



Baker Kistini Taklit Eden Popliteal Bölge Schwannomu

Schwannoma of the Popliteal Region Mimicking Baker's Cyst

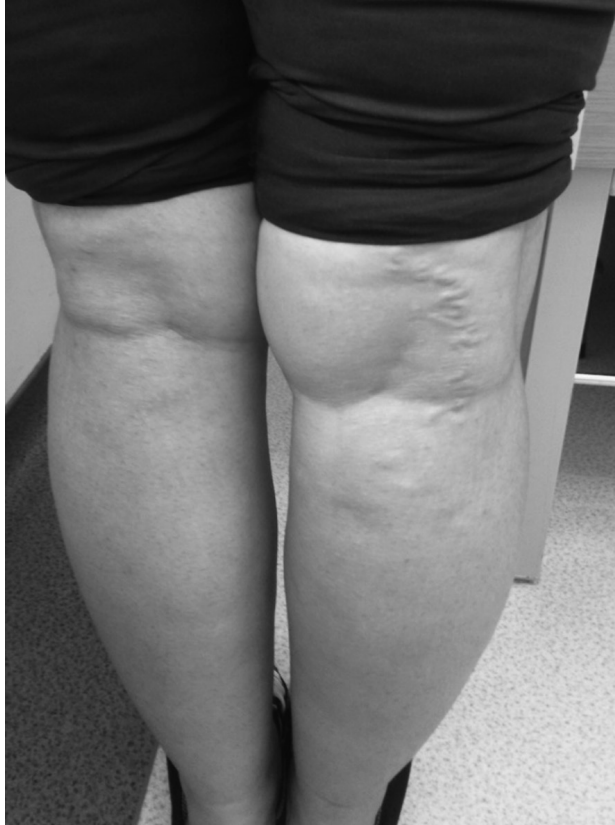
Alparslan Yetişgin, Ali Şakalar, Ahmet Boyacı, Fatıma Nureşan Boyacı*

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Sayın Editör,

Yirmi dokuz yaşında kadın hasta, 3 aydır devam eden sağ popliteal bölge ağrısı ile polikliniğimize başvurdu. Sekiz-dokuz senedir diz arkasında ağrısız küçük bir şişlik olduğunu ve zamanla büyüdüğünü ifade etti. Son 1 yıl içerisinde aynı bölgede birkaç hafta süren ve steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar ile geçen birkaç ağrı atağı olmuş. Öz geçmişinde sistemik/enflamatuvar romatizmal hastalık veya travma öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde sağ popliteal bölge lateralinde şişliği olan



Resim 1. Sol popliteal bölge lateralinde belirgin, variköz genişlemelerin de eşlik ettiği şişlik görülüyor

hastanın, bu bulgu dışında diz dahil tüm kas iskelet sistemi muayenesi normaldi (Resim 1). Önceki yıllarda diz arkasındaki şişlik nedeniyle defalarca doktora gittiğini ve sürekli radyografi tetkiki yapıldığını ifade etti. İlk defa 1,5 yıl önce çekilen manyetik rezonans görüntülemesi (MRG); popliteal bölge superiorunda yaklaşık 5,5x5,5 cm T1'de hipo, T2'de hiperintens lezyon (Baker kisti) olarak raporlanmış. Diz radyografisinde özellik olmayan hastanın, böbrek/karaciğer fonksiyon testleri, hemogram, eritrosit sedimentasyon hızı, romatoid faktör, kan ürik asit düzeyi ve Brusella testleri de normal sınırlardaydı. Hastanın hikayesinde bu yaşta bu kadar büyük Baker kistini açıklayacak bir özellik olmaması ve şişliğin popliteal bölge lateralinde daha belirgin olması da göz önüne alınarak ultrasonografik (USG) incelemesi yapıldı. USG'de, sağ popliteal fossa lateralinde deri altında yaklaşık 45x50 mm boyutlarında, düzgün sınırlı, hipoeoik, heterojen, doppler ile minimal renkle kodlanan solid nodüler lezyon izlendi (Resim 2). Kontrastlı MRG'de; popliteal fossa femur distal kesimi posterior komşuluğunda yaklaşık 63x53 mm boyutlarında T2'de heterojen hiperintens, T1'de hipointens, postkontrast görüntülerde içerisinde kistik alanlar içeren ve yoğun kontrastlanma gösteren solid kitlesel lezyon izlendi (Resim 3). Kesin tanı amaçlı yönlendirildiği dış merkezde kitleden biyopsi alınan hastanın sonucu Schwannoma olarak raporlanmıştır. Yine aynı merkezde kitlenin total cerrahi eksizyonu yapılan hasta herhangi bir morbidite gelişmeden sağlığına kavuşmuştur.

