Cisti di Baker

Docente: Claudio Colombo

Autori: Vincenzo Federico Vetrano (S) Francesco Lostia (R)

**Definizione:**

La cisti di Baker è un qualcosa che capita spesso di vedere nei nostri pazienti, la prima cosa che dobbiamo sapere nelle cisti di Baker nel caso in cui a qualcuno non sia ancora ben chiara questa cosa, è che sono in realtà un’estroflessione della capsula sinoviale.

Non è una formazione cistica separata che si viene a creare dal nulla posteriormente al ginocchio, ma sono sempre una formazione, un’estroflessione della capsula, della membrana sinoviale che comunica con l’ambiente articolare tramite una fistola/ un canale un po' più stretto come quello che vedete nell’immagine centrale oppure proprio attraverso uno spanciamento dell’intera capsula articolare posteriormente. Il risultato clinicamente è che c’è questo rigonfiamento all’interno del cavo popliteo nella porzione posteriore e mediale che solitamente viene a crearsi e a dar fastidio al di sotto dei tendini semimembranoso ma anche quello dell’inserzione prossimale del gastrocnemio. Proprio perché non è una formazione cistica a sé stante ma è una formazione collegata all’ambiente articolare, solitamente si gonfia e viene alimentata secondariamente a dei fenomeni che internamente all’articolazione producono infiammazione e producono sovraproduzione di liquido articolare. Quindi di solito sono formazioni magari che una persona ha e che cominciano a dare problemi quando si instaurano processi infiammatori, degenerativi oppure lesivi all’interno dell’articolazione.

**Clinica tipica:**

**La presentazione tipica della cisti di Baker** è una formazione con una massa palpabile nel cavo popliteo che provoca dolore e rigidità, in particolare in estensione perché andando a creare un tensionamento della capsula posteriore ne limita l’estensibilità e in flessione perché quando si tenta di flettere il ginocchio si trova all’interno del cavo popliteo questa palla che va ad ostruire il completamento del movimento e va a creare ingombro sterico oltre a dolore.

Ora la domanda è, questa condizione è di nostra competenza di inquadramento oppure no? **Tendenzialmente è di nostra competenza di inquadramento**, quindi nel momento in cui i sintomi e le problematiche sono quelle descritte, possiamo inquadrarla e possiamo incominciare ad eseguire un trattamento per **cercare di recuperare il ROM e rinforzare il quadricipite** che di solito è inibito dalla presenza di questa condizione di gonfiore e dolore**. Il ROM** di solito lo si cerca recuperare un po' andando a stretchare la capsula articola che crea ostruzione, un po' introducendo il movimento di flessione gradualmente rispettano la soglia di elicitazione del dolore, perché altrimenti andiamo ad infiammare ulteriormente. Dall’altra parte bisogna **chiedere il supporto di uno specialista** magari o **del medico di base** per l’introduzione della terapia antiinfiammatoria che vada a lavorare sulla condizione sottostante nel caso in cui vi sia un quadro infiammatorio, artritico che la va a sostenere.

Nel momento in cui il trattamento conservativo/farmacologico e fisioterapico fallisce, allora a quel punto la problematica diventa di inquadramento chirurgico.

**La chirurgia** ha lo scopo essenzialmente di andare da un lato a risolvere la soluzione intrarticolare qualora fosse risolvibile, oppure di andare a eliminare a fare una resezione della parete della cisti e a chiudere la fistola di comunicazione. Sono operazioni un po' fastidiose perché prevedono un accesso ampio nel cavo popliteo con tutte le conseguenze del fatto che poi la cicatrizzazione limita l’estensione ecc. Quindi dal momento che molto spesso queste condizioni tendono a presentarsi e rientrare, anche in relazione all’andamento della condizione sottostante, bisogna sempre darsi il tempo di vedere se la condizione migliora prima di procedere verso un inquadramento di questo tipo.

