

SINDROME BRACHICEFALICA

La sindrome brachicefalica o sindrome ostruttiva delle vie aeree superiori (BAOS) è una condizione patologica che interessa prevalentemente i cani brachicefali e i gatti a muso corto. Le razze canine più colpite sono: Carlino, Bull Dog Inglese, Bouledogue Francese, Boston Terrier, Pechinese, Cavalier King Charles Spaniel, Shar-pei e Shih Tzu. Anche le razze brachicefale di taglia grande come il Boxer e Bull Mastiff possono presentare tale sindrome seppur con incidenza inferiore e minore gravità clinica. Le razze feline più colpite sono: il Persiano, il British Shorthair, l'Exotic Shorthair, il Bombay, l'Himalayano e lo Scottish Fold.



Attualmente tutti i cani ed i gatti appartenenti alle razze sopra elencate sono da considerare “presumibilmente malati”, ed è un atteggiamento pericoloso e superficiale considerare il respiro rumoroso, l'affaticabilità, il russamento e la

sincope come condizioni “normali” o addirittura “ironicamente folcloristiche” nei pazienti appartenenti a queste razze. Proprio perché parliamo di una sindrome e non di un’unica malattia è fondamentale eseguire un corretto inquadramento clinico e diagnostico in modo da poter fare una gestione nel complesso del paziente brachicefalico e delle patologie aereo/digestive connesse alla sindrome. L’obiettivo del veterinario è quello di valutare la gravità del paziente consentendo di stabilirne la prognosi ed impostare l’approccio terapeutico (medico e/o chirurgico) più efficace.

Fisiopatologia

In questi cani si verifica un accrescimento osseo della testa in larghezza, e non in lunghezza, mentre i tessuti molli non sono ridotti proporzionalmente allo scheletro osseo che li contiene.

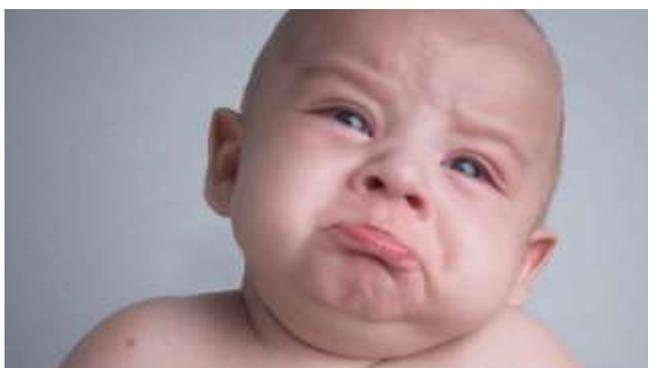


Cranio di un Bulldog nel 1790



Cranio del Bulldog oggi

Per secoli, gli allevatori hanno forzato la selezione di questi animali con lo scopo di accentuare e fissare queste anomalie prediligendo l’aspetto estetico su quello funzionale. Queste razze sono attualmente molto diffuse ed uno dei principali motivi è rappresentato dall’aspetto «umanoide» o quasi infantile della testa di questi animali.



Questa condizione provoca una serie di anomalie respiratorie e digestive, congenite e acquisite, che ostacolano il passaggio dell'aria da cui derivano i segni clinici.

Primarie

stenosi narici
ipoplasia cavità nasali
turbinati rinofaringei
stenosi rinofaringea
iperplasia palato molle
macroglossia
ipoplasia tracheale
esofago tortuoso
ernia iatale
IPA

Secondarie

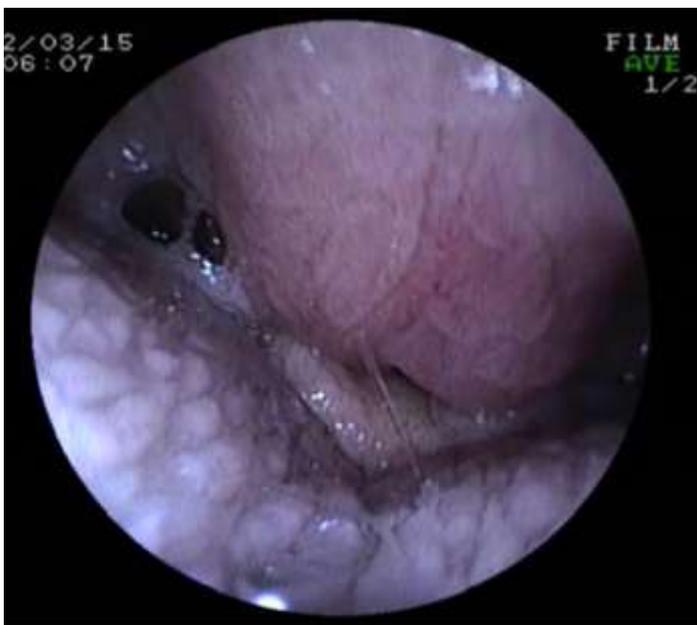
ipertrofia tonsille
ipertrofia faringe
ipertrofia laringe
collasso laringeo
collasso bronchiale
esofagite da reflusso
ernia iatale
duodenite

