

آرتريت روماتويد، کيست بيکر حجيم، و پسودوترومبوفلبيت

دکتر مسعود ثقفی^(۱)، دکتر آزیتا آذریان^(۲)

Rheumatoid Arthritis, Giant Baker's Cyst and Pseudothrombophlebitis

Massoud Saghafi, MD; Azita Azarian, MD
Mashhad University of Medical Sciences

خلاصه

پیش‌زمینه: آرتريت روماتويد شایع‌ترین بیماری التهابی مزمن مفصلی است. در سیر این بیماری ممکن است کیست پوپلیتال ایجاد و با افزایش فشار داخل مفصلی به پشت ساق یا کشیده شده و کیست بيکر حجيمي ایجاد نماید. علايم فشار، دیسکسیون یا پارگی کیست گاهی منجر به تابلوی بالینی مشابه ترومبوفلبیت می‌گردد. هدف از این مطالعه، بررسی علايم بالینی عارضه کیست بيکر حجيم، عوامل تشدید کننده، روش‌های تشخیص، سیر و درمان کیست بيکر حجيم در مبتلایان به آرتريت روماتويد بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه گذشته‌نگر، از ۹۹۳ بیمار مبتلا به آرتريت روماتويد که در طی ۲۰ سال در بخش روماتولوژی بستری بودند، ۲۳ بیمار (۱۲ زن و ۱۱ مرد) با عارضه کیست بيکر حجيم مورد بررسی قرار گرفتند. کیست بيکر حجيم براساس علايم بالینی و تایید روش‌های تصویربرداری در مواردی که کیست از حفره پوپلیتال به پایین‌تر و به پشت ساق پا کشیده شده بود، تشخیص داده شد. شدت بیماری زمینه‌ای، عوامل مستعد کننده، سیر، درمان و پیگیری بیماران با توجه به پرونده آنان مورد توجه و ارزیابی قرار گرفت. میانگین سن بیماران ۴۸ سال (۷۱-۲۴) بود.

یافته‌ها: میانگین سابقه بیماری روماتويد در هنگام تشخیص کیست بيکر حجيم ۶/۸ سال (۲۰-۱ سال) بود. در ۱۳ مورد زانوی راست و ۱۰ مورد زانوی چپ مبتلا بود. علاوه بر علايم بیماری زمینه‌ای شامل درد و حساسیت پشت ساق پای مبتلا، تظاهرات بالینی در ۸ بیمار (۳۴/۸٪) و علايم مشابه ترومبوفلبیت در ۱۵ بیمار (۶۵/۲٪) مشاهده شد. یک بیمار انسداد وریدی عمقی ساق پای مبتلا نیز داشت. علايم پارگی کیست بيکر در ۵ بیمار (۲۱/۷٪) وجود داشت. درمان عموماً طی و نگهدارنده و سیر رضایت‌بخش بود. دو بیمار با عود کیست بيکر حجيم و علايم پارگی کیست تحت عمل جراحی حذف کیست و سینوکتومی زانوی مبتلا قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: کیست پوپلیتال در آرتريت روماتويد لازم است مورد توجه خاص قرار گیرد و قبل از توسعه و تبدیل آن به کیست بيکر حجيم و ایجاد عوارض موضعی، پارگی کیست، و سندرم پسودوترومبوفلبیت، اقدامات پیشگیری و درمانی انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: آرتريت روماتويد، کیست پوپلیتال، کیست بيکر، ترومبوفلبیت

Abstract

Background: Rheumatoid arthritis is the most prevalent chronic inflammatory joint disease. Popliteal cyst may appear during the disease course and with increasing intra-articular pressure is extended down to the posterior involved leg and produce a giant Baker's cyst. Local compression, dissection, or rupture of the cyst may sometime lead to clinical presentation similar to thrombophlebitis.

Objective: To investigate the clinical features, predisposing factors, diagnostic techniques, course and management of giant Baker's cyst in patients with rheumatoid arthritis.