Erişkinlerde popliteal bölgede tespit edilen kitlelerden en sık neden Baker kisti olmakla beraber ayırıcı tanıda hematoma, adipoz doku proliferasyonları, ekstraartiküler ganglion kisti, popliteal arter anevrizması, tromboze olmuş variköz venler, gut tofusü, benign veya malign yumuşak doku tümörleri de düşünülmelidir (1-3).

Baker kisti popliteal fossanın medialinde, gastroknemius medial başı ve semimembranosus tendonları arasındaki bursanın sıvı dolu kistik oluşumu olarak tanımlanır (4). Sıklıkla osteoartroz, enflamatuvar romatizmal hastalıklar ve travma gibi intraartiküler sıvı artışına yol açan patolojilere eşlik etmesinin yanı sıra nadiren idiyopatik de olabilir.

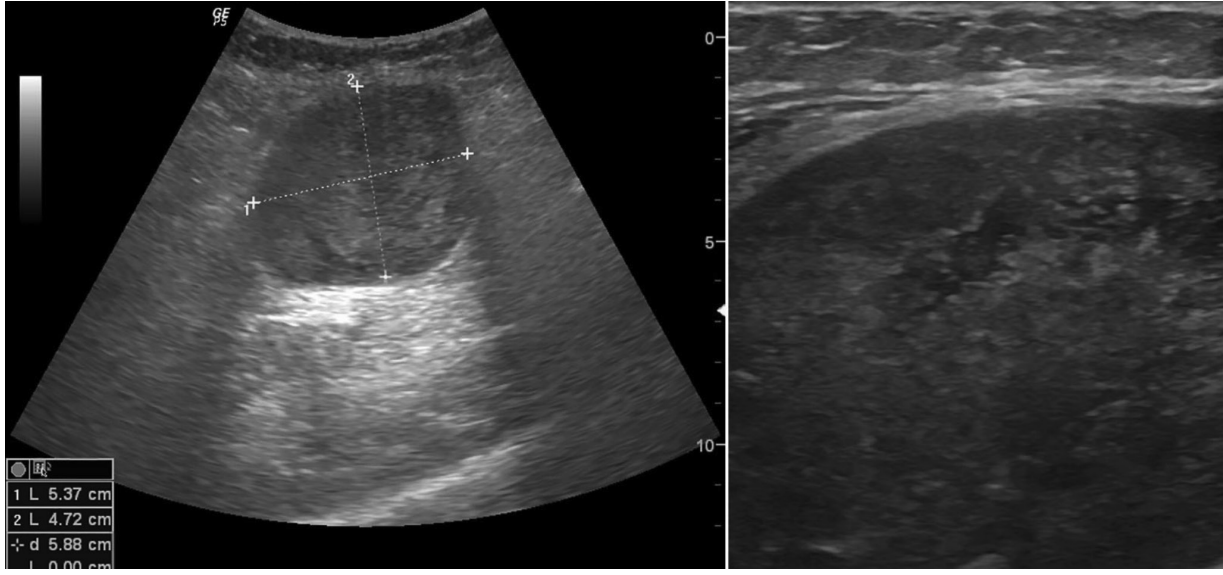
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Alparslan Yetişgin, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Tel.: +90 505 635 45 67 **E-posta:** dra_yetisgin@yahoo.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0003-3405-8596

Geliş Tarihi/Received: 23.12.2016 **Kabul Tarihi/Accepted:** 30.11.2017

©Telif Hakkı 2017 Türkiye Osteoporoz Derneği

Türk Osteoporoz Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.



Resim 2. Ultrasonografide, sağ popliteal fossa lateralinde deri altında yaklaşık 45x50 mm boyutlarında, düzgün sınırlı, hipoekoik, heterojen, doppler ile minimal renkle kodlanan solid nodüler lezyon izlendi



Resim 3. Manyetik rezonans görüntülemeye popliteal fossada femur distal kesimi posterior komşuluğunda yaklaşık 63x53 mm boyutlarında a) T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, b) T2 ağırlıklı görüntülerde heterojen hiperintens, c) yağ baskılı proton dansite görüntüde baskılanmayan, heterojen hiperintens, d) postkontrast görüntülerde içerisinde kistik alanları içeren ve yoğun kontrastlanma gösteren kitlesel lezyon izlenmiştir

Hastanın eski MRG'sinde Baker kistinden şüphelenilmesine rağmen, hikayesinde bu yaşta bu kadar büyük boyutta Baker kisti oluşumu açıklayacak bir özellik yoktu. Öz geçmişinde herhangi bir enflamatuvar romatizmal hastalık veya travma öyküsü yoktu. Hastanın diz radyografisinde özellik yokken aynı MRG raporunda herhangi bir menisküs veya bağ patolojisi de yoktu. Ayrıca hastanın kitlesi popliteal bölgenin medialinde değil lateralindeydi. Sadece bu bulgu dahi Baker kisti tanısından uzaklaştırmalıydı.

