

Αυχεναλγία: Διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτικοί χειρισμοί

Ι. ΜΥΡΙΟΚΕΦΑΛΙΤΑΚΗΣ
Σ. ΚΑΡΟΓΙΑΝΝΗ
Μ. ΜΠΑΣΤΑΚΗΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αυχεναλγία εμφανίζεται, πολύ συχνά με περιοχικό χαρακτήρα, ως πόνος στον αυχένα που αρκετές φορές αντανακλάται στους ώμους, στα άνω άκρα, στο ινίο, ανάλογα με το προσβεβλημένο ανατομικό τμήμα του αυχένα, ενώ υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις όπου ο πόνος εμφανίζεται στον αυχένα αντανακλαστικά από άλλη ανατομική περιοχή όπως είναι η καρδιά, το διάφραγμα κ.λπ.

Τα συχνότερα αίτια αυχεναλγίας είναι βλάβες κυρίως στις ενδοαποφυσιακές αρθρώσεις, στους μεσοσπονδύλιους δίσκους ή παθήσεις των μυών, των συνδέσμων, των νευρικών ριζών, του μυελικού σωλήνα οποιασδήποτε αιτιολογίας όπως εκφυλιστικής, φλεγμονώδους, λοιμώδους ή νεοπλασματικής.

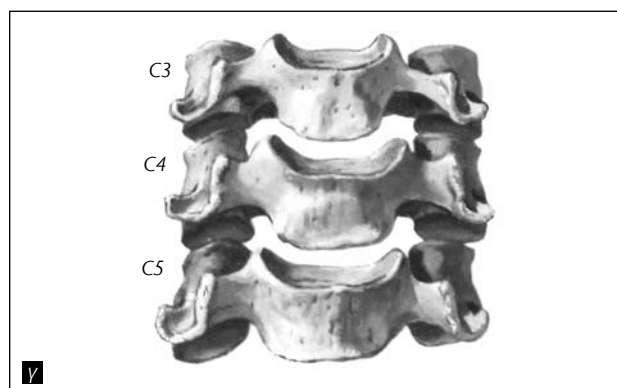
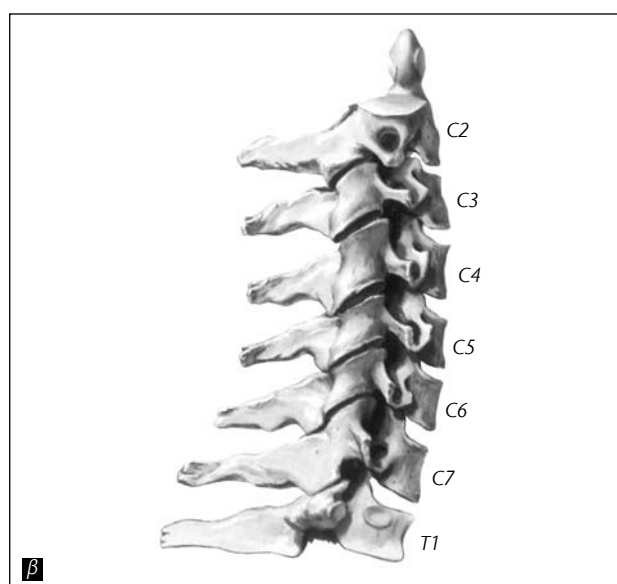
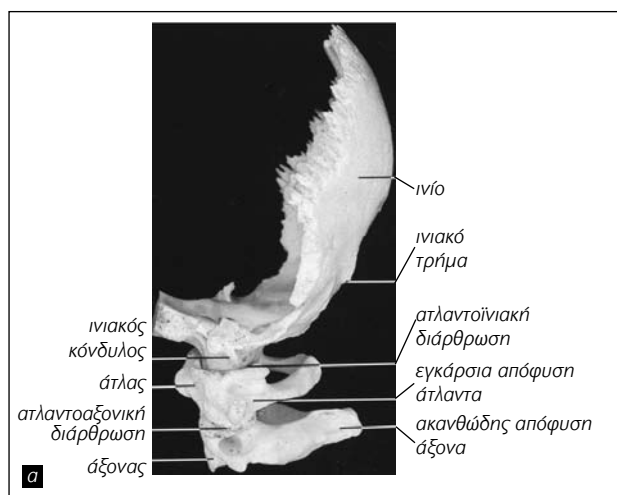
Η διαφορική διάγνωση, η διαγνωστική προσέγγιση και η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτώνται από την αιτία της αυχεναλγίας. Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση, στους χαρακτήρες του πόνου, στα συνοδά συμπτώματα, στα απεικονιστικά, σπινθηρογραφικά ή στα όποια άλλα εργαστηριακά ευρήματα υπάρξουν. Οι θεραπευτικοί χειρισμοί είναι αιτιολογικοί και αποσκοπούν είτε στην τοπική αντιμετώπιση με φυσικά φαρμακευτικά ή χειρουργικά μέσα είτε στη συστηματική, εφόσον υπάρχει υποκείμενη συστηματική νόσος.

Ελληνική Ρευματολογία 2006,17(1):65-76

Όροι ευρετηρίου: αυχεναλγία, σύνδρομο ενδοαποφυσιακών αρθρώσεων, αυχeno-βραχιόνιο σύνδρομο, αυχενική μυελοπάθεια, δισκίτιδα, ινομυαλγία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο αυχέννας είναι το ανώτερο τμήμα της σπονδυλικής στήλης και η κατασκευή του είναι ανάλογη της λειτουργίας του, ενώ διαφέρει σημαντικά από τις υπόλοιπες μοίρες της σπονδυλικής στήλης¹⁻³. Στηρίζει και στρέφει την κεφαλή αλλά και τη «διατρέφει» διαμέσου



Εικόνα 1. Αυχενική μοίρα σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ), (α) άτλας (Α1) και άξονας (Α2) σε αριστερή πλάγια όψη, (β) Α2-Θ1 σε δεξιά πλάγια όψη, (γ) Α3-Α5 σε πρόσθια όψη

