

MGR MAGDALENA MASTALERZ, MGR JOANNA KUCMIN,
MGR AGNIESZKA KSIĄŻEK-CZEKAJ, MGR MAREK WIECHEĆ

TORBIEL GALARETOWATA – POSTĘPOWANIE FIZJOTERAPEUTYCZNE

Torbiel galaretowata (*ganglion*) to zbudowana z tkanki łącznej, nienowotworowa przestrzeń jamista wypełniona płynem lub galaretowatą substancją, posiadająca otoczkę ze zbitej tkanki łącznej. *Gangliony* lokalizują się najczęściej w okolicy torebek stawowych lub pochewek ścięgnistych, lecz pomimo położenia w bezpośrednim sąsiedztwie tych struktur nie są one połączone ani ze stawem, ani z pochewką ścięgna. Zazwyczaj umiejscawiają się w okolicy nadgarstka, rzadziej lokalizuje się je w obrębie stopy czy stawu kolanowego.

W okolicy nadgarstka torbiel galaretowata powstaje zwykle po jego stronie grzbietowej lub powierzchniowej (zdj. 1, 2). Po stronie grzbietowej nadgarstka *gangliony* najczęściej pojawiają się w okolicy powierzchni księżycowato-łódeczkowatej, tam mogą opróżniać się do pochewek ścięgna wspólnego prostowników i pojawiać w miejscach oddległych od miejsca pierwotnego powstania, takich jak: stawy nadgarstkowo-śródręczne, dystalne stawy międzypaliczkowe, okolica ścięgniasta stawów śródręczno-paliczkowych lub kanał Guyona. Torbiele galaretowate po stronie dłoniowej wychodzą najczęściej z pochewki ścięgna zginacza nadgarstka lub z powierzchni stawowych pomiędzy kością łódeczkowatą a trójganiastą lub kością łódeczkowatą a księżycowatą. W okolicy stóp *gangliony* występują najczęściej w obrębie stawów palców lub na powierzchni grzbietowej stopy.

PRZYCZYNY POWSTAWANIA

Przyczyną powstawania *ganglionu* mogą być najprawdopodobniej zmiany degeneracyjne tkanki łącznej. Powstawaniu torbieli sprzyjają także urazy i przeciążenia oraz stany zapalne ścięgien mięśni lub torebek stawowych zwłaszcza u osób, u których podczas wykonywania pracy lub uprawiania sportu dochodzi do znacznego obciążenia stawów



Zdj. 1-2. Ganglion



Zdj. 4. Torbiel galaretowata – zwiększenie objętości po wykonaniu wysiłku



Zdj. 3. Torbiel galaretowata w spoczynku

– głównie stawów nadgarstka. Na skutek powtarzalnych mikrourazów, przeciążeń, zmian zwyrodnieniowych lub urazów bezpośrednich pochewki, w obrębie których w normalnych warunkach znajduje się niewielka ilość płynnej substancji zabezpieczającej swobodę przesuwu ścięgna podczas ruchu, pochewki te w wymienionych stanach mogą produkować nadmierną ilość

płynu. Skutkuje to pogrubieniem i uwypukleniem ściany danej pochewki w postaci galaretowatego tworu wyczuwalnego pod powierzchnią skóry. Początkowo torbiel galaretowata nie przybiera dużych rozmiarów, można ją wielkością porównać do ziarna grochu, jednakże z upływem czasu może osiągnąć średnicę nawet kilku centymetrów, przy czym nigdy nie dochodzi do przebicia skóry. Zmiany w postaci *ganglionu* znacznie częściej odnotowuje się u kobiet pomiędzy 20.–40. rokiem życia niż w innych grupach pacjentów.

Objawem istnienia torbieli galaretowatej jest przede wszystkim uwypuklenie podskórne, które pod wpływem ucisku daje wrażenie przesunięcia. Często zmiany te mogą powodować bolesność oraz nieprzyjemne odczucie dla pacjenta nie tylko podczas palpacji, ale także podczas wykonywania codziennych czynności. Pod wpływem wysiłku torbiel może pojawiać się lub powiększać, a zmniejsza się lub zanika w spoczynku (zdj. 3, 4).

Wzmożona wrażliwość na dotyk może być spowodowana utrzymywaniem się odczynu zapalnego w obrębie zmiany. Torbiele galaretowate mają charakter nierakowy, nie powinno się jednak lekceważyć pojawienia się torbieli pod skórą, gdyż możliwe jest jej zezłośliwienie, często w wyniku braku leczenia. Dodatkowo w obrębie stawów *gangliony* powodować mogą zaburzenia czucia skóry w okolicy zmiany oraz objawy neurologiczne w mięśniach wskutek ucisku na struktury nerwowe, jednakże sytuacje te nie zdarzają się zbyt często.

