

ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ; ΟΡΙΣΜΟΣ, ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Δημ. Ι. Γουλές¹, Γ. Λεντάρης²

¹. Ρευματολόγος, Αθήνα, ². Γενικός Ιατρός

(Σύμφωνα με τους κανόνες της Γλωσσολογίας (Καθ. Χ. Χαραλαμπίκης) λέξεις ή όροι που επικράτησαν έστω και λανθασμένοι θεωρούνται τελικά αποδεκτοί).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα ανασκόπηση επιχειρείται η μορφοποίηση του κλινικού περιεχομένου του αυχενικού συνδρόμου, μίας αμφιλεγόμενης νοσολογικής οντότητας. Προτείνεται ο ορισμός του συνδρόμου και οριοθετείται το κλινικό φάσμα και οι εκδηλώσεις του. Παράλληλα, γίνεται κατάταξη και περιγραφή των μηχανικών –εκφυλιστικών νοσημάτων της ΑΜΣΣ που αποτελούν την ανατομική, παθογενετική και παθοφυσιολογική βάση του. Τονίζεται ιδιαίτερα η συσχέτισή του με τα νευρομυελο-ρίζιτικά στοιχεία και τα σπονδυλοβασικά αγγεία που ευθύνονται για τη πολυπλοκότητα και το κλινικό πολυμορφισμό του. Βασικά θα μπορούσαμε να ορίσουμε σαν αυχενικό σύνδρομο (ατελές ή πλήρες) το σύνολο των κλινικοπαθολογοανατομικών εκδηλώσεων που είναι αποκλειστικά μηχανικής-εκφυλιστικής αρχής και έχουν ως έδρα την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

Ανατομική βάση

Η έννοια και το νοσολογικό περιεχόμενο του λεγόμενου αυχενικού συνδρόμου δεν έχει ακόμη προσδιορισθεί με σαφήνεια, αν και στην αγγλόφωνη βιβλιογραφία φέρεται ως αμφισβητούμενη ή μη υπάρχουσα κλινική οντότητα (1).

Η τοπογραφική και η λειτουργική συνάφεια των ανατομικών στοιχείων του αυχένα καθώς και η αλληλεπίδραση τους δικαιολογεί σε ένα βαθμό την δημιουργία συμπλέγματος συμπτωμάτων σε πλήρη ή ατελή μορφή συνδρόμου, με τον όρο αυχενικό σύνδρομο, περιγραφόμενο κυρίως από συγγραφείς της κεντρικής Ευρώπης (2).

Η ανατομική και η παθοφυσιολογική βάση του αυχενικού συνδρόμου συνίσταται στο ότι ο αυχένας αποτελείται κεντρικά από συνεχόμενες δίσκο-σπονδυλικές μονάδες, η μηχανική βλάβη των οποίων δυνητικά επηρεάζει τα σε επαφή ευρισκόμενα νευρικά στοιχεία (νωτιαίο μυελό και ρίζες) ή τα σπονδυλοβασικά αγγεία με το περιαγγειακό συμπαθητικό πλέγμα. Συμπίεση ή ερεθισμός των νευροαγγειακών δομών έχει αντίκτυπο στο σύστημα ισορροπίας με αντίστοιχη συμπτωματολογία (2,4,13-20).

Ανατομικά η ΑΜΣΣ αποτελείται από επτά σπονδύλους και υποδιαιρείται σε τρεις μοίρες : ανώτερα, μέση και κατώτερα. Οι δύο πρώτοι σπόνδυλοι σχηματίζουν το ινίο-ατλαντοαξονικό σύμπλεγμα, ή την ανώτερα αυχενική μοίρα που είναι άδισκη και εμφανίζει μοναδική κατασκευή, υπεύθυνη για τη λειτουργική ιδιαιτερότητα της περιοχής. Οι αρθρώσεις της είναι ορογόνες, διαφέρουν σημαντικά από τις άλλες αυχενικές αρθρώσεις και προκαλούν ειδική, αλλά ασαφή συμπτωματολογία που

συνίσταται κυρίως σε ινιαλγία και αυχενογενή κεφαλαλγία (3,8) .

Η μέση αυχενική μοίρα συμπεριλαμβάνει τον Α3 και Α4 σπόνδυλο με αντίστοιχη κλινική συμπτωματολογία από τα επιχώρια ανατομικά μόρια.

Η κατώτερη ΑΜΣΣ περιλαμβάνει την Α5-Θ1 περιοχή. Είναι η συχνότερα προσβαλλόμενη μοίρα, της οποίας η κλινική συμπτωματολογία αναπτύσσεται αμέσως παρακάτω.