των σπονδυλοβασικών αρτηριών που διαπερνούν μέσα από τα εγκάρσια σπονδυλικά τρήματα και εισέρχονται στο κρανίο. Ο αυχένος σχηματίζεται από τους επτά πρώτους σπονδύλους της σπονδυλικής στήλης που έχουν ειδική κατασκευή για να υποστηρίξουν τις λειτουργίες αυτές. Ο πρώτος και ο δεύτερος αυχενικός σπόνδυλος είναι ειδικά διαμορφωμένοι για τη στήριξη και τη στροφή της κεφαλής. Οι υπόλοιποι πέντε αυχενικοί σπόνδυλοι έχουν παρόμοια κατασκευή (εικόνα 1), αποτελούνται δηλαδή από α) το σπονδυλικό σώμα β) τις εγκάρσιες αποφύσεις με τα εγκάρσια τρήματά τους, δια μέσου των οποίων διέρχονται κάθετα οι σπονδυλοβασικές αρτηρίες, και με τις αρθρικές επιφάνειες των αποφυσιακών αρθρώσεων με τις οποίες διαρθρώνονται οι σπόνδυλοι μεταξύ τους, γ) τα σπονδυλικά τόξα, δ) τις ακανθώδεις αποφύσεις που μαζί με τα πλάγια ογκώματα και τα σπονδυλικά σώματα σχηματίζουν το σπονδυλικό σωλήνα, μέσω του οποίου διέρχεται ο νωτιαίος μυελός.

Οι αποφυσιακές ή οπίσθιες αρθρώσεις είναι διαρθρώσεις που επενδύονται από αρθρικό υμένα, περιβάλλονται από αρθρικό θύλακο και αρθρικούς συνδέσμους και ενισχύονται εξωτερικά από τους μυς που περιβάλλουν τη σπονδυλική στήλη. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η πλούσια νευρωσή τους από ιδιοϋποδοχείς και υποδοχείς του πόνου, ενώ βρίσκονται σε άμεση γειτνίαση με τις οπίσθιες (αισθητικές) νευρικές ρίζες. Οι οπίσθιες αρθρώσεις επιτρέπουν κινήσεις πρόσθιας κάμψης και στροφής πλάγιας κάμψης ολίγων μοιρών, ενώ παράλληλα εμποδίζουν την πρόσθια ολίσθηση των σπονδύλων. Ο προσανατολισμός τους στο χώρο διαφοροποιείται ανάλογα με το εξεταζόμενο τμήμα της ΑΜΣΣ⁴⁻⁷.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΑΣ

Η αυχεναλγία ανάλογα με τον τρόπο έναρξης του πόνου διακρίνεται σε:

1. Οξεία αυχεναλγία (όταν εμφανίζεται άμεσα μετά από έκθεση στον αιτιολογικό παράγοντα π.χ. κάκωση) οπότε και η συμπτωματολογία της έχει χαρακτηριστικές οξείες, ενώ η αντανάκλαση του πόνου,

η διάρκειά του και η τυχόν εμφάνιση συνοδών συμπτωμάτων εξαρτώνται από την αιτιολογία της (π.χ. η εμφάνιση πυρετού αν πρόκειται για λοιμώδες αίτιο).

2. Χρόνια αυχεναλγία (όταν η συμπτωματολογία εγκαθίσταται σταδιακά και παραμένει ή επιδεινώνεται ανάλογα με την αιτιολογία της).

Τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν αυχεναλγία διακρίνονται σε σκελετικά και μη σκελετικά.

1. Σκελετικά αίτια αυχεναλγίας είναι:

α) Λοιμώδη αίτια με πιο συχνά το σταφυλόκοκκο, τη βρουκέλλα και το βακίλλο του Koch και κλινική εκδήλωση δισκίτιδα, οστεομυελίτιδα, αποστήματα ή σπητική αρθρίτιδα.

β) Νεοπλασματικά αίτια που διακρίνονται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή.

γ) Φλεγμονώδη αίτια όπως η άσηπτη δισκίτιδα ή από προσβολή του αυχένα από συστηματικά νοσήματα όπως η μυοσίτιδα-πολυμυοσίτιδα, η ρευματική πολυμυαλγία, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η αγκυλωποικτική σπονδυλίτιδα ή η ψωριασική σπονδυλίτιδα.

δ) Κακώσεις μαλακών ή οστικών μορίων.

ε) Εκφυλιστικές βλάβες του δίσκου ή και των ενδοαποφυσιακών αρθρώσεων.

2. Μη σκελετικά αίτια αυχεναλγίας είναι:

α) Παθήσεις του φάρυγγα όπως φαρυγγίτιδα.

β) Παθήσεις του λάρυγγα όπως λαρυγγίτιδα, καρκίνος.

γ) Παθήσεις της τραχείας όπως τραχειίτιδα.

δ) Παθήσεις του θυρεοειδή όπως θυρεοειδίτιδα.

ε) Λεμφαδενίτιδα.

στ) Φλεγμονή ή ρήξη των καρωτίδων.

ζ) Φλεγμονή, ανεύρυσμα ή ρήξη ανευρύσματος της αορτής.

η) Παθήσεις της καρδιάς όπως στηθάγχη, έμφραγμα.

θ) Παθήσεις του διαφράγματος από λοίμωξη ή φλεγμονή.

