

Editorial

Baker's Cyst Rupture May Mimics Deep Vein Thrombosis

Antonios G Angoules

*Department of Essential Medical Subjects, Faculty of Healthcare Professions,
Technological Educational Institute, Athens, Greece*

Emergency Medicine 2012, 2:1

<http://dx.doi.org/10.4172/egm.1000e108>

Η ΡΗΞΗ ΤΗΣ ΙΓΝΥΑΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ (BAKER) ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ

(Μετάφραση του συγγραφέα)

Αντώνιος Γ. Αγγουλές

Χειρουργός Ορθοπαιδικός ΕΛΘΕΑΠ

Αν και η πρώτη αναφορά σχετικά με την ιγνυακή κύστη έγινε αρχικά από τον Adams το 1840 [1] οι κύστεις αυτές ονομάστηκαν σαν κύστεις Baker τριανταεπτά έτη αργότερα μετά την έκδοση του περίφημου άρθρου του William Baker [2].

Οι ιγνυακές κύστεις ή αλλιώς κύστεις Baker είναι μη φυσιολογικές μάζες στην περιοχή της ιγνυακής κοιλότητας οι οποίες περιέχουν υγρό. Σχεδόν πάντοτε προκαλούν τη χρόνια διόγκωση της άρθρωσης του γόνατος.

Η κύστη μπορεί να αποτελεί το αποτέλεσμα κήλης του ορογόνου θυλάκου του γαστροκνήμιου ή του ημιϋμενώδους δια του ινώδους υμένα του αρθρικού θυλάκου στην περιοχή της ιγνύος η οποία επικοινωνεί με την αρθρική κοιλότητα μέσω ενός στενού μίσχου [3]. Μία τέτοια επικοινωνία μεταξύ της αρθρικής κοιλότητας του γόνατος και ενός από τους θυλάκους της ιγνύος έχει περιγραφεί σε ποσοστό 40% των φυσιολογικών γονάτων [4].

Σε μία πρόσφατη υπερηχογραφική μελέτη το μέγεθος τους βρέθηκε ίσο με 1.4–6.2 cm [5]. Σχεδόν όλες οι ιγνυακές κύστεις είναι δευτερογενείς. Οι κύστεις αυτές είναι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας αλλά γενικά θεωρούνται σαν το τελικό αποτέλεσμα συνυπάρχουσας ενδοαρθρικής παθολογίας του γόνατος. Έτσι συνδιάζονται συχνά με οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, χόνδρινη βλάβη, μηνισκική ρήξη και ανεπάρκεια του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου και σπανιότερα αποδίδονται σε υπέρχρηση, φλεγμονή, τραύμα ή και άλλες αιτίες όπως σπονδυλοαρθροπάθεια ή ουρική αρθρίτιδα [5-12].

Αντίθετα στις λιγότερο συχνές πρωτογενείς ιγνυακές κύστεις παρατηρείται μία θυλακική προσεκβολή η οποία δεν επικοινωνεί με τον αρθρικό θύλακο του γόνατος [9].

Οι κύστεις του Baker είναι οι πιό συχνές μάζες μαλακών μορίων που ανευρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια του γόνατος [13]. Η συχνότητα τους σε σειρά ασθενών οι οποίοι υπεβλήθησαν σε έλεγχο με μαγνητική τομογραφία ή υπερηχογράφημα του γόνατος, βρέθηκε να ανέρχεται σε ποσοστό 5 % με 27 % και ήταν αξιοσημείωτα συχνότερες σε οστεοαρθρικά γόνατα [5,7,14]. Άτομα μεγαλύτερη ηλικίας παρουσιάζουν επίσης μεγαλύτερη συχνότητα των κύστεων αυτών[7].

Στους ασυμπτωματικούς ασθενείς στους οποίους η παθολογική αυτή κατάσταση διαπιστώνεται σε τυχαίο έλεγχο δεν απαιτείται κάποια θεραπευτική προσέγγιση. Οι περισσότερες συμπτωματικές κύστεις απαντούν ικανοποιητικά αλλά βραχυχρόνια στις ενδοαρθρικές εγχύσεις κορτικοειδούς [10]. Η χειρουργική αφαίρεση σπάνια μόνο είναι απαραίτητη [9, 15].

