

HERNIA DE DISC CERVICALĂ – PARTICULARITĂȚI CLINICE

CĂTĂLIN-COSMIN MUTU¹, MARCEL PEREANU²

^{1,2}Universitatea „Lucian Blaga”, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

Cuvinte cheie: hernia de disc cervicală

Rezumat: Hernia de disc cervicală reprezintă una dintre cele mai frecvente patologii ale coloanei cervicale. Durerea cervicală iradiată la nivelul membrelor superioare este principalul simptom al acesteia și se însoțește frecvent de parestezii și furnicături la nivelul brațului, antebrațului și degetelor mâinii, uneori putând apărea și scăderea forței musculare la acest nivel. Prin prezentarea, în acest articol, a aspectelor clinice particulare ale herniei de disc cervicale dorim să creștem atenția specialiștilor din domeniul serviciilor medicale asupra acestei patologii care este subdiagnosticată și dificil de tratat.

Keywords: cervical disc protrusion

Abstract: Cervical disc protrusion is one of the most frequent pathologies of the cervical spine. The cervical pain irradiated to the upper limbs is the main symptom and it is frequently accompanied by paraesthesia and tingling at the level of the arm, forearm and fingers, sometimes with the decrease of the muscular force at this level. By presenting in this article the particular clinical aspects of the cervical disc protrusion, we would like to raise the attention of the specialists from the medical domain services to this pathology which is under diagnosed and difficult to treat.

Hernia de disc cervicală reprezintă una dintre cele mai frecvente patologii ale coloanei cervicale. Apare în special la populația adultă între 30 și 50 de ani. Deși se consideră că hernia de disc cervicală, asemeni celei lombare, apare datorită traumatismelor mai mici sau mai mari ale coloanei vertebrale, simptomele apar cel mai adesea în mod spontan. Durerea iradiată la nivelul membrelor superioare este principalul simptom al acesteia și se însoțește frecvent de parestezii și furnicături la nivelul brațului, antebrațului și degetelor mâinii, uneori putând apărea și scăderea forței musculare la acest nivel.(1)

În funcție de frecvență și localizare, herniile de disc vertebrale se împart în lombare (95%), cervicale (4-5%) și toracice (sub 1%). Acestea pot să coexiste la anumite persoane predispușe.(2)

Definiție:

Hernia de disc spinală constă în migrarea porțiunii centrale, de consistență moale (nucleus pulposus) spre exteriorul discului intervertebral, rezultând comprimarea sau chiar ruperea inelului fibros care îl mărginește spre exterior. Migrarea nucleului pulpos poate determina compresia rădăcinilor nervilor spinali la nivelul găurilor de conjugare determinând radiculopatie cervico-brahială (hernia intraforaminală) sau poate comprima măduva spinală cervicală determinând mielopatie cervicală (hernia mediană).(2)

Epidemiologie:

Apare cel mai frecvent între 30 și 50 de ani cu vârful de vârstă în decadele 4-5. La sexul masculin apare de 2-3 ori mai frecvent decât la cel feminin.(1)

Distribuția simptomatologiei este 60% monoradiculară și 40% poliradiculară.(3)

Etiologie:

Există o predispoziție genetică certă în producerea herniei de disc demonstrată de faptul că sunt familii care fac mai

frecvent această afecțiune. Au fost descrise numeroase mutații ale genelor care codează, pentru proteinele implicate în reglarea matricei extracelulare, cum sunt MMP2 sau THBS2.(4)

Dintre factorii predispozanți, cei mai importanți menționăm în special fenomenele degenerative discale mai accentuate în zona segmentelor mobile, caudale, de tranziție spre coloana dorsală relativ rigidă, peste care se suprapun microtraumele repetate, mai rar un traumatism accidental direct la nivelul coloanei cervicale. Alți factori favorizanți sunt mișcările repetate de rotație a capului și atitudinea cifotică cervicală prelungită (ex. citit, lucru la masă).(2,3)

Fiziopatologie:

Într-un stadiu mai timpuriu, o presiune bruscă asupra nucleului pulpos exercitată de către fațetele osoase a două vertebre adiacente poate produce o protruzie discală, care poate determina bombarea dar nu și ruperea inelului fibros, care rămâne indemn. Ulterior, în evoluție, apare hernia de disc care constă în prolabarea nucleului pulpos prin apariția unei soluții de continuitate la nivelul inelului fibros. Din cauza existenței ligamentului longitudinal posterior, aceasta se produce cel mai frecvent în sens postero-lateral și are ca rezultat comprimarea în diferite grade a rădăcinilor spinale. Ruperea inelului fibros produce eliberarea de mediatori chimici proinflamatori care pot constitui o cauză directă a durerii severe care apare ca o consecință a producerii herniei de disc, chiar și în absența compresiunii nervoase radiculare.(2)