Η σπονδυλική αρτηρία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παθολογία και στην ολοκλήρωση του λεγόμενου αυχενικού συνδρόμου. Εκφύεται από την υποκλείδιο αρτηρία και, αφού διέλθει τη μάζα των σκαληνών μυών, πορεύεται μέσα από τα τρήματα των εγκαρσίων αποφύσεων του 6ου αυχενικού σπονδύλου. Από τις σπονδυλικές αρτηρίες σχηματίζεται ή βασική αρτηρία (5,7). Κλάδοι της σπονδυλοβασικής αρτηρίας αιματώνουν το λαβύρινθο και τους αιθουσαίους πυρήνες. Οι περιοχές αυτές είναι ευαίσθητες στην ελάττωση της κυκλοφορίας οιασδήποτε αιτιολογίας, ιδιαίτερα αν συνυπάρχει αρτηριοσκληρυντική νόσος. Ισχαιμία μπορεί να προκύψει από στένωση της σπονδυλοβασικής αρτηρίας ή από ερεθισμό του περιαγγειακού συμπαθητικού πλέγματος που περιβάλλει την αρτηρία, όπως αποδείχθηκε σε πειραματόζωα (2,3,4).

Σημαντικοί κλάδοι της σπονδυλικής αρτηρίας είναι η πρόσθια νωτιαία και οι ριζικές αρτηρίες που αιματώνουν τον νωτιαίο μυελό, απόφραξη των οποίων καταλήγει σε ισχαιμική αυχενική μυελοπάθεια ή έμφρακτο.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ

Από τις μηχανικές και εκφυλιστικές αλλοιώσεις της ΑΜΣΣ προκύπτουν τα αυχενικά μηχανικά σύνδρομα τα οποία είναι αντίστοιχα των μηχανικών οσφυαλγικών συνδρόμων (6) και αποτελούν τη παθολογοανατομική βάση του αυχενικού συνδρόμου και των κλινικών εκδηλώσεών του.

Στην **κλινική πράξη** απαντώνται συχνότερα με τις μορφές της υποδιαίρεσης και κατάταξης που εμφανίζονται στον πίνακα 1. Από τις μηχανικές-εκφυλιστικές διεργασίες του αυχένα μπορεί να πιεστούν, να ερεθιστούν ή να φλεγμανθούν τα δισκο-αρθρικά στοιχεία, τα νευρικά στοιχεία ή η σπονδυλική αρτηρία και πρωτοπαθώς η δευτεροπαθώς να προκύψουν σαφώς οριζόμενες νοσολογικές οντότητες και αντίστοιχα τα σύνδρομα όπως: δισκοπάθεια-δισκοκήλη, δισκαρθροπάθειας-σπονδύλωση, αυχενική σπονδυλωσική συμπιεστική μυελοπάθεια, σπονδυλοβασική ανεπάρκεια και σύνδρομο αυχενικού ή αυχενογενούς ιλίγγου.

Με τον όρο λοιπόν **αυχενικό σύνδρομο** εννοούμε τα μηχανικής-εκφυλιστικής αιτιολογίας σύνδρομα της ΑΜΣΣ (Πίνακα 1) που εκδηλώνονται με τα παρακάτω κλινικά συμπτώματα σε συνδυασμό ή μεμονωμένα :

1. Χρόνια ή υποτροπιάζουσα αυχεναλγία ή ριζαλγία
2. Ινιαλγία ή αυχενογενής κεφαλαλγία
3. Αυχενική συμπιεστική μυελοπάθεια ή ριζαλγία
4. Ανεπάρκεια σπονδυλοβασικής αρτηρίας
5. Διαταραχές ισορροπίας (αστάθεια, ζάλη, ίλιγγος).

Κάθε λοιπόν μηχανικό ή εκφυλιστικό νόσημα της ΑΜΣΣ είναι εν δυνάμει αυχενικό σύνδρομο με την ευρύτερη έννοια γιατί εμπεριέχει τη δυνατότητα εξέλιξης σε πλήρες ή ατελές αυχενικό σύνδρομο.

Αντίθετα, τα νεοπλάσματα, οι λοιμώξεις, τα κατάγματα, η ρευματοειδής αρθρίτις κλπ της ΑΜΣΣ, όπως είναι αυτονόητο, δεν εντάσσονται στο πλαίσιο του λεγόμενου «αυχενικού συνδρόμου», αλλά συνιστούν προσβολή του αυχένα από συγκεκριμένα ειδικά νοσήματα, με τα οποία θα πρέπει να γίνεται πάντοτε διαφορική διάγνωση πριν καταλήξουμε στην οριστική διάγνωση του αυχενικού συνδρόμου, το οποίο εκ των πραγμάτων έχει σχετικά ευνοϊκότερη πρόγνωση και διαφορετική παθολογοανατομική υπόσταση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Αυχενικά σύνδρομα μηχανικής αιτιολογίας

- Σύνδρομο κακής στάσης (μυο-συνδεσμικό)
- Σύνδρομο μηχανικής αστάθειας (22,23)
- Αυχενική δισκοπάθεια – δισκοκήλη
- Αυχενική δισκαρθροπάθεια- σπονδύλωση
 - α) αποφυσιακή οστεοαρθρίτις (αυχεναλγία)
 - β) κεντρική στένωση (μυελοπάθεια)
 - γ) πλάγια στένωση (ριζοπάθεια)
 - δ) ανεπάρκεια σπονδυλοβασικού συστήματος (κ.ν.σ)
- Σύνδρομο ινιο-ατλαντοαξονικού συμπλέγματος (οστεοαρθρίτις και υπεξάρθρωμα)
- Αυχενικός ίλιγγος

1. Σύνδρομο κακής στάσης (posture syndrome)

Μυοσυνδεσμικό η προδισκικό σύνδρομο

Η ελληνική βιβλιογραφία δεν έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με τα σύνδρομα κακής στάσης.

