

RELAȚIILE DINTRE DISCOPATIA CERVICALĂ ȘI CARDIOPATIA ISCHEMICĂ

dr. A. Faur, dr. Tr. Crăciun, dr. F. Dori, dr. S. Găbor, dr. O. Blendea,
dr. O. Georgescu, dr. M. Coracu, dr. T. Boșianu

Existența visceropatiilor spondilogene a devenit o realitate nosologică și clinică în urma cercetărilor lui Gutzeit, Hochrein, Hauss, Friedberg, Păunescu-Podeanu și alții (4, 6, 7).

În 1951, Gutzeit a fost primul care a aratat importanța deosebită a afecțiunilor coloanei cervicale în apariția durerilor precordiale, care pot să îmbrace uneori tabloul clinic al anginei pectorale (6). Alți autori au pus în evidență în discopatia cervicală pe lângă semnele clinice ale unei cardiopatii ischemice și modificări electrocardiografice (10). Hauss (10) găsește la bolnavii cu infarct miocardic modificări degenerative foarte frecvente ale coloanei cervicale, atribuind acesteia în unele cazuri un rol în patogenia infarctului miocardic.

În general problema acestor relații poate fi privită sub 3 aspecte (7). În unele cazuri este vorba doar de o discopatie cervicală cu dureri precordiale determinate de o iritație a nervilor intercostali, deci de fapt de un sindrom pseudocoronarian. Alteori însă, nu se poate nega apariția unui sindrom anginos adevărat, prin tulburări coronariene funcționale, determinat de o discopatie cervicală. În acest sens ar pleda apariția semnelor clinice și electrocardiografice caracteristice tulburărilor funcționale coronariene, după anumite mișcări ale coloanei cervicale, precum și dispariția acestor semne după un tratament prealabil al discopatiei cervicale (4, 7).

În alte cazuri este vorba de o suferință concomitentă a coloanei cervicale și a coronarelor. Tocmai în aceste situații se ridică problema foarte mult discutată a raporturilor dintre aceste două suferințe (4, 7, 10). Întrebarea care se pune este dacă sînt două afecțiuni concomitente fără nici o influență reciprocă sau există legături mai mult sau mai puțin intime între ele? În literatură există argumente pentru amindouă posibilitățile. Este un fapt stabilit că la bolnavii cu cardiopatie ischemică, modificările degenerative ale coloanei cervicale, sînt mai frecvente decît la bolnavii de aceeași vîrstă și sex, însă fără semne de cardiopatie ischemică (10).

Aceste constatări ar putea să pledeze pentru o legătură de influențare reciprocă dintre cele două afecțiuni. Alteori discopatia cervicală poate figura ca un factor declanșator sau agravant în evoluția cardiopatiei ischemice (7).

Din punct de vedere fiziopatologic procesul pare a fi legat de o iritație produsă pe calea sistemului nervos vegetativ. Compresiunea și tracțiunea exercitată asupra structurilor neuro-vasculare care ies din măduvă prin găurile de conjugare, produc iritarea fibrelor nervoase simplice, putînd provoca tulburări vasomotorii coronariene, cu tulburări trofice consecutive ale pereților vasculari și în fine apariția leziunilor degenerative coronariene (8).

Cunoașterea și studiul problemei raporturilor dintre discopatia cervicală și cardiopatia ischemică are o deosebită importanță teoretică și practică. Elaborarea unui diagnostic diferențial, între durerile precordiale determinate de iritația rădăcinilor nervoase prin procese discale și între o angină pectorală reală, are o importanță deosebită în ceea ce privește viitorul bolnavului.

Recunoașterea rolului discopatiei cervicale în gena tulburărilor coronariene are însă și o deosebită importanță terapeutică. Am luat în studiu problema relațiilor dintre acestea două afecțiuni, avînd în vedere frecvența mare a acestora la muncitorii din mediul feroviar.

