

Dolori dell'arto superiore

C. Rey-Jouvin, J. Sellam

I dolori dell'arto superiore sono un motivo frequente di visita, modalità di espressione o di rivelazione di un campo molto vasto di malattie, che richiedono un iter incentrato su tre obiettivi: qual è il tipo di dolore? Qual è la topografia della lesione? Qual è la sua natura? L'esame clinico è essenziale, in quanto solo esso permette di distinguere i dolori di origine neurologica, articolare, ossea, muscolotendinea o vascolare.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Dolore; Arto superiore; Radicolgie; Sindrome canalicolare; Mialgie; Tendinopatie; Artropatie

Struttura dell'articolo

■ Esame clinico	1
Interrogatorio	1
Esame fisico	1
■ Eziologie	1
Neurologico	1
Muscolare	3
Vascolare	3
Osteoarticolari	4
Altro	6
Psicogeni	6

■ **Esame clinico** ^[1,2]

Interrogatorio

Esso permette di precisare la topografia esatta del dolore, la modalità di esordio (brutale o progressivo), il contesto di comparsa (post-traumatico, in seguito a un gesto, spontaneo, ecc.), il ritmo del dolore (orario meccanico o infiammatorio), la sua intensità e, infine, le sue caratteristiche: dolori nocicettivi o neuropatici (pizzicori, bruciori, formicolii, intorpidimenti) possono essere precisati con il questionario DN4. Si ricercano anche eventuali sintomi associati (artralgie, segni generali, temperatura, disturbi vasomotori, sindrome vertebrale, ecc.).



Esame fisico

Esso ha lo scopo di passare in rassegna l'insieme delle strutture anatomiche che possono essere responsabili di dolori.

Esame del rachide cervicale

Ricerca di un punto doloroso elettivo alla palpazione o alla mobilizzazione; ricerca di una limitazione delle ampiezze, percussione delle spinose, trigger point.

Esame neurologico

Sindrome lesionale (tragitto radicolare doloroso, abolizione di un riflesso osteotendineo), sindrome piramidale sottolesionale, *testing* motorio e sensitivo, ricerca di un'amiotrofia a livello sia della scapola che dell'arto superiore.

Esame vascolare

Ricerca di disturbi trofici, palpazione dei polsi, manovra di Adson (abolizione di un polso radiale con il braccio in abduzione, elevazione, rotazione esterna).

Esame osteoarticolare

Palpazione di tutti i rilievi ossei e articolari alla ricerca di punti dolorosi o di versamenti, mobilizzazione articolare passiva e attiva alla ricerca di dolore o limitazione, pressione dei tendini e messa in tensione contro resistenza dei muscoli alla ricerca di dolori tendinei, palpazione delle masse muscolari, ricerca di una tumefazione articolare (sinovite del polso e versamento della spalla oggettivato da un riempimento del solco deltoideopettorale).

■ **Eziologie**

Si possono distinguere quattro grandi quadri eziologici per i dolori dell'arto superiore: neurologico, muscolare, vascolare e osteoarticolare.

Neurologico ^[2]

Il dolore neurologico si esprime o con un dolore nocicettivo con disestesie o con un dolore neuropatico (Tabella 1).

Lesione radicolare

Nevralgia cervicobrachiale

I dolori sono di tipo neurogeno.

La diagnosi di certezza di una nevralgia cervicobrachiale (NCB) associa una sindrome vertebrale (dolore vertebrale alla palpazione, trigger point, riproduzione del dolore al momento della

Tabella 1.

Eziologie dei dolori neurologici dell'arto superiore.

Radicolari	Comuni	Artrosi Ernia discale Mielopatia da spondiloartrosi cervicale	
	Sintomatici	Vertebrali	Tumorali (benigni: osteoma osteoide; maligni primari o secondari) Infettivi: spondilodisciti Traumi (fratture, lussazioni)
		Intracanalari	Neurinoma, meningioma, siringomielia, ecc. Epidurite Meningoradicolite (herpes, zoster, Lyme)
		Altro	Sindrome di Pancoast-Tobias: NCBC8, sindrome di Claude-Bernard-Horner, invasione dell'apice polmonare Sindrome di Parsonage e Turner
Plessici	I dolori sono localizzati lungo un arto ma non sono sistematizzati a una radice		Traumatico (stiramento, strappamento) Compressione (atteggiamento viziato) Infiltrazione (neoplasie)
Tronculari	Sindrome del tunnel carpale Sindrome del canale di Guyon Lesione del nervo ulnare al gomito Parsonage e Turner Compressione del ramo posteriore del nervo radiale Sindrome del nervo soprascapolare		Idiopatico in più del 50% dei casi Secondari – Trauma (callo vizioso, attività professionale ripetitiva) – Endocrino (gravidanza, diabete, ipotiroidismo) – Reumatico – Infettivo – Depositi intracanalari (gota, condrocalcinosi, amiloidosi, apatite)

NCB: nevralgia cervicobrachiale.

mobilizzazione del rachide cervicale, eventualmente segno di Delitala in caso di origine discale della radicolalgie) e una sindrome lesionale radicolare (tragitto doloroso radicolare, deficit sensitivomotorio e abolizione di un riflesso osteotendineo).