Οι κινήσεις και η στάση του σώματος είναι καταγεγραμμένες στο ΚΝΣ. Διατηρούνται με ανατροφοδοτικό (feedback) μηχανισμό μέσω περιφερικών ιδιοδεκτικών υποδοχέων και πληροφοριών, από το ΚΝΣ και από το αιθουσαίο σύστημα, ρυθμίζοντας (προσαρμόζοντας) κάθε φορά ανάλογα τον μυϊκό τόνο, τη στάση και τις κινήσεις του σώματος. Το ανθρώπινο σώμα και ιδιαίτερα η σπονδυλική στήλη θεωρείται μία ενιαία βιοκινητική αλυσίδα που το κάθε τμήμα της επηρεάζεται αναπόφευκτα από τη στάση και την κίνηση των άλλων μοιρών(2,5,6).

Το αυχενικό σύνδρομο κακής στάσης θεωρείται μέρος των θεσιακών συνδρόμων του σώματος και βρίσκεται σε συνάρτηση μ' αυτά. Ονομάζεται από το λαό κουρασμένος ή πιασμένος αυχένας. Θεωρείται σαν αποτέλεσμα ανισορροπίας των καταπονημένων αυχενοθωρακικών μυών. Όταν η κεφαλή στέκεται πολύ μπροστά σε σχέση με το θώρακα δημιουργεί ροπές από την βαρύτητα. Οι αυχενικοί μύες (οπίσθιοι,τραπεζοειδής) και ιδιαίτερα ο ανελκτήρας της ωμοπλάτης υπερενεργούν και καταπονούνται για την εξουδετερωσή τους (5, 6),εξού και ο μόνιμος πόνος στις τενόντιες καταφύσεις

Την κακή προς τα εμπρός θέση της κεφαλής υποβοηθούν αιτιολογικά η παρατεταμένη καθιστική θέση σε γραφείο με τα χέρια εμπρός (υπάλληλοι γραφείων, χρήστες υπολογιστών, οδηγοί), τα διπλοεστιακά γυαλιά, οι μεγάλοι μαστοί, η εγκυμοσύνη και η κατάθλιψη. Η κακή θέση του αυχένα στον ύπνο είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη χρονιότητα του συνδρόμου που δεν έχει τονισθεί ιδιαίτερα από τη βιβλιογραφία. Ακόμη, η στάση του σώματος μεταβάλλεται παθολογικά (κύφωση) με την ηλικία λόγω εκφυλιστικών-οστεοπορωτικών διεργασιών στη σπονδυλική στήλη, ιδίως στη ΘΜΣΣ, στους ραχιαίους μυς και στους ιδιοδεκτικούς υποδοχείς (3,5).

Συμπτώματα

Συνήθως ο ασθενής αισθάνεται κόπωση και πόνο στον αυχένα καθώς και στην άνω θωρακική περιοχή με δυνητική αντανάκλαση στην κεφαλή. Συχνά υπάρχουν επώδυνα σημεία στις καταφύσεις του ανελκτήρα της ωμοπλάτης, στον αυχένα και στην άνω έσω γωνία της ωμοπλάτης.

Η ΣΣ για να αντιρροπήσει την κατάσταση πραγματοποιεί αντίθετες κινήσεις στα όμορα τμήματα της. Έτσι η κύφωση της αυχενοθωρακικής περιοχής οδηγεί σε έκταση της ινιοαυχενικής,

με πρόσθια μετατόπιση της κεφαλής και έκταση της οσφύος. Και το αντίθετο: η έκταση της οσφύος οδηγεί σε θωρακική κύφωση. Τα ανωτέρω όμως οδηγούν σε βράχυνση των ινιοαυχενικών μυών, των στερνοκλειδομαστοειδών, των σκαληνών και της άνω μοίρας των τραπεζοειδών με συμπίεση των νεύρο-αγγειακών στοιχείων, όπως της σπονδυλικής αρτηρίας και των ινιακών νεύρων από τον επηρεασμό των οποίων προκύπτουν αντίστοιχα σύνδρομα ή συμπτώματα όπως : σπασμός των κρανιο-γναθικών μυών, δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης, κάμψη του κορμού και των ώμων προς τα εμπρός με δυνητικό σύνδρομο θωρακικής εξόδου από συμπίεση των διερχομένων νευροαγγειακών μορίων. Στις χρόνιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανισθούν καρηβαρία, αστάθεια, ζάλη, ίλιγγος.