Methods: In a retrospective cohort study, the charts of patients with rheumatoid arthritis complicated with giant Baker's cyst who were admitted in the rheumatology unit during the last 20 years were investigated. The diagnosis of giant Baker's cyst was based on clinical picture and confirmation of imaging techniques, in cases that the cyst was extended down lower than inferior level of the popliteal fossa. The severity of underlying disease, predisposing factors, course, management and follow of the patients with reference to their clinic charts were evaluated.

(۱): ارتوپد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

(۲): رادپولوژیست، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

محل انجام تحقیق: مشهد، بیمارستان شهید کامیاب

نشانی نویسنده رابط: مشهد، بیمارستان شهید کامیاب

E-mail: saghafim@mums.ac.ir دکتر مسعود ثقفی

Results: 23 patients with rheumatoid arthritis were complicated with giant Baker's cyst. They were 12 female and 11 male patients with the age of 24 to 71 years (mean 48 years). The history of rheumatoid disease when complicated with giant Baker's cyst was one to 20 years (mean 6.8 years). The involved knee was right in 13 and cyst of left knee in 10 patients. Clinical features other than underlying disease were pain and tenderness of the involved leg in 8 patients (34.8%) and the symptoms similar to thrombophlebitis in 15 patients (65.2%). Besides usual imaging techniques 7 patients were studied by color dopler sonography, and there was deep vein thrombosis accompanied with giant Baker's cyst in a patient with rheumatoid arthritis. Rupture of the Baker's cyst was detected in 5 patients (21.7%). Management was generally medical and conservative with satisfactory results. Two patients with recurrence of Baker's cyst and signs of rupture of the cyst underwent surgical cystectomy along with synovectomy of the involved knee joint.

Conclusion: Popliteal cyst in patients with rheumatoid arthritis should be specially considered and preventive and conservative management should be performed before its extension to a giant Baker's cyst and complication with local compression, rupture, and pseudothrombophlebitis syndrome.

Keywords: Rheumatoid arthritis; Cyst, popliteal; Cyst Baker; Thrombophlebitis

دریافت مقاله: ۵ ماه قبل از چاپ

مراحل اصلاح و بازنگری: ۲ بار

پذیرش مقاله: ۱۵ ماه قبل از چاپ

مقدمه

آرتریت روماتوئید شایع‌ترین بیماری التهابی مزمن مفصلی است که ممکن است حدود ۱ تا ۲ درصد افراد به آن مبتلا شوند^(۱). بیماران مبتلا در سیر طولانی بیماری ممکن است دچار عوارض مختلفی شوند نظیر عارضه مشابه تروموفلیت اندام تحتانی به دلیل کیست پوپلیتال حجیمی که به پشت ساق پا کشیده می‌شود. کیست پوپلیتال ارتباط بورس گاسترکنمیو-سمی مامبرانوس با مفصل زانو از طریق نقطه وضعی در قسمت پشتی کپسول مفصلی می‌باشد که توسط مجرای مشابه دریچه یک‌طرفه با فضای مفصلی مرتبط می‌ماند^(۲). با ادامه تورم زانو و تشدید فشارهای فیزیکی وارده بر زانو این کیست بزرگ‌تر شده و ممکن است به پشت ساق پا و لابه‌لای عضلات ناحیه کاف کشیده شود. این کیست باعث درد و محدودیت حرکتی و فشار به ضمایم مجاور، خصوصاً عروق و اعصاب ناحیه می‌گردد^(۳،۴). در این بررسی علائم عارضه کیست بیکر حجیم، عوامل تشدید کننده، روش‌های تشخیصی، سیر و درمان آن در مبتلایان به آرتریت روماتوئید بررسی شدند.