A. FAUR ȘI COLAB.: RELAȚIILE DINTRE DISCOPATIA CERVICALĂ
ȘI CARDIOPATIA ISCHEMICĂ

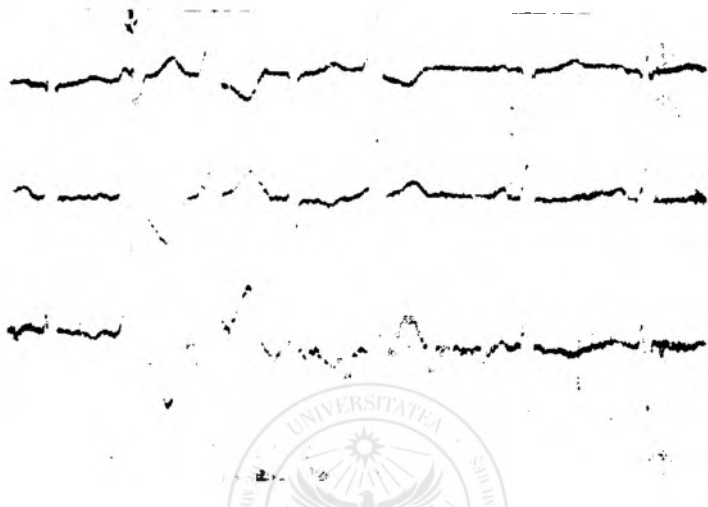


Fig. nr. 1: Extrasistole ventriculare după răsucirea capului

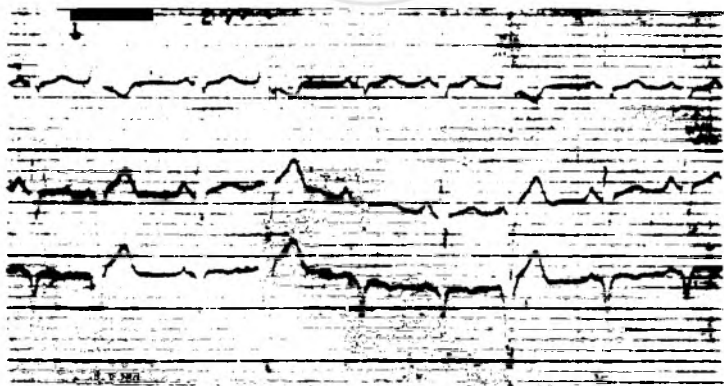


Fig. nr. 2: Extrasistole ventriculare

A. FAUR ȘI COLAB.: RELAȚIILE DINTRE DISCOPATIA CERVICALĂ
ȘI CARDIOPATIA ISCHEMICĂ

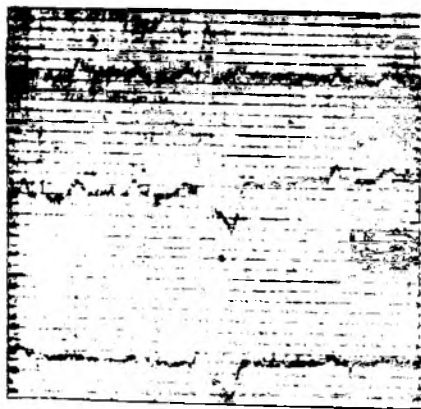


Fig. nr. 3: Extrasistole ventriculare după răsucirea capului

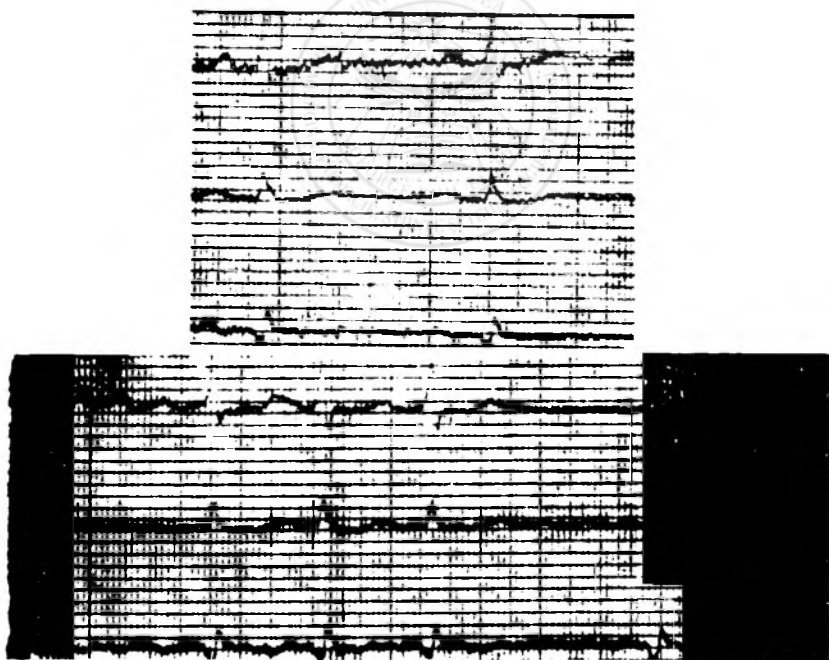


Fig. nr. 4: Leziune miocardică coronariană (sus), ritm sinusal normal. Fibrilație atrială (jos) după răsucirea capului.

Studiul nostru se referă la 30 de bolnavi cu discopatie cervicală. Repartizarea pe vîrstă și sex a fost următoarea: 22 bărbați, 8 femei, dintre care între 30—40 ani = 5 cazuri, între 40—50 ani = 12 cazuri, între 50—60 ani = 10 cazuri și peste 60 = 3 cazuri.

La fiecare bolnav s-a făcut un examen clinic complet, radiografiile funcționale ale coloanei cervicale, electrocardiograma în cele trei derivații standard, unipolarele membrelor, derivațiile precordiale, inclusiv la rotația extremității cefalice la stînga și la dreapta, precum și un examen oftalmologic și neurologic. S-au mai efectuat examinări de laborator pentru excluderea unei alte etiologii a cardiopatiei ischemice.

Bolnavii studiați pot fi împărțiți în 3 categorii distincte:

1. Bolnavi cu discopatie cervicală fără dureri precordiale;
2. Bolnavi cu discopatie cervicală cu dureri precordiale, dar fără semne de cardiopatie ischemică decelabile;
3. Bolnavi care prezintă concomitent cu discopatia cervicală și o cardiopatie ischemică.

Din prima categorie fac parte 5 bolnavi. De remarcat că la 2 dintre aceștia, deși nu au prezentat nici un simptom de suferință cardiacă, la probele de mobilizare ale coloanei cervicale au survenit modificări ale traseului electrocardiografic: ascuțirea undelor T cu voltaj crescut pozitiv în precordiale și extrasistolele ventriculare. De altfel la acești bolnavi nu am găsit semne de suferință coronariană.