DIAGNOSTYKA

Rozpoznanie dokonuje się na podstawie obrazu klinicznego, badania palpacyjnego, oceny wzrokowej oraz diagnostyki obrazowej, do której zaliczyć można badanie ultrasonograficzne (USG) oraz o wiele dokładniejsze badanie rezonansem magnetycznym (RM) w celu zróznicowania zmiany z innymi jednostkami chorobowymi (martwice kości, nowotworowe zmiany złośliwe, stany zapalne stawów). W przypadku dłoniowych torbieli gala-

BTL

retowatych należy w rozpoznaniu różnicowym uwzględnić możliwość zmian naczyniowych, a dodatkowo wykonać próbę Allena, która dostarczy informacji na temat stanu unaczynienia ręki.

Po przeprowadzonym badaniu, diagnostyce i rozpoznaniu, istotną rolę będzie odgrywało również dokonanie dłuższej obserwacji w celu upewnienia się co do charakteru zmiany, szczególnie wtedy, gdy nie daje ona dolegliwości bólowych oraz nie powoduje ograniczenia codziennej aktywności pacjenta. Leczenie zachowawcze opiera się głównie na odciążeniu kończyny, czasowym ograniczeniu ruchów prowokujących powstawanie *ganglionu* i ograniczeniu wykonywania czynności wymagających znacznego użycia siły. Stałe przeciążanie może spowodować zwiększenie rozmiaru torbieli. Najczęściej odciążenie kończyny uzyskuje się poprzez zastosowanie specjalnej szyny lub stabilizatora. W miarę ustępowania dolegliwości bólowych na tym etapie można stopniowo wprowadzać elementy kinezyterapii mające na celu zwiększenie zakresów ruchomości i poprawę stabilizacji stawu. Dodatkowo można włączyć fizykoterapię w formie magnetoterapii, laseroterapii, terapii ultradźwiękowej (zdj. 5), fonoforezy, jonoforezy w celu zmniejszenia bólu oraz kineziotaping (zdj. 6–8) dla odciążenia stawu i przyspieszenia regeneracji.

LECZENIE

Jeżeli mimo stabilizacji biernej (ortezy, stabilizatory) i stosowania fizjoterapii dolegliwości bólowe i dyskomfort związane z aktywnością nie ustępują, istnieje wskazanie do wykonania aspiracji, czyli nakłuciu torbieli i odessaniu płynu oraz podaniu kortykosteroidów, co daje możliwość osuszenia, „zarośnięcia” *ganglionu* i powstanie wewnętrznej blizny. Zabieg ten powinien być wykonywany w warunkach sterylnych, zawsze pod kontrolą USG w celu zapewnienia precyzji. Obszar wokół torbieli jest znieczulany, a sama torbiel nakłuwana za pomocą igły, tak aby usunąć możliwie jak największą ilość płynu. Obecnie istnieją różne opinie co do skuteczności wymienionego



Zdj. 5. Terapia ultradźwiękowa z zastosowaniem głowicy stacjonarnej



Zdj. 6. Kinesiology Taping – aplikacja limfatyczna



Zdj. 7. Kinesiology Taping – aplikacja stabilizująca nadgarstek

rezerwacja

zabiegu ze względu na trudne do przewidywania skutki uboczne i jego znikomą efektywność. Jeśli mimo zastosowanej aspiracji ganglion po jakimś czasie pojawia się ponownie, a dolegliwości bólowe ulegają zaostrzeniu, stosuje się chirurgiczne usunięcie zmiany. Podczas operacji usunięty zostaje zmieniony chorobowo fragment torebki stawowej lub pochewki ścięgna. Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym z niewielkim nacięciem skóry. Po zabiegu staw jest unieruchamiany najczęściej na okres kilku dni z uwzględnieniem odciążenia i ograniczenia aktywności kończyny do czasu wygojenia niewielkiej rany pooperacyjnej. Pacjent może odczuwać tkliwość i dyskomfort w okolicy zabiegowej, niedługo po zabiegu może także pojawić się obrzęk tkanek. Powrót do normalnej aktywności jest zazwyczaj możliwy do 6 tygodni po zabiegu.

POSTĘPOWANIE FIZJOTERAPEUTYCZNE PO USUNIĘCIU TORBIELI

Po usunięciu torbali galaretowatej z okolicy nadgarstka model postępowania fizjoterapeutycznego przedstawia się następująco:

0–2 tygodnie

- Całodobowe unieruchomienie kończyny w postaci szyny ramiennej.
- Ograniczenie aktywności operowanej kończyny.
- Farmakoterapia w postaci leków przeciwbólowych i niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ).
- **Zabiegi fizykalne:** pole magnetyczne, krioterapia (Zdj. 12), laseroterapia.

2. tydzień

- Zdjęcie szyny ramiennej i szwów.
- Farmakoterapia w postaci leków przeciwbólowych i NLPZ doraźnie.
- Ćwiczenia bierne stawów palców i nadgarstka, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia rozluźniające i rozciągające tkanki miękkie w obrębie operowanej okolicy.
- Noszenie szyny między ćwiczeniami i w nocy.
- Mobilizacja blizny pooperacyjnej.