مواد و روش‌ها

در طی بیست سال گذشته، در بررسی ۹۹۳ پرونده بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید در بخش روماتولوژی بیمارستان کامیاب مشهد، ۲۳ بیمار (۱۲ زن و ۱۱ مرد) با کیست بیکر

حجیم بررسی شدند (۲/۳٪). میانگین سنی بیماران ۴۸ سال (۲۴-۷۱) بود. تشخیص آرتریت روماتوئید و بررسی شدت بیماری براساس معیارهای بین‌المللی^(۵،۶،۷) و تشخیص کیست بیکر حجیم براساس علائم بالینی و تایید روش‌های تصویربرداری و این که کیست پوپلیتال از حفره پوپلیتال به پایین‌تر کشیده شده و به ناحیه پشت ساق پا رسیده باشد، انجام شد. تظاهرات بالینی این عارضه، عوامل مستعد کننده، روش‌های تشخیصی، سیر بالینی و درمان کیست بیکر حجیم مورد ارزیابی قرار گرفت. بیماران با اطلاعات ناکافی از مطالعه حذف شدند. دو نفر از بیماران در هنگام ورود به بخش اورژانس با تشخیص اولیه تروموفلیت تحت درمان با آنتی‌کواگولان قرار گرفته بودند.

یافته‌ها

میانگین سابقه بیماری تا ایجاد کیست بیکر حجیم ۶/۸ سال (۱-۲۰ سال) بود. در ۱۳ مورد زانوی راست و ۱۰ مورد زانوی چپ مبتلا بود. علاوه بر علائم بیماری زمینه‌ای شامل تورم زانو، درد و حساسیت پشت ساق پای مبتلا، تظاهرات بالینی در ۸ بیمار (۳۴/۸٪) و علائم مشابه تروموفلیت در ۱۵ بیمار (۶۵/۲٪) مشاهده شد. شدت بیماری زمینه‌ای در هنگام ایجاد کیست بیکر حجیم در ۱۶ بیمار آرتریت روماتوئید شدید و فعال و در ۷ بیمار متوسط بود. عوامل مستعد کننده عموماً تشدید بیماری

آرتریت روماتوئید و کیست بیکر پاره شده، این اکیموز پشت پا را در کنار مچ پای مبتلا نشان داد.

درمان بیماران عموماً به صورت تشدید درمان آرتریت روماتوئید، استراحت بیشتر، رد نمودن عفونت داخل مفصلی و تزریق دپوگلوکوکوتیکوئید داخل مفصل زانو بود. یک بیمار که تواماً کیست بیکر حجیم و ترومبوفلیت داشت علاوه بر تزریق داخل مفصلی دپوکورتیکواستروئید، تحت درمان آنتی کواگولان نیز قرار گرفت. عارضه کیست بیکر حجیم با درمان‌های نگهدارنده غالباً رضایت‌بخش بود. دو بیمار با عود کیست بیکر حجیم و علائم پارگی کیست تحت عمل جراحی حذف کیست و سینوکتومی زانوی مبتلا قرار گرفتند. در سایر بیماران با پیگیری درمان طبی مناسب، عود کیست بیکر حجیم مشاهده نشد.

زمینه‌ای، شدت فعالیت‌های فیزیکی و میکروتروما بود. پرتونگاری ساده زانوی مبتلا علائم زانوی روماتوئیدی را در مراحل مختلف نشان داد. روش‌های تشخیص کیست بیکر حجیم در ۱۰ بیمار آرتروگرافی، ۸ بیمار سونوگرافی، ۲ بیمار سی‌تی‌اسکن بود. در ۳ بیمار تشخیص کیست بیکر حجیم و امتداد آن تا پایین‌تر از حفره پویلیتال با ام‌آرآی تایید شد (شکل ۱).

علائم پارگی کیست بیکر در پرتونگاری پشت ساق پای ۵ بیمار وجود داشت (۲۱/۷٪). هفت بیمار تحت بررسی سونوگرافی کالرداپلر نیز قرار گرفتند که در یک بیمار علاوه بر کیست بیکر حجیم، انسداد وریدی عمقی ساق پای مبتلا نیز وجود داشت. میانگین زمان پیگیری بیماران ۷۲ ماه (۱۴۴-۲۴ ماه) بود. مشخصات بیماران در جدول ۱ خلاصه شده است. در یک بیمار مبتلا به

شکل ۱.
کیست بیکر
حجیم در
بیمار مبتلا به
آرتریت
روماتوئید.