Din a doua categorie au făcut parte 12 bolnavi, 10 dintre ei sub 50 de ani. Toți aceștia au prezentat dureri precordiale. La 6 din ei durerile puteau fi provocate sau accentuate prin mobilizarea coloanei cervicale.

Modificări electrocardiografice au prezentat 6 bolnavi, acestea au apărut numai după probele de mobilizare ale coloanei cervicale pe partea stîngă sau dreaptă: complexe QRS cu îngroșări și creștături, extrasistole ventriculare, iar într-un caz fibrilație atrială.

Din grupa a treia au făcut parte 13 bolnavi, toți peste 45 de ani. Pe lângă discopatia cervicală toți au prezentat semne clinice și electrocardiografice de cardiopatie ischemică. La doi bolnavi am putut pune în evidență rolul favorizant al discopatiei cervicale, semnele cardiopatiei ischemice apărînd la 1—2 ani după debutul discopatiei fără nici o altă cauză explicabilă (amîndouă femei de 45 de ani). În alte 3 cazuri discopatia a avut un efect net declanșator asupra suferinței coronariene, care s-a evidențiat prin faptul că, apariția simptomelor de discopatie a fost urmată imediat sau aproape imediat de apariția semnelor cardiopatiei ischemice.

La un alt caz apariția discopatiei cervicale a agravat ulterior simptomatologia și evoluția cardiopatiei ischemice.

Discuția cazurilor

La prima categorie de bolnavi era vorba de discopatii cervicale fără prezența semnelor cardiopatiei ischemice. Apariția modificărilor electrocardiografice la mobilizarea coloanei la doi dintre bolnavi concordă cu datele din literatură unde se descriu astfel de modificări ale traseului electric în discopatiile cervicale mai frecvent tulburări de ritm, fără ca în aceste cazuri însă să fie vorba de o suferință miocardocoronariană (10). Totuși și în aceste cazuri se poate ridica obiecția că ar putea fi tulburări funcționale coronariene latente, modificările coloanei cervicale reprezentînd doar un factor favorizant sau declanșator în manifestarea acestora (4, 7). Numai observația în timp a cazurilor ar putea eventual lămurii această problemă.