Τα ευρήματα στην αντικειμενική εξέταση είναι πτωχά. Συνήθως υπάρχει ελαφρός πόνος στις ακραίες κινήσεις του αυχένα και στις καταφύσεις διαφόρων μυών. Στις φάσεις παρόξυνσης διαπιστώνεται δυσκαμψία από ακινησία, διάχυτη ή εντοπισμένη ευαισθησία (trigger points) και περιορισμός κινητικότητας.

Το θεσιακό αυχενικό σύνδρομο οδηγεί σε λανθασμένη εμβιομηχανική λειτουργία, επιταχύνει τις εκφυλιστικές διαδικασίες και αργά ή γρήγορα θα καταλήξει σε σύνδρομο δισκοπάθειας-δισκοκήλης, του οποίου θεωρείται προστάδιο (3). Από τη δισκοπάθεια-δισκοκήλη δημιουργείται αναγκαστικά η οστεοαρθρίτις των οπισθίων διαρθρώσεων (facet) και αντιστρόφως. Ο συνδυασμός αυτός ονομάζεται δισκαρθροπάθεια. Στη συνέχεια όταν οι οστεοπαραγωγικές διεργασίες επιταθούν, θα προκύψουν τα σύνδρομα κεντρικής (μυελικής) και πλαγίας στένωσης (τρήματος).

Η **θεραπεία** είναι συντηρητική: συνίσταται σε φυσικοθεραπεία, μυϊκές διατάσεις και μυϊκή ενδυνάμωση, διόρθωση της στάσης του σώματος, εργονομική καθοδήγηση (3,12) και σε επίμονες καταστάσεις αντιρευματικά και τοπικές εγχύσεις στα σημεία πυροδότησης πόνου (trigger points) με ιδιαίτερη προσοχή λόγω των υποκειμένων νευροαγγειακών στοιχείων.

2. Αυχενική δισκοπάθεια-δισκοκήλη

Η δισκοπάθεια και ιδιαίτερα η δισκοκήλη της αυχενικής μοίρας μπορεί να είναι ένα ασυμπτωματικό απεικονιστικό εύρημα. Μπορεί όμως να αποτελεί την απαρχή και να γίνει πρόξενος συμπτωμάτων περιορισμένου (ατελούς) ή σπανιότερα πλήρους αυχενικού συνδρόμου.

Εντοπίζεται συνήθως στο μεσοσπονδύλια διαστήματα A5-A6 και A6-A7 επειδή η κινητικότητα και οι τραυματισμοί είναι αυξημένοι στη περιοχή αυτή. Στο 15% εντοπίζεται στο A4-A5 διάστημα.

Κλινική εικόνα (1).

1) Τοπικά συμπτώματα στον αυχένα. Πόνος, δυσκαμψία, περιορισμός εύρους κινητικότητας, μυϊκός σπασμός και τοπική ευαισθησία στην πίεση παρασπονδυλικά.

2) Ριζιτικά συμπτώματα. Αυχενοβραχιόνιος νευραλγία. Στις περιπτώσεις αυτές πιέζονται οι ρίζες από οπισθοπλάγια δισκοκήλη. Ο βήχας και το πτέρνισμα συνήθως επιτείνουν τον πόνο. Ανάλογα με το βαθμό πίεσης η των περιριζιτικών φλεγμονωδών φαινομένων μπορεί να έχουμε αισθητικές διαταραχές, διαταραχές αντανεκλαστικών ή μυϊκή αδυναμία που εντοπίζονται στο μυοτόμιο της πάσχουσας ρίζας.

Η δισκοκήλη στο A5-A6 πιέζει την A6 ρίζα. Ο πόνος και οι αισθητικές διαταραχές εντοπίζονται στην προσθιοπλάγια επιφάνεια του βραχίονα, στην έξω επιφάνεια του αντιβραχίου και στον αντίχειρα ή στον δείκτη.

Η δισκοκήλη A6-A7 πιέζει την A7 ρίζα που εκδηλώνεται με πόνο και αισθητικές διαταραχές στην οπίσθια επιφάνεια του ώμου και του βραχίονα, στην οπίσθια-εξωτερική επιφάνεια του αντιβραχίου και τον μέσο δάκτυλο. Ελάττωση του αντανεκλαστικού τρικέφαλου και της μυϊκής ισχύος (ή πάρεση) διαπιστώνεται σε βαρύτερες καταστάσεις οι οποίες αφορούν ευτυχώς ένα μικρό αριθμό ασθενών.

3) Μυελικά συμπτώματα από μαζική οπισθοκεντρική δισκοκήλη κατά την οποία πιέζεται ο νωτιαίος μυελός (Εικ 1). Δεν είναι ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο. Συνήθως συνυπάρχουν στένωση νωτιαίου σωλήνα, οστεόφυτα, υπερτροφία συνδέσμων ή σύνδρομο αστάθειας. Εκδηλώνεται με μυϊκή αδυναμία ή αιμωδίες στα κάτω άκρα, αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά, θετικό σημείο Babinski και Hoffman. Ο ασθενής αδυνατεί να τρέξει, ενώ βαδίζει με ανοιχτά πόδια λόγω αστάθειας. Οι ορθοκυστικές διαταραχές είναι σπάνιες αλλά ενδεχόμενες. Στα άνω άκρα έχουμε αδυναμία και ελάττωση των τενοντίων αντανακλαστικών στο επίπεδο της βλάβης και αύξηση των αντανακλαστικών κάτω από το επίπεδο της βλάβης.

