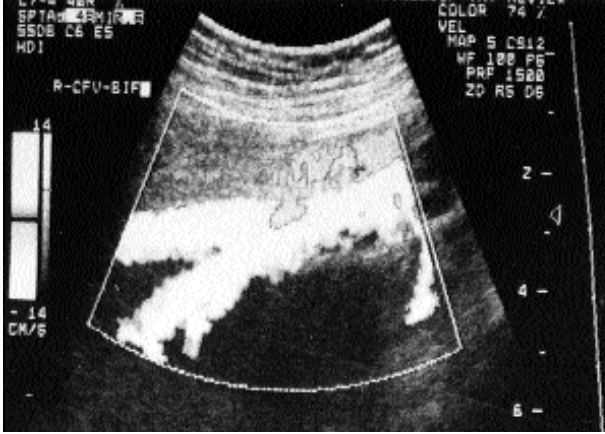
hasta sağ baldırındaki morarma, ağrı, şişme şikayetlerinin geçmemesi üzerine tekrar hekime başvurma gereksinimi duymuş.

Fizik muayenesinde; kan basıncı 15/9 cmHg, nabız 84/dk. düzenli, obez , sistem bulguları doğal ,sağ baldırında morarma, şişlik, palpasyonla ağrı vardı.

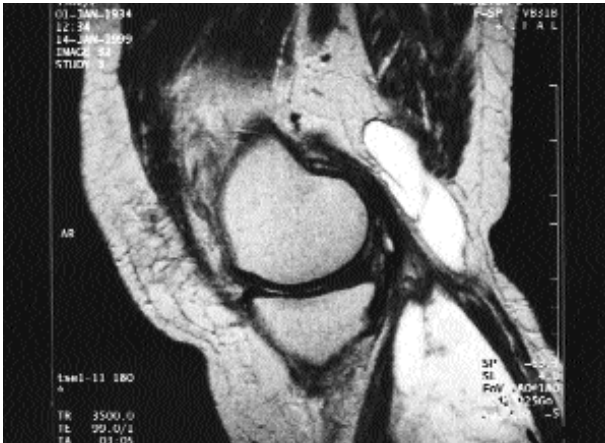
Telekardiografisinde kardiomegali , EKG 'sinde inferior bölgede iskemisi vardı . Rutin laboratuvar tetkiklerinde bir özellik yoktu .

Daha önce gonartroz şikayetleri de olan hastanın popliteal fossave şişliğin bulunduğu baldır kaslarının ultrasonografik incelenmesinde ; popliteal arter komşuluğunda gastrokinemius medial başı lokalizasyonunda 40x20 mm. boyutlarında içeriği nonhomojen kistik yapıda lezyon ve lezyona komşu intermuskular bölgelerde ödem ve ince sıvı kolleksiyonları görülmüştür (Resim 2) . Kistik lezyonun MR ile incelenmesinde gastrokinemius medial başını diske eden 4x1,5 cm. boyutlarında Baker kisti (Resim 3) ve posterior inferiorundan başlayarak gastrokinemius medial başı içersinde kaudala doğru fuziform tarzda uzanan 4x5x16 cm. boyutlarında nonhomojen görünümünde T1 hipo T2 hiper yer yer

hipointens koleksiyon görülmüş (Resim 4) bunun parsiyel rüptüre Baker kisti olduğu kanaatine varılmıştır. Koleksiyonun T1 ağırlıklı yer yer hiperintensite göstermesi ve T2 ağırlıklı kesitlerde nonhomojen olması ve kruris subkütan yağlı dokuların önemli olması nedeni ile komplike durumda olduğu saptanmıştır. Hastaya intraartiküler kortikosteroid enjeksiyonu ve kontrast banyo verildi. Hastanın ödemi azaldı, zamanla normal eklem hareketlerine kavuştu.



Resim 2: Hastanın gastrokinemius kasının ultrasonografik incelemesinde kas içinde hiper ve hipokoik görünüm.



Resim 3: Hastanın diz MR incelemesinde Lateral görünümünde diz arkasında gastrokinemius kasının üst kısmında sıvı koleksiyonu (kas içinde yayılmış Baker kisti sıvısı \_ ödem) görülmektedir.



Resim 4: Kruris bölgesinin MR incelemesinde gastrokinemius kası içinde yer yer hiper ve hipotens görünümlü sıvı koleksiyonu ( Baker kisti sıvısı).

## Tartışma

Baker kisti popliteal fossada en sık bulunan nonvasküler anormalliktir. Bu kistlerin ve DVT' nin klinik görünimleri ayırt edilemeyebilir. Tedavileri farklı olduğu için bu tip vakaların doğru tanısı önemlidir.