Σύμφωνα με μία άλλη ταξινόμηση τα αίτια της αυχεναλγίας διακρίνονται σε:

1. Μηχανικά αίτια

- Κάκωση αυχένα
- Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου
- Αυχενική σπονδύλωση
- Αυχενική μυελοπάθεια

2. Λοιμώδη αίτια

- Οστεομυελίτιδα
- Δισκίτιδα
- Μηνιγγίτιδα
- Έρπητας ζωστήρας
- Νόσος του Lyme

3. Ρευματολογικά αίτια

- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Σπονδυλοαρθροπάθειες
- Ρευματική πολυμυαλγία
- Ινομυαλγία
- Διάχυτη ιδιοπαθής σκελετική υπερόστωση
- Μικροκρυσταλλική νόσος

4. Νευρολογικά αίτια

- Ερεθισμός του βραχιονίου πλέγματος
- Περιφερική παγίδευση αυχενικού νεύρου
- Νευροπάθειες
- Σύνδρομο αυχενοβραχιονίου συμπλέγματος
- Συριγγομυελία

5. Νεοπλάσματα

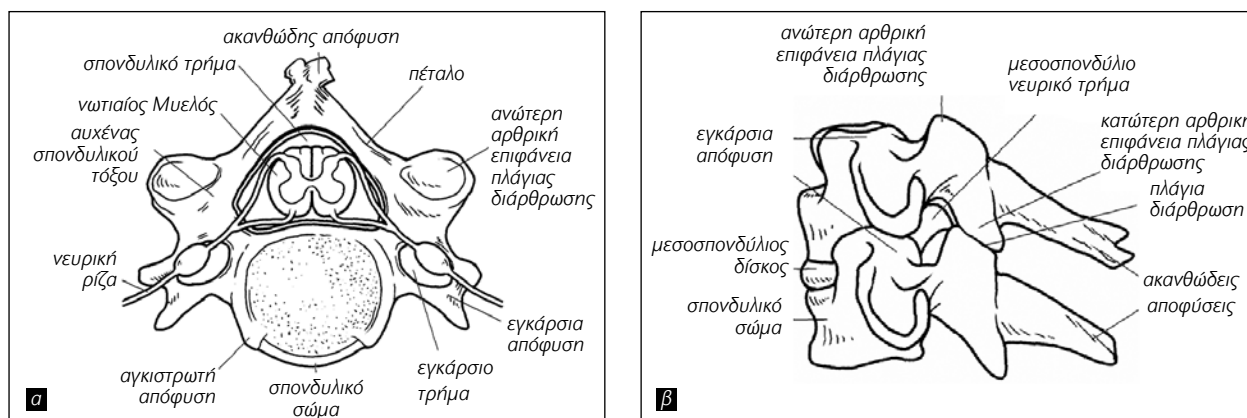
- Οστεοβλάστωμα
- Οστεοχόνδρωμα
- Νευρίνωμα
- Αιμαγγείωμα
- Γλοίωμα
- Χόρδωμα
- Όγκος Pancoast
- Χονδροσάρκωμα
- Γιγαντοκυτταρικοί όγκοι
- Μεταστάσεις

6. Αναφερόμενος πόνος από:

- Σύνδρομο θωρακικής εξόδου
- Οισοφαγίτιδα
- Στηθάγχη
- Ρήξη ανευρύσματος

7. Διάφορα αίτια

- Νόσος Paget
- Σαρκοείδωση
- Καρωτιδοδυνία



Εικόνα 2. Σχηματική αναπαράσταση σπονδύλου στο μεσαίο τμήμα της ΑΜΣΣ. (α) άνω επιφάνεια (β) πλάγια επιφάνεια.

Η αυχεναλγία ανάλογα τους χαρακτήρες του πόνου διακρίνεται σε:

1. Αυχεναλγία μηχανικού τύπου.

Ο πόνος εμφανίζεται με τις κινήσεις του αυχένα και υποχωρεί με την ανάπαυση. Προκαλείται από εκφυλιστικού τύπου βλάβες των ανατομικών μορίων του αυχένα και κυρίως από την εκφύλιση των ενδοσποφυσιακών αρθρώσεων και την εκφύλιση των μεσοσπονδυλίων δίσκων, ιδιαίτερα δε των κατώτερων. Αυχεναλγία μηχανικού τύπου προκαλούν επίσης οι κακώσεις και τα μετατραυματικά σύνδρομα τόσο των οστικών δομών της ΑΜΣΣ όσο και των μαλακών μορίων που την περιβάλλουν.

2. Αυχεναλγία φλεγμονώδους τύπου.

Ο πόνος εμφανίζεται μετά από παρατεταμένη ακινησία του αυχένα, συνήθως κατά τις νυκτερινές ώρες και κατά την πρωινή έγερση, διαρκεί μια ώρα και πλέον και υποχωρεί με τις κινήσεις. Τα αίτια της οφείλονται σε φλεγμονώδεις διεργασίες των αρθρώσεων, των μυών και των μυϊκών περιτονιών.

Η αυχεναλγία φλεγμονώδους τύπου ανάλογα με την αιτία που την προκαλεί χωρίζεται σε λοιμώδη (από εντόπιση μικροβιακού παράγοντα) και μη λοιμώδη (κυρίως αυτοάνοσης φλεγμονώ-

δους αιτιολογίας).

3. Αυχεναλγία νεοπλασματικού τύπου.

Ο πόνος είναι συνεχώς επιδεινούμενος στην πάροδο του χρόνου και έχει τους ίδιους σταθερούς χαρακτήρες ανάλογους με την έκταση και την εντόπισή του τόσο στην κίνηση όσο και μετά από παρατεταμένη ακινησία.

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΑΣ

Ανεξάρτητα από την αιτιολογία του, ο πόνος στον αυχένα έχει ορισμένη αντανάκλαση και κάποια άλλα συνοδά συμπτώματα, ανάλογα με το ανατομικό μόριο που προσβάλλεται. Κατά συνέπεια, πληροφορίες αναφορικά με το χαρακτήρα του πόνου και την αντανάκλαση μαζί με το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τα ευρήματα των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων θα συνδράμουν στη διαγνωστική προσέγγιση.