Αυχενική μυελοπάθεια ισχαιμικού τύπου (5) μπορεί να προκαλέσει δισκοκήλη που πιέζει τις αρτηρίες, οι οποίες αρδεύουν τον νωτιαίο μυελό (πρόσθια νωτιαία αρτηρία, κλάδος σπονδυλικής).

Η **θεραπεία** της δισκοκήλης είναι συνήθως συντηρητική με αντιρευματικά φάρμακα, φυσικοθεραπεία, τοπικές εγχύσεις και πολύ σπάνια χρειάζεται εγχειρητική επέμβαση. Σε περιπτώσεις αρχόμενης συμπιεστικής μυελοπάθειας χρειάζεται προσοχή, επιθετικότερη αντιφλεγμονώδη αγωγή, αυχενικές επισκληρίδιες και παρατραχηλικές εγχύσεις, ενώ πολλοί ασθενείς πρέπει να χειρουργηθούν, πριν εγκατασταθεί μόνιμη μυελοπάθεια.

3. Αυχενική δισκαρθροπάθεια (Αρχόμενη αυχενική σπονδύλωση)

Η αυχενική δισκαρθροπάθεια και η σπονδύλωση ή σπονδυλαρθροπάθεια είναι παρά πολύ συχνό ασυμπτωματικό ακτινολογικό εύρημα στα άτομα μετά τα 50 έτη και αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία.

Η δισκοπάθεια–δισκοκήλη, λόγω της μηχανικής αστάθειας που δημιουργεί στο τριαθρικό σύστημα της σπονδυλικής μονάδος, οδηγεί σε εκφύλιση των οπισθίων αρθρώσεων (**οστεοαρθρίτιδα**). Σπανίως μπορεί να συμβεί και το αντίθετο, δηλαδή η δυσλειτουργία ή ασυμμετρία των οπισθίων αρθρώσεων (facet) προοδευτικά καταστρέφει το δίσκο. Μετά τη δημιουργία της δισκαρθροπάθειας, με τη πάροδο του χρόνου και ανεξαρτήτως κλινικών συμπτωμάτων δημιουργούνται υπερτροφικές συνδεσμικές και οστεοπαραγωγικές επεξεργασίες που οδηγούν σε στένωση του ριζιτικού τρήματος (Εικ 2B). Το τελευταίο συνιστά το **σύνδρομο πλαγίας στένωσης (τρήματος)** και εκδηλώνεται με σύστοιχη ριζαλγία ή ριζοπάθεια (1,5,6). Σπανιότερα μπορεί να έχουμε ενδοκαναλικά ανάπτυξη οστεοφύτων, προβολή δισκοκήλης και υπερτροφία ωχρών συνδέσμων που καταλήγει σε στένωση του μυελικού σωλήνα και δυνητική ανάπτυξη **συνδρόμου κεντρικής στένωσης** που εκδηλώνεται κλινικά με εικόνα συμπιεστικής μυελοπάθειας και ριζοπάθειας (6).

Η ανάπτυξη πλαγίων οστεοφύτων μπορεί να ασκήσει πιεστικά ή ερεθιστικά φαινόμενα στο συμπαθητικό πλέγμα της σπονδυλικής αρτηρίας και κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις δημιουργούνται συμπτώματα συνδρόμου σπονδυλοβασικής ανεπάρκειας(2,3,4).

Κλινική εικόνα. Όπως γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω, το κλινικό φάσμα της αυχενικής δισκαρθροπάθειας – σπονδύλωσης είναι αρκετά ευρύ και πολύπτυχο εκτεινόμενο από τον ασυμπτωματικό ασθενή μέχρι την περιοδική ή σπανιότερα μόνιμη εμφάνιση ριζιτικών, μυελικών ή σπονδυλοαγγειακών συμπτωμάτων, τα οποία μπορεί να εμφανίζονται ανεξάρτητα το ένα από τα άλλα ή σε συνδυασμό.

Συνήθως η αυχενική σπονδύλωση εκδηλώνεται με αυχεναλγία που αντανακλά στους ώμους και στην ωμοπλάτη (τραπεζοειδείς μυς). Σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζεται ινιαλγία ή ινιο-κροταφικό άλγος (αυχενογενής κεφαλαλγία). Υπάρχει δυσκαμψία και περιορισμός κινητικότητας του αυχένα (4).

Σε περιπτώσεις στενώσεων ή οστεοφύτων των τρημάτων έχουμε μωδιασμάτα ή καυσαλγίες στα χέρια ή αισθητικοκινητικές διαταραχές ανάλογα με τη πάσχουσα ρίζα. Σε σπάνιες και προχωρημένες περιπτώσεις και αν συνυπάρχει ενδοκαναλική στένωση, εκδηλώνονται ήπια έως μέτρια συμπτώματα

συμπίεστικής αυχενικής μυελοπάθειας με μωδιάσματα, μυϊκή αδυναμία στα άκρα και σαφή πυραμιδική σημειολογία.

