

Гигантская киста локтевой ямки у пациентки с ревматоидным артритом (случай из практики)

Роскидайло А.А.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия
115522, Москва, Каширское шоссе, 34А

Описана 58-летняя пациентка с ревматоидным артритом, которая обратилась с жалобами на наличие массивного мягкотканного образования по передней и боковым поверхностям области левого локтевого сустава. Был заподозрен бурсит области левого локтевого сустава. По данным магнитно-резонансной томографии прослеживалась связь (имеются соустья) массивного образования и сустава. Предпринято хирургическое вмешательство. Иссечена киста, состоящая из двух частей, произведены переднебоковая синовэктомия, пластика передней капсулы локтевого сустава. Пациентка обследована спустя 6 мес, результат удовлетворительный.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; синовиальная киста; локтевой сустав; локтевая ямка; бурсит.

Контакты: Анастасия Александровна Роскидайло; roskidailo@mail.ru

Для ссылки: Роскидайло АА. Гигантская киста локтевой ямки у пациентки с ревматоидным артритом (случай из практики). Современная ревматология. 2018;12(3):109–111.

Giant cyst of the antecubital fossa in a female patient with rheumatoid arthritis (A case report)

Roskidailo A.A.

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia
34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522

The paper describes a case of rheumatoid arthritis in a 58-year-old female patient who sought medical advice for complaints of a massive soft tissue tumor upon the anterior and lateral surfaces of the left elbow joint. Left elbow bursitis was suspected. Magnetic resonance imaging showed a relationship between the massive tumor (anastomoses) and the joint. A surgical intervention was undertaken. A cyst consisting of two components was excised; anterolateral synovectomy and plastic surgery of the anterior elbow joint capsule were performed. The patient was examined 6 months later; the result was satisfactory.

Keywords: rheumatoid arthritis; synovial cyst; elbow joint; antecubital fossa; bursitis.

Contact: Anastasia Aleksandrovna Roskidailo; roskidailo@mail.ru

For reference: Roskidailo AA. Giant cyst of the antecubital fossa in a female patient with rheumatoid arthritis (A case report). *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2018;12(3):109–111.

DOI: 10.14412/1996-7012-2018-3-109-111

Частота поражения локтевого сустава при ревматоидном артрите (РА) достигает 56% к 15-му году наблюдения. Проявления болезни могут быть как суставными, так и внесуставными. Суставные проявления типичны: рецидивирующий синовит, развитии фиброзного или костного анкилоза, а также остеолитическая форма поражения (деструкция суставных концов). К внесуставным проявлениям относятся ревматоидные узелки, воспаление слизистых сумок локтевого отростка, длинной головки бицепса, а также невралгия лучевого, локтевого нервов, вызванная васкулитом или сдавлением извне [1].

Синовиальные кисты — это заполненные жидкостью пространства, внутренней выстилкой которых является синовиальная оболочка, связанные с полостью сустава, слизистой сумкой или синовиальным влагалищем сухожилий. Первое упоминание синовиальной кисты в литературе относится к 1840 г., когда ирландский хирург М. Адамс описал кисту подколенной ямки, которая была связана с коленным суставом. Английский хирург Уильям Бейкер сообщил о

своих наблюдениях синовиальных кист только в 1877 г., однако именно его именем была названа киста. У 30% пациентов с поражением коленного сустава при РА обнаруживаются подколенные кисты Бейкера. При кисте локтевой ямки наблюдаются те же изменения и тот же клапанный механизм, что и при кисте Бейкера [2].

Приводим наше клиническое наблюдение.

Пациентка Б., 58 лет, обратилась в отделение травматологии и ортопедии НИИР им. В.А. Насоновой с жалобами на наличие опухолевидного образования больших размеров в области левого локтевого сустава. Клинический диагноз: РА (серопозитивный полиартрит, стадия поздняя, активность 2, функциональная недостаточность 2).

Из анамнеза известно, что заболевание возникло в 1990 г., когда развился артрит плюснефаланговых суставов. После обследования пациентке был установлен диагноз РА, назначена терапия глюкокортикоидами (ГК, метипред 3 таблетки в день), нестероидными противовоспалительными препаратами

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ



Рис. 1. Изменение левого локтевого сустава у пациентки Б.