ج. سونوگرافی کیست در پشت عضله گاسترکمیوس

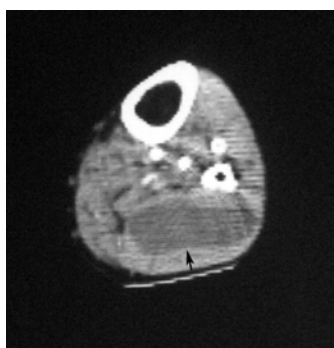


ب. پرتونگاری ساده از زانوی بیمار



الف. آرتروگرافی کیست

ه. ام‌آرآی زانو و ساق پای بیمار



د. سی‌تی‌اسکن ساق پای بیمار

جدول ۱: مشخصات ۲۳ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید با عارضه کیست بیکر حجیم

ردیف	سن (سال)	جنس	تاریخ مراجعه با کیست	سابقه بیماری (سال)	زانوی مبتلا به کیست	شدت بیماری روماتوئید	ESR در مراجعه	علائم DVT	روش تشخیص کیست	پارگی کیست	درمان عارضه کیست
۱	۵۵	زن	۶۶/۸/۳۰	۱۷	چپ	شدید	۳۴	خیر	آرتروگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۲	۶۰	زن	۶۶/۹/۱۶	۸	راست	شدید	۶۰	بلی	آرتروگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۳	۴۷	زن	۶۶/۱۱/۲۱	۱	چپ	متوسط	۴۰	بلی	آرتروگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۴	۶۸	مرد	۶۶/۱۲/۷	۲۰	راست	شدید	۷۰	بلی	آرتروگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۵	۳۶	زن	۶۷/۱/۹	۴	چپ	شدید	۴۰	بلی	آرتروگرافی	بلی	پونکسیون و تزریق DC
۶	۳۷	زن	۶۷/۷/۱۵	۲	راست	متوسط	۵۸	بلی	آرتروگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۷	۵۷	مرد	۶۷/۹/۲۱	۷	راست	شدید	۳۴	بلی	آرتروگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۸	۷۱	مرد	۶۷/۱۱/۱۸	۴	راست	شدید	۶۶	بلی	آرتروگرافی	بلی	عود - سینوکتومی + کیستکتومی
۹	۶۰	مرد	۶۷/۱۲/۱۰	۸	چپ	شدید	۶۰	بلی	سی تی اسکن	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۱۰	۴۳	زن	۶۸/۹/۲۵	۸	چپ	شدید	۴۰	بلی	آرتروگرافی	بلی	عود - سینوکتومی + کیستکتومی
۱۱	۴۶	مرد	۶۸/۱۲/۸	۲	راست	متوسط	۴۰	بلی	سونوگرافی	بلی	پونکسیون و تزریق DC
۱۲	۳۸	مرد	۶۸/۱۲/۲۰	۴	چپ	شدید	۵۵	بلی	آرتروگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۱۳	۴۵	زن	۷۰/۱۲/۱۸	۱۲	راست	شدید	۵۰	خیر	سونوگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۱۴	۴۵	زن	۷۱/۵/۲۲	۴	راست	متوسط	۳۶	خیر	سی تی اسکن	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۱۵	۷۰	مرد	۷۷/۱۲/۲	۱۰	چپ	شدید	۸۰	خیر	سونوگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۱۶	۵۲	مرد	۷۹/۷/۲۵	۳	چپ	شدید	۵۵	بلی + (DVT واقعی)	سونوگرافی + کالرداپلر	خیر	پونکسیون و تزریق DC + آنتی کواگولان
۱۷	۴۶	مرد	۸۲/۳/۲۴	۴	راست	شدید	۵۸	بلی	ام آر آی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۱۸	۳۲	زن	۸۳/۹/۲۰	۲	راست	متوسط	۲۰	خیر	سونوگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۱۹	۵۰	زن	۸۴/۱۰/۱۲	۲	راست	شدید	۴۸	خیر	سونوگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۲۰	۲۴	زن	۸۵/۱۱/۲	۲	چپ	متوسط	۴۴	بلی	ام آر آی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۲۱	۵۲	مرد	۸۶/۶/۶	۱۵	راست	شدید	۵۶	بلی	سونوگرافی	بلی	پونکسیون و تزریق DC
۲۲	۳۶	مرد	۸۶/۱۰/۸	۴	راست	شدید	۶۸	خیر	ام آر آی	خیر	پونکسیون و تزریق DC
۲۳	۳۴	زن	۸۶/۱۱/۲۴	۱۴	چپ	متوسط	۳۴	خیر	سونوگرافی	خیر	پونکسیون و تزریق DC

