

Mielopatia cervicoartrosica

H. Pascal-Moussellard, F. El-Hadj

La mielopatia cervicoartrosica è una sofferenza midollare cervicale progressiva associata a un restringimento delle dimensioni del canale cervicale di origine artrosica. La fisiopatologia della sofferenza midollare nel quadro delle stenosi cervicali è mal conosciuta. La sofferenza neurologica è probabilmente associata a microtraumi ripetuti legati ai movimenti del collo. La sintomatologia si riassume nell'espressione clinica di tre sindromi: rachidea, lesionale e sottolesionale. La valutazione clinica iniziale dei pazienti è indispensabile per il monitoraggio dell'evoluzione del paziente. Sono stati sviluppati dei punteggi semplici (Japanese Orthopaedic Association [JOA]) e devono essere utilizzati. Il bilancio radiologico permette di confermare la diagnosi e di valutare la stenosi. Esso comprende delle radiografie standard e dinamiche, una risonanza magnetica (RM) ed eventualmente una TC. Un bilancio urodinamico è necessario per valutare i disturbi sfinterici. L'evoluzione naturale di un paziente che presenta una sofferenza midollare clinica per stenosi cervicale è verso un aggravamento progressivo. Il peggioramento di un terzo di questi pazienti che presentano una mielopatia cervicale avviene sotto forma traumatica. Attualmente, non esiste alcun trattamento medico della mielopatia cervicale su stenosi cervicale. Si tratta, quindi, quasi esclusivamente, di un trattamento chirurgico, il cui obiettivo è di decomprimere il midollo cervicale. Questa decompressione può essere realizzata per via anteriore, e fa, allora, ricorso a una discectomia o a una somatectomia con ricostruzione della colonna anteriore, o per via posteriore, facendo, allora, ricorso alle tecniche di laminectomia o di laminoplastica.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Mielopatia; Cervicoartrosi; Sindrome rachidea; Sindrome lesionale; Sindrome sottolesionale; Decompressione midollare

Struttura dell'articolo

■ Definizione	1
■ Eziologia	1
■ Fisiopatologia	2
■ Diagnosi clinica	2
Sindrome rachidea	2
Sindrome lesionale	2
Sindrome sottolesionale	2
■ Valutazione dei pazienti	2
■ Diagnosi differenziali	3
Diagnosi neurologiche	3
Diagnosi osteoarticolari	3
■ Bilancio di diagnostica per immagini	3
Radiografie standard e dinamiche del rachide cervicale	3
Risonanza magnetica	3
TC	3
■ Storia naturale, evoluzione	3
■ Strategia terapeutica	3
■ Conclusioni	4

■ Definizione

La mielopatia cervicoartrosica si definisce per l'associazione di un criterio clinico e di un criterio anatomico. Si tratta di una sofferenza midollare cervicale progressiva (diagnosi clinica) associata a un restringimento delle dimensioni del canale cervicale (diagnosi anatomica radiologica).

Questa definizione dimostra immediatamente le difficoltà di questa diagnosi, che può essere solo una diagnosi di esclusione. In effetti, le diagnosi differenziali sono estremamente numerose. È opportuno escludere delle eziologie di patologie midollari, infettive (mielite), infiammatorie (sclerosi multipla [SM], sclerosi laterale amiotrofica [SLA]), tumorali e così via. Occorre anche eliminare le patologie del contenente osteolegamentoso vertebrale (traumatica, tumorale o discale).

■ Eziologia

La causa più frequente di stenosi del canale vertebrale è la cervicoartrosi. Si tratta di un restringimento del canale vertebrale legato alla degenerazione artrosica corporeodiscale anteriormente e articolare posteriormente. Tuttavia, esistono altre eziologie di

stenosi vertebrale. La stenosi cervicale congenita è osservata nell'acondroplasia. La stenosi cervicale costituzionale corrisponde a un canale cervicale di dimensione inferiore alla media, di origine probabilmente genetica. Le ossificazioni del legamento vertebrale comune posteriore sono particolarmente frequenti in Asia.

Le ossificazioni o calcificazioni del legamento giallo sono all'origine di una compressione posteriore del cordone midollare. Più raramente, alcune malattie metaboliche possono essere all'origine di una stenosi vertebrale.

■ Fisiopatologia

La fisiopatologia della sofferenza midollare nel quadro delle stenosi cervicali è mal conosciuta. La sofferenza neurologica è probabilmente associata a dei microtraumi ripetuti legati ai movimenti del collo. Questi microtraumi ripetuti possono localizzarsi o a livello della stenosi canalare massima o, per un effetto di trascinamento, su un livello ipermobile. Queste ipermobilità possono svilupparsi al di sopra di blocchi artrosici o di blocchi congeniti.

Occorre distinguere, qui, due modalità evolutive possibili. Ciò che è dettagliato in questo capitolo è l'evoluzione cronica di una mielopatia progressiva. Tuttavia, l'evoluzione può avvenire in maniera acuta in seguito a una caduta, per un trauma acuto (a bassa energia) su stenosi cervicale. Questa seconda evoluzione rappresenterebbe il 30% delle evoluzioni delle mielopatie cervicali [1] ed è di prognosi infausta.