Σε μερικές περιπτώσεις αναφέρονται από τον ασθενή επεισόδια ζάλης, ίλιγγου, τάση λιποθυμίας και λιποθυμικές κρίσεις, περιτοματική αιμοδία, προσωρινή απώλεια όρασης. Τα ανωτέρω οφείλονται σε ισχαιμία του εγκεφάλου λόγω σπονδυλοβασικής ανεπαρκείας.

Τα ακτινολογικά ευρήματα συνίστανται σε πολλαπλή στένωση των μεσοσπονδυλίων διαστημάτων και τρημάτων (ορατές ιδίως στις λοξές λήψεις), σε οστεοαρθρίτιδα οπισθίων αρθρώσεων και σε οστεοφύτωση (Eκ1A,B). Αν και με βεβαιότητα τα ακτινολογικά ευρήματα χειροτερεύουν με τη πάροδο του χρόνου, αυτό δεν είναι υποχρεωτικό για το κλινικό σύνδρομο.

Η **θεραπεία** είναι κατά κανόνα συντηρητική, πλην της μυελοπάθειας η οποία απαιτεί υψηλού βαθμού επιτήρηση και έμπειρη λήψη αποφάσεων. Πολλοί πάσχοντες βρίσκονται σε προχωρημένη ηλικία με συνοδά άλλα νοσήματα, η νόσος μπορεί να εξελίσσεται βραδέως και οι θεραπευτικές επιλογές δυσχερείς και υπεύθυνες.

4. Σύνδρομο ινίο-ατλαντοαξονικού συμπλέγματος

Όπως προαναφέρθηκε, το σπονδυλικό αυτό σύμπλεγμα είναι άδισκο, αλλά πλούσιο σε αρθρώσεις και θυλακοσυνδεσμικά στοιχεία ικανά να υποστούν εκφυλιστικές και φλεγμονώδεις διεργασίες αλλά και υπερξερθρήματα. Τα τελευταία μπορεί να αποβούν θανατηφόρα λόγω πίεσης του νωτιαίου μυελού.

Η οστεοαρθρίτις, η αγκυλωτική σπονδυλίτις, η ρευματοειδής αρθρίτις και οι κακώσεις είναι τα συχνότερα αίτια αρθρίτιδος και αστάθειας στην άνω ΑΜΣΣ. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται με πόνο, δυσκαμψία επεκτεινόμενη στην ινιο-αυχενική περιοχή, σπασμό ή συρικνωση των υπινιακών μυών. Τα συμπτώματα δεν επιτείνονται με το βήχα. Συνήθως συνυπάρχει συμμετρικός ή ασύμμετρος περιορισμός κινητικότητας ιδίως των στροφών της κεφαλής. Ένα άλλο πολύ ενδιαφέρον σύμπτωμα είναι η λεγόμενη **αυχενογενής κεφαλαλγία** (8-11). Πρόκειται για μη ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία αναγνωρισμένη από τη διεθνή εταιρία κεφαλαλγίας, η οποία οφείλεται σε συμπίεση ή ερεθισμό αυχενικών ριζών, κυρίως της Α2 ρίζας (ελάσσων ινιακό νεύρο) το οποίο λόγω αναστομώσεως με το νωτιαίο αυχενικό φυτικό πυρήνα του τριδύμου προκαλεί ινιαλγία που επεκτείνεται βρεγματοκροταφικά και στο πρόσωπο, ιδίως στην υπερκόγχιο και οφθαλμική περιοχή(3, 4,8-11).

Το ατλαντοϊνιακό υπεξάρθρημα είναι μια σοβαρά έως δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή οφειλόμενη σε τραύμα, ρευματοειδή ή αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα (1). Είναι δυνατό να προκληθεί συμπίεση ή τραυματισμός στο νωτιαίο μυελό και να επέλθει καταπληξία ή χρόνια συμπίεστική μυελοπάθεια. Μπορεί ταυτόχρονα να εμπλακεί η σπονδυλοβασική αρτηρία.

Η **θεραπεία** της αυχενογενούς κεφαλαλγίας συνίσταται στη χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, φυσικοθεραπείας ιδιαίτερα με χρήση ηλεκτροαναλγητικών ρευμάτων και τοπικές εγχύσεις στην πάσχουσα ρίζα (αποδίδουν) (24). Οι τελευταίες γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή γιατί υπάρχει κίνδυνος τρώσης της αναδιπλούμενης στο σημείο αυτό σπονδυλικής αρτηρίας. Τα υπεξερθρήματα της περιοχής (κλινική αστάθεια) χρειάζονται νευροχειρουργική αξιολόγηση και αντιμετώπιση καθώς και χρήση αυχενικού κολάρου.