ESR: سرعت رسوب گلوبولی؛ DVT: ترومبوز ورید عمقی؛ DC: دکورتیکواستروئید

بحث

آرتریت روماتوئید شایع‌ترین بیماری التهابی مزمن مفصلی می‌باشد که ممکن است در سیر آن کیست بیکر حجیم ایجاد شود^(۸،۹). ایجاد کیست پوپلیتال در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شایع است، لیکن تشکیل کیست بیکر حجیم که تا پشت ساق پا کشیده شود نادر می‌باشد. در این بررسی نیز با نگاه به گذشته و پیگیری بیماران باتوجه به پرونده کلینیک آنان ۲۳ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید دچار کیست بیکر حجیم

بودند. کیست بیکر حجیم مستعد فشار به عروق ناحیه، تراوش کردن به نسوج اطراف، و یا پارگی می‌باشد و می‌تواند منجر به بروز التهاب و درد خصوصاً در پشت ساق پا گردد و یا علایمی مشابه ترومبولیت ایجاد نماید.

چنین تابلوی بالینی بدون وجود ترومبولیت، «سندرم پسودوترومبولیت» نامیده می‌شود^(۱۰،۱۱). در بررسی حاضر، از ۲۳ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید و کیست بیکر حجیم، ۱۵

در بررسی سایر مطالعات انجام شده، به شدت و فعالیت بیماری روماتوئیدی هنگام تشکیل کیست بیکر اشاره نشده است^(۱۵،۱۱،۸،۳،۴).

تشخیص رادیولوژیک کیست بیکر حجیم، اندازه و امتداد آن و امکان پارگی کیست در سال های اولیه بررسی بیماران ما عمدتاً با آرتروگرافی و در سال های اخیر با سونوگرافی و ام آر آی انجام شد. سونوگرافی روشی غیرتهاجمی، آسان و ارزان می باشد و کیست بیکر و امتداد آن به خوبی در سونوگرافی مشاهده می شود. در پارگی کیست بیکر، نواحی هیپواکوی نامنظم در قسمت دیستال کیست پدیدار می شود^(۱۴،۱۶).

نتیجه گیری

با توجه به تظاهرات مختلف کیست بیکر حجیم و استفاده از روش های تشخیصی لازم خصوصاً سونوگرافی، حتی در بخش اورژانس، می توان درمان های پیشگیرانه مناسب برای این عارضه انجام داد و از اقدامات درمانی غیرضروری اجتناب نمود.

1.Perscott

بیمار سندرم پسودوترومبوفلیت داشتند که شایع ترین تظاهر بالینی ایجاد کیست بیکر حجیم را تشکیل می دادند (۶۵/۲).

«پرسکات»^۱ و همکاران واژه «پسودو- پسودوترومبوفلیت» را برای مواردی بکار بردند که کیست بیکر پاره شده و انسداد عروقی عمقی پا تماماً وجود داشت^(۱۲).

کیست بیکر حجیم پاره شده ممکن است ایجاد اکیموز در پشت پا نماید و چنین علامتی می تواند پارگی کیست بیکر را از سلولیت و ترومبوفلیت افتراق دهد^(۱۳).

آرتريت روماتوئید در حدود سه برابر در زنان شایع تر است^(۸) در حالی که ایجاد کیست بیکر حجیم در بیماران ما تقریباً در زنان و مردان برابر بود. این مسئله می تواند به علت تشدید فشارهای فیزیکی به زنان و عوامل شغلی در مردان مبتلا به آرتريت روماتوئید باشد که یکی از عوامل مستعد کننده ایجاد کیست بیکر حجیم در بیماران ما بود.