Η ιγνυακή κύστη μπορεί να προκαλή πίεση σε διάφορες ανατομικές δομές όπως η ιγνυακή φλέβα η οποία είναι η συχνότερα ανατομική κατασκευή που υφίσταται πίεση. Έτσι σαν δευτερογενής επιπλοκή μπορεί να είναι η εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδας [9]. Η ρήξη της κύστης Baker μπορεί να υποδύεται εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, μία παθολογική οντότητα η οποία είναι γνωστή ως ψευδοθρομβοφλεβίτις. Η σύνδεση του συνδρόμου αυτού με τη ρήξη της ιγνυακής κύστης έχει περιγραφεί σαφώς [16-21].

Μερικές φορές η ξαφνική διάγκωση και η εμφάνιση άλγους στην γαστροκνημία δεν είναι αποτέλεσμα εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης αλλά αντίθετα συνοδεύει τη ρήξη κύστεως Baker.

Η διαφορική διάγνωση μεταξύ εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδος και ραγείσας ιγνυακής κύστεως είναι ζωτικής σημασίας αφού η πρώτη αναφερόμενη νοσολογική οντότητα ενέχει κινδύνους για την ίδια την επιβίωση του ασθενούς όπως η πνευμονική εμβολή. Άλλες παθολογικές καταστάσεις οι οποίες μιμούνται φλεβοθρόμβωση της κνήμης όπως το αιμάτωμα, η κυτταρίτιδα, το μεταφλεβιτιδικό σύνδρομο, την εξωτερική πίεση από ανεύρυσμα της ιγνυακής αρτηρίας και φλέβας ή από κάποιο όγκο πρέπει να αποκλείονται από την αρχική διάγνωση [4,22, 23].

Η λανθασμένη διάγνωση θρομβοφλεβίτιδος και η χρήση αντιπηκτικής αγωγής μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία [10]. Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι αν και σπάνια η κύστη Baker μπορεί να πιέζει τις υποκείμενες αγγειακές δομές και να προκαλέσει οίδημα της γαστροκνημίας και πραγματική θρομβοφλεβίτιδα. Στην περίπτωση της ρήξης της κύστης εμφανίζεται οξύ άλγος το οποίο έχει χαρακτήρες θρόμβωσης ή μυϊκής ρήξης και το οποίο συνοδεύεται από αύξηση της θερμοκρασίας, ερυθρότητα και ευαισθησία στην οπίσθια επιφάνεια της

κνήμης. Εντούτοις η ρήξη αυτή μπορεί να μη συνοδεύεται από ισχυρό πόνο αλλά μόνο από οίδημα της γαστροκνημίας και της ποδοκνημικής [10].

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος είναι ιδιαίτερα χρήσιμος στη διάγνωση της ρήξεως της κύστης σε οίδηματώδη και επώδυνα κάτω άκρα και είναι συγχρόνως ασφαλής και με μικρό κόστος διαγνωστική μέθοδος [4, 24].

Η διάγνωση της ιγνυακής κύστης μπορεί να είναι δύσκολη υπερηχογραφικά. Εντούτοις η ξαφνική εμφάνιση άλγους το οποίο επιτείνεται με τη ραχιαία κάμψη της ποδοκνημικής, είναι σύμπτωμα το οποίο μπορεί να συνοδεύει τη ρήξη της κύστεως Baker.

Η διαφορική διάγνωση του αιματώματος της γαστροκνημίας δεν είναι εύκολη επίσης κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο. Κατά την τελευταία εξέταση υπέρ του αιματώματος συνηγορεί η περισσότερη ομοιογενής υπερηχογραφική του εικόνα [4].

Η μαγνητική τομογραφία εκτός από τη την επιβεβαίωση της ρήξης της ιγνυακής κύστης, συμβάλλει επίσης και την αποκάλυψη συνυπάρχουσας ενδοαρθρικής παθολογίας.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ρήξεως η οποία υποδύεται εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση περιλαμβάνει την συμπτωματική αγωγή με κατάκλιση, τη βιάδισι με βακτηρίες για αποφυγή φόρτισης του σκέλους και τη χορήγηση με στεροειδούς αντιφλεγμονώδους αγωγής. Η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής αντεδείκνυται γιατί μπορεί να προκαλέσει αιμάτωμα στην γαστροκνημία και συρικνώσεις μυών [25].

Συμπέρασμα

Η ρήξη της κύστης Baker η οποία μιμείται εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψιν σαν πιθανή διάγνωση όταν αντιμετωπίζονται παθολογικά σημεία τα οποία εντοπίζονται στην περιοχή της γαστροκνημίας.

