

Chirurgia delle sindromi di compressione dello sbocco toracobrachiale

P. Patra, G. Ledoyer, M.-A. Pistorius

Il trattamento delle sindromi dello stretto cervico-toraco-brachiale (SSTB) richiede una buona conoscenza anatomica dei cinque spazi dello sbocco cervicotoracico, dove può esercitarsi una compressione osteoarticolare sugli elementi vascolonervosi. Occorre, quindi, determinare i criteri che permettono di confermare una SSTB di fronte a una sintomatologia dell'arto superiore e, poi, le indicazioni terapeutiche. La scelta della via d'accesso è spesso condizionata dalla sintomatologia predominante, dai gesti associati, dal morfotipo e dall'esperienza dell'operatore. I risultati dipendono anche dalla sintomatologia dominante, dalla comparsa di complicanze e di una recidiva, ma, soprattutto, dalla qualità dell'indicazione operatoria iniziale.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Sindrome dello sbocco cervicotoracico; Vie d'accesso chirurgiche; Coste; Plesso brachiale; Arteria succlavia; Vena succlavia

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Dati anatomici	1
Anatomia normale	1
Anomalie muscololegamentose	3
Anomalie ossee	4
■ Dati diagnostici	5
■ Vie d'accesso alla prima costa	6
Resezione della prima costa per via ascellare (tecnica di Roos)	6
Via sovraclavicolare	8
Vie d'accesso toraciche	9
■ Indicazioni	10
■ Complicanze	11
■ Risultati	11
Recidive	11
■ Conclusioni	12

■ Introduzione

Le sindromi dello stretto cervico-toraco-brachiale (SSTB) sono il risultato della compressione delle strutture vascolonervose dello sbocco toracobrachiale. Questa compressione deriva, in generale, dalla presenza di una costa cervicale, di fasci anormali degli scaleni o di anomalie fibromuscolari. Il trattamento delle SSTB è oggetto di controversie. Una di esse riguarda il principio della resezione sistematica della prima costa. Dal 1910 al 1927, sono state segnalate varie resezioni costali eseguite con successo; tuttavia, dal 1927 al 1962, in seguito alle pubblicazioni di Adson e

Coffey, la scalenectomia isolata è diventata la tecnica di elezione. A partire dal 1962, davanti agli insuccessi della scalenectomia, le resezioni della prima costa hanno conosciuto un nuovo sviluppo. Sono state descritte quasi simultaneamente diverse vie: posteriore da Clagett^[1], toracica da Servelle^[2] e ascellare da Roos nel 1966^[3]. Il dibattito è stato rilanciato da Sanders nel 1979^[4] e, poi, da Dale nel 1982^[5], in seguito alla pubblicazione di complicanze gravi associate alla resezione della prima costa^[6]. Questo dibattito rimane di attualità, così come la questione della scelta della via d'accesso.

■ Dati anatomici

Anatomia normale^[7-9]

Lo stretto cervico-toraco-brachiale può essere definito come la successione di cinque spazi percorsi dagli elementi vascolonervosi (Fig. 1): lo sbocco intercostoscalenico e prescalenico, il canale costoclavicolare, il tunnel sottopettorale e la sporgenza della testa omerale.

Sbocco intercostoscalenico

È uno spazio prismatico triangolare delimitato dal bordo posteriore del muscolo scaleno anteriore, dal bordo anteriore del muscolo scaleno medio e dalla faccia superiore della prima costa (Fig. 2). L'obliquità della faccia superiore della prima costa dipende dalla morfologia del soggetto. L'angolo superiore dello sbocco è molto stretto (spesso inferiore ai 20°) e il bordo inferiore è riempito da fibre arciformi provenienti dai muscoli scaleni anteriore e medio e che si disperdono sul periostio costale (Fig. 3).

I tre muscoli scaleni formano una massa unica in alto, ma si dividono in basso per fare posto agli organi di passaggio.

