

Torbiel podkolanowa (torbiel Bakera, cysta Bakera) jest to sytuacja, w której powstaje niefizjologicznie powiększona przestrzeń płynowa grzbietowo do stawu kolanowego.

Podczas prawidłowego, niezaburzonego funkcjonowania ilość mazi stawowej wynosi kilka mililitrów. W przypadkach nadmiernej produkcji płynu wysiękowego objętość ta może osiągnąć powyższą wartość lub znacznie ją przekroczyć. Przy fizjologicznej ilości płynu związane z ruchem zmniejszenie pojemności nie wpływa znacząco na wzrost ciśnienia śródstawowego, jednak w warunkach nadmiernej jego produkcji nadciśnienie płynu doprowadza do ograniczenia ruchów w stawie i stwarza możliwość do wzmożonej ucieczki płynu przez miejsca osłabionego oporu w torebce stawowej. Płyn ten może gromadzić się w przypadku istnienia połączenia w kaletkach dołu podkolanowego lub powodować tworzenie się przepuklin w słabszych miejscach torebki. Według różnych doniesień naukowych patologia ta występuje u 5% - 58% zgłaszających objawy dorosłych.

**[Dlaczego warto diagnozować i leczyć torbiel podkolanową w Artromedical ? \(kliknij tutaj\)](#)**

## **Przyczyny powstawanie torbieli dołu podkolanowego**

Przyczyny powstawania torbieli podkolanowej nie zostały do tej pory jednoznacznie określone i wydają się różnić w zależności od metod badawczych, które zostały użyte do ich oceny. Różnice te wydają się wynikać również z budowy anatomicznej, wieku, w którym schorzenie występuje, współistnienia chorób ogólnoustrojowych czy wewnątrzstawowych.

Torbiel podkolanowa powstaje najczęściej w wieku 4-7 lat u dzieci i u dorosłych w wieku 35-70 lat, a jej umiejscowienie jest w większości przypadków stałe: pomiędzy przyśrodkową głową mięśnia brzuchatego łydki a mięśniem półbłoniastym.

W zależności od przyczyny powodującej powstawanie torbieli, budowa jej ściany może się znacznie różnić. Torbiele podkolanowe histopatologicznie można podzielić na:

1. Włókniste - z dobrze zarysowaną i odgraniczoną, grubą na 1-2 mm ścianą która ma gładką, błyszczącą powierzchnię wewnętrzną. Ściana jej zbudowana jest z tkanki włóknistej mocno wysyczonej hyaliną. Mogą w niej tworzyć się ciała ryżowate, komórki podobne są do mesotelialnych.
2. Synowialne - słabiej odgraniczone od tkanek otaczających, posiadające grubą na 2-5 mm, mniej błyszczącą ścianę z tworami kosmkowymi. Tkanka łączna włóknista wewnątrz ściany jest mniej gęsta, a jej powierzchnia pokryta jest komórkami podobnymi do synowialnych, komórki mają bardziej sześcienny kształt.

3. Zapalne - otoczone bardzo grubą nawet 8 milimetrową ścianą, wydającą się być pluszową, „kudłatą” od pokrywających ją fibrynowych wypustek. Ściana nacieczona jest przez limfocyty, komórki plazmatyczne, histiocyty a także komórki wielojądrowe. W tym rodzaju torbieli mogą tworzyć się chrzęstno- i kostno- podobne elementy.

## Dwa czynniki

Istnieją dwa podstawowe czynniki mogące przyczynić się do powstawania torbieli podkolanowej. Pierwszy mający decydujące znaczenie zarówno u dorosłych jak i u dzieci to nadmierna ilość  **płynu wysiękowego**  w stawie kolanowym.

Produkcja i resorpcja płynu jest w warunkach fizjologicznych w równowadze dynamicznej, regulowanej przez błonę maziową a wpływ na nią wydaje się mieć w części przypadków również wypływ płynu poza staw. Pojemność stawu kolanowego zmienia się podczas jego ruchu - największa jest w około 30 stopniach i znacznie się zmniejsza wraz ze zwiększeniem kąta zgięcia. Niewielka ilość płynu, która normalnie znajduje się w stawie nie powoduje zwiększenia ciśnienia podczas jego ruchu. Utrzymujący się w warunkach chorobowych nadmiar płynu podwyższa znacznie ciśnienie wewnątrzstawowe podczas zgięcia. Wydostający się ze stawu kolanowego płyn powoduje powstawanie torbieli podkolanowej. Tworzy on przepuklinę błony maziowej wychodzącą przez tylną część torebki lub powoduje powiększenie naturalnie połączonej ze stawem kaletki brzuchato-półbłoniastej. Za główną przyczynę nadmiernej produkcji płynu wysiękowego u dorosłych uważane są współistniejące z torbielą podkolanową  **choroby wewnątrzstawowe** .