USG popliteal bölge patolojilerinde oldukça yararlı olup, kitlenin kistik mi, solid mi olduğu hakkında bilgi verebilir. USG'de Baker kistinin karakteristik bulgusu C veya ters C şeklinde düzgün konturlu, diz eklemi ile ilişkili (virgül resimli ince bir boyunla bağlantılı) anekoik yapıdır (5,6). MRG'de ise medial femoral kondilin arkasında T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, iyi sınırlı kistik bir yapı olarak görülür (5,7).

Hastaya dış merkezde kitleden yapılan biyopsi ile Schwannom tanısı kondu. Periferik Schwannomlar, sinir kılıfından köken alan genellikle benign, kapsüllü, yavaş büyüyen tümörler olup sıklıkla 20 ila 50 yaşlarında görülür ve büyüklükleri 2-20 cm arasında olabilir (8,9). Periferik Schwannomlar alt ve üst ekstremitelerin fleksör yüzlerinde daha sık görülürler. Benign olmalarına rağmen nadiren malign transformasyon gösterebilecekleri de unutulmamalıdır. Farklı çalışmalarda malign periferik sinir kılıfı tümörü insidansı %0,001-%4,6 arası tespit edilmiştir (10,11). Tanıda USG ve MRG'den yararlanılmakla beraber kesin tanı histopatolojik olarak konur. Bizim hastamızın biyopsi ile kesin tanısı konduktan sonra kitlenin total eksizyonu yapıldı. Operasyon sonrası kontrole gelen hastada herhangi bir morbidite gelişmemiştir ve ağrı şikayetleri de geçmiştir.

Erişkinlerde popliteal bölgede görülen kitlelerde en sık sebep Baker kisti olmakla beraber başta benign veya malign yumuşak doku tümörleri olmak üzere diğer ayırıcı tanılarda akılda tutulmalıdır. Ayırıcı tanı için ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene sonrası direkt grafinin yanı sıra USG ve MRG'den yararlanılması tanıda gecikmelere engel olabilir.

Anahtar kelimeler: Popliteal bölge, Baker kisti, Schwannom, ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme

Keywords: Popliteal region, Baker's cyst, Schwannoma, ultrasonography, magnetic resonance imaging

Etik

Hasta Onayı: Hastanın onayı alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: A.Y., F.N.B., Dizayn: A.Y., F.N.B., A.B., Veri Toplama veya İşleme: F.N.B., A.Y., Analiz veya Yorumlama: A.B., A.Y., Literatür Arama: A.Ş., A.Y., Yazan: A.Y., A.Ş.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıklarını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Cantisani V, Orsogna N, Porfiri A, Fioravanti C, D'Ambrosio F. Elastographic and contrast-enhanced ultrasound features of a benign schwannoma of the common fibular nerve. *J Ultrasound* 2013;16:135-8.
2. Beaman FD, Kransdorf MJ, Menke DM. Schwannoma: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2004;24:1477-81.
3. Marra MD, Crema MD, Chung M, Roemer FW, Hunter DJ, Zaim S, et al. MRI features of cystic lesions around the knee. *Knee* 2008;15:423-38.
4. Çapacı K. Diz muayenesi-diz ağrısı nedenleri. In: Beyazova M, Kutsal YG. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. Ankara;2011:2093-110.
5. Çağlayan G. Baker kisti tanısı ve tedavisinde ultrason görüntülerinin hastayla paylaşılmasının tedavi yanıtına katkısı. *Tıpta uzmanlık tezi*, Ankara;2014.
6. Fritschi D, Fasel J, Imbert JC, Bianchi S, Verdonk R, Wirth CJ. The popliteal cyst. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2006;14:623-8.
7. Stein M, Rosenberg D. Baker's Cyst. In: Frontera WR, Silver JK. Ed. *Essentials of physical medicine and rehabilitation*. 2002;308-10.
8. Özdemir O, Küçük L, Sabah D, Keçeci B, Ertan Y. Siyatik Sinir Kökenli Schwannoma: İki Olgu. *Tepecik Eğitim Hast Derg* 2012;22:129-32.
9. Maleux G, Brys P, Samson I, Sciot R, Baert AL. Giant schwannoma of the lower leg. *Eur Radiol* 1997;7:1031-4.
10. Ducatman BS, Scheithauer BW, Piepgras DG, Reiman HM, Ilstrup DM. Malignant peripheral nerve sheath tumors. A clinicopathologic study of 120 cases. *Cancer* 1986;57:2006-21.
11. Wilkinson JS, Reid H, Armstrong GR. Malignant transformation of a recurrent vestibular schwannoma. *J Clin Pathol* 2004;57:109-10.