Tra le più comuni anomalie anatomiche respiratorie congenite evidenziamo:

1) stenosi delle narici: restringimento dell'apertura nasale, che appare come una fessura di pochi mm di larghezza.



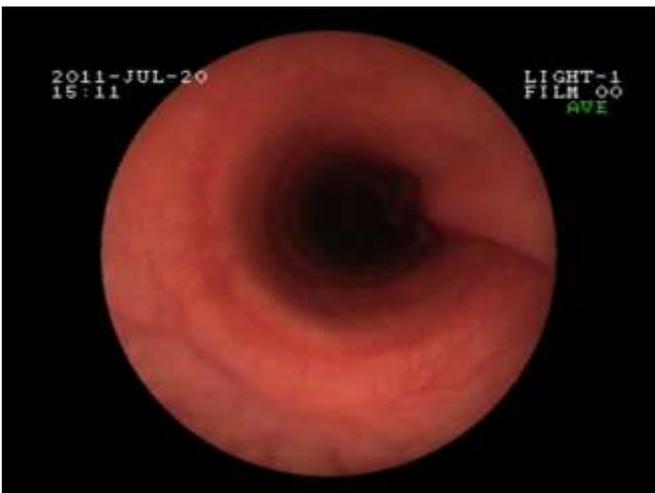
2) palato molle allungato ed ispessito



3) Ipoplasia delle cavità nasali e turbinati rostrali e rinofaringei ectopici



4) Trachea ipoplasica, di diametro inferiore rispetto alla norma



Tra le anomalie anatomiche respiratorie acquisite evidenziamo:

- 1) Il collasso laringeo: la difficoltà respiratoria cronica può causare un progressivo indebolimento delle cartilagini laringee, soprattutto delle aritenoidi, che tendono progressivamente a deformarsi collassando. La diminuita consistenza delle cartilagini aritenoidi esita in un loro avvicinamento in direzione mediale con conseguente riduzione dello spazio laringeo. Il collasso è un'anomalia anatomica e strutturale del laringe ma non è un problema funzionale. La capacità abduzione ed adduzione delle

cartilagini aritenoidi è normale. Il collasso laringeo è presumibilmente l'anomalia che influenza di più la sintomatologia clinica, la prognosi e la terapia della sindrome brachicefalica.



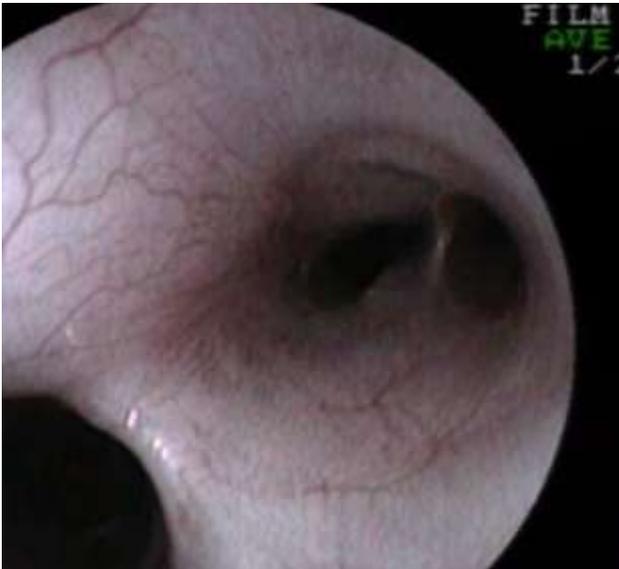
Collasso laringeo 3°

2) Eversione dei sacculi laringei

I sacculi appaiono come strutture cupoliformi bilaterali, di dimensioni variabili, traslucide e rosate, che si muovono in relazione al passaggio dell'aria durante le varie fasi respiratorie. Con l'aumento della frequenza respiratoria durante l'inspirazione i sacculi vengono aspirati medialmente mentre la contrazione dei muscoli cricoaritenoidi ne induce l'abduzione. Il verificarsi di queste forze contrarie determina nel tempo un ammorbidimento patologico delle cartilagini che tendono quindi a collassare medialmente.