■ Diagnosi clinica

“ Punto importante

La presentazione clinica associa:

- una sindrome rachidea che si manifesta con una cervicocalgia e una rigidità segmentaria;
- una sindrome lesionale radicolare che si manifesta agli arti superiori;
- una sindrome sottolesionale che si manifesta soprattutto con una goffaggine gestuale e dei disturbi sensitivi a livello delle mani, un disturbo della deambulazione e dei disturbi sfinterici.

La presentazione clinica delle mielopatie cervicoartrosiche è estremamente variabile. Il quadro classico associa una sindrome rachidea, una sindrome lesionale e una sindrome sottolesionale.

Sindrome rachidea

Essa è molto incostante e di scarso valore diagnostico. Si manifesta con una cervicocalgia dovuta alla cervicoartrosi. Essa può associarsi a uno spasmo muscolare paravertebrale che causa una rigidità segmentaria e, anche, un torcicollo.

Sindrome lesionale

Anch'essa molto incostante, questa sindrome radicolare si manifesta con dolori e parestesie che segnalano il dermatomero lesionale. Questa nevralgia cervicobrachiale, talvolta bilaterale, può associarsi in gradi variabili a disturbi sensitivi (ipoestesia, disestesia) o motori (deficit) e all'abolizione dei riflessi osteotendinei, che differiscono a seconda della radice coinvolta.

Sindrome sottolesionale

Essa è dovuta alla lesione delle fibre midollari lunghe e si manifesta al di sotto del livello lesionale. Associa una

sintomatologia a livello degli arti superiori, una sintomatologia a livello degli arti inferiori e una sintomatologia sfinterica.

Segni funzionali

A livello degli arti superiori, si tratta di parestesie delle mani associate a una goffaggine gestuale. Il paziente può descrivere dei pizzicori, dei formicolii e una sensazione di costrizione e di bruciore, talvolta esacerbati al contatto.

A livello degli arti inferiori, si tratta di un disturbo della deambulazione, che può avere una presentazione variabile e che è dettagliato più avanti.

A livello sfinterico, si tratta, il più delle volte, di imperiosità minzionali che possono arrivare fino a degli episodi di disuria, perdite o ritenzione.

Esame

L'esame clinico è particolarmente orientato sulla ricerca dei disturbi neurologici.

Motilità

L'esame degli arti superiori evidenzia la goffaggine gestuale, eventualmente associata a deficit motori degli arti superiori e a un'amiotrofia delle mani, che deve essere particolarmente ricercata a livello del primo spazio interosseo.

L'esame motorio degli arti inferiori rileva un affaticamento alla deambulazione o, anche, dei disturbi dell'equilibrio (andatura barcollante o segni di spasticità con andatura falciante).

Sensibilità

L'esame della sensibilità può riscontrare dei disturbi sensitivi oggettivi degli arti superiori, del tronco e degli arti inferiori, variabili in funzione del tipo di lesione midollare.

Riflessi

L'analisi dei riflessi riscontra, il più delle volte, una sindrome tetrapiramidale con dei riflessi vivaci e diffusi ai quattro arti, più o meno associati a dei segni di Hoffmann e Babinski.

Sfinteri

Si tratta, il più delle volte, di imperiosità minzionali che possono arrivare fino a degli episodi di disuria, perdite o ritenzione.

Le forme cliniche possono essere estremamente variabili, spiegando la difficoltà di questa diagnosi. Al di fuori della forma clinica tipica descritta sopra, il paziente può presentarsi con una sindrome cordonale posteriore, delle forme amiotrofizzanti tipo pseudo-SLA particolarmente difficili da diagnosticare, una sindrome alterna o, anche, delle forme puramente sfinteriche, rare.

Si comprende, qui, che è spesso indispensabile il ricorso a una consulenza specialistica neurologica.

■ Valutazione dei pazienti

Se gli elementi clinici precedenti sono sufficienti per porre l'indicazione di una risonanza magnetica (RM) del rachide cervicale alla ricerca della stenosi cervicale e dei segni di sofferenza midollare, è, tuttavia, interessante conoscere i mezzi di valutazione clinica a disposizione del medico. Questa valutazione clinica iniziale è indispensabile per il monitoraggio dell'evoluzione del paziente. Il punteggio Japanese Orthopaedic Association (JOA), messo a punto dalle equipe giapponesi con un questionario estremamente semplice, permette di valutare l'importanza della sofferenza midollare [2]. Esistono, d'altra parte, dei test cronometrati standardizzati che permettono di valutare la deambulazione [3] o l'agilità delle mani (test dei nove fori) [4].

L'importanza della sofferenza sfinterica può essere valutata con un bilancio urodinamico. Quest'ultimo deve essere realizzato da equipe esperte. Esso permette spesso di confermare l'origine neurologica o meccanica della sofferenza sfinterica. Ciò è spesso necessario, nella misura in cui l'età media della popolazione colpita orienta spesso verso delle diagnosi di lesioni periferiche (prostata negli uomini, insufficienza del pavimento pelvico nella donna pluripara), che possono essere poste per errore.

Gli esami elettrofisiologici possono, talvolta, aiutare nella diagnosi e hanno un valore importante in alcune diagnosi

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3464967>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3464967>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)