Ci sono però una serie di condizioni da fare su quello che può succedere in presenza di una cisti (? È saltato l’audio penso dicesse cisti) ovvero potrebbero presentarsi una serie di sintomi e segni che escono immediatamente dalla nostra area di inquadramento oppure che modificano in parte quello che deve essere il nostro approccio. La presenza, infatti, di cisti di Baker piuttosto voluminose può andare a creare una compressione di strutture vascolari o nervose che passano esattamente in quella zona, lo spazio è poco le strutture son tutte accorpate intimamente in una zona piuttosto delicata quindi una grossa cisti può andare a comprimerle. La compressione dei vasi che passano qui passano può portare ad esiti trombo flebitici quindi noi troveremo pazienti con un edema, degli arrossamenti cutanei, con questa pelle lucida che creano una serie di red flag, campanelli che ci lasciano pensare che ci sia qualcosa che non va in relazione alla cisti di Baker a questo punto si va a prendere il pz impacchettato con il fiocco e mandarlo da uno specialista per un approfondimento di inquadramento.

Qualora invece, la **compressione fosse maggiormente a carico della componente nervosa**, al centro del cavo popliteo passa il nervo tibiale allora l’inquadramento sarà esattamente quello che è stato ampiamente dibattuto nelle lezioni trasversali, ovvero qualora noi fossimo in grado di identificare un driver neuropatico legato ad un territorio di innervazione del nervo tibiale in relazione a questa formazione cistica, dovremmo intanto incominciare ad inquadrare se ci sono sintomi di gain e/o di loss di conseguenza capire se il paziente è un paziente subito di nostra competenza di inquadramento o di inquadramento da parte di un chirurgo. Qualora fosse di nostra competenza di inquadramento allora procederemo a lavorare sia sull’interfaccia ovvero quello che avremmo fatto normalmente sulla cisti di Baker e sulla riduzione della meccano sensibilità del nervo irritato dalla presenza della cisti.

C’è uno scenario che si può presentare in relazione a questo tipo di problematica che è un evento avverso, che è la rottura di cisti di Baker. È un evento che in letteratura c’è davvero poco però succede, a me è arrivato un pz con questa problematica, **le cisti di Baker possono rompersi**, magari essere sub cliniche fino al momento prima poco considerata dal pz. Nel momento in cui si rompono creano ovviamente una sintomatologia e dei **segni caratteristici** si crea un edema piuttosto importante a gambaletto dal cavo popliteo in giù, di solito questo edema si forma improvvisamente dopo un’attività anche atraumatica, quindi camminando, facendo le scale, magari facendo anche un piccolo scatto. **L’edema non ha le stesse caratteristiche di quello a sospetto tromboflebitico** perché non arrossa la pella di colpo, non diventa lucida, ma è un edema di tipo declive tipo linfedema a carattere così improvviso, si crea una dolorabilità diffusa su tutta la zona e visto che si è rotta una struttura è possibile che si creano delle ecchimosi legate al sanguinamento. Anche in questo caso In realtà sarebbe sempre meglio sentire il parere di uno specialista per escludere comunque eventuali fraintendimenti sull’interpretazione di questo gonfiore e porre una diagnosi differenziale con una trombosi venosa profonda, dall’altra parte **una volta che vieni inquadrato e riconosciuto il trattamento diventa conservativo**. Quindi è un paziente che di solito torna e per il quale va gestito il gonfiore magari con della compressione e bisogna effettuare il recupero della mobilità in un arto che è un po' infiammato e irrigidito dal dolore.

Questi sono i pochi riferimenti bibliografici che ci sono a riguardo e altro c’è se non l’esperienza clinica che vi possiamo portare.

**Domanda:** Un collega chiede, a proposito della parte sugli AMI: quando si parla di inibizione degli ischio-crurali e dell’obiettivo di affaticarli, si intende necessariamente portarli al cedimento? E, se sì, esistono tipologie di contrazione (isometrica, concentrica, eccentrica) preferibili in questo contesto?

**Risposta:**  
Tendenzialmente sì, si può considerare l’affaticamento come un modo per contrastare l’inibizione, ma bisogna sempre contestualizzare rispetto alla fase in cui si trova il paziente.  
Ad esempio, in un post-operatorio acuto dopo una ricostruzione del LCA, spesso non è né possibile né opportuno arrivare al vero cedimento muscolare. In questi casi, si lavora con carichi molto bassi, adattati alla tollerabilità del paziente e alla sua irritabilità.

Non è necessario puntare sempre al cedimento assoluto. Già lavorare su un volume maggiore (es. 20-25 ripetizioni) con contrazioni concentriche e isometriche può essere efficace. Le due modalità non devono per forza essere separate: puoi far eseguire una contrazione concentrica, mantenere una breve isometrica in posizione di massimo accorciamento (es. contro la tua mano), e poi lasciar scendere in maniera controllata.

