

Clinica Medicală nr. 2 (cond.: prof. dr. E. Olosz, doctor în medicină) și Clinica Medicală nr. 3 (cond.: conf. dr. S. Cotoi, doctor în medicină) din Tîrgu-Mureș

### SINDROMUL DE CIOCAN AL HIPOTENARULUI, FORMĂ PARTICULARĂ ÎN CADRUL ARTERIOPATIILOR OBLITERANTE

Z. Brassai, E. Horváth, E. Olosz, H. Gh. Pop, Ana Albu, P. Koválszki, M. Macavei

Rolul traumatismelor în etiologia ocluziilor arteriale periferice — și în special în geneza sindromului Raynaud — este de mult relatat (1, 3, 5, 7, 12). Mai puțin cunoscut este însă faptul că sindromul Raynaud poate să apară și după un singur traumatism local, primul caz fiind publicat de *van Rosen* (1934; 13). Cel mai frecvent sînt atinse arterele regiunii palmare (2, 8, 11, 14). Obliterarea traumatică — prin compresie sau lovitură — a arterei ulnare în canalul Guyon și a vaselor palmare, produce sindromul de ciocan al hipotenarului, denumire propusă de *Conn* (1970) „Hypothenar hammer syndrome“ (4). Leziunea vasculară apare de obicei în urma folosirii hipotenarului ca „ciocan“ (mecanici, pantofari, timplari etc.). Pentru confirmarea diagnosticului — pe lângă explorarea ultrasonică — este indispensabilă și efectuarea serioangiografiei (6, 12).

Prelucrarea cazuisticii subsecției de angiologie a clinicii a evidențiat că dintre 712 bolnavi internați în ultimii 10 ani cu diagnosticul de arteriopatie obliterantă a membrilor, la care s-a efectuat și investigația arteriografică, obliterarea prin tromboza arterială posttraumatică a membrului superior a fost prezentă într-un număr de 20 de cazuri (2,8%). Dintre acești 20 de bolnavi la 10 s-a constatat tabloul clinico-angiografic caracteristic al sindromului de ciocan al hipotenarului (1,4%).

În cele ce urmează vom prezenta pe scurt datele clinice și arteriografice ale acestor bolnavi (tabelul nr. 1).

#### Discuții, concluzii

Sindromul de ciocan al hipotenarului nu constituie o raritate clinică, reprezentînd cca 50% din arteriopatiile obliterante posttraumatice ale membrilor superioare. Predispoziția segmentului distal al arterei ulnare la leziuni traumatice, se datorește relațiilor anatomice: a) în canalul Guyon artera se găsește pe un plan osos și totodată este fixată, fiind în acest fel mult mai expusă efectelor compresiei mecanice; b) în zona hipotenarului poziția arterei ulnare, respectiv a arcului palmar este superficială (5, 6, 12).

Afecțiunea apare aproape exclusiv la bărbați, preponderent în cursul exercitării anumitor profesii (strungar, timplar, pantofar). Tabloul clinic este dominat de semnele ischemiei digitale — cauzată de tromboza vasculară — la care se asociază fenomenele vasospastice de tip Raynaud,

Sindromul de ciocan al hipotenzarului

Date clinice, pletismografice și arteriografice ale bolnavilor

Numele Virsta Sexul Ocupația	1	Felul și locul traumatismului	2	Localizarea ischemiei	3	Tulburări trofice	4	Examen Doppler	5	Pletismo- grama digitală	6	Arteriograma	7	Treata- ment	8	Control (luni) Evoluție
P. I. 45 B Pantofar		Traumatism palmar dr. prin compresie	2	Degetele II—V	3	Prezente	4	—	5	Patologic	6	Patologic	7	C L	8	10 Asimptomatic
C. L. 33 B Strungar		Lovitura hipo- tenarului dr. de un tub me- talic		Degetele II—IV		Prezente		—		Patologic		Patologic		K D		24 Asimptomatic
U. P. 47 B Timplar		Traumatism palmar dr. prin lovitură		Degetele II—V		Prezente		—		Patologic		Patologic		C H		11 Staționar
F. Z. 27 B Tehnician		Traumatism palmar dr. prin cădere		Degetele II—V		Prezente		—		Patologic		Patologic		H D		13 Ameliorat
N. A. 44 B Strungar		Traumatism palmar dr. prin lovitură		Degetele III—V		Prezente		Ischemie digitală		Patologic		Patologic		D H C P		10 Asimptomatic
B. S. 41 B Muncitor		Traumatism palmar sig. prin lovitură		Degetele III—V		Lipseșc		—		Patologic		Patologic		D C P		9 Asimptomatic