در بررسی ما کیست بیکر حجیم عموماً در زمینه بیماری آرتريت روماتوئید با شدت متوسط تا شدید ایجاد شد و هیچ موردی از آن در زمینه آرتريت روماتوئید خفیف یا کنترل شده مشاهده نگردید.

References

1. Tehlirian CV, Batton JM. Rheumatoid arthritis: Clinical and laboratory manifestations, in Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH (eds). Primer on the rheumatic diseases. 13th ed. Springer; 2008. p 114-21.
2. Jayson MI, Dixon AS. Valvular mechanisms in juxta-articular cysts. *Ann Rheum Dis*. 1970;29(4):415-20.
3. Langsfeld M, Matteson B, Johnson W, Wascher D, Goodnough J, Weinstein E. Baker's cysts mimicking the symptoms of deep vein thrombosis: diagnosis with venous duplex scanning. *J Vasc Surg*. 1997;25(4):658-62.
4. Ji JH, Shafi M, Kim WY, Park SH, Cheon JO. Compressive neuropathy of the tibial nerve and peroneal nerve by a Baker's cyst: case report. *Knee*. 2007; 14 (3): 249-52.
5. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, Healey LA, Kaplan SR, Liang MH, Luthra HS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1988;31(3):315-24.
6. Felson DT, Anderson JJ, Boers M, Bombardier C, Chernoff M, Fried B, Furst D, Goldsmith C, Kieszak S, Lightfoot R, et al. The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. The Committee on Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials. *Arthritis Rheum*. 1993;36(6): 729-40.
7. Aletaha D, Landewe R, Karonitsch T, Bathon J, Boers M, Bombardier C, et al. Reporting disease activity in clinical trials of patients with rheumatoid arthritis: EULAR/ACR collaborative recommendations. *Ann Rheum Dis*. 2008;67 (10):1360-4.
8. O 'Dell JR. Rheumatoid arthritis: the clinical picture. In: Koopman WJ, Moreland LW (eds). Arthritis and allied conditions. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p 1165-94.
9. Sansone V, de Ponti A, Paluello GM, del Maschio A. Popliteal cysts and associated disorders of the knee. Critical review with MR imaging. *Int Orthop*. 1995;19 (5):275-9.
10. Katz RS, Zizic TM, Arnold WP, Stevens MB. The pseudothrombophlebitis syndrome, *Medicine*. 1977;56:151.
11. Soriano ER, Catoggio LJ. Baker's cysts, pseudothrombophlebitis, pseudo-pseudothrombophlebitis: where do we stand? *Clin Exp Rheumatol*. 1990;8(2):107-12.

12. Prescott SM, Pearl JE, Tikoff G. Pseudo-pseudothrombophlebitis: ruptured popliteal cyst with deep venous thrombosis. *N Engl J Med.* 1978;299(21):1192-3.

13. Von Schroeder HP, Ameli FM, Piazza D, Lossing AG. Ruptured Baker's cyst causes ecchymosis of the foot. A differential clinical sign. *J Bone Joint Surg Br.* 1993;75(2):316-7.

14. Ward EE, Jacobson JA, Fessell DP, Hayes CW, van Holsbeeck M. Sonographic detection of Baker's cysts:

comparison with MR imaging. *AJR Am J Roentgenol.* 2001; 176(2):373-80.

15. Andonopoulos AP, Yarmenitis S, Sfountouris H, Siampelis D, Zervas C, Bounas A. Baker's cyst in rheumatoid arthritis: an ultrasonographic study with a high resolution technique. *Clin Exp Rheumatol.* 1995;13(5):633-6.

16. Abadal JM, Fernandez JM, Rodriguez I, Alvarez MJ, Hernandez A, Nieves A. Imaging of acute enlargement of the calf. *Radiologist.* 2004;11:1-17.

Archive of SID