Βιβλιογραφία

1. Adams R (1840) Chronic rheumatic arthritis of the knee joint. Dublin J Med Sci 17: 520-522.
2. Baker WM (1877) On the formation of the synovial cysts in the leg in connection with disease of the knee joint. Clin Orthop Relat Res 13: 245-61.
3. Moore K, Agur A, Dalley A (2010) Essential Clinical Anatomy. (4th Edn). Lippincott Williams & Wilkins, USA.
4. Langsfeld M, Matteson B, Johnson W, Wascher D, Goodnough J, et al. (1997) Baker's cysts mimicking the symptoms of deep vein thrombosis: diagnosis with venous duplex scanning. J Vasc Surg 25: 658-662.
5. Chatzopoulos D, Moralidis, E, Markou P, Makris V, Arsos G (2008) Baker's cysts in knees with chronic osteoarthritic pain: a clinical, ultrasonographic, radiographic and scintigraphic evaluation. Rheumatol Int 29: 141-146.

6. von Schroeder HP, Ameli FM, Piazza D, Lossing AG (1993) Ruptured Baker's cyst causes ecchymosis of the foot. A differential clinical sign. *J Bone Joint Surg Br* 75: 316-317.
7. Miller TT, Staron RB, Koenigsberg T, Levin TL, Feldman F (1996) MR imaging of Baker cysts: association with internal derangement, effusion, and degenerative arthropathy. *Radiology* 201: 247-250.
8. Sansone V, De Ponti (1999) An Arthroscopic treatment of popliteal cyst and associated intra-articular knee disorders in adults. *Arthroscopy* 15: 368-372.
9. Fritschy D, Fasel, J, Imbert JC, Bianchi S, Verdonk R, et al.(2006) The popliteal cyst. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 14: 623-628.
10. Handy JR (2001) Popliteal cysts in adults: a review. *Semin Arthritis Rheum* 31: 108-118.
11. Hill CL, Gale DG, Chaisson CE, Skinner K, Kazis L, et al. (2001) Knee effusions, popliteal cysts, and synovial thickening: association with knee pain in osteoarthritis. *J Rheumatol* 28: 1330-1337.
12. Ozgocmen S, Kaya A, Kocakoc E, Kamanli A, Ardicoglu O, et al. (2004) Rupture of Baker's cyst producing pseudothrombophlebitis in a patient with Reiter's syndrome. *Kaohsiung J Med Sci* 20: 600-603.
13. Insall J, Scott WN (2001) *Surgery of the Knee*. (3rd Edn) C. Livingstone, Philadelphia.
14. Fielding JR, Franklin PD, Kustan J (1991) Popliteal cysts: a reassessment using magnetic resonance imaging. *Skeletal Radiol* 20: 433-435.
15. Burger C, Monig SP, Prokop A, Rehm KE (1998) Baker's cyst—current surgical status. Overview and personal results. *Chirurg* 69: 1224-1229.
16. Bryan RS, DiMichele JD, Ford GL Jr (1967) Popliteal cysts and "thrombophlebitis". *Clin Orthop Relat Res* 50: 209-213.
17. Drescher M and Smally A (1997) Thrombophlebitis and pseudothrombophlebitis in the emergency department. *Am J Emerg Med* 15: 683-685.
18. Kilcoyne RF, Imray TJ, Stewart ET (1978) Ruptured Baker's cyst simulating acute thrombophlebitis. *JAMA* 240: 1517-1518.
19. Gibbons D, Phillips M, Prossor IM (1975) Ruptured popliteal cyst stimulating deep vein thrombosis with false positive radiofibrinogen uptake. *Postgrad Med J* 51: 735-736.
20. Prescott SM, Pearl JE, Tikoff G (1978) "Pseudo-pseudothrombophlebitis": ruptured popliteal cyst with deep venous thrombosis. *N Engl J Med* 299: 1192- 1193.
21. Katz RS, Zizic TM, Arnold WP, Stevens MB (1977) *Medicine (Baltimore)* 56: 151-164.
22. Somarouthu BS, Abbara S, Kalva SP (2010) Diagnosing deep vein thrombosis. *Postgrad Med* 122: 66-73.
23. de Oliveira A, Franca GJ, Vidal EA, Stalke PS, Baroncini LA (2008) Duplex scan in patients with clinical suspicion of deep venous thrombosis. *Cardiovasc Ultrasound* 6:53.
24. Sato O, Kondoh K, Iyori K, Kimura H (2001) Midcalf ultrasonography for the of ruptured Baker's cysts. *Surg Today* 31: 410-413.
25. Chaudhuri R, Salari R (1990) Baker's cyst simulating deep vein thrombosis. *Clin Radiol* 41: 400-404.