Αυχεναλγία που οφείλεται σε πάθηση ή βλάβη των μαλακών μορίων είναι τοπικά εντοπιζόμενη και σπάνια έχει αντανάκλαση. Η κλινική εξέταση μαζί ενδεχομένως με κάποια εργαστηριακά ευρήματα θα βοηθήσουν στη διάγνωση, όπως π.χ. αυχεναλγία που οφείλεται σε φλεγμονώδη πάθηση των μυών θα δώσει εκτός των τοπικών ενοχλημάτων και ευρημάτων και άλλα κλινικά

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΡΙΖΙΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΕΡΕΘΙΣΜΟ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΡΙΖΑΣ

Νευρική ρίζα	Αντανάκλαση πόνου	Απώλεια αισθητικότητας	Απώλεια κινητικότητας	Μείωση τενόντιου ατανακλαστικού
A5	Αυχένα και έξω επιφάνεια ώμου και άνω άκρου	Ώμος	Δελτοειδής	Δικεφάλου
A6	Έξω επιφάνεια άνω άκρου, αντίχειρας, δείκτης	Δείκτης, αντίχειρας	Δικέφαλος	Δικεφάλου
A7	Έξω επιφάνεια άνω άκρου, μέσος δάκτυλος	Δείκτης, μέσος δάκτυλος	Τρικέφαλος	Τρικεφάλου
A8	Έσω επιφάνεια του άκρου και μικρό δάκτυλο	Μικρός δάκτυλος	Καμπήρες των δακτύλων	Δεν επηρεάζεται

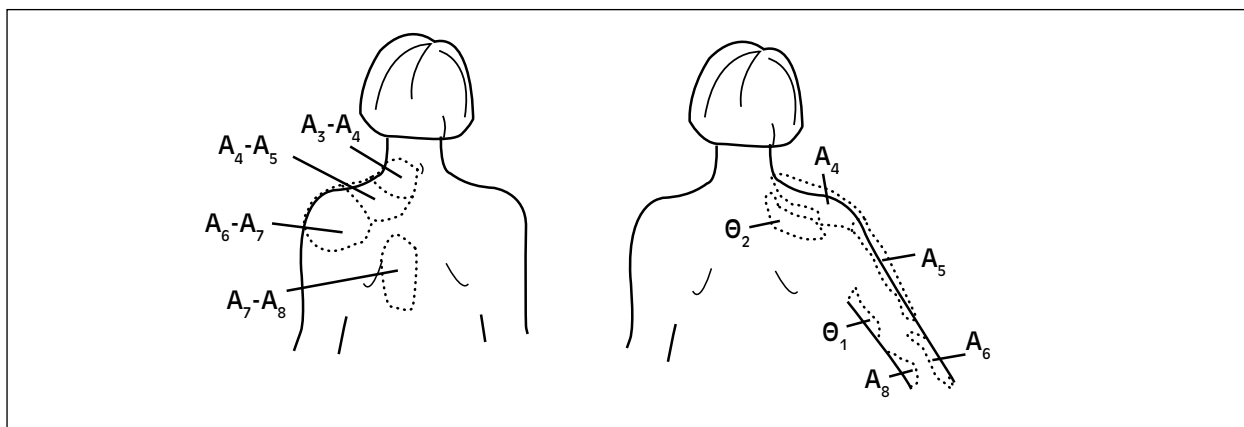
σημεία ή εργαστηριακά ευρήματα συστηματικής δερματο- ή πολυμυοσίτιδας. Αρκετά έντονη αυχεναλγία οξείας εισβολής, που απαιτεί και άμεση αντιμετώπιση, είναι ο πόνος με ριζιτική κατανομή από πίεση και χαρακτήρες ανάλογους με το αίτιο που προκαλεί την πίεση, όπως μηχανικού τύπου από μηχανική βλάβη ή φλεγμονώδους τύπου από πλάγιες και κεντρικές κήλες μεσοσπονδύλιου δίσκου με χαρακτήρες αυχενοβραχιονίου νευραλγίας και συγκεκριμένη κατανομή. Αυχεναλγία από ερεθισμό των μηνίγγων (μηνιγγίτιδα ή άλλες παθήσεις που προκαλούν μηνιγγισμό, όπως η διήθηση των μηνίγγων από νεοπλασία) θα πρέπει πάντα να τίθεται στη διαφορική διάγνωση σε μία έντονη αυχεναλγία χωρίς αντανάκλασεις και η διάγνωσή της ίσως απαιτήσει οσφυονωτιαία παρακέντηση. Η ινομυαλγία τίθεται στη διαφορική διάγνωση της χρόνιας αυχεναλγίας, αν και εφόσον πληρούνται τα κριτήρια και πάντα ως διάγνωση εξ αποκλεισμού^{8,9}.

Ο χρόνος και ο τρόπος έναρξης, το σημείο έναρξης, η αντανάκλαση του πόνου, ο χαρακτήρας, η ποιότητα, η συχνότητα και η διάρκεια των επεισοδίων, οι παράγοντες που επιβαρύνουν ή που ανακουφίζουν τη συμπτωματολογία βοηθούν σημαντικά στη διαφορική διάγνωση.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΑ

Ο πόνος στην περιοχή του αυχένα, μαζί με τον πόνο στην οσφυ είναι από τις συχνότερες αιτίες προσέλευσης στο γιατρό. Τα πιο συχνά αίτια αυχεναλγίας είναι τα εκφυλιστικά και ιδιαίτερα η εκφύλιση του μεσοσπονδύλιου δίσκου. Με δεδομένη όμως την ύπαρξη ακτινολογικών ευρημάτων εκφύλισης των A5-A6 και A6-A7 δίσκων στην πλειονότητα των εξεταζομένων μετά την ηλικία των τριάντα ετών και την παράλληλη απουσία αντίστοιχων κλινικών εκδηλώσεων και επιπρόσθετα με τη διαπίστωση ότι οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι έχουν αραιούς υποδοχείς πόνου, η πιο συχνή αιτία αυχεναλγίας, ανεξαρτήτως του τύπου, φαίνεται να είναι η εκφύλιση των ενδοαποφυσιακών αρθρώσεων, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία^{10,11}.

