

متلازمة مخرج الصدر

THORACIC OUTLET SYNDROME

كريس كومبينه، مايكل ر. جونستون

Chris Campeau, Michael R. Johnston

متلازمة مخرج الصدر (وكذلك تسمى متلازمة العضلة الأخرمية الأمامية، أو المتلازمة الضلعية الترقوية، أو متلازمة فرط التبعيد، أو متلازمة الضلع الرقبية، أو متلازمة الضلع الصدري الأول) وهي تشير إلى الأعراض الناشئة من انضغاط بنية واحدة أو عدة بنى تشريحية أساسية (مثل الأوعية تحت الترقوة، أو الضفيرة العضدية، أو الأعصاب الودية) والتي تمر من خلال مدخل الصدر. يكون الانضغاط عادةً مقابل أو باتجاه الضلع الأول، أو الضلع الرقبية، إذا كانت موجودة.

المجودات السريرية

Clinical Presentation

- تختلف الأعراض السريرية عادةً بشكل كبير باختلاف البنية المضغوطة (إما العصب أو الوعاء الدموي).
- 1- انضغاط العصب وهو أكثر الأعراض المتظاهرة حدوثاً، والتي يمكن أن يعجل من حدوثها الجهد، أو الرضوض، أو زيادة الوزن السريعة. وتكون المجودات السريرية الموضوعية عادةً قليلة.
 - ألم، أو خدر بنسبة ٩٥٪، وهو عادةً ما يصيب مسير العصب الزندي في الذراع.
 - ضعف حركي، مع ضمور في عضلات ضرة اليد hypothernar muscles والعضلات بين العظام interossous muscles بنسبة ١٠٪، نادراً ما تصبح أصابع الخنصر والبنصر بشكل مخلي.
 - 2- الانضغاط الشرياني.
 - البرودة، والضعف، وقابلية التعب للذراع واليد.
 - ظاهرة رينو phenomenon Raynaud's بنسبة أقل من ١٠٪.

- الانسداد الشرياني يمكن أن يحدث برودة، وازرقاق، وتقرحات في الأصابع.
- ٣- الانضغاط الوريدي.
- إن الانسداد الوريدي أو الانغلاق الوريدي هو نادر الحدوث.
- "خثار الجهد Effort thrombosis" (وهو ما يسمى تناذر باجت - شروتر Paget-Schroetter)، ويتضمن الوذمة، والانتفاخ الوريدي، وتبدل اللون في الطرف العلوي.

الاستقصاءات

Investigations

هناك مناورات فيزيائية خاصة (مثل اختبار أدسون، أو المناورة الضلعية الترقوية، أو اختبار فرط التباعد، أو اختبار روس المعدل) كلها مصممة لإعادة إظهار الأعراض وكذلك لتوضيح غياب أو نقص في النبض الكعبري. إن الاختبار الحسي السريري (اختبار الضغط، واختبار الاهتزاز، واختبار التفريق بين نقطتين)، وكذلك الاختبارات التحريضية (مثل علامة تينيل Tinel's sign) كل هذه الاختبارات تستخدم لتوثيق الخلل العصبي. إن الدراسات الموضوعية والدراسات السريرية لقياس معدل سرعة التوصيل العصبي (مثل اختبارات توصيل العصب) بشكل عام من الصعب توحيدها، أو إجراؤها أو إعادة تطبيقها. إن القيم التي هي أقل من ٧٠ م/ثانية تدل على انضغاط عصبي وعائي مقابل مخرج الصدر. ومن الممكن استخدام أي نقص أكثر في سرعة التوصيل كمشعر من أجل تصنيف شدة الإصابة. من الممكن أن تظهر الدراسات الشعاعية (مثل أشعة الصدر البسيطة أو الفقرات الرقبية، أو التصوير الطبقي المحوري، أو الرنين المغناطيسي) وجود الأضلاع الرقبية، أو تظهر تغيرات تنكسية في الفقرات أو تضيق بين الفقرات. من الممكن كذلك أن يظهر التصوير الشرياني الظليل أو الوريدي الظليل وجود لويحة عصيدية، أو منطقة محدودة متضيقية أو مضغوطة، وكذلك وجود توسع ما بعد التضيق.

التشخيص التفريقي

Differential Diagnosis

إن الصعوبة في وضع التشخيص النهائي لمتلازمة مخرج الصدر تتطلب من الجراح أن يكون على بينة وملم بالطيف الواسع للتشخيص التفريقي لهذه المتلازمة.

