

آرتریت روماتوئید، کیست بیکر حجیم، و پسودوترومبوفلیت

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

Rheumatoid Arthritis, Giant Baker's Cyst, and Pseudothrombophlebitis

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

خلاصه

پیش‌زمینه: آرتریت روماتوئید شایع‌ترین بیماری التهابی مزمن مفصلی است. در سیر این بیماری ممکن است کیست پوپلیتال ایجاد و با افزایش فشار داخل مفصلی به پشت ساق پا کشیده شده و کیست بیکر حجیمی ایجاد نماید. علائم فشار، دیسکسیون یا پارگی کیست گاهی منجر به نابلوی بالینی مشابه ترومبوفلیت می‌گردد. هدف از این مطالعه، بررسی علائم بالینی عارضه کیست بیکر حجیم، عوامل تشدید کننده، روش‌های تشخیصی، سیر و درمان کیست بیکر حجیم در مبتلایان به آرتریت روماتوئید بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه گذشته‌نگر کوهورت، از ۹۹۳ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید که در طی ۲۰ سال در بخش روماتولوژی بستری بودند، ۲۳ بیمار (۱۲ زن و ۱۱ مرد) با عارضه کیست بیکر حجیم مورد بررسی قرار گرفتند. کیست بیکر حجیم براساس علائم 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.

یافته‌ها: میانگین سن بیماران ۴۸ سال (۷۱-۲۴) و میانگین سابقه بیماری روماتوئید در هنگام تشخیص کیست بیکر حجیم ۶/۸ سال (۲۰-۱ سال) بود. در ۱۳ مورد زانوی راست و ۱۰ مورد زانوی چپ مبتلا بود. علاوه بر علائم بیماری زمینه‌ای، تظاهرات بالینی شامل درد و حساسیت پشت ساق پای مبتلا در ۸ بیمار (۳۴/۸٪) و علائم مشابه ترومبوفلیت در ۱۵ بیمار (۶۵/۲٪) مشاهده شد. یک بیمار انسداد وریدی عمقی ساق پای مبتلا نیز داشت. علائم پارگی کیست بیکر در ۵ بیمار (۲۱/۷٪) وجود داشت. درمان عموماً طبی و نگهدارنده و سیر رضایت‌بخش بود. دو بیمار با عود کیست بیکر حجیم و علائم پارگی کیست تحت عمل جراحی حذف کیست و سینوکتومی زانوی مبتلا قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: کیست پوپلیتال در آرتریت روماتوئید لازم است مورد توجه خاص گرفته و قبل از توسعه و تبدیل آن به کیست بیکر حجیم و ایجاد عوارض موضعی، پارگی کیست، و سندرم پسودوترومبوفلیت، اقدامات پیشگیری و درمانی انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: آرتریت روماتوئید، کیست پوپلیتال، ترومبوفلیت

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 aspect of the involved leg to produce a giant Baker's cyst. Local compression, dissection, or rupture of the cyst may also, lead to a clinical presentation simulating thrombophlebitis. The aim of this paper is to report 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 complications of giant Baker's cyst in 993 patients with arthritis admitted in the rheumatology unit during the last 20 years were studied. Based on the clinical picture and confirmation of imaging techniques, 23 patients (12 female, 11 male) had giant Baker's cyst which extended lower than the inferior level of the popliteal fossa. This was the material for this study.

Results: The mean age of the patients was 48 years old (24-71) and mean duration of the rheumatoid disease by the time of development of giant Baker's cyst was 6.8 years (1-20). Right knee was involved in 13 and left knee in 10 patients. The clinical features- other than the underlying disease- were: pain and tenderness of the involved leg in 8 (34.8%), and the symptoms similar to thrombophlebitis in 15 patients (65.2%). There was a deep vein thrombosis accompanied with giant Baker's cyst in one patient. Rupture of the cyst was detected in 5 patients (21.7%). The management was generally medical and conservative and resulted into satisfactory outcome. Two patients, however, had recurrence of Baker's cyst and signs of rupture of the cyst. They underwent surgical cystectomy along with synovectomy of the involved knee joint.

Conclusion: Popliteal cyst in patients with rheumatoid arthritis should be considered and preventive and conservative management should be performed before it extends to become a giant Baker's cyst leading to complications of local compression, rupture, and pseudothrombophlebitis.

Keywords: Arthritis, rheumatoid; Popliteal Cyst; Thrombophlebitis

مقدمه

آرتريت روماتويد شايع ترين بيماري التهابي مزمن مفصلي است که ممکن است حدود ۱ تا ۲ درصد افراد به آن مبتلا شوند^(۱). بيماران مبتلا در سير طولاني بيماري ممکن است دچار عوارض مختلفی شوند نظير عارضه مشابه ترومبوفليت اندام تحتاني به دليل کيست پوپليتال حجيمي که به پشت ساق پا کشيده می شود. کيست پوپليتال ارتباط بورس گاسترکنمیو-سمی مامبرانوس با مفصل زانو از طريق نقطه ضعیفی در قسمت پشتی کپسول مفصلي می باشد که توسط مجرای مشابه درجه یک طرفه با فضای مفصلي مرتبط می ماند^(۲). با ادامه تورم زانو و تشديد فشارهای فیزیکی وارده بر زانو این کيست بزرگ تر شده و ممکن است به پشت ساق پا و لابه لای عضلات ناحیه کاف کشيده شود. این کيست باعث درد و محدودیت حرکتی و فشار به ضمایم مجاور، خصوصاً عروق و اعصاب ناحیه می گردد^(۳،۴). در این بررسی علايم عارضه کيست بیکر حجيم، عوامل تشديد کننده، روش های تشخيصی، سير و درمان آن در مبتلایان به آرتريت روماتويد بررسی شدند.