- 3) Collasso bronchiale statico: rappresenta una alterazione frequente nei cani brachicefali soprattutto nel Carlino, come conseguenza della parziale ostruzione delle vie respiratorie superiori



Segni clinici

I soggetti colpiti dalla sindrome BAOS possono passare molto rapidamente da uno stato di difficoltà respiratoria sub-clinica, che spesso viene considerata normale dai proprietari, a gravi episodi di dispnea. Questa può insorgere come conseguenza di attività fisiche minime, in presenza di qualsiasi stimolo eccitatorio o in concomitanza di una variazione nelle condizioni ambientali come l'aumento della temperatura o dell'umidità dell'aria. I segni clinici prevalenti sono: respiro rumoroso e stertoroso, stridore, russamento grave, starnuto inverso, apnee notturne, tosse con o senza tentativo di espettorazione (retching), soffocamento, respirazione frequente ed a bocca aperta fino ad arrivare a quelli più gravi come la sincope, il colpo di calore ed il collasso. Nelle manifestazioni più acute e severe i pazienti possono presentare una grave difficoltà inspiratoria ed espiratoria (crisi dispnoica), con frequenza

respiratoria aumentata, respirazione a bocca aperta, mucose pallide o cianotiche e posizione ortopnoica (zampe dilatate e testa allungata sul collo).

I pazienti brachicefalici spesso vengono portati a visita per segni clinici gastroenterici (disfagia, vomito, diarrea, rigurgito). Anche per l'apparato digerente possiamo riscontrare anomalie digestive congenite (esofago tortuoso, ernia iatale, Ipertrofia pilorica antrale, Colite istiocitica ulcerativa del Bouledogue francese o del Boxer) e acquisite (esofagite da reflusso, ernia iatale, patologia infiammatoria intestinale). E' ormai consolidata la convinzione che in questi pazienti l'apparato gastroenterico e respiratorio s'influenzano vicendevolmente. Questa situazione provoca un'associazione tra sintomi respiratori e gastroenterici che migliorano gestendo adeguatamente entrambi gli apparati.



Esofagite da reflusso



Ipertrofia pilorica antrale



Duodenopatia associata a severa linfangectasia

Terapia e prognosi

Per impostare una terapia mirata che consenta una gestione nell'insieme di questa complessa sindrome, è fondamentale eseguire la Stadiazione endoscopica della sindrome brachicefalica, che ha lo scopo di valutare, con il paziente in anestesia generale, quali sono le alterazioni anatomiche respiratorie e digestive con cui è nato e quelle che si sono verificate con il tempo. L'esame endoscopico è essenziale per valutare la gravità del paziente consentendo di stabilirne la prognosi ed impostare l'approccio terapeutico (medico e/o chirurgico) più efficace. La stadiazione precoce riduce la comparsa di anomalie funzionali secondarie migliorando la prognosi del paziente.

La correzione chirurgica quando richiesta ha lo scopo di migliorare la pervietà delle vie respiratorie su cui si può intervenire chirurgicamente e rallentare il peggioramento della patologia. A seconda della gravità delle anomalie riscontrate può prevedere la plastica delle narici, con lo scopo di migliorare la pervietà e quindi il passaggio dell'aria, l'accorciamento e la riduzione di spessore del palato molle (stafiloplastica), l'asportazione dei sacculi laringei quando considerati occludenti, la tonsillectomia (asportazione delle tonsille), la lateralizzazione della cartilagine laringea o laringectomia, la turbinectomia. Nella nostra pratica clinica, dopo aver effettuato la stadiazione della sindrome brachicefalica, quando indicata eseguiamo la chirurgia di primo livello e quindi la rinoplastica e la stafiloplastica correttiva. La stafiloplastica viene eseguita attraverso l'ausilio del laser a diodi o dello scalpello armonico, in modo da tagliare e cauterizzare simultaneamente. Questo rende la procedura meno invasiva, senza necessità di applicazione di punti di sutura e con tempi di recupero post chirurgici più rapidi.