Există dovezi din ce în ce mai numeroase care atestă faptul că durerea din hernia de disc se datorează atât compresiunii mecanice a rădăcinilor nervoase sau măduvei spinării, cât și unei inflamații chimice de însoțire. Mediatorul inflamator specific care determină apariția durerii pe această cale este denumit factorul alfa al necrozei tumorale (TNF). Alături de durere și inflamație, TNF contribuie în plus la degenerarea discală.(4,5,6,7,8)

¹Autor corespondent: Cosmin Mutu, Str. Pompeiu Onofrei, Nr. 2-4, Sibiu, România, E-mail: cosminmutu@yahoo.com, Tel: +04074 2931011
Articol intrat în redacție în 02.07.2014 și acceptat spre publicare în 20.08.2014
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2014;2(3):92-94

ASPECTE CLINICE

Tablou clinic

Hernia de disc cervicală apare mai frecvent la nivelul C6-C7 (50%) și C5-C6 (30%) mai rar la nivelul C7-T1 și foarte rar la nivelul C4-C5. (1,2,3)

Din punct de vedere clinic evoluează în 3 faze:

Faza I (dureroasă) apare de obicei acut în pusee, cu evoluție lent, progresivă fără o cauză aparentă și se manifestă prin *sindrom iritativ* intermitent.

Pacientul prezintă cervicalgie însoțită sau nu de brahialgie acută, intensă, unilaterală, rareori bilaterală, la 60% din cazuri monoradiculă, la 40% poliradiculă și se poate însoți de parestezii și furnicăături.

Adesea însă poate apărea după o mișcare bruscă a extremității cefalice (ridicarea unei greutate, tuse violentă) sub forma unei dureri intense în regiunea cervicală posterioară, care se exacerbează la tentativa de mobilizare a extremității cefalice. Apare contractura musculară paravertebrală cu blocaj cervical și apariția de poziții antalgice ale capului. Evoluția este în general benignă.(2)

Faza a II-a (de suferință neurologică) se manifestă prin *sindrom compresiv senzitiv* care poate fi însoțit și de un sindrom compresiv motor.

Se datorează compresiunii radiculare cervicale și se poate instala progresiv, după mai multe pusee de faza I, sau brusc. Durerea este intensă, localizată în regiunea cervicală posterioară și lateral, de unde iriază în umăr, braț, antebraț, până la nivelul degetelor. Acuza algeice sunt exacerbate la mișcările active și pasive ale capului, la eforturile de tuse, strănut sau defecație.

Apare o contractură intensă a musculaturii scapulo-humerale care pune serioase probleme de diagnostic diferențial cu periartrita scapulo-humerală. Se constată prezența de tulburări motorii la nivelul rădăcinilor afectate. (2)

Sindroamele radiculare cervicale senzitive și motorii sunt sintetizate în tabelul următor.

Tabelul nr. 1. Semiologia radiculară cervicală

Rădăcină (nivel disc)	Deficit senzitiv	Deficit motor	Reflexe diminuate
C5 (C4-C5)	Gât și zonă laterală umăr	Deltoid, supra+subspinos	Supinator
C6 (C5-C6)	Fața radială a brațului și antebrațului, până la police	Biceps, brahioradial, lungul supinator	Bicipital
C7 (C6-C7)	Latero/dorsal braț și antebraț, degete 2-4	Triceps, pronator, extensori pumn, degete	Tricipital
C8 (C7-T1)	Dorsal braț și antebraț, degete 4-5	Flexori degete, mușchi intrinseci ai mâinii	

În compresiunea rădăcinii C4 apar dureri în regiunea latero-cervicală cu iradiere în claviculă și umăr, însoțite de parestezii și hipoestezie în același teritoriu. Motor se constată o afectare a diafragmului homolateral și a mușchiului mare dințat.

Afectarea rădăcinii C5 produce durere la nivelul umărului. Tulburările de sensibilitate obiectivă se manifestă prin hipoestezie în același teritoriu. Se constată deficit motor al mușchiului deltoid, biceps brachial, supra-spinos, subspinos. Reflexul osteotendinos bicipital este abolit.

Prin compresiunea rădăcinii C6 apar dureri pe fața antero-externă a brațului, antebrațului, eminenței tenare și policelui. Se constată prezența de parestezii și hipoestezii la nivelul policelui și indexului. Motor sunt afectați mușchii biceps și radiali. Reflexul osteotendinos stilo-radial este abolit.

În compresiunea rădăcinii C7 se constată apariția de acuza algeice, parestezii și hipoestezie la nivelul degetului mare, indexului și inelarului. Sunt afectați motor mușchii triceps și mare palmar. Reflexul osteotendinos tricipital este diminuat sau abolit.