Η συμπτωματολογία που οφείλεται στην εκφύλιση του δίσκου και την προβολή του δισκικού υλικού (πηκτοειδής πυρήνας) είναι ελάχιστη, ωστόσο μπορεί να προκληθεί αρκετά έντονη αυχεναλγία οξείας εισβολής είτε με ριζιτική κατανομή και χαρακτήρες μηχανικού τύπου είτε φλεγμονώδους τύπου από πλάγιες και κεντρικές κήλες μεσοσπονδύλιου δίσκου με κατανομή



Εικόνα 3. Σχηματική κατανομή του πόνου ανάλογα με τον ερεθισμό αυχενικής ρίζας.

αυχеноβραχιονίου νευραλγίας. Όταν συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες, όπως η στένωση του σπονδυλικού σωλήνα, προκαλείται σοβαρό σύνδρομο που παίρνει την ονομασία της αυχενικής μυελοπάθειας.

A. Σύνδρομο ενδοαποφυσιακών αρθρώσεων (facet joint syndrome)

Όπως προκύπτει από την ανακοίνωση του Griene¹² αναφορικά με το ότι ο μεσοσπονδύλιος δίσκος έχει ελάχιστους υποδοχείς πόνου, από την εργασία των Gore και συν.¹⁰ αναφορικά με το ότι τα ακτινολογικά ευρήματα στένωσης στα μεσοσπονδύλια διαστήματα A5-A6 ή A6-A7 είναι σχεδόν σταθερά μετά την ηλικία των τριάντα ετών σε ασυμπτωματικά άτομα, ενώ δεν είναι σταθερά τα επώδυνα κλινικά σύνδρομα που μπορεί να προκληθούν, καθώς και από άλλες ανακοινώσεις^{4-9,13-21} αναφορικά με τα διάφορα αίτια αυχενάλγας, φαίνεται ίσως ότι η πιο συχνή αιτία αυχενάλγας είναι η εκφύλιση των ενδοαποφυσιακών αρθρώσεων.

Η εκφυλιστική αρθροπάθεια μιας ή και περισσότερων ενδοαποφυσιακών αρθρώσεων, και το κλινικό σύνδρομο που προκαλείται, εκδηλώνεται με αυχενάλγια, τοπική ευαισθησία και αντανάκλαση του πόνου ανάλογα με την προσβεβλημένη άρθρωση. Έτσι χαρακτηριστική αντανάκλαση

εμφανίζεται ως: α) ωτο-γναθική κεφαλαλγία από ερεθισμό του πρόσθιου κλάδου της A2 ρίζας που νευρώνει την περιοχή της παρωτίδας, την οπισθοωτιαία περιοχή και τη γωνία της γνάθου¹⁷, β) ινιακή κεφαλαλγία, συχνά με αντανάκλαση πάνω από το φρύδι (νευραλγία Arnold) από ερεθισμό του οπίσθιου κλάδου της ίδιας ρίζας και του νεύρου του Arnold το οποίο νευρώνει το τριχωτό της κεφαλής από το ινίο ως τη μεσοωτιαία γραμμή^{3,8} γ) αυχενάλγια με αντανάκλαση στο στερνοκλειδομαστοειδή μυ από ερεθισμό του πρόσθιου κλάδου της A3 ρίζας⁷ και δ) ινιακή αυχενάλγια από ερεθισμό του οπίσθιου κλάδου της A3 ρίζας^{1,7}. Η προσβολή των ενδοαποφυσιακών αρθρώσεων A4-Θ1 προκαλεί την κλινική εικόνα που στην καθημερινή πρακτική αποκαλούμε ραιβόκρανο και συγκεκριμένα: α) η προσβολή της A4-A5 άρθρωσης προκαλεί πόνο και μυϊκό σπασμό στη μεσαία αυχενική μοίρα, β) η προσβολή της A5-A6 προκαλεί πόνο και μυϊκό σπασμό στην κατώτερη μοίρα του αυχένα και στα ανώτερα σημεία του τραπεζοειδούς μυός, γ) η προσβολή της A6-A7 εκδηλώνεται με πόνο στην υπερπλάτιο περιοχή και δ) η προσβολή της A7-Θ1 άρθρωσης με πόνο στη μεσοπλάτιο περιοχή.

Από τη συμμετοχή του πρόσθιου κλάδου του ενδοραχιαίου νεύρου προκαλείται βραχιόνια νευραλγία, που ανάλογα την προσβεβλημένη

άρθρωση εμφανίζει κατανομή A4, A5, A6, A7 ή A8 ρίζας με πόνο και ευαισθησία στην αντίστοιχη περιοχή (σχήμα 1,2,3,4,5), χωρίς ωστόσο να επηρεάζεται η μυϊκή ισχύς ή θρέψη και χωρίς ηλεκτρονευρογραφικά ή ηλεκτρομυογραφικά ευρήματα.

Οι ενδοαποφυσιακές αρθρώσεις των ανώτερων αυχενικών σπονδύλων, δια μέσου των οπισθίων κλάδων των A2 και A3 ριζών, στέλνουν ερεθίσματα στο σύστημα ισορροπίας (αιθουσαίο σύστημα) και επομένως πληροφορίες στο κεντρικό νευρικό σύστημα για τη θέση της κεφαλής, των ματιών και του τραχήλου^{6-8,16}. Έτσι ένα παθολογικό γεγονός στις πρώτες ενδοαποφυσιακές αρθρώσεις μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση ενός συνδρόμου με ίλιγγο ή αίσθημα αστάθειας, κακουχία, καταβολή και λιγότερο συχνά, ναυτία και εμετό.