5. Ισχαιμία σπονδυλοβασικής αρτηρίας

Το σύνδρομο σπονδυλοβασικής ανεπάρκειας αναφέρεται στο 5% περίπου των ασθενών με χρόνια αυχενικό σύνδρομο (1). Συνίσταται σε υποτροπιάζοντα επεισόδια περιοδικής ισχαιμίας της σπονδυλοβασικής αρτηρίας και των κλάδων της, που οφείλονται σε περιοδική μείωση ή διακοπή της ροής.

Μπορεί να εμφανισθεί ως πρωτοπαθής λειτουργική ή μεμονωμένη εκδήλωση χωρίς συνοδό

νόσο, που εκδηλώνεται με τις ακραίες κινήσεις της κεφαλής (2). Ανεπάρκεια της σπονδυλοβασικής αρτηρίας μπορεί να συνδυασθεί με πολλές αυχενικές παθήσεις, όπως με οστεόφυτα στις αποφυσιακές αρθρώσεις, οστεόφυτα στα εγκάρσια τρήματα, αυχενικά υπεξάρθρηματα, όγκους κλπ (4,5) (Εικ2 Α,Β) . Μπορεί να πιεσθεί ή τραυματισθεί κατά την πορεία της η σπονδυλοβασική αρτηρία ή να ερεθισθεί το συμπαθητικό πλέγμα που την περιβάλλει τόσο στην εξωκρανιακή όσο και στην ενδοκρανιακή της μοίρα προκαλώντας ισχαιμικό αγγειόσπασμο .

Ο ερεθισμός της σπονδυλικής αρτηρίας ή του πλέγματός της, μαζί με ενδεχόμενη υποπλασία ή αρτηριοσκλήρυνση της ετερόπλευρης σπονδυλικής ή υποκλειδίου (υποκλοπή), είναι δυνατόν να προκαλέσει αιφνίδιες και ολιγόλεπτες κρίσεις που χαρακτηρίζονται από αυχενογενή κεφαλαλγία, λιποθυμία και νευρολογικές εκπτώσεις από τα ημισφαίρια και το στέλεχος του εγκεφάλου, όπως δυσarthρία, περιστοματική αιμωδία, διπλωπία, υπαισθησία και πάρεση στο πρόσωπο ή στα άκρα, δυσκαταποσία και φαρυγγική δυσαισθησία, διαταραχές όρασης (θάμβος, οπτική μαρμαρυγή ή σπινθηροβόλο αίσθημα), νυσταγμός, αιφνίδια κώφωση ή βαρηκοΐα και υπακουσία λόγω ισχαιμίας της έσω ακουστικής αρτηρίας (αιθουσοκοχλιακό σύνδρομο) (3,4). Πολλά από τα ανωτέρω οφείλονται σε ισχαιμία των πυρήνων των εγκεφαλικών συζυγιών. Σπάνια εμφανίζονται διαταραχές μνήμης από ισχαιμία των μαστίων (4).

Επανεπιλημμένες προσβολές μπορεί να καταλήξουν σε εγκεφαλικά έμφρακτα ή αυχενική μυελοπάθεια.

Αυχενογενής ίλιγγος (13-21). Διαταραχές ισορροπίας, νυσταγμός, ίλιγγος, εμβοές, ζάλη και καρηβαρία εμφανίζονται στο 15%-των ασθενών με αυχενική σπονδύλωση (1). Στους ασθενείς με σύνδρομο τραυματικής υπερέκτασης (μαστιγίου) υπερβαίνει το 35%. Μπορεί να οφείλεται, όπως αναφέρθηκε, σε ανεπάρκεια της σπονδυλοβασικής ή σε παθολογική 'διεγερσιμότητα των ιδιοδεκτικών υποδοχέων που βρίσκονται πυκνά κατανομημένοι στα μυοσυνδεσμικά και αρθροθλακικά στοιχεία του πάσχοντα αυχένα (13-17). Πρόκειται για δυσλειτουργία της ιδιοδεκτικότητας. Ο ρόλος των υποδοχέων αυτών είναι η ισορροπία του σώματος στέλλοντας κεντρομόλα ερεθίσματα στην αΐθουσα και το δικτυωτό σχηματισμό. Η κλινική δοκιμασία της ταυτόχρονης έκτασης, στροφής και πλάγιας κάμψης του αυχένα ή στροφή του σώματος σε περιστρεφόμενο κάθισμα ενώ συγκρατούμε σταθερά την κεφαλή θεωρείται η πιο αξιόπιστη εξέταση, γιατί εκλύει τα συμπτώματα της σπονδυλοβασικής ανεπάρκειας(2,3). Εάν εμφανισθούν μόνο ζάλη ή ίλιγγος, αυτό μπορεί να οφείλεται σε διαταραχή του αιθουσαίου συστήματος. Ο αυχενογενής νυσταγμός σπονδυλοβασικής αιτιολογίας εμφανίζεται αμέσως, ενώ ο ιδιοδεκτικός αυχενικός εμφανίζει λανθάνοντα χρόνο (13).