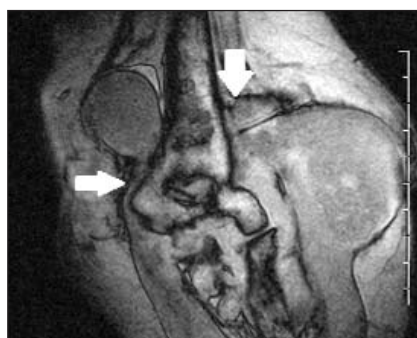


Рис. 2. МРТ левого локтевого сустава. Определяются две многокамерные кисты с неоднородным жидким содержимым, связанные с локтевым суставом (стрелки)



Рис. 3. Рентгенограмма левого локтевого сустава в прямой (а) и боковой (б) проекциях

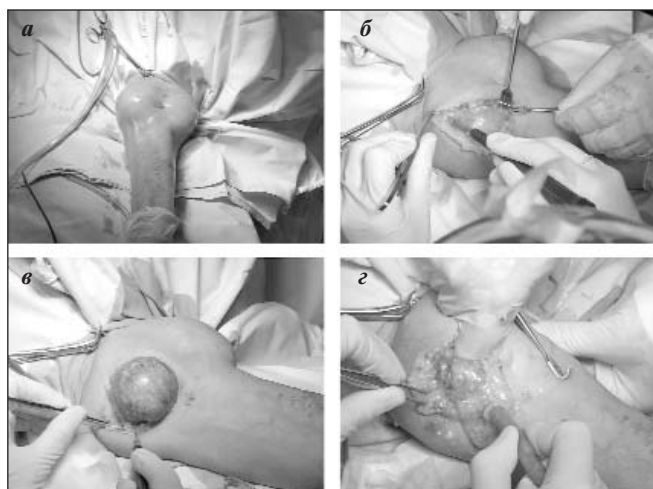


Рис. 4. Этапы иссечения кисты локтевой ямки (а–г)



Рис. 5. Перевязка в 1-е сутки после операции

(НПВП). Также отмечался артрит плечевых, коленных и голеностопных, лучезапястных суставов. В 1994 г. назначен метотрексат (МТ), который больная принимает постоянно. В настоящее время получает МТ 15 мг/нед, метипред 6 мг/сут, НПВП.

В 2013 г. впервые отметила появление опухолевидных образований в области левого локтевого сустава. Постепенно образования увеличивались и достигли гигантских размеров.

В 2006 и 2008 гг. выполнено эндопротезирование обоих коленных суставов.

При объективном обследовании левый локтевой сустав визуально изменен за счет наличия гигантских опухолевидных образований по передней поверхности (рис. 1). Опухолевидные

образования (вероятно, кисты) на ощупь мягкоэластические, связаны с кожей и окружающими тканями. Отмечается гипотрофия мышц плеча и предплечья. Локальной болезненности нет. Пассивные и активные движения в полном объеме. Боковая стабильность сохранена. Симптомы раздражения локтевого и лучевого нервов не обнаружено. Нейроциркуляторных и трофических расстройств нет.

При магнитно-резонансной томографии (МРТ): визуализируются две многокамерные кисты с неоднородным жидким содержимым, связанные с локтевым суставом (рис. 2). На рентгенограммах левого локтевого сустава —

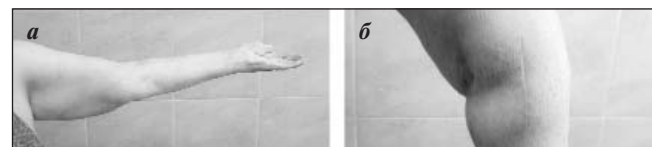


Рис. 6. Контрольный осмотр пациентки через 6 мес после операции (а, б)

эрозивное поражение суставных поверхностей, признаки деструкции локтевой кости (остеолизическое поражение левого локтевого сустава), околосуставной остеопороз, наличие массивного образования мягких тканей (рис. 3, а, б).

09.03.2017 под проводниковой анестезией была проведена операция. В положении больной на спине, с пневматическим жгутом в верхней трети левого плеча, выполнены два линейных боковых разреза длиной по 7 см (рис. 4, а–г). Подкожно визуализированы две гигантские кисты, которые тупо и остро выделены из окружающих тканей. Излилось густое содержимое кисты. Стенками кисты являлась капсула сустава. Кисты иссечены. В устье кист визуализировалась передняя поверхность плечевой кости. Произведена передняя синовэктомия. Капсула сустава ушита, наложены швы на кожу, асептическая повязка (рис. 5). В послеоперационном периоде осложнений не было. Выписана для амбулаторного наблюдения.

