

SINDROMUL DE APERTURĂ TORACICĂ SUPERIOARĂ.

PREZENTARE DE CAZ CLINIC

Irina Andronati ², Cristina Marcoci ¹, Svetlana Pleșca ², Marina Sangheli ¹

Catedra Neurologie USMF „Nicolae Testemițanu”¹

Institutul de Neurologie și Neurochirurgie²

Summary

Thoracic outlet syndrome. Clinical case presentation

This article addresses the problem of diagnosis and management of the neurogenic form of thoracic outlet syndrome and the role of the skeletal changes in starting of this pathology. Being a multidisciplinary disease and despite many studies in daily clinical practice, some overlooks in diagnosis are observed, which requires the need to update knowledge in this area and familiarize neurologist for a proper clinical and therapeutic approach.

Rezumat

Lucrarea abordează problema de diagnostic și management al sindromului de apertură toracică superioară, forma neurogenă și rolul modificărilor scheletale în declanșarea patologiei date. Fiind o maladie multidisciplinară și în pofida multor studii efectuate, în practica clinică cotidiană se observă unele lacune în stabilirea diagnosticului, fapt care impune necesitatea actualizării cunoștințelor la acest capitol și familiarizarea medicilor neurologi pentru o abordare clinico-terapeutică corectă.

Actualitatea

Sindromul de apertură toracică superioară (SATS) - este un sindrom clinic complex, care constă dintr-un grup de condiții diferite implicând compresia aperturii toracice superioare ce comprimă pachetul (complexul) vasculo-nervos în trecerea lui prin apertură spre membrul superior. Apertura toracică este o regiune anatomică ce conține prima coastă, artera și vena subclavie, plexul brahial, clavicula și a pexul pulmonar. Incidența bolii este estimată la aproximativ 8% dintre indivizi.

Generalități

Termenul de SATS [5] a apărut pentru prima dată în literatura medicală în anul 1956, într-un articol publicat de R.M. Peet fiind intitulat “Sindromul de apertură toracică superioară”.

Diagnosticul este dificil din următoarele cauze: diversitatea simptomelor clinice; simptomatologia difuză, care include multiple sisteme (vascular, neural, musculoscheletal); inexistența testelor sigure, care să confirme diagnosticul.

Cele mai frecvente cauze ale SATS sînt:

- **Anomaliile scheletale** (coasta cervicală, procese transverse C7 anormal de lungi, benzi de țesut fibros în afara măduvei spinării, coasta I rudimentară aderentă la coasta II, sinostoza intercostală CI-CII, exostoza coastei I, coasta I mai lată prin tubercul Lisfranc mărit, clavicula aplatizată, clavicula bifidă); [4]

- **Dereglări de poziție ale oaselor și factori posturali** (vertebrelor cervicale, prima coastă și scapula, scolioze și cifoscolioze cervico-toracice);

- **Condiții patologice** (hipertrofia mușchiului scalen, edem adiacent sau a ligamentelor produsă de: mișcări neandamatice repetitive, accelerarea eroziei și rupturii după activități repetitive, ruptură bruscă prin întindere); profesii (pictori, muzicieni, electrici); activități sportive (baschet, volei, tenis, atleții); [6]

- **Tumori:** carcinomul de glandă mamară sau tumora pulmonară Pancoast;

- **Fragmente osoase după fractură** (fractura claviculei cu consolidare vicioasă, dislocații subacromiale de humerus ,traumatisme toracice superioare, spondiloza cervicală-exostoze);

- **Necunoscută:** 7%; gene defectivă care controlează formarea și repararea țesuturilor la nivelul molecular.

Clasificarea sindromului de apertură toracică superioară:

I. Anatomică

- Sindrom de coastă cervicală
- Sindrom scalenic
- Sindrom de prima coastă toracică
- Sindrom costo-clavicular
- Sindrom de hiperabducție

II. Clinică:

- SATS neurogenic produs de compresia componentelor plexului brahial
- SATS arterial cauzat de compresia arterei subclaviculare
- SATS venos cauzat de compresia venei subclaviculare
- SATS nespecific (non-neurogenic, miopatic) cauzat de compresia plexului brahial și de puncte trigger miofasciali în mușchii brațului
- SATS mixt.