Η παρουσία αυχενικού ίλιγγου αποτελεί την αιχμή του δόρατος στην εννοιολογία του αυχενικού συνδρόμου. Πάντως η ορθή διάγνωση του αυχενικού ίλιγγου προϋποθέτει την παρουσία των σχετικών συμπτωμάτων που προαναφέρθηκαν, την συνύπαρξη αυχεναλγίας και τον αποκλεισμό αιθουσαίων διαταραχών με βάση το αρνητικό ιστορικό και τις κλινικοεργαστηριακές δοκιμασίες, ενώ συχνά αναμένεται σχετικά άμεση και σαφής ανταπόκριση στην αντιρευματική και οστεοπαθητική θεραπεία. Πράγματι αρκετοί ασθενείς με επίμονο ίλιγγο ή εμβοές ανταποκρίνονται άμεσα στους οστεοπαθητικούς χειρισμούς (manipulation) σύμφωνα με την εμπειρία μας. Το ίδιο συμβαίνει και με την τοπική φυσικοθεραπεία (μαλάξεις, ηλεκτροθεραπεία κλπ) γεγονός που ενισχύει εύλογα την πεποίθηση της αυχενογενούς προέλευση του συνδρόμου (13,18).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Borenstein D., Wiessel S., and Boden S. The neck pain. Philadelphia. Saunders, 1997
2. Oostendrop RAB. Funktionelle Vestebrobasillare insufficiéentie. Nijmegen. Catholic University, 1988. Dissertation
3. Dos Winkel. Diagnosis and treatment of the Spine. Gaithersburg. An Aspen Publ. 1996.
4. Βλαϊκίδης Νικ. Το αυχενικό σύνδρομο. Εκδότης ο ίδιος, Θεσσαλονίκη, 1995

5. Κατραμπασάς Γιάννης . Αυχενικό σύνδρομο. Εκδόσεις Συμεών, . Αθήνα, 1997
6. Γουλές Δ. Οσφραλγικά σύνδρομα μηχανικής αιτιολογίας. Στο: Γουλές Δ. Οσφραλγία- δισκοπάθεια, Εκδόσεις Καυκάς, Αθήνα, 2002
7. Κορρές Δ. Κακώσεις αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης, 2η εκδ Λίτσας, Αθήνα, 2001.
8. Sjaastad O, Bovim G. Cervicogenic headache. The differentiation from common migraine. An overview. *Funct Neurol* 1991; 6:93-100.
9. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group. *Headache* 1998; 38: 442-5.
10. Jaeger B: Are “cervicogenic” headaches due to myofascial pain and cervical spine dysfunction? *Cephalgia* 1989; 9:157-64.
11. Pikus HJ, Phillipis JM. Outcome of surgical decompression of the second cervical root for cervicogenic headache. *Neurosurgery* 1996, 39:63-70.
12. Γουλές Δ. Παράγοντες κινδύνου και πρόληψη της οσφραλγίας, βελτίωση της στάσης εργασίας. Στο: Γουλές Δ. Οσφραλγία-Δισκοπάθεια. Αθήνα, Εκδόσεις Καυκάς, 2002.
13. Wrisley D M, Sparto P J, Whitney S L et all. Cervicogenic dizziness : a review of diagnosis and treatment. *J Orthop Phys Ther* 2000;30: 755-66.
14. Ciriani N et al. Retrograde axonal transport of fluorescent tracers from medullary reticular structures to the “neck” and “forelimb” segments of the cervical spinal cord. In: Berthoz A, Graf W, and Vidal P, *The Head-Neck Sensory Motor System*. Oxford University Press: New York, 1992.
15. Pompeiano O. Excitatory and inhibitory mechanisms involved in the dynamic control of posture during the cervicospinal reflexes. In: *ibid*.
16. Trippel M, Horstmann GA, and Dietz V. Significance of muscle proprioceptive and vestibulospinal reflexes in the control of human posture. In: *ibid*.
17. Wilson VJ. Physiological properties and central actions of neck muscle spindles. In: *ibid*.
18. Bogduk N. Cervical causes of headache and dizziness. In: Grieve GP. *Modern Manual Therapy*, Churchill-Livingstone: New York, 1986.
19. Brown J J. Cervical contribution to balance: cervical vertigo. In: Berthoz A, Graf W, and Vidal P. *The Head-Neck Sensory Motor System*. Oxford University Press: New York, 1992 .
20. Dvorak J and Dvorak V. *Manual Medicine -- Diagnosis*, 2nd ed. Thieme Medical Publishers, New York, 1990.
21. Travell JG and Simons DG. *Myofascial Pain and Dysfunction -- The Trigger Point Manual*. Williams and Wilkins: Baltimore, 1983.
22. Γουλές Δ. Σύνδρομο μηχανικής αστάθειας σπονδυλικής μονάδος: Εννοιολογική, παθογενετική και κλινική προσέγγιση. *Ιατρικό βήμα* 1988; 61:24-30.
23. Γουλές Δ. Οσφραλγία –Δισκοπάθεια, Εκδόσεις Καυκάς, Αθήνα 2002
24. Γουλές Δ. Κλινική Ηλεκτροθεραπεία (ιατρική- φυσικοθεραπευτική). Εκδότης ο ίδιος, Αθήνα, 2006.