Zdj. 8. Kinesiology Taping – aplikacja vaccum



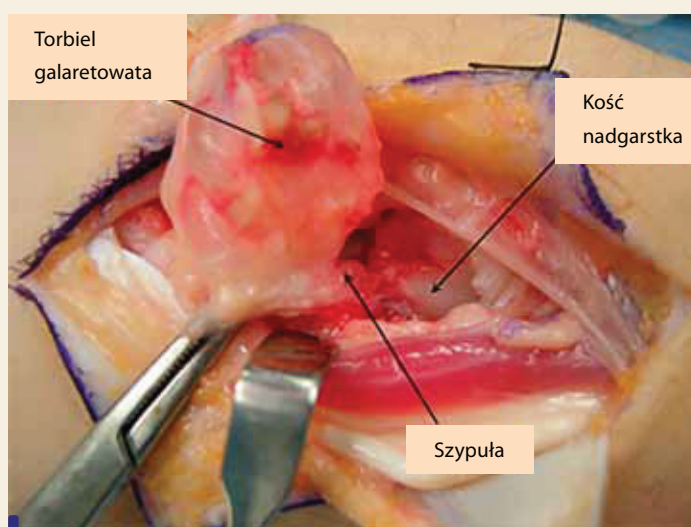
Zdj. 9. Orteza nadgarstkowa

(źródło: <http://www.orteo.pl/ortezy-reki-i-barku/stabilizator-nadgarstka-miekki-erh-38-2>)



Zdj. 10. Opaska wzmacniająca nadgarstek

(źródło: <http://www.homesport.pl/odziez-i-obuwie/stabilizatory-sciagacze/opaska-na-nadgarstek-bns-010.html>)



Zdj. 11. Chirurgiczne usunięcie torbali

(źródło: <http://www.sport-med.pl/leczenie/ganglion-nadgarstka-i-dloni>)



Zdj. 12. Azotowa krioterapia miejscowa



Zdj. 13. Kąpiel wirowa przedramienia

- **Zabiegi fizykalne:** pole magnetyczne, krioterapia, laseroterapia, kąpiel wirowa (przy odpowiednim stanie blizny pooperacyjnej) (Zdj. 13).
- Instruktaż ćwiczeń domowych dla pacjenta.

2.–4. tydzień

- Rozszerzenie aktywności fizycznej o ćwiczenia oporowe i wzmacniające siłę mięśniową, stymulujące kontroli nerwowo-mięśniową, propriocepcję, PNF.
- Mobilizacja blizny pooperacyjnej.
- **Zabiegi fizykalne:** pole magnetyczne, laseroterapia, krioterapia, kąpiel wirowa.
- Po 4. tygodniu zaniechanie używania szyny.

4.–6. tydzień

- Kontynuacja usprawniania ruchowego z poprzedniego etapu.
- Mobilizacja blizny pooperacyjnej.
- Podejmowanie codziennej aktywności w granicach tolerancji.
- **Zabiegi fizykalne:** kąpiel wirowa.

6. tydzień

- Powrót do pełnej aktywności.

Po zabiegu należy poinformować pacjenta, że w jego konsekwencji mogą wystąpić powikłania w postaci krwiaków, obrzęków, uszkodzenia ścięgien, nerwów lub ograniczenia zakresu ruchu w stawach. Jednak nawet zabieg chirurgiczny nie daje 100-procentowej pewności wyeliminowania torbIELI galaretowatej. Zawsze istnieje minimalne ryzyko jej nawrotu.

PIŚMIENNICTWO:

1. Bauer A., Wiecheć M. *Przewodnik metodyczny po wybranych zabiegach fizykalnych*, wydanie III rozszerzone, uzupełnione, poprawione. Wydawnictwo MARKMED Rehabilitacja s.c., Ostrowiec Św. 2012.
2. Brotzman S.B., Wilk K.E. *Rehabilitacja ortopedyczna, t. 1*. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner 2008.
3. Gaździk T. Sz. *Ortopedia i traumatologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
4. Marciniak W., Szulc A. *Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
5. Noszczyk W. *Chirurgia, t. 2*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
6. Sieroń A., Śliwiński Z. *Wielka Fizjoterapia, t. 1*. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014.
7. Śliwiński Z., Krajczyk M. *Dynamiczne plastrowanie – podręcznik Kinesiology Taping*. Wydawnictwo MARKMED Rehabilitacja s.c., Ostrowiec Św. 2014.

mgr MAGDALENA MASTALERZ

fizjoterapeuta, pracownik Centrum rehabilitacji MARKMED

mgr JOANNA KUCMIN

fizjoterapeuta, pracownik Centrum rehabilitacji MARKMED

mgr AGNIESZKA KSIAŻEK-CZEKAJ

fizjoterapeuta, pracownik Centrum rehabilitacji MARKMED

mgr MAREK WIECHEĆ

fizjoterapeuta, właściciel Centrum rehabilitacji MARKMED