١- الإصابات العصبية

- الفقرات الرقبية: فتق نواة لبية، الأمراض التنكسية، التهاب المفاصل التنكسي، الأورام.
- الضفيرة العضدية: الأذيات ما بعد الرضية، أورام بانكوست.
- الأعصاب المحيطية: التنازرات الانحصارية، الاعتلالات العصبية، الأورام، الرضوض.

٢- الاضطرابات الوعائية :

- الشريانية: عسيده شريانية، خثار، أم دم، صمامات، المنعكس الخثلي الوعائي الحركي، التهاب أوعية، اضطرابات الكولاجن أو الغراء.

٣- أسباب متفرقة

- ذبحة صدرية، أسباب مريثة أو رئوية.

التدبير

Management

١- غير جراحي.

- تثقيف المريض، تعديل النشاط وفعاليات المريض التي تؤدي إلى ظهور الأعراض.
- المعالجة الفيزيائية، وذلك بتحسين وضعية الوقوف، وكذلك بإجراء تمارين لتقوية العضلات الرقبية الصدرية.
- خثر الوريد تحت الترقوة: إعطاء مضادات التخثر، وحالات الخثرة، اللباس الضاغط، رفع الذراع.
- تخفيف الوزن إذا كان المريض بدينا.

٢- جراحي.

وهذه تستطب في المرضى المصابين بتناذر مخرج الصدر والذين لا يستجيبون للمعالجة المحافظة (تقدر نسبتهم بـ ٥٪ من المرضى). من الممكن أن يتأثر قرار إجراء (أو عدم إجراء) العمل الجراحي بترافق التناذر مع الأمراض النفسية والتي غالباً ما تكون مرافقة لهذه الأعراض وكذلك بتأثر القرار باعتبارات طبية قانونية.

أن الأسلوب الأول والمفضل لإجراء العمل الجراحي هو استئصال الضلع الأول عن طريق الإبط وذلك "لرفع الضغط عن مخرج الصدر، ويتضمن كذلك قطع أي أربطة ليفية مترافقة واستئصال الضلع الرقبية الضاغطة. وهذا يؤدي إلى تحسن في الأعراض بنسبة ٩٠٪. يحدث النكس عادة عند فشل إزالة طول كافٍ من الضلع الأول أو بسبب التليف أو التندب بعد الجراحة. إن استئصال الضفيرة الودية الظهرية المتزامنة مع الجراحة نادراً ما يكون ضرورياً. من الممكن استخدام طريقة الفتح ما فوق الترقوة، خاصة إذا تطلّب الأمر تفكيك الالتصاقات العصبية الكثيفة أو قطع الأربطة الليفية الأمامية. إن الفتح الجراحي الخلفي يستطب فقط عند إعادة العمل الجراحي. وتؤمن هذه الطريقة كشفًا ممتازًا لجذور الأعصاب وللضفيرة العضدية، وتسمح بكشف واسع لما تبقى من الضلع الأول من الناحية الخلفية وكذلك ينصح بإجراء استئصال للضفيرة الودية (السببثاوية) الظهرية لإزالة العقد العصبية من المستوى T1 إلى المستوى T3 (مع المحافظة على العقدة الرقبية الثامنة "C8" وذلك لتجنب تناذر هورنر Horner's syndrome) عند وجود أعراض شبيهة بالحرق مرافقة causalgia-like symptoms، أو آلام ودية المنشأ أو وجود ظاهرة رينو Raynaud's phenomenon.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Cheng SWK, Stoney RJ. Supraclavicular reoperation for neurogenic thoracic outlet syndrome. *Journal of Vascular Surgery*, 1994; 19: 565.
- Mackinnon S, Patterson GA, Urschel HC. Thoracic outlet syndromes. In: Pearson FG, Deslauriers J, Ginsberg RJ, Hiebert CA, McKneally MF, Urschel HC, eds. *Thoracic Surgery*. New York: Churchill Livingstone, 1995; 1211.
- Roos DB. Transaxillary approach for first rib resection to relieve thoracic outlet syndrome. *Annals of Surgery*, 1966; 163: 354.
- Urschel HC. Dorsal sympathectomy and management of thoracic outlet syndrome with VATS. *Annals of Thoracic Surgery*, 1993; 56: 717.
- Urschel HC, Razzuk MA, Wood RE, Paulson DL. Objective diagnosis (ulnar nerve conduction velocity) and current therapy of the thoracic outlet syndrome. *Annals of Thoracic Surgery*, 1971; 12: 608.