Compresiunea rădăcinii C8 produce dureri, parestezii și hipoestezie la nivelul feței interne a antebrațului, eminența hipotenară și degetele inelar și mic. Pareze pot să apară la mușchii cubitali și la cei mici ai mâinii. Este abolit reflexul cubito-pronator.(2)

Faza a III-a (de compresiune) a discopatiei cervicale se manifestă prin *sindrom compresiv medular* cu mielopatie vertebrală cervicală sau apariția sindromului simpatic cervical posterior. Apare în hernia mediană sau paramediană și determină parapareze sau tetrapareze spastice cronic progresive cu simptome senzitive medulare sărace, semn Lehermitte prezent și rareori tulburări sfincteriene.(2,10)

Tabloul clinic al herniei de disc cervicale este însoțit foarte frecvent și de *simptome secundare nespecifice* care pot duce la o interpretare diagnostică greșită din partea medicului neobișnuit cu acest tip de patologie. Aceste simptome frecvente sunt cefalea occipitală și frontală, vertijul nesistematizat, tinnitus, parestezii nucleare, iritabilitate și depresie.(9)

La **examenul obiectiv** al pacientului se constată:

- Atitudine vicioasă cu redoarea cepei și flexia capului.
- Durere la presiunea apofizelor spinoase și transverse, mușchilor cepei, emergența nervilor occipitali, regiunea scapulară.
- Durere la înclinarea/reclinarea coloanei cervicale, la apropierea bărbiei de stern.

Se pot efectua teste care să ajute la orientarea diagnosticului clinic. Acestea sunt:

- *Testul de compresie a gâtului* (Neck compression test): apare durere radiculară la compresie axială cu rotație și aplecarea capului spre partea algică;
- *Testul hiperextensiei* (Hyperextension test): ameliorarea durerii prin tracțiune axială a capului în poziție șezândă.(3,9)

Diagnosticul pozitiv se pune pe baza prezenței tabloului clinic specific, completat cu investigațiile imagistice corespunzătoare: examenul radiologic al coloanei cervicale în 4 incidențe (față, profil, oblice), examenul prin rezonanță magnetică nucleară al coloanei cervicale, examen electromiografic și eventual examen de scintigrafie osoasă în cazuri particulare.(10)

Concluzii:

Hernia de disc cervicală este o entitate patologică frecventă, cu simptomatologie specifică dar totodată dificil de diagnosticat de către personalul medical neantrenat. Incidența sa în populația generală este în realitate cu mult mai mare decât cazurile diagnosticate ca având această patologie. Diagnosticul se pune prin anamneză, examenul clinic și paraclinic (rezonanța magnetică nucleară a coloanei vertebrale cervicale constituie examinarea de elecție).

REFERINȚE

1. Ernst CW, Stadnik TW, Peeters E, Breucq C, Osteaux MJ. Prevalence of annular tears and disc herniations on MR images of the cervical spine in symptom free volunteers. Eur J Radiol 2005;55:409-14.
2. Săceleanu VM, Poreanu M. Neurochirurgie clinică. Edit. Universității Lucian Blaga. Sibiu; 2014. p. 245-258.
3. Sasso MD, Traynelis V. Cervical Herniated Disc or Ruptured Disc. From Diagnosis to treatments. 2012. www. Spineuniverse.
4. Takahashi H, Suguro T, Okazima Y, Motegi M, Okada Y, Kakiuchi T. Inflammatory cytokines in the herniated disc of the lumbar spine. Spine 1996;2:218-24.
5. Sommer C, Schäfers M. Mechanisms of neuropathic pain: the role of cytokines. Drug Discovery Today: Disease Mechanisms 2004;1:441-8.

ASPECTE CLINICE

6. Igarashi A, Kikuchi S, Konno S, Olmarker K. Inflammatory cytokines released from the facet joint tissue in degenerative lumbar spinal disorders. *Spine* 2004;29:2091-5.
7. Sakuma Y, Ohtori S, Miyagi M et al. Up-regulation of p55 TNF alpha-receptor in dorsal root ganglia neurons following lumbar facet joint injury in rats. *Eur Spine J* 2007;16:1273-8.
8. Séguin CA, Pilliar RM, Roughley PJ, Kandel RA. Tumor necrosis factor-alpha modulates matrix production and catabolism in nucleus pulposus tissue. *Spine* 2005;30:1940-8.
9. WebMD. Cervical Disc Herniation. Topic Overview. 2012.
10. Deftereos SN, et al. Localisation of cervical spinal cord compression by TMS and MRI. *Funct Neurol* 2009;24:99-105.