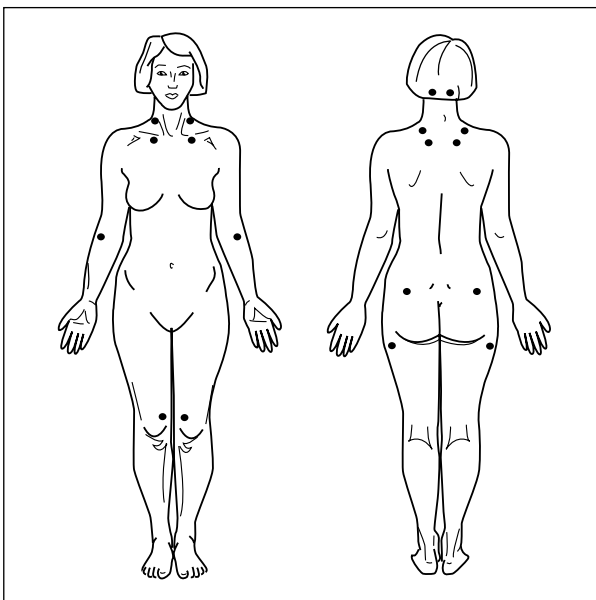
B. Αυχενική μυελοπάθεια

Η αυχενική μυελοπάθεια είναι ένα σύνδρομο που εμφανίζεται μετά από χρόνια πίεση του νωτιαίου μυελού στο επίπεδο του αυχενικού σωλήνα. Εμφανίζεται σε άτομα άνω των 55 ετών και αιτία του είναι ο συνδυασμός οστεοφύτων, εκφύλισης και προβολής του μεσοσπονδύλιου δίσκου, με αποτέλεσμα τη στένωση του σπονδυλικού σωλήνα. Η κατανομή και η σοβαρότητα των ενοχλημάτων εξαρτώνται από το επίπεδο, τη διάρκεια και το βαθμό στένωσης.

Η πιο συχνή εκδήλωση αυχενικής μυελοπάθειας είναι η δυσλειτουργία των άνω και κάτω άκρων. Οι ασθενείς έχουν ενοχλήματα και από τα τέσσερα άκρα, δυσκαμψία και δυσχέρεια, στα άνω άκρα δυσκολία στη βάρδιση και ορθοκυστικές διαταραχές, ενώ μόνο το 1/3 των ασθενών παραπονείται για πόνο στον αυχένα. Η φυσική εξέταση αναδεικνύει αδυναμία στα άκρα σε συνδυασμό με σπαστικότητα, αύξηση των αντανακλαστικών, κλώνο και θετική δοκιμασία Babinski στα κάτω άκρα.

Γ. Ινομυαλγία

Οι ασθενείς με σύνδρομο ινομυαλγίας παραπονούνται για διάχυτους πόνους στα μαλακά



Εικόνα 4: Τα επώδυνα σημεία σε ασθενείς με ινομυαλγία

μόρια εκτεταμένων περιοχών του σώματος. Ο πόνος επικεντρώνεται στον αυχένα ή χαμηλά στην οσφύ και στο μηρό⁸. Συχνά συνυπάρχει κεφαλαλγία, συνήθως ινιακή, με αντανάκλαση στο μάτι, στο αυτί και ζάλη. Πολλές φορές οι πόνοι συνοδεύονται από δυσκαμψία, ιδιαίτερα πρωινή, που δύσκολα διακρίνεται από τη δυσκαμψία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και η διάγνωση είναι πολύ πιο δύσκολη όταν συνυπάρχουν τα δύο νοσήματα. Διάφοροι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν έξαρση των ενοχλημάτων είναι η φυσική άσκηση ή η αδράνεια, ο κακός ύπνος, το συναισθηματικό stress και ο υγρός καιρός. Επίσης η έξαρση μιας άλλης συνυπάρχουσας νόσου μπορεί να επιδεινώσει το σύνδρομο της ινομυαλγίας.

Ο πόνος είναι έντονος και βασανιστικός, εντονότερος ακόμη από εκείνον της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, όπως προκύπτει από ερωτηματολόγια με κλίμακα πόνου που συμπληρώνονται από τους ασθενείς. Οι περισσότεροι ασθενείς παραπονούνται για κόπωση που ήδη υπάρχει από το πρωινό ξύπνημα, αλλά συνήθως επιδεινώνεται τις απογευματινές ώρες. Η παραμικρή

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑΣ

1. Ιστορικό εκτεταμένου, διάχυτου, ακαθόριστου πόνου.
2. Πόνος σε 11 από τα ακόλουθα 18 επώδυνα σημεία κατά τη ψηλάφηση με σχετική πίεση, μετά από εξάσκηση:
 - Ινιακό: Περιοχή ινίου στην πρόσφυση των υπονιακίων μυών αμφοτερόπλευρα.
 - Χαμηλό αυχενικό: Στην πρόσθια επιφάνεια των εγκαρσίων αποφύσεων των Α5– Α6 αμφοτερόπλευρα.
 - Τραπεζοειδούς: Στη μέση γραμμή του ανώτερου ορίου του τραπεζοειδούς μυός αμφοτερόπλευρα.
 - Υπερακάνθιο : Στην άνω και μέση επιφάνεια της ωμοπλάτης αμφοτερόπλευρα.
 - Δεύτερης πλευράς: Στην άνω και πλάγια επιφάνεια της 2ης στερνοπλευρικής άρθρωσης αμφοτερόπλευρα.
 - Πλάγιο επικονδυλικό: Δύο εκατοστά πλάγιως των κονδύλων στην άρθρωση του αγκώνα αμφοτερόπλευρα.
 - Γλουτιαίο: Στο άνω τεταρτημόριο των γλουτών αμφοτερόπλευρα.
 - Μεϊζονος τροχαντήρα: Πίσω από το μεϊζονα τροχαντήρα αμφοτερόπλευρο
 - Γόνατος: Στην έσω επιφάνεια του γόνατος αμφοτερόπλευρα.
3. Χαρακτηριστικά συμπτώματα:
 - Κόπωση
 - Διαταραχές ύπνου
 - Δυσκαμψία
 - Παισιθήσεις
 - Κεφαλαλγίες
 - Ευερέθιστο έντερο
 - Αγγειοκινητικές διαταραχές άκρων χειρών
 - Κατάθλιψη ή και άγχος

δραστηριότητα επιδεινώνει τη συμπτωματολογία, κυρίως τους πόνους και την κόπωση, αλλά και η παρατεταμένη απραξία έχει παρόμοια αποτελέσματα στο σύνδρομο.