Successivamente, puoi verificare se c’è stato un miglioramento della mobilità o una riduzione dell'inibizione come effetto immediato.

Certo, portare il muscolo a sfinimento ti dà maggiore certezza di aver ottenuto l’effetto desiderato, ma nei pazienti in fase post-acuta è più realistico utilizzare un approccio progressivo, con più ripetizioni e a carico basso, che ti permette comunque di lavorare in modo efficace sull’inibizione.

**Domanda:** Siccome devo disinibire l’attività elettromiografica degli hamstring, ma non ho strumenti oggettivi per capire quando arrivo effettivamente allo sfinimento muscolare, come faccio a regolarmi clinicamente?

**Risposta:** Esatto, clinicamente non è indispensabile arrivare al vero e proprio cedimento muscolare. La cosa più utile che puoi fare è verificare, dopo l’affaticamento, se ottieni un miglioramento nell’estensione del ginocchio. Questo ti dà un riscontro immediato sul fatto che gli hamstring si stiano "lasciando andare", segno che stai ottenendo l’effetto desiderato.

**Domanda:** Mi è capitata una paziente con una cisti di Baker asintomatica: la cisti è palpabile, ma non presenta sintomi se non una lievissima tensione in estensione. Come mi devo comportare?

**Risposta:** La gestione dipende sempre da ciò che emerge dall’anamnesi e dalla richiesta del paziente. In questo caso, anche se la cisti è asintomatica, la paziente riferisce una lieve tensione in estensione: questo è il suo impairment, ed è su questo che va impostato il trattamento.  
Puoi intervenire lavorando sullo stretching della capsula posteriore e applicando tecniche ed esercizi specifici per migliorare la mobilità e ridurre la sensazione di tensione, sempre basandoti sull'approccio impairment-based visto nelle lezioni trasversali.

Se la cisti è davvero asintomatica e la paziente non ha richieste specifiche, non c’è motivo di intervenire. In quel caso, la risposta potrebbe essere semplicemente rassicurante: “Al momento non sembra esserci nulla di preoccupante, tienila sotto controllo e se dovessero insorgere sintomi, la rivalutiamo.”

**Domanda:** Relativamente all’affaticamento degli hamstring: la popolazione dello studio era composta da pazienti con ST-G come graft? Perché so che prima delle 6-8 settimane solitamente non si eseguono contrazioni sugli hamstring.

**Risposta:** Come detto prima, lo studio includeva pazienti a distanza di mesi, in alcuni casi anche anni, dall’intervento. Quindi non si trattava di pazienti nel post-operatorio precoce, ma di persone con esiti ormai stabilizzati. Per questo motivo, i risultati non sono facilmente generalizzabili al contesto post-operatorio immediato.  
Infatti, se hai notato, nelle immagini non si vedono segni di infiammazione acuta o ginocchia gonfie tipiche del post-intervento recente. È proprio da questo limite che nasce l’esigenza di adattare i protocolli alle fasi precoci della riabilitazione dopo ricostruzione del LCA.

**Aggiunta (Riccardo):** Ricorda che è un po’ una credenza comune il fatto che non si possano fare contrazioni. Se ritieni che il sito di prelievo possa tollerare contrazioni isometriche leggere, già entro le 8 settimane puoi cominciare ad attivare gli hamstring, ovviamente con posologia e modalità adeguate.  
Devi anche valutare se l’inibizione del quadricipite (AMI) sia influenzata da un’eccessiva attivazione degli hamstring o meno. Tieni presente che anche gli hamstring, in quella fase, possono essere in AMI. Che tu voglia attivarli con co-contrazioni o affaticarli, l’importante è sempre il dosaggio.

**Domanda (collega):** Esistono studi sull’utilizzo della vibroterapia per ridurre lo spasmo degli hamstring?

**Risposta:** Sì, esistono alcuni studi sull’uso delle pedane vibranti come alternativa all’affaticamento muscolare diretto per evitare di sovraccaricare il sito di prelievo. Tuttavia, questi studi coinvolgono pazienti molto lontani dalla chirurgia, anche 15-20 mesi dopo l’intervento; quindi, presentano limiti importanti e un alto rischio di bias. I risultati sono stati interessanti, ma ancora non solidi.  
In alternativa, alcuni suggeriscono anche l’uso della TENS sugli hamstring per ridurre dolore e inibizione muscolare.