При контрольном осмотре через 6 мес после операции жалоб не предъявляла (рис. 6, а, б). Визуально область левого локтевого сустава не изменена. Имеются линейные послеоперационные рубцы без признаков воспаления. Выпот в суставе не определяется. Активные и пассивные движения в локтевом суставе — в полном объеме, безболезненные. Сила мышц сохранена. Выявлена умеренная боковая нестабильность, что, веро-

К Л И Н И Ч Е С К И Е Н А Б Л Ю Д Е Н И Я

ятно, связано с прогрессированием деструкции суставных концов (остеолитическое поражение).

Обсуждение. Хотя у пациентов с РА часто возникают синовиальные кисты, упоминания кисты локтевой ямки редко встречаются в литературе. Впервые данную патологию описал в 1973 г. G.E. Ehrlich [3] у пациента с длительным анамнезом эрозивного серопозитивного РА. Автор сравнил антекубитальную кисту с кистой Бейкера, а также выявил сходные механизмы их образования.

В 1973 г. R.D. Leffert и H.D. Dorfman [4], а намного позже, в 2011 г., В. Oppermann и соавт. [5] опубликовали схожие по клиническим проявлениям случаи.

Киста антекубитальной ямки во многом напоминает подколенную кисту, однако механизм формирования последней до сих пор является предметом дискуссии. Некоторые авторы полагают, что увеличение внутрисуставного давления при физической активности может привести к растяжению капсулы коленного сустава и формированию гры-

жевого выпячивания. Авторы отметили, что в большинстве случаев синовиальная жидкость может перемещаться из сустава в кисту, но редко в обратном направлении, что предполагает наличие клапанного механизма. Вероятно, эффект клапана возникает из-за скопления большого количества вязкого фибрина в полости кисты, что затрудняет обратный ток синовиальной жидкости. Локтевой сустав не несет осевой нагрузки, однако внутрисуставное давление изменяется при сгибании и разгибании [3].

В некоторых случаях киста может сдавливать близлежащие нервы и приводить к явлениям невропатии локтевого, лучевого или срединного нервов [6–8].

Некоторые наблюдения были связаны с мимикрией синовиальной кисты под псевдоаневризму плечевой артерии [9, 10].

Иссечение антекубитальной кисты дает лишь косметический эффект. Без выполнения синовэктомии избыточная выработка синовиальной жидкости продолжится, что приведет в остеолитическому поражению локтевого сустава.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Lehtinen JT, Kaarela K, Kauppi MJ, Belt EA, Mäenpää HM, Lehto MU. Bone destruction patterns of the rheumatoid elbow: a radiographic assessment of 148 elbows at 15 years. *J Shoulder Elbow Surg.* 2002 May-Jun;11(3):253–8.
2. Ehrlich GE. Antecubital cysts in rheumatoid arthritis - a corollary to popliteal (Baker's) cysts. *J Bone Joint Surg Am.* 1972 Jan;54(1):165–9.
3. Ehrlich GE, Guttman GG. Valvular mechanisms in antecubital cysts of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1973 Mar-Apr;16(2):259–64.
4. Leffert RD, Dorfman HD. Antecubital cyst in rheumatoid arthritis—surgical findings. *J Bone Joint Surg Am.* 1972 Oct;54(7):1555–7.
5. Oppermann B, Morris S, Ayoub W. Antecubital fossa cyst in longstanding seropositive rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol.* 2011 Oct;17(7):401.
6. Ishikawa H, Hirohata K. Posterior interosseous nerve syndrome associated with rheumatoid synovial cysts of the elbow joint. *Clin Orthop Relat Res.* 1990 May;(254):134–9.
7. Monacelli G, Ceci F, Prezzemoli G, Spagnoli A, Lotito S, Irace S. Posterior interosseous nerve palsy by synovial cyst of proximal radioulnar joint: our experience after 5 years. *J Neurosurg Sci.* 2011 Jun;55(2):93–6.
8. Scholz C, Gierthmuehlen M, Egger K, Hauschild O, van Velthoven-Wurster V. Ulnar neuropathy caused by a widespread synovial cyst of the elbow joint in a patient with rheumatoid arthritis. *J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg.* 2014 Nov;75(6):491–4.
9. Filis K, Galyfos G, Larentzakis A, Karanikola E, Zarmakoupis C. Synovial cyst of the antecubital fossa mimicking a brachial artery pseudoaneurysm: report of a case. *Ann Vasc Surg.* 2014 Jul;28(5):1323.e13–6.
10. Bortolotto C, Carone L, Draghi F. An antecubital fossa «cyst» caused by postoperative kinking of the brachial artery. *J Ultrasound.* 2013 Feb 26;16(1):29–31.

Поступила 2.07.2018

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.