

Sindrome mediastinica

Richiami anatomici. Il mediastino è la parte di spazio toracico compreso tra le due cavità pleuriche delimitato anteriormente dallo sterno, posteriormente dalla colonna vertebrale (I-XI vertebra toracica), ai lati dalle pleure mediastiniche, superiormente comunica direttamente con le fasce cervicali attraverso lo stretto toracico superiore e inferiormente è delimitato dal diaframma.

Il mediastino può essere suddiviso in tre compartimenti (mediastino anterosuperiore, medio, posteriore) e tale suddivisione è utile per l'inquadramento topografico e diagnostico delle neoplasie mediastiniche.

Nel mediastino *anterosuperiore* sono contenuti: il timo, i linfonodi, tessuto connettivo di sostegno e vasi mammari interni.

Nel mediastino *medio* sono contenuti pericardio, cuore e grossi vasi (v. cava superiore, v. anonime, arco aortico e suoi rami), n. frenici e n. vaghi (porzione superiore), trachea ed ili polmonari, linfonodi e connettivi di sostegno.

Nel mediastino *posteriore* sono contenuti: dotto toracico, v. azygos ed emiazygos, aorta discendente, catene simpatiche e n. vaghi (porzione inferiore), linfonodi e connettivo areolare.

Per sindromi mediastiniche si intendono complessi sintomatologici causati da *compressione* e *infiltrazione* delle strutture mediastiniche da parte di masse neoplastiche solitamente di natura neoplastica ma anche displastiche, infiammatorie oppure costituite da una raccolta liquida voluminosa.

Le strutture che più facilmente risentono della compressione estrinseca sono la v. cava superiore e le v. anonime. Più tardiva è la stenosi da compressione a carico di trachea ed esofago. In ultimo l'infiltrazione neoplastica di strutture nervose mediastiniche può dar origine a sindromi neurologiche tipiche.

Nell'ambito delle sindromi mediastiniche distinguiamo dunque: la s. della v. cava superiore, la s. da compressione tracheale, la s. disfagica e le sindromi neurologiche.

Sindrome della vena cava superiore

E' dovuta ad un ostacolo al deflusso del sangue dalla v. cava superiore al cuore destro per ostruzione parziale o totale del lume venoso. La sindrome conclamata è caratterizzata da turgore giugulare non modificato con il ciclo respiratorio e congestione ed edema dei tessuti molli del capo, dell'emitorace e degli arti superiori (edema a mantellina).

La sede in cui avviene l'ostruzione venosa determina varie possibilità di compenso del deflusso venoso. Infatti:

- L'ostruzione della v. cava superiore in sede distale o prossimale rispetto allo sbocco dell'azygos consente un buon compenso emodinamico;
- L'ostruzione della v. cava superiore con ostruzione della v. azygos ed emiazygos determina una stasi venosa marcata con edema a mantellina in quanto le v. mammarie e i vasi della parete toracica non sono in grado da soli di garantire un ritorno venoso di compenso

Le cause più frequenti di ostruzione sono linfadenopatia neoplastica o infiammatoria (metastasi linfonodali di ca. broncogeno, sclerosi linfonodale tubercolare) oppure un tumore maligno primitivo che infiltra od occlude la v. cava superiore direttamente.

L'esordio della sintomatologia è variabile potendo manifestarsi in maniera brusca o graduale a seconda della pervietà dei circoli collaterali.

Un segno spesso presente è quello del collare di Stokes con scomparsa delle depressioni cutanee alla base del collo.

Per la diagnosi di sede dell'ostruzione è utile l'angio-TC.

Sindrome da compressione tracheale

Rispetto alla sindrome precedente, compare in maniera più tardiva per la natura rigida del tubo tracheale. La trachea può venire compressa in senso antero-posteriore configurando la c.d. trachea piatta oppure in senso laterale configurando la c.d. trachea a fondo di sciabola.

La stenosi tracheale al di sotto di una soglia critica (meno della metà del diametro normale) determina l'insorgenza di stridore respiratorio (cornage) e dispnea inspiratoria (tirage). L'aggravarsi della stenosi può portare al ristagno di secrezione, tosse, cianosi e morte per asfissia.

Alterazioni visibili all'rx del torace, TC e RMN.

Sindrome disfagica

Tra le cause più frequenti si ricordano le metastasi linfonodali mediastiniche paraesofagee da ca. polmonare. La diagnosi di certezza si ha con l'esofagografia e TC; biopsia della massa comprimente l'esofago.

Se la massa è posteriore la disfagia ha esordio più precoce rispetto alla compressione laterale che si appalesa più tardivamente per la motilità dell'esofago in senso laterale.

Sindromi neurologiche

Dovute all'infiltrazione e compressione delle strutture nervose decorrenti nel mediastino. Ricordiamo: la sindrome dispnoica da paralisi del n. frenico con conseguente paralisi ed innalzamento dell'emidiaframma omolaterale; la s. di Bernard-Horner da paralisi della catena del simpatico toracico prossimale; la sindrome disfonica da paralisi del n. laringeo ricorrente.

Mediastiniti

Sono acute suppurative e croniche.

La *mediastinite acuta suppurativa* è secondaria ad interventi chirurgici (post-sternotomia) o a traumi esofagei (perforazioni) e possono sfociare rapidamente in una sindrome settica perché il connettivo lasso mediastinico favorisce la proliferazione batterica e l'assorbimento di prodotti tossici essendo poco vascolarizzato e con scarsi mezzi di difesa. I segni generali sono: dolore retrosternale acuto o gravativo, febbre settica elevata, dispnea legata al dolore e all'occupazione meccanica. Leucocitosi neutrofila.

Due sono le forme di mediastinite suppurativa: una flemmonosa con prurito e versamento pleurico purulento, pericardite con tendenza alla diffusione per via linfatica nelle varie logge mediastiniche; l'ascesso mediastinico con spiccata tendenza ad accrescersi e fistolizzare verso il polmone, bronchi ed esofago.

Le mediastiniti croniche sono rare affezioni secondarie a tubercolosi, istoplasmosi e patologie fibrotiche idiopatiche.

La terapia delle mediastiniti prevede il drenaggio del focolaio settico attraverso mediastinotomia cervicale o parasternale e il trattamento della patologia di base.