Popliteal kistler ilk defa 1840 yılında Adams tarafından tanımlandı. Fakat 1877 yılında Baker' in raporundan sonra genellikle Baker kisti olarak tanındı. Baker, dizinde sinovit ve popliteal veya baldır kisti olan 8 hasta tanımladı. Kist oluşumunda altta yatan en yaygın patolojik olay, altı popliteal bursanın birinde şişmeye neden olan sinovial sıvı üretiminin artması olarak düşünüldü [2]. Otopsi çalışmaları, normal diz eklemlerinin %40' unda popliteal bursanın en az biri ile diz eklemi arasında ilişki olduğunu gösterdi.

Çocuklarda Baker kistlerinin çoğu diz eklemindeki patolojik değişiklikler sonucu değil fakat izole bursal kese oluşumları sonucudur. Bununla beraber erişkinlerde kistler genellikle sinovial sıvı artışına yol açan dizin intrinsik problemlerinden meydana gelir. Artan sıvı basıncı arka kapsülde yumuşak bir bölge içine herniasyona sebep olabilir ve özellikle medial gastrokinemius veya semimembranos bursayla bir ilişki kurmaya zorlayabilir [3].

Sinovial sıvı diz bursası içine akabilir ve bir valv mekanizması gibi yolu tıkıyabilir [4]. Eklem ve bursa arasındaki dar kanal ilişkisi dizin fleksiyonu sırasında açılır, ekstansiyonu sırasında kapanır. Kist dizin ekstansiyonu ile palpasyonda sert, fleksiyonda ise yumuşak palpe edilir, fenomenin bu şekilde açıklanması Foucher Sign olarak bilinir.

Baker kistin en sık sebebi; diz ekleminin osteoartrit dejeneratif durumu ve meniskal yırtılmalarıdır. Artan eklem sıvısı meniskal yırtıktan ekstra artiküler bölgeye doğru kaçabilir. Bizim vakamızda da bu durum ortaya çıkmıştır. Sıklıkla bu kistlerin içinde hipertrofiye sinovial doku bulunur. Kistlerin en seyrek sebepleri; pigment içeren villondular sinovitis veya düşük derecede kronik enfeksiyondur.

Baker kistin semptom ve işaretleri; diz ekleminin arkasında ağrı, hassasiyet, popliteal bir kitle, bacağın şişmesi veya baldır hassasiyetidir. Bu semptomlar yüzeysel tromboflebit veya DVT' ye benzeyebilir.

Baker kistin en yaygın komplikasyonu baldıra diseksiyonu ve rüptüre olmasıdır. Şiddetli baldır ağrısı ve şişliğe neden olan akut rüptür DVT' siz pseudotromboflebit sendromu olarak bilinir.

Baker kistin en az görülen komplikasyonu baldırın ön veya yan tarafında kitle olarak ortaya çıkması (Bizim olgumuzda olduğu gibi - kompartman sendromu), periferik nöropati, ayak veya ayak bileğinde ekimozlardır [5].

Baker kistin ayırıcı tanısı; DVT, hematom, tümör ve popliteal arter veya venöz anevrizmalardır. Kistin tanısı; ultrason, CT, MRG, artrografi ile yapılabilir [6]. Ultrason dışındaki tekniklerin diğer rahatsızlıkların teşhisindeki yeri sınırlı olduğundan, en çok DVT ile karışan Baker kistin ayırıcı tanısı, ultrason ile kolayca yapılabilir. Klinik benzerliklerden dolayı bizim vakamızda karışmış ancak MRG incelemesi ile olayın baldır kaslarına rüptüre olmuş, Baker kisti olduğu saptanmış ve uygun medikal tedavi ile klinik bulgular tamamen düzelmiştir.

Sonuç olarak; baldırda ağrı, şişme, sıcaklık gelişimi ile ilgili patolojik durumlarda tromboflebit, DVT dışında baldıra rüptüre olmuş Baker kisti olabileceği ayırıcı tanının ultrason MRG ile yapılabileceği de hatırlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Wigley RD: popliteal cysts: Variations on a theme of Baker. *Semin Arthrit Rheum* 1982;12:1-10.
2. Wolfe RD, Colloff B: Popliteal cysts. An arthrographic study and review of the literature. *J Bone Joint Surg* 1972;54:1057-63.
3. Meyerding HW, Van Demark RE: Posterior hernia of the knee (Baker's cyst, popliteal cyst, semimembranosus bursitis, medial gastrocnemius bursitis, and popliteal bursitis). *JAMA* 1943;122:858.
4. Rauschnig W: Anatomy and function between knee joint and popliteal bursae. *Ann Rheum Dis* 1980;39:354-8.
5. Hammoudeh M, Siam AR, Khanjar I: Anterior dissection of popliteal cyst causing anterior compartment syndrome. *J Rheum* 1995;22:1377-9.
6. Gardner NL, Zwolak RM, Musson A, et al: Baker's cyst and the other incidental calf pathology identified by duplex during DVT examination. *J Vasc Tech*. 1995;19:69-72.