L'esame clinico deve essere anche attento alla presenza di un segno di Claude-Bernard-Horner (miosi-ptosi-enoftalmo) che orienta le indagini verso la ricerca di un tumore dell'apice polmonare.

Si ricercano anche dei segni di allarme che devono portare a richiedere una risonanza magnetica (RM) in urgenza: dolori infiammatori, alterazione dello stato generale, febbre, sindrome infiammatoria laboratoristica da ricercare in caso di dolori con andamento temporale infiammatorio o di elementi a favore di una NCB sintomatica, cancro recente o evolutivo, terreno immunodepresso e sindrome piramidale sottilesionale (riflessi osteotendinei vivaci agli arti inferiori, segno di Babinski, abolizione dei riflessi cutanei addominali).

Gli esami complementari comprendono: radiografie del rachide cervicale (di fronte, di profilo e di tre quarti) in prima intenzione; in caso di atipie cliniche o di insuccesso di un trattamento medico ben condotto, RM del rachide cervicale. Può anche essere prescritta una TC del rachide cervicale con contrasto (Tabella 2).

Mielopatia cervicoartrosica

In associazione alla lesione radicolare, esiste una sindrome piramidale agli arti inferiori e spesso una claudicatio midollare alla deambulazione, che può manifestarsi all'inizio come una semplice debolezza prossimale degli arti inferiori. L'esame chiave per visualizzare la lesione midollare è la RM.

Lesione tronculare

Questa lesione si integra, il più delle volte, in una sindrome canalicolare (manifestazioni neurologiche associate alla compressione di un tronco nervoso in uno sbocco inestensibile osteolegamentoso, aponeurotico o muscolare) (Fig. 1).

Sindrome del tunnel carpale

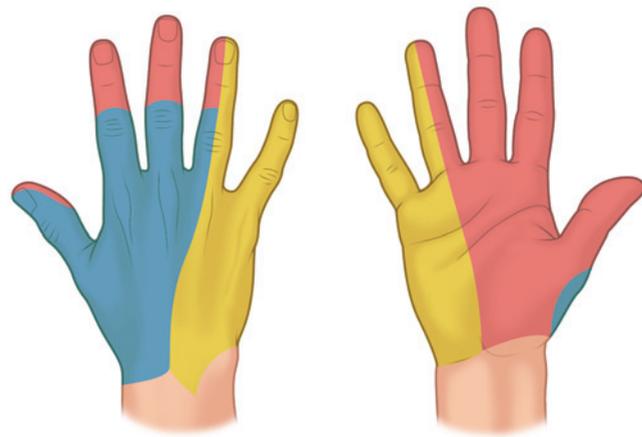
È la compressione del nervo mediano al momento del suo attraversamento del tunnel carpale. Essa è bilaterale nel 50% dei casi.

La forma più tipica si caratterizza per delle acroparestesie a recrudescenza notturna, al risveglio e al momento delle attività manuali, nel territorio del nervo mediano e che si irradiano all'avambraccio. Esse scompaiono scuotendo la mano o

Tabella 2.

Topografia delle lesioni radicolari.

Radice	Riflesso	Deficit motorio	Territorio sensitivo
C5	Bicipitale	Abduzione del braccio, rotatori della spalla	Moncone della spalla, faccia esterna del braccio
C6	Stiloradiale	Flessione del gomito (lungo supinatore), supinazione, flessione del pollice	Faccia esterna dell'arto superiore fino al pollice
C7	Tricipitale	Estensione gomito, polso e dita, pronazione	Faccia posteriore dell'arto superiore fino al secondo e al terzo dito
C8/D1	Cubitopronatore	Flessione e allontanamento delle dita	Faccia interna dell'arto superiore fino al quarto e al quinto dito



■ nervo mediano ■ nervo ulnare ■ nervo radiale

Figura 1. Territori sensitivi della mano.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3464973>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3464973>

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