Din grupa a doua de bolnavi cu dureri precordiale, 6 bolnavi pe baza examenului clinic și electrocardiografic, au prezentat dureri de tip nevralgic al peretelui toracic. La alți 6 bolnavi s-ar fi putut pune problema unei suferințe coronariene, aceștia prezentând simptome de angină pectorală. Sindromul acesta însă era declanșat nu atât de efort, ci mai mult la mobilizarea coloanei cervicale, la fel și modificările electrocardiografice au apărut după probele de mobilizare ale coloanei. Desigur la acești bolnavi se poate incrimina existența unor tulburări functionale coronariene declanșate de discopatia cervicală.

La majoritatea bolnavilor din a treia categorie s-a putut pune în evidență o legătură între discopatia cervicală și apariția sau influențarea într-o oarecare măsură a cardiopatiei ischemice. Legătura aceasta în câteva cazuri a fost confirmată și prin proba terapeutică la vertebroterapie, iar în altele prin fizioterapie, obținându-se dispariția, respectiv ameliorarea acuzelor coronariene.

În ceea ce privește modificările radiologice ale coloanei cervicale, în concordanță cu datele din literatură, am constatat că durerile precordiale au apărut mai ales la cazurile care au prezentat modificări radiologice minime (10). Se pare că în aceste cazuri iritațiile radiculare se produc prin localizarea procesului, mai ales la nivelul găurilor de conjugare. În cazurile asociate, discopatie cardiopatie ischemică, modificările de la nivelul coloanei erau mai exprimate. Acest lucru ar pleda eventual în favoarea influenței cardiopatiei ischemice asupra modificărilor coloanei, aceasta agravând evoluția leziunilor degenerative ale coloanei (8).

Examenul oftalmologic ne-a arătat aproape la toate cazurile cercetate o hipotensiune a arterei retiniene. Probabil aceste simptome sînt legate de stări ischemice pe teritoriul de irigație vertebrobasilar în urma prinderii în procesul discartrozic a ramurilor simpatice care însoțesc arterele vertebrale (1).

În concluzie studiul nostru confirmă datele din literatură privind relațiile dintre discopatia cervicală și cardiopatia ischemică, arată posibilitatea apariției unor dureri precordiale, uneori chiar cu caracter de angină pectorală la bolnavii cu discopatie cervicală, fără suferințe coronariene deceleabile, cu modificări trecătoare ale traseului electric.

Pe de altă parte se poate presupune o influență reciprocă între discopatia cervicală și cardiopatia ischemică în sensul favorizării, declanșării sau agravării unui proces de către celălalt.

Sosit la redacție: 14 mai 1968.

Bibliografie

1. BRAIN I.: Brit. Med. Journ. (1963), 1, 771; 2. CHATEL A., RIESZ E.: Rheumatologia, Ed. Medicina, Budapesta 1966; 3. DIMITRIU C. GH.: Reumatologia clinică, Ed. Med. București, 1960; 4. CLIGORE V., LUCACIU O., RUB D., DUMITRESCU I.: Med. Internă (1962), XIV, 12, 1487; 5. GOTTSEGEN GY.: Szivbetegségek, Ed. Medicina, Budapesta 1961; 6. GÜTZELT K.: Dtsch. Med. Wschr. (1951), 76, 3, 44; 7. PĂUNESCU-PODEANU A., CIOBANU V.: Med. Internă (1962), XIV, 6; 8. ROSENZWEIG S., PALADE N., SCHIAU S., HERTEANU H., STOENESCU R., DEBĂU M.: Cercetări clinice și radiologice în spondiloză. Probleme de reumatologie, Ed. Acad. R.P.R. 1956, IV, 197; 9. STOIA I.: Reumatologie practică, Ed. Med. București 1953; 10. VAJDA GY., PÓTA I., THURÓCZY ZS.: Orv. Hetil (1963), 43, 2023.