مواد و روش ها

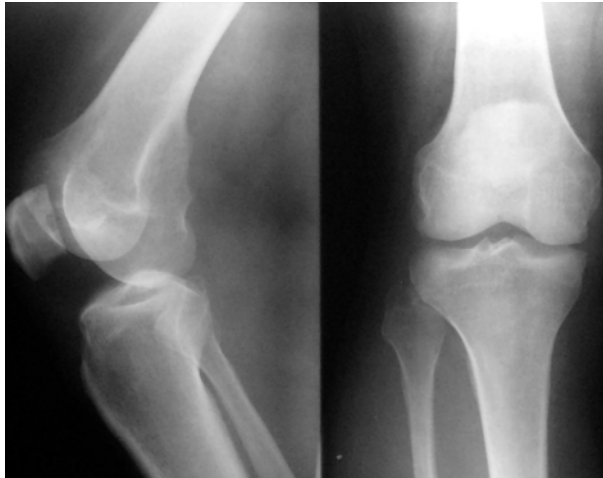
در طی بیست سال گذشته، در بررسی ۹۹۳ پرونده بيمار مبتلا به آرتريت روماتويد بالغين در بخش روماتولوژی بیمارستان قائم مشهد، ۲۳ بيمار (۱۲ زن و ۱۱ مرد) با کيست بیکر حجيم مورد مطالعه قرار گرفتند (۲/۳٪). تشخيص آرتريت روماتويد و بررسی شدت بيماري براساس معيارهای بين المللی^(۵،۶،۷) و تشخيص کيست بیکر حجيم براساس علايم باليني ثبت شده در پرونده بيمار توسط روماتولوژیست، و تاييد روش های تصويربرداری و در مواردی که کيست پوپليتال از حفره پوپليتال به پايين تر کشيده شده و به ناحیه پشت ساق پا رسیده باشد، انجام شد. تظاهرات باليني این عارضه، عوامل مستعد کننده، روش های تشخيصی، سير باليني و درمان کيست بیکر حجيم مورد ارزیابی قرار گرفتند. بيماران با اطلاعات ناکافی از مطالعه حذف شدند.

یافته ها

ميانگين سنی بيماران ۴۸ سال (۷۱-۲۴) و ميانگين سابقه بيماري تا ايجاد کيست بیکر حجيم ۶/۸ سال (۲۰-۱ سال) بود. در ۱۳ مورد زانوی راست و ۱۰ مورد زانوی چپ دچار کيست بیکر حجيم بود. علاوه بر علايم بيماري زمينه ای، تظاهرات باليني شامل تورم زانو، درد و حساسیت پشت ساق پای مبتلا در ۸ بيمار (۳۴/۸٪) و علايم مشابه ترومبوفليت در ۱۵ بيمار (۶۵/۲٪) مشاهده شد. شدت بيماري زمينه ای در هنگام ايجاد کيست بیکر حجيم براساس معيارهای بين المللی^(۷) در ۱۶ بيمار آرتريت روماتويد شديد و فعال و در ۷ بيمار آرتريت روماتويد متوسط بود. عوامل مستعد کننده عموماً تشديد بيماري زمينه ای، شدت فعاليت های فیزیکی و میکروتروما بود. پرتونگاری ساده زانوی مبتلا علايم زانوی روماتويدی را در مراحل مختلف نشان می داد. روش های تشخيص کيست بیکر حجيم در ۱۰ بيمار آرتروگرافي، ۸ بيمار سونوگرافي، ۲ بيمار سی تی اسکن بود و در ۳ بيمار تشخيص کيست بیکر حجيم و امتداد آن تا پايين تر از حفره پوپليتال با ام آر آی تاييد شد (شکل ۱).