Ο ύπνος δεν ξεκουράζει τους ασθενείς, αν και πολλοί δεν αναφέρουν διαταραχές ύπνου ή αύπνία. Η κεφαλαλγία αναφέρεται ως κεφαλαλγία τάσεως ή βασανιστική ημικρανία μη ανταποκρινόμενη εύκολα στα φάρμακα¹⁶. Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου συνυπάρχει στο 50% των ασθενών με διαγνωσμένο σύνδρομο ινομυαλγίας⁸. Φαινόμενο Raynaud, αγγειοκινητικό φαινόμενο προσομοιάζον με Raynaud και ευαισθησία στο κρύο επίσης αναφέρεται σε πολλούς από ασθενείς με ινομυαλγία.

Πολλοί ασθενείς παραπονούνται για ιλίγγους, δυσκολία στη συγκέντρωση, ξηροφθαλμία, ξηροστομία, αίσθημα παλμών, παραισθησίες, αίσθημα οιδήματος, ευαισθησία στις τροφές και στα

φάρμακα και σημαντική λειτουργική ανικανότητα. Περίπου το 25% των ασθενών έχουν κατάθλιψη, ενώ η πλειονότητα των υπολοίπων έχουν άγχος. Οι ασθενείς με ινομυαλγία δεν είναι μόνο άρρωστοι, αλλά τα συμπτώματά τους σε μεγάλο βαθμό επιδρούν στις δραστηριότητές τους και μπορούν να οδηγήσουν σε αποδιοργάνωση της καθημερινότητάς τους.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ινομυαλγίας είναι:

1. Ιστορικό εκτεταμένου, διάχυτου και ακαθόριστου πόνου (στην πλειονότητα τους οι ασθενείς παραπονιούνται για αυχενάλγία ή ινιακή κεφαλαλγία).
2. Πόνος που εκλύεται με την πίεση συγκεκριμένων σημείων (11 από τα 18 σημεία)
3. Χαρακτηριστικά συνοδά συμπτώματα όπως: κόπωση, διαταραχές ύπνου, παραισθησίες, ευερέ-

θιστο έντερο, αγγειοκινητικές διαταραχές άκρων χειρών, κατάθλιψη ή και άγχος.

Δ. Αυχενοβραχιόνιος νευραλγία

Η εμφάνιση των ενοχλημάτων αρχίζει από την περιοχή του αυχένα και επεκτείνεται στον ώμο, στο βραχίονα, στον αγκώνα, στο αντιβράχιο και στα δάκτυλα ανάλογα με το προσβεβλημένο σημείο. Στην αυχενοβραχιόνιο νευραλγία η διάγνωση τίθεται από τη συμπτωματολογία, την κατανομή και τους χαρακτήρες του πόνου, τον τρόπο εμφάνισής της, την ύπαρξη ή όχι υπολειπόμενης μυϊκής θρέψης ή μυϊκής ισχύος σε συγκεκριμένη ομάδα μυών ανάλογα με το προσβεβλημένο νευροτόμιο, τη διαταραχή ή όχι των τενόντιων αντανεκλαστικών, την ύπαρξη υπαισθησίας στη συγκεκριμένη περιοχή, ενώ η ταχύτητα αγωγής των νεύρων θα δείξει το ακριβές σημείο βλάβης και οι συμπληρωματικές εξετάσεις-απεικονιστικές και αιματολογικές- θα μας δώσουν την αιτιολογική διάγνωση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΑ

Η διάγνωση τίθεται από το ιστορικό, την ηλικία, την κλινική εικόνα, την κατανομή και τους χαρακτήρες του πόνου, από την αντικειμενική εξέταση με τη ψηλάφηση για ανεύρεση μυϊκού σπασμού και τοπικής ευαισθησίας στο σημείο της βλάβης ή και σε άλλα σημεία. Συμπληρώνεται από τον απλό ακτινολογικό έλεγχο, ο οποίος αναλόγως με τα παραπάνω ευρήματα περιλαμβάνει και σπινθηρογράφημα, αξονική ή μαγνητική τομογραφία, καθώς και από τον εργαστηριακό έλεγχο σε υποψία λοιμώδους, νεοπλασματικής ή άλλης αιτίας, έτσι ώστε να οδηγηθούμε στην ακριβή διάγνωση και κατά συνέπεια στη σωστή αντιμετώπιση του αρρώστου.

Συχνά, ο τρόπος έναρξης και οι χαρακτήρες του πόνου μας οδηγούν να προσανατολιστούμε στην πιθανότητα τραυματικής, εκφυλιστικής, λοιμώδους, φλεγμονώδους νεοπλασματικής αιτιολογίας της αυχεναλγίας.

Αναλυτικά η διάγνωση στα διάφορα κλινικά

σύνδρομα αυχεναλγίας τίθεται σύμφωνα με τα παρακάτω:

α) Στο σύνδρομο ενδοαποφυσιακών αρθρώσεων:

Η πλειονότητα των ασθενών είναι μέσης ηλικίας και άνω, συνήθως αγύμναστα άτομα, γυναίκες, που σπκώνονται το πρωί με ινιακή κεφαλαλγία, πόνο στον αυχένα, σύσπασση των παρασπονδυλικών μυών με αντανάκλαση στον ένα ή και στους δύο ώμους ή αγκώνες ή με αιμωδίες στο ένα ή και στα δύο χέρια με κατανομή ρίζας ανάλογη της προσβεβλημένης άρθρωσης. Η συμπτωματολογία τους εμφανίζεται στην κίνηση, επηρεάζεται από το μαξιλάρι, τις καιρικές συνθήκες, την υγρασία κ.ά.

