

RECENZJA PRACY

Zespół uciskowy górnego otworu klatki piersiowej (ang. Thoracic outlet Syndrome, TOS) obejmuje grupy odrębnych zaburzeń wywołanych uciskiem naczyń krwionośnych i nerwów kończyn górnych w obszarze górnego otworu klatki piersiowej. TOS jest często błędnie diagnozowaną przyczyną dolegliwości szyi i ramion. Chociaż termin TOS i jego definicja (stan chorobowy związany z uciskiem pęczka nerwowo-naczyniowego w okolicy ujścia klatki piersiowej) zostały zaproponowane już w 1956 r. przez Peeta, to właściwe postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne nadal pozostaje kontrowersyjne. Kontrowersje te opisuje i wyjaśnia w przedstawionej pracy autor. Złożoność TOS wynika z sytuacji, że wiele różnych schorzeń, takich jak zespół żebra szyjnego, zespół mięśnia pochyłego przedniego, zespół żebrowo-obończykowy, hiperabdukcja, złamanie obojczyka, zespół mięśnia piersiowego mniejszego, zespół głowy kości ramiennej powodują pojawienie się objawów ucisku. Za obserwowane kliniczne objawy przedmiotowe i podmiotowe odpowiada stopień i rodzaj ucisku pęczka nerwowo-naczyniowego.

Pacjentów cierpiących na TOS można podzielić na cztery grupy prezentujące odpowiednio objawy neurologiczne, tętnicze, żyłne i mieszane. Około 95% pacjentów ma objawy neurologiczne, ale większość z nich ma również objawy naczyniowe. Typ neurogeny, najczęstszy rodzaj TOS, charakteryzuje się dysestezją (przeczulica, niedoczulica, parestezja), zaburzeniami naczynioruchowymi i bólem, który może dotyczyć każdej części kończyny górnej, promieniować do szyi, a nawet imitować ból stenokardialny (pseudoangina). W następstwie progresji tego stanu można zaobserwować wyraźny zanik mięśni. Typ naczyniowo-żylny charakteryzujący się obrzękiem, sinicą dłoni lub palca i ich zgrubieniem pojawia się zarówno nagle, zwykle w połączeniu z wysiłkiem fizycznym obejmującym obręcz barkową, jak i przewlekłe, natomiast typ naczyniowo-tętniczy jest opisywany jako ostre lub przewlekłe niedokrwienie kończyn górnych lub obecność powikłań miejscowych, w tym tętniaka tętnicy podobojczykowej lub obwodowej mikrozatorowości. Pojawienie się lub nasilenie objawów TOS związane jest z określonymi pozycjami ciała (fizjologiczne opadanie obręczy barkowej, wada postawy: przodopochylenie miednicy z zniesieniem lordozy lędźwiowej, redukcja kifozy piersiowej) lub z ułożeniem i ruchem kończyny górnej. Uważa się, że duże znaczenie dla pojawienia się tego zespołu (ucisk nerwów i tętnic, zespół Pageta-Schroetera) ma długotrwałe, przymusowe ułożenie kończyny górnej w czasie snu, a przywrócenie pozycji neutralnej wiąże się z łagodzeniem bólu i redukcją innych objawów. TOS występuje głównie u kobiet (fizjologiczne opadanie obręczy barkowej z wiekiem) i młodych sportowców, zwłaszcza tych uprawiających dyscypliny siłowe (kulturystyka, podnoszenie ciężarów, wioślarstwo) oraz sportów wymagających szerokiego zakresu ruchów w stawie barkowym (gimnastyka, pływanie, narciarstwo

biegowe). Na taki przypadek autor zwraca uwagę i opisuje w przedstawionej pracy – opis zespołu uciskowego i przebieg leczenia u narciarza biegowego.

W wybranych przypadkach rozpoznanie TOS składa się z badań klinicznych, badań nieinwazyjnych (RTG, USG Duplex-Doppler) oraz metod inwazyjnych (flebografia, arteriografia, elektromiografia). W leczeniu TOS można stosować zarówno metody zachowawcze, jak i chirurgiczne. Zachowawcze próby terapeutyczne, w tym rehabilitacja, środki przeciwbólowe czy fizjoterapia, powinny poprzedzać inwazyjne zabiegi chirurgiczne. Standardowe leczenie chirurgiczne obejmuje resekcję pierwszego żebra i wycięcie innych patologii kostnych (tj. dodatkowego żebra szyjnego) lub ewentualnie usunięcie patologii włóknisto-mięśniowych (skalenektomia – przecięcie mięśni pochyłych). Autor podkreśla, że właściwym postępowaniem jest resekcja I żebra.

Dostęp przez pachę zapewnia najlepsze efekty kosmetyczne, co jest szczególnie ważne w przypadku kobiet ale także jest bezpiecznym dostępem w porównaniu do dostępu nadobojczykowego co podkreśla autor. Powikłania związane z uciskiem tętnicy wymagają operacji dekompresyjnej i rekonstrukcji naczyniowej. Konieczność zespolenia naczyniowych determinuje dostęp nad i/ lub podobojczykowy i autor to podkreśla. W przypadku tętniaka stosuje się protezy naczyniowe lub można zastosować wstawkę z żyły odpiszczelowej pacjenta.

Ze względu na ryzyko kompresji istnieje wskazanie do stosowania protez wzmocnionych. W pojedynczych przypadkach można podjąć próbę wewnątrznaczyniowych procedur leczenia tętniaków i zwężeń tętnicy podobojczykowej w TOS. Otwarta dekompresja tętnicy i żyły podobojczykowej zdecydowanie zapobiega nawrotom zwężenia. Obecnie trombektomia żylna jest wykonywana bardzo rzadko ze względu na ryzyko nawrotu zakrzepicy. Wskazaniami do leczenia chirurgicznego w neurologicznych TOS są anomalie w przewodnictwie nerwowym. Zabieg zapobiega nieodwracalnej degeneracji splotu ramiennego i umożliwia szybki powrót do zdrowia oraz natychmiastowy powrót do dotychczasowej aktywności sportowej.

Bardzo ciekawe są odniesienia autora pracy do przypadku sportowca. Pokazują one jakim problemem jest właściwe leczenie TOS.

1. Cel badania i tytuł pracy prawidłowe 4.
 2. Metodyka prawidłowa 4.
 3. Wyniki wyczerpująco 4.
 4. Tabele i ryciny prawidłowe 4.
 5. Dyskusja – można nieco bardziej rozszerzyć o metody postępowania rehabilitacyjnego 3.
 6. Piśmiennictwo 4.
 7. Znaczącego nic nie wnosi, ale jest przyczynkiem do dalszych dyskusji o leczeniu TOS.
- Polecam przedstawioną pracę do druku.

Prof. dr hab. med. Artur Pupka