Drugim, uznawanym przez niektórych autorów za podstawowy, czynnikiem wpływającym na powstawanie i utrzymywanie się torbieli podkolanowej jest jednokierunkowy przepływ płynu wysiękowego wymuszony przez istnienie  **mechanizmu zastawkowego**  torebki stawowej. U ponad 1/3 leczonych artroskopowo pacjentów w zachyłku tylny - przyśrodkowym występuje połączenie stawu z kaletką brzuchato półbłoniastą. W badaniach prowadzonych techniką MRI częstość występowania połączenia może dochodzić nawet do 99%. Połączenie torbieli czy kaletki ze stawem występuje w miejscu osłabionego oporu tkanek torebki pomiędzy naturalnymi wzmocnieniami, jakimi jest więzadło łukowate, mięsień półbłoniasty i głowa przyśrodkowa mięśnia brzuchatego łydki. Torebka stawowa wraz z błoną maziową nie są w stanie zapewnić anatomicznego wzmocnienia w tej okolicy.

Badania obrazowe wykonane za pomocą rezonansu magnetycznego stwierdziły obecność torbieli podkolanowej od 5% do 38%, a nawet 55% zgłaszających objawy dorosłych. U pacjentów z wczesną gonartrozą torbiel wystąpiła w 35,4% przypadków.

Ogólnie dostępne, tanie i powtarzalne badanie ultrasonograficzne, doskonale nadające się do stosowania u dzieci jest najczęstszą formą diagnozowania zmian dołu podkolanowego. W badaniach USG wykonanych u objawowych dorosłych pacjentów torbiel stwierdzono nawet 40%.

Znaczna częstość występowania torbieli podkolanowej i brak wiarygodnych, długotrwałych wyników leczenia nieoperacyjnego lub klasycznego jej usunięcia szczególnie u młodych pacjentów i dzieci spowodowało moje zainteresowanie tego typu schorzeniem. Opracowana przeze mnie metoda artroskopowego/endoskopowego usunięcia torbieli podkolanowej wraz z leczeniem wywołujących ją patologii stawu kolanowego, połączona ze zniszczeniem mechanizmu zastawkowego daje znacznie większe szanse na trwałe pozbycie się problemu.

[Leczenie torbieli podkolanowej \( kliknij aby dowiedzieć się więcej o leczeniu \)](#)

### **Dlaczego warto diagnozować i leczyć torbiel podkolanową w Artromedical ?**

1. Jesteśmy jedynym ośrodkiem w Polsce i najprawdopodobniej na świecie, mającym doświadczenie około **800** (dane z 02.2016r.) przypadków endoskopowego (małoinwazyjnego) usunięcia torbieli podkolanowej - żaden z nich nie zakończył się trwałym powikłaniem. ([kliknij tutaj i zobacz możliwe powikłania niewłaściwego leczenia](#))
2. Nawroty torbieli po zabiegu wykonanym opracowaną przez nas metodą zdarzają się mniej niż w **4%** przypadków (dla porównania leczenie torbieli metodą klasyczną to około **50%** szans na powtórne jej wystąpienie po zabiegu).
3. Torbiel podkolanowa powstaje zawsze w połączeniu z schorzeniem kolana. Kompleksowy zabieg wykonywany w Artromedical leczy zarówno torbiel jak i problem samego stawu. Pacjent pozostaje w szpitalu jedną noc a wychodząc do domu ma możliwość wykonania pełnego ruchu w stawie. Nie stosujemy ortez ani gipsu.
4. Wieloletnie doświadczenie związane również z bardzo dużą ilością przypadków pozwala nam właściwie zdiagnozować i wykluczyć zdarzające się czasami guzy, żylaki, tętniaki i inne schorzenia naśladujące torbiel podkolanową.
5. Pierwszy wykład dotyczący naszego innowacyjnego sposobu leczenia torbieli prezentowaliśmy na międzynarodowym kongresie towarzystwa artroskopolii i chirurgii stawu kolanowego (**ISAKOS - Florencja 2007**).
6. W zakresie zaawansowanej chirurgii kolana metodami małoinwazyjnymi od wielu lat przeprowadzamy szkolenia w kraju i Europie.