Forma neurogenică numără 95% dintre cazuri.

Tabloul clinic

Forma SATS neurogenică:

- durere la nivelul membrului superior, mai ales pe fața medială a brațului, antebrățului și degetelor (4 și 5) și la nivelul centurii scapulare, regiunii cervicale;
- diminuarea sensibilității pe fața palmară a degetelor 4 și 5;
- paretezii accentuate la mișcarea de ridicare a brațelor;
- slăbiciune, scăderea forței musculare.

Forma SATS venoasă:

- tumefierea brațului, cianoza, paloarea, dilitarea rețelei venoase superficiale;
- paretezii, durere, senzație de presiune în mână și degete.

Forma SATS arterială:

- simptomele sînt cele ale ischemiei digitale :
- fenomen Raynaud (amorțeli, cianoză sau paloare și durere prin expunerea la frig, paretezii);
- ulcerări digitale, scăderea pulsului și a temperaturii, atrofii tegumentare.

Forma SATS nespecifică:

- durere și paretezii, lipsa dereglărilor neurologice, lipsa semnelor ale compresiei vasculare.

Diagnosticul clinic

Se realizează prin testele de provocare, acestea sînt pozitive atunci cînd pulsul radial dispare și se instalează simptomatologia caracteristică: testul scalenului sau Adson, testul costoclavicular (al poziției militare Halstead), testul Allen, manevra Wright (de hiperabducție), testul Roos-stress - proba claudicației în braț, testul brațului ridicat Mackinnon, manevra Sanders.

Diagnosticul paraclinic

- *Măsurarea TA:* diferența >20 mmHg-patologie ocluzivă.
- *Radiografia toracică și de coloană* – identificarea anomaliilor osoase congenitale sau dobîndite (coaste cervicale, fracturi tratate). Această investigație este importantă dacă altă explorare imagistică nu este disponibilă, fiind posibilă identificarea tumorii Pancoast a plămînului.

- *CT* descrie detaliat eventualele anomalii osoase. Angiografia CT efectuată împreună cu manevrele posturale evaluează compresiile dinamice.

- *RMN* - rămîne metoda de elecție în evaluarea compresiei nervoase.
- *Echografia duplex* - poate evidenția compresia vasculară și anevrismul subclaviei.
- *Angiografia subclaviculară* - stenoză, anevrism, embolie periferică.
- *Venografia brahială ascendentă* - diagnosticarea trombozei venoase.
- *EMG* - este informativă în SATS neurogenic. Scăderea VCN la nivelul aperturii indică

sindrom de apertură toracică superioară.

Diagnosticul diferențial se efectuează cu următoarele afecțiuni [1]:

- hernie de disc cervicală,
- spondiloză cervicală,
- mielopatie degenerativă,
- osteoartrită, tumori medulare,
- siringomieli,
- scleroza laterală amiotrofică,
- cancer pulmonar-sindrom Pancoast,
- pareze posttraumatice,
- sindrom de tunel carpian,
- dureri de cauză esofagiană,
- trombangită obliterantă,
- boala Raynaud,
- distrofie simpatică reflexă,
- tromboflebite,
- anevrisme.

Tratamentul inițial al SATS este conservator [2,3]. Se instituie corectarea posturii, masaj, exerciții fizice de întindere a musculaturii cervicale și de întărire a centurii scapulare. Se pot aplica procedee cu ultrasunete și căldură locală. Tratamentul medicamentos include analgice, miorelaxante, antidepresive, vasodilatatoare. De asemenea se recomandă pacienților schimbarea activității de lucru pentru înlăturarea factorilor predispozanți și agravanți.

Scopul studiului dat constă în determinarea rolului anomaliilor scheletale și sindroamelor miofasciale cervicale în dezvoltarea formei neurogene a SATS, determinarea unor aspecte clinico-evolutive și terapeutice în SATS la etapa actuală, impactul clinico-imagistic în soluționarea diagnosticului corect și stabilirea prognosticului.