1	2	3	4	5	6	7	8	9
P. Z. 43 B Muncitor	Efort plus traumatic al hipertensivului dr.	Degetele II—V	Prezente	Ischemie digitală	—	Patologic	D C P	4 Ameliorat
Sz. A. 47 F Floricultor	Efort plus compresiv palmei stg.	Degetele III—V	Lipsește	Ischemie digitală	—	Patologic	C D H	II Asimptomatic
B. I. 45 F Tăvălaș	Traumatism palmar dr. prin compresie	Degetele II—III	Lipsește	Ischemie digitală	—	Patologic	C D H	—
S. G. 37 B Frezor	Traumatism palmar stg. prin lovitură	Degetele II—IV	Prezente	Ischemie digitală	—	Patologic	C D P	—

C = Complamin  
 H = Hydergin  
 K = Kallikrein  
 L = Lamuran  
 D = Dextran 70  
 P = Persantin (Dipiridamol)



Fig. nr. 1: C. L. bărbat de 33 ani. Dg. sindromul de ciocan al hipotenarului drept.



Fig. nr. 2: B. S. bărbat de 41 ani. Dg. sindromul de ciocan al hipotenarului stâng.

datorită coafectării fibrelor nervoase vegetative (2, 4, 9). Tulburările trofice — sub formă de necroze-ulcerații acrale — sînt frecvente.

Pletiomografia digitală obiectivizează diminuarea amplitudinii undelor primare, prelungirea pantei anacrote și a timpului de înclinație, respectiv dispariția incizurii dicrote de pe panta catacotă. Examenul Doppler evidențiază un deficit de circulație la nivelul arterelor arcadelor palmare și a interdigitalelor. Serioarteriografia transaxilară, în toate cazurile, pune în evidență leziuni arteriale organice obliterative la nivelul traumatismului și distal de acesta (fig. nr. 1, 2).

Prognosticul — deși în faza acută sînt frecvente tulburările trofice — este favorabil, simpatectomia devine necesară extrem de rar. Terapia constă în administrarea medicamentelor antiagregante și vasodilatatoare.

Avînd în vedere particularitățile speciale — patogenetice, diagnostice, prognostice și terapeutice — mai sus amintite —, considerăm că cunoașterea mai largă a acestui sindrom (nepublicat încă în literatura de specialitate indigenă) prezintă o utilitate practică.

### Bibliografie

1. Abramson D. I.: Vascular disorders of the extremities. Second edition. Harper and Row Publishers, Hagerstown-New York-San Francisco-London, 1974, 696;
2. Bollinger A.: Funktionelle Angiologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1979, 108;
3. Boneu B.: Angéiologie (1983), 35, 47;
4. Conn J., Bergan J. J., Bell J. L.: Surgery (1970), 68, 1122;
5. Dale W. A., Lewis M. R.: Surgery (1970), 67, 62;
6. Káli A., Urai L., Csobály S.: Orv. Hetil. (1977), 118, 200;
7. Káli A., Urai L.: Orv. Hetil. (1978), 119, 2553;
8. Kluken N.: Folia Angiologica (1974), 22, 54;
9. Miles Little J., Ferguson D. A.: Arch. Surg. (1972), 105, 684;
10. Millender L. H., Nalabuft E. A.: Arch. Surg. (1972), 105, 686;
11. Pietri J., Bertoux J. P., Monchaux G., Paoli F., Vermynck J. P., Gamain J.: Angéiologie (1977), 29, 83;
12. Pouliadis G., Bollinger A., Brunner U.: Fortschr. Röntgenstr. (1977), 127, 345;
13. van Rosen S.: Acta Chir. Scand. (1934), 73, 500, cit. 6;
14. Roussel J., Bouchet P., Mascali Y., Kiény R.: Angéiologie (1977), 29, 129;
15. Sor N. A.: Vestn. Hirurg. (1982), 8, 46;
16. Viciu E., Apetrei E.: Arteriopatiile periferice. Ed. Medicală, București, 1979, 165 și 255.

Sosit la redacție: 18 martie 1985

Z. Brassai, E. Horváth, H. Gh. Pop, Ana Albu, P. Koválszki, M. Macavei

#### HYPOTHENAR HAMMER SYNDROME, A SPECIAL FORM IN OBLITERANT ARTERIOPATHIES

The traumatic obliteration — by hitting or compressing — of the ulnar artery in Guyon's canal and/or of the palmar arches is termed "hypothenar hammer syndrome". Based on 10 cases, the authors have analysed the clinical and arteriographic aspects of this syndrome. They have found that this affection occurs mainly in certain professions. The clinical picture is dominated by the signs of digital ischaemia — due to vascular thrombosis — which are associated with vasospastic phenomena type Raynaud, caused by the fact that the vegetative

nerve fibres are coaffected. Acral trophic disorders (necrosis → ulceration) are frequent. The arteriography in all cases reveals the presence of obliterative organic arterial lesions at the level of the traumatism and far from it. The prognosis is favourable. The therapy consists in the administration of antiaggregant and vasodilative medicines.

Considering the special characteristics mentioned above, the authors think that it is useful to have more knowledge about these syndromes.

---