علايم پارگی کيست بیکر در آرتروگرافي و سونوگرافي پشت ساق پای ۵ بيمار وجود داشت (۲۱/۷٪). هفت بيمار تحت بررسی سونوگرافي کالرداپلر نیز قرار گرفتند که در یک بيمار علاوه بر کيست بیکر حجيم، انسداد وریدی عمقی ساق پای مبتلا نیز وجود داشت. ميانگين زمان پیگیری بيماران ۷۲ ماه (۱۴۴-۲۴ ماه) بود. مشخصات بيماران در جدول ۱ خلاصه شده است. درمان بيماران عموماً به صورت تشديد درمان آرتريت روماتويد، استراحت بیشتر، رد نمودن عفونت داخل مفصلي و تزریق دپوگلوکوکورتیکويد داخل مفصل زانو بود. یک بيمار که تواماً کيست بیکر حجيم و ترومبوفليت داشت، علاوه بر تزریق داخل مفصلي دپوگورتیکواستروئيد، تحت درمان با آنتی بیوتیک کواگولان قرار گرفت. عارضه کيست بیکر حجيم با درمان های نگهدارنده غالباً رضایت بخش بود. دو بيمار با عود کيست بیکر حجيم و علايم پارگی کيست بیکر تحت عمل جراحی حذف کيست و سينوکتومی زانوی مبتلا قرار گرفتند. در ساير بيماران با پیگیری درمان طبی مناسب، عود کيست بیکر حجيم مشاهده نشد.

ب. پرتونگاری
ساده از زانوی
بیمار شکل الف



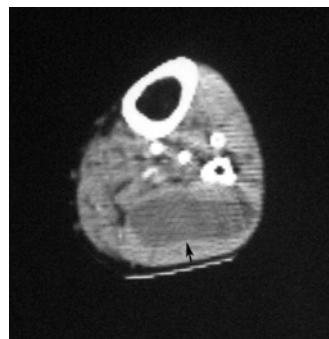
شکل ۱. کیست بیکر
حجیم در بیماران
مبتلا به آرتریت
روماتوئید.



الف. آرتروگرافی
کیست در یک بیمار



هم‌ام‌آرای زانو و
ساق پای یک
بیمار مبتلا به
آرتریت روماتوئید
که کیست حجیم
و ارتباط آن به
قسمت پشتی
تحتانی زانو
مشخص است.



د. سی‌تی‌اسکن ساق پای یک بیمار
با کیست بیکر حجیم



ج. سونوگرافی کیست در پشت عضله
گاسترکنمیوس در یک بیمار مبتلا به آرتریت
روماتوئید

بحث

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 ترومبوفلیت ایجاد نماید. چنین تابلوی بالینی بدون وجود ترومبوفلیت، «سندرم پسودوترومبوفلیت» نامیده می‌شود^(۱۰). در بررسی حاضر، از ۲۳ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید و کیست بیکر حجیم، ۱۵ بیمار سندرم پسودوترومبوفلیت داشتند که شایع‌ترین تظاهر بالینی ایجاد کیست بیکر حجیم را در بیماران ما تشکیل می‌دادند (۶۵/۲٪).

آرتریت روماتوئید شایع‌ترین بیماری التهابی مزمن مفصلی می‌باشد که ممکن است در سیر آن کیست بیکر حجیم ایجاد شود^(۸). 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 و باتوجه به پرونده کلینیک آنان، ۲۳ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید دچار کیست بیکر حجیم بودند. کیست بیکر

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

ESR: سرعت رسوب گلبولی؛ DVT: ترومبوز ورید عمقی؛ DC: دپوکورتیکواستروئید

سلولیت و ترومبوفلیت افتراق دهد^(۱۳). یکی از بیماران ما که دچار پارگی کیست بیکر شده بود، این اکیموز را در کنار میچ پای مبتلا نشان داد.

آرتریت روماتوئید در زنان حدود سه برابر 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 زانو و عوامل شغلی بخصوص در مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید باشد که یکی از عوامل مستعد کننده ایجاد کیست بیکر حجیم در بیماران ما،

مشابهت این عارضه با ترومبوفلیت واقعی به صورتی بود که دو بیمار در هنگام ورود به بخش اورژانس با تشخیص اولیه ترومبوفلیت تحت درمان با آنتی کواگولان قرار گرفته بودند. «پرسکات»^۱ و همکاران واژه «پسودوترومبوفلیت» را برای مواردی بکار بردند که کیست بیکر پاره شده و انسداد عروقی عمقی پا تواماً 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

ام‌آر‌آی انجام شد. سونوگرافی روشی غیرتهاجمی، آسان و ارزان می‌باشد و کیست بیکر و امتداد آن به‌خوبی در سونوگرافی مشاهده می‌شود. در پارگی کیست بیکر، نواحی هیپواکوی نامنظم در قسمت دیستال کیست پدیدار می‌شود^(۱۴،۱۶).

نتیجه‌گیری

با توجه به تظاهرات مختلف کیست بیکر حجیم و استفاده از روش‌های تشخیصی لازم خصوصاً سونوگرافی، حتی در بخش اورژانس، می‌توان درمان‌های محافظتی مناسب برای این عارضه انجام داد و از اقدامات درمانی غیرضروری اجتناب نمود.

شغل و فعالیت‌های جسمی ثبت شده در پرونده آنان بود. این بیماران طبق پرونده پزشکی، فعالیت جسمی بیشتری داشتند و همین مسئله جزو عوامل مستعد کننده بود.

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

در بررسی سایر مطالعات انجام شده، به شدت و فعالیت بیماری روماتويدی 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 سال‌های اولیه بررسی بیماران ما عمدتاً با آرتروگرافی و در سال‌های اخیر با سونوگرافی و

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, Bombardieri S, 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, Siampilis 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.