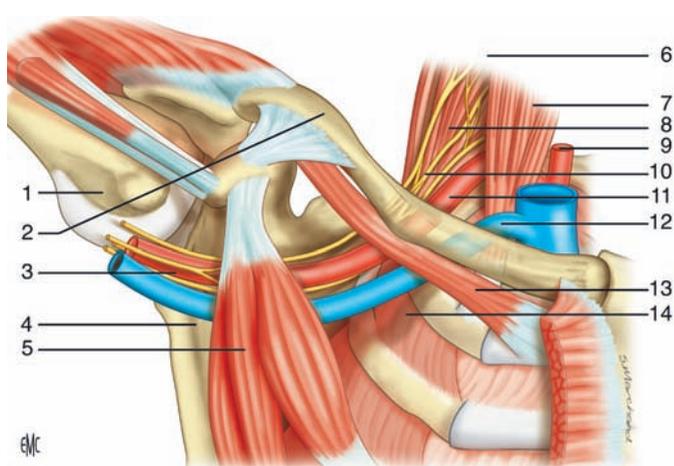


Figura 1. Stretto cervico-toraco-brachiale. 1. Sporgenza omerale; 2. clavicola; 3. arteria ascellare; 4. tunnel sottopettorale; 5. muscolo piccolo pettorale; 6. sbocco intercostoscalenico; 7. muscolo scaleno anteriore; 8. muscolo scaleno medio; 9. arteria carotide comune; 10. plesso brachiale; 11. arteria succlavia; 12. vena succlavia; 13. muscolo succlavio; 14. canale costoclavicolare.



Figura 2. Vista anteroesterna dello sbocco intercostoscalenico destro. 1. Tendine inferiore del muscolo scaleno anteriore; 2. plesso brachiale; 3. arteria succlavia; 4. prima costa.

Delle anomalie di divisione muscolare spiegano la presenza di formazioni muscolari che possono restringere in permanenza lo sbocco intercostoscalenico. Si distinguono:

- i muscoli interpeduncolari superiori (tra i muscoli scaleni medio e anteriore, 2% dei soggetti);
- i muscoli interpeduncolari inferiori (che corrispondono al piccolo scaleno di Winslow presente nel 3% dei soggetti), che attraversano le radici inferiori del plesso brachiale o che si interpongono tra le sue radici e l'arteria succlavia.

L'arteria e i tronchi nervosi sono ancorati da tre tipi di ponti fibrosi infra-arteriosi.

I primi hanno sede sul margine interno dello sbocco. Essi uniscono i muscoli scaleni anteriore e medio. Questa formazione non aderisce all'arteria. I secondi si trovano sul margine esterno dello sbocco. Essi sono molto aderenti all'arteria. I terzi sono più



Figura 3. Vista esterna dello sbocco intercostoscalenico destro. Il muscolo scaleno anteriore (4) è stato sezionato, così come l'arteria (2), per mostrare le fibre che uniscono i due muscoli scaleni (muscolo scaleno medio (1)). Si osserva la presenza di un forte legamento trasverso-costale (3).



costanti, situati all'interno stesso dello sbocco; fissano l'arteria alle pareti di quest'ultimo con un tessuto cellulofibroso lasso ma fermo.

Il mancato riconoscimento di questi elementi fibrosi, al momento delle sezioni delle inserzioni costali degli scaleni o delle resezioni della prima costa senza arteriolisi, rende insufficiente il gesto curativo e può anche aggravare un'eventuale compressione arteriosa. Infatti, l'arteria è, allora, sottesa da un anello fibroso non ancorato e sollevata dai muscoli retratti. Inoltre, i muscoli scaleni tendono ad avvicinarsi una volta scomparse le loro inserzioni costali.



Delle inserzioni fibrose che solidarizzano le radici plessiche alle pareti esistono a tutti i livelli dello sbocco. Esse sono particolarmente dense nella parte alta dello sbocco. Occorre incidere questa espansione fibrosa per scoprire e liberare i nervi. Esistono anche dei legami tra l'avventizia arteriosa, i muscoli e il plesso brachiale.



L'arteria succlavia decorre nell'angolo anteroinferiore dello spazio intercostoscalenico (Fig. 3).

I tronchi nervosi hanno una disposizione molto variabile. Essi sono quasi sempre appiattiti secondo un piano frontale e non cilindrici; d'altra parte, la radice C7 ha la tendenza a porsi al di sopra dell'arteria, mentre la radice C8-T1 rimane dietro.

Sbocco prescalenico

Esso corrisponde al passaggio della terminazione della vena succlavia e si trova tra l'estremità anteriore della prima costa, in basso, e l'estremità sternale della clavicola affiancata dal muscolo succlavio e dal tendine dello scaleno anteriore. Questo sbocco si modifica considerevolmente con i movimenti della clavicola.

Canale costoclavicolare

Questo canale è situato tra la faccia inferiore della metà interna della clavicola e la faccia superiore dei segmenti medio e anteriore della prima costa (Fig. 4). Le varianti del muscolo succlavio condizionano la forma del suo orifizio anteriore. Soltanto nel

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284843>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284843>

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