Materiale și metode

Este prezentat cazul unei paciente cu SATS. Pacienta a fost investigată prin radiografia regiunii cervicale a coloanei vertebrale, imagistica prin rezonanța magnetică (IRM) a plexului brahial și examenul electrofiziologic (ENG), teste de provocare (testul scalenului sau Adson, manevra Wright (de hiperabducție), testul Roos-stress).

Prezentarea cazului clinic

Pacienta S. în vîrstă de 52 ani se internează în secția vertebroneurologie și polineuropatii a INN pentru următoarele acuze: dureri persistente violente în regiunea cervicală ale coloanei vertebrale, în regiunea centurii scapulare din dreapta, care se intensifică la anumite mișcări și poziții, scăderea forței musculare în membrul superior drept, parestezii cutanate de tip amortire în mîna dreaptă și diminuarea sensibilității pe fata palmară a degetelor 4 și 5.

Istoricul bolii: Pacienta se consideră bolnavă de un an, cînd pentru prima dată după un traumatism suportat în accident rutier (evoluția maladiei fiind lent progresivă) au apărut acuzele sus-menționate.

Status neurologic: Nn. cranieni intacti. Reflexele osteotendinoase la mîinii înviorate: bicipital D<S, tricipital D<S, stilo-radial D<S; reflexe rotuliene, achiliene înviorate D=S. Semne

patologice absente; semne meningiene și de elongație absente. Probele coordonatorii le îndeplinește corect. Sensibilitatea: hipoestezie de tip segmentar C8-Th1 din dreapta. Diminuarea forței musculare în porțiunea distală a mâinii drepte. Limitarea mișcărilor în art. umărului drept și în regiunea cervicală a coloanei vertebrale.

Examene paraclinice:

Analiza generală și biochimică a sîngelui, coagulograma, analiza generală a urinei: în limitele normei.



Radiografia regiunii cervicale a coloanei vertebrale: procesul transvers C7 anormal de lung; semne de osteoartroză a articulațiilor intervertebrale.

IRM a plexului brahial: semne de edemație a porțiunii proximale a plexului brahial drept.

ENG: reducerea moderată a vitezei de conducere pe fibrele plexului brahial drept (n. ulnar)

Diagnosticul clinic: *Sindrom de apertură toracică superioară forma neurogenică compresivă (procesul transvers C7 anormal de lung) cu pareza dislată a membrului superior drept.*

Fig.1. Radiografia regiunii cervicale a coloanei vertebrale: procesul transvers C7 anormal de lung; semne de osteoartroză a articulațiilor intervertebrale

Discuții

În pofida faptului că sindromul de apertură toracică superioară a fost recunoscut pentru prima dată mai mult de 180 de ani în urmă și istoricul nozologiei date include unele dintre cele mai renumite nume din istoria medicală cum ar fi: Sir James Page, Dr. William Halsted, Dr. Alfred Washington Adson, dificultăți în stabilirea precoce a diagnosticului de SATS sînt frecvent prezente în practica cotidiană a medicului.

SATS fiind o patologie pe larg cunoscută, diagnosticată și tratată în centrele medicale de vîrf din SUA, țările Europei de Vest intră în vizorul practicii clinice de rutină a medicilor mai multor specialități cum ar fi: neurologie, chirurgie vasculară, neurochirurgie, chirurgie ortopedică, medicină internă și psihiatrie.

Înțelegerea SATS a crescut rapid în ultimele decade. În ultimii 50 de ani, au fost publicate mai mult de 1700 de articole în reviste de specialitate, referitoare la patologia dată, cu peste 450 de articole publicate numai în ultimii 10 ani (Dr. Scott Werden), fiind reflectare experiența largă de evaluare și tratare a unui număr vast de pacienți cu SATS.

În experiența sa, Dr. Scott Werden a petrecut ultimii ani în studierea dezvoltării și rafinării evaluării prin IRM a pacienților cu sindromul de apertură toracică. El personal a supravegheat și interpretat mai mult de 500 de studii cu date despre acest sindrom, evidențiind că în forma neurogenică a SATS, anomaliile scheletate joacă un rol important în dezvoltarea tabloului clinic caracterizat prin compresia plexului brahial.

Într-un studiu efectuat de Sudhakar Tummala MD în Anglia, se menționează o incidență joasă a formei neurogenice SATS, probabil nu mai mult de 1 persoană la 1 milion de locuitori, posibil pe motivul omiterii diagnosticului. Incidența generală este de 3 și 80 la 1.000 de locuitori. Debutul este de la 2 la 8 decenii, cu un vîrf în al 4-lea deceniu.

Concluzii

SATS ocupă un loc important în spectrul de manifestări neurologice ale patologiei sistemului nervos periferic și necesită investigații active.

Rezultatele datelor prezentate confirmă faptul că în urma examenului clinic minuțios, datelor imagistice s-a elucidat diagnosticul de SATS cu forma cea mai frecvent întâlnită – forma neurogenică și, de asemenea, a fost determinat factorii care au cauzat apariția maladiei, ceea ce ne permite la timp să alegem tactica de tratament specializat și să stabilim prognosticul. Prognosticul este dependent de gravitatea maladiei de bază.

Depistarea cât mai precoce a maladiei în cauză și administrarea tratamentului conservativ contribuie la involuția evidentă a simptomatologiei și prevenirea unei eventuale implicări chirurgicale.

Un rol decisiv în diagnosticarea corectă îl au: radiografia regiunii cervicale a coloanei vertebrale, imagistica prin rezonanța magnetică (IRM) a plexului brahial și examenul electrofiziologic (ENG), teste de provocare (testul scalenului sau Adson, manevra Wright (de hiperabducție), testul Roos-stress).

Cunoașterea acestor etape de stabilire a diagnosticului și instruirea unui tratament adecvat constituie succesul în practica medicilor neurologi și de familie.

Bibliografie

1. Andrew K. Chang, J. Stephen Bohan. Thoracic outlet syndrom in Emergency Medicine: Differential Diagnosis & Workup. Jan 25, 2010.
2. Dr. Richard J. Sanders. Thoracic outlet syndrom, describes the causes, diagnosis and treatment. September, 2008.
3. Lindgren K.A. Conservative treatment of thoracic outlet syndrom: a functional disturbance of the thoracic upper aperture. Muscle & Nerve 1995; 11:316-324.
4. Roos D.B. Wilbourn AJ. Thoracic outlet syndrom (issues and opinions), Muscle and Nerve 1999:126-138.
5. Sanders R.J. Etiology. In: Sanders RJ, Haug CE, eds. Thoracic outlet syndrome. A common Sequela of Neck Injuries. Philadelphia: Lippincott, 1991:21-31.
6. Simons D.G., Travell J.G., Simons L.S. Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual, vol 1,2 ED. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999: 596-611.

CLINICA ȘI EVOLUȚIA POLIRADICULONEUROPATIEI GUILLAIN-BARRÉ

Roman Țaulean

(Coordonator științific – academicianul Diomid Gherman)

Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Clinical and evolution of Guillain-Barré polyradiculoneuropathy

Originally described by Landry in 1859 and Guillain, Barré and Strohl in 1916, Guillain-Barré syndrome (GBS) is an acute, monophasic, immune-mediated polyradiculoneuropathy which encompasses a heterogeneous group of entities with different clinical, electrophysiological and pathological manifestations that often follows an antecedent infection. The clinical picture of GBS lies on the appearance of flaccid paresis in combination with sensory and autonomic disorders. Cranial nerve lesions are presented in 50-90% of cases. Electromyography and cerebrospinal fluid examination are essential in their diagnosis. Treatment measures for GBS involve programmed plasmapheresis, use of immunoglobulins G, and necessary, artificial lung ventilation. Corticosteroids widely used till now, proved to be inefficient.