Η κλινική εξέταση καταδεικνύει μυϊκή σύσπασση και τοπική ευαισθησία, ενώ η επώδυνη συμπτωματολογία, η καυσαλγία ή οι αιμωδίες αναπαράγονται με την κάμψη ή την υπερέκταση του αυχένα.

Η ακτινογραφία θα δείξει οπωσδήποτε ευθειασμό της ΑΜΣΣ και ενδεχομένως εκφυλιστικές αλλοιώσεις κυρίως σε κάποια ή σε κάποιες ενδοαποφυσιακές αρθρώσεις.

Το ηλεκτρομυογράφημα και η ταχύτητα αγωγής των νεύρων είναι φυσιολογικά.

Το σπινθηρογράφημα οστών με τεχνήσιο ή γάλλιο είναι αρνητικό για άλλη αιτία αυχεναλγίας.

Η αξονική ή η μαγνητική τομογραφία που ενδεχομένως θεωρηθεί απαραίτητο να γίνουν αναδεικνύουν εκφυλιστικές βλάβες στις ενδοαποφυσιακές αρθρώσεις με στένωση, πύκνωση και δημιουργία οστεοφύτων.

β) Στην ινομυαλγία:

Η διάγνωση είναι δυσκολότερη, γιατί, ενώ πληρούνται τα κριτήρια της ινομυαλγίας, μπορεί να συνυπάρχει και υποκείμενο νόσημα, όπως νεόπλασμα ή αυτοάνοσο ρευματικό νόσημα κ.ά. Πρέπει λοιπόν να γίνουν εργαστηριακές εξετάσεις, κυρίως για να αποκλεισθεί η περίπτωση δευτεροπαθούς ινομυαλγίας σε έδαφος σοβαρότερου νοσήματος.

γ) Στην αυχενοβραχιόνια νευραλγία:

Η συμπτωματολογία, η κατανομή και οι χαρα-

κτίρες του πόνου, ο τρόπος εμφάνισης, η υπολειπόμενη μυϊκή θρέψη ή ισχύς, σε συγκεκριμένους μυς ανάλογα με το προσβεβλημένο νευροτόμιο, η ελάττωση των τενοντίων αντανακλαστικών, η υπαισθησία στην περιοχή και η ταχύτητα αγωγής των νεύρων θα δείξουν το ακριβές σημείο βλάβης, ενώ οι συμπληρωματικές εξετάσεις απεικονιστικές και αιματολογικές θα μας δώσουν την αιτιολογική διάγνωση.

δ) Στην αυχενική μυελοπάθεια:

Η κλινική εικόνα, τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, αλλά κυρίως ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική και μαγνητική τομογραφία θα εντοπίσουν το πρόβλημα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της αυχεναλγίας που οφείλεται σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις στο σύνδρομο ενδοσποφυσιακών αρθρώσεων στηρίζεται αρχικά στην ανάπαυση σε συνδυασμό με χρήση μυοχαλαρωτικών, αναλγητικών (παρακεταμόλη) και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και φυσιοθεραπείας με διαθερμίες και μαλάξεις, ενώ στη συνέχεια με άσκηση για ενδυνάμωση των αυχενικών, ραχιαίων και κοιλιακών μυών που στηρίζουν τις ενδοσποφυσιακές αρθρώσεις^{17,21,22}.

Εάν κριθεί απαραίτητος ο κλινοστατισμός κατά την οξεία φάση, πρέπει να δίδεται έμφαση στη χρήση ενός κυλινδρικού μαλακού ανατομικού μαξιλαριού, κατασκευασμένου και προσαρμοσμένου κάτω από τον αυχένα με τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθά στην πραγματική ανάπαυσή του. Όταν ο ασθενής εγείρεται, καλό είναι να προστατεύει τον αυχένα του με ένα μαλακό κολάρο, το οποίο αποσκοπεί στη μη πρόκληση πόνου από απότομες κινήσεις και συντελεί στην ακινητοποίηση και ανάπαυση του αυχένα.

Όταν συνιστούμε άσκηση, εννοούμε οι ασθενείς να αρχίσουν από την πρώτη μέρα της ανάπαυσης και με γνώμονα πάντα τη μη πρόκληση πόνου. Ο πόνος θα είναι το οδηγό σημείο απαγόρευσης οποιασδήποτε κίνησης. Έναρξη με ήπιες επαναλαμβανόμενες ισομετρικές και ισονομικές ασκήσεις σε ύπτια θέση του ασθενούς

και ελαφρά υπερέκταση της κεφαλής, με ταυτόχρονη και παρατεταμένη σύσπαση των ραχιαίων μυών για αρκετά δευτερόλεπτα, και προσπάθεια έγερσης της κεφαλής από την οριζόντια θέση με αργή και παρατεταμένη κίνηση προς τα πάνω υπερνικώντας μόνο το βάρος αυτής. Στη συνέχεια, και ανάλογα με την πρόοδο που θα έχει επιτευχθεί και πάντα με τη χρήση του κολάρου κατά τις μετακινήσεις του ασθενούς, επιβάλλεται η φυσικοθεραπεία με διαθερμίες, υπερήχους, μαλάξεις και ασκήσεις. Ορισμένες φορές, όταν φλεγμαίνει κάποια από τις ανώτερες ενδοσποφυσιακές αρθρώσεις που προκαλεί κεφαλαλγία με αντανάκλαση στο ινίο, στο τριχωτό της κεφαλής και με συμπτώματα από τα αυτιά, τα μάτια κ.ά που αποτελούν τη νευραλγία Arnold, αντιμετώπιση αποτελεί η τοπική διήθηση διαλύματος ξυλοκαΐνης με κορτικοειδές που ενίεται στο τρήμα του ινιακού ογκώματος για άμεση ανακούφιση. Τοπική διήθηση μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε ενδοσποφυσιακή άρθρωση.

Στις περιπτώσεις που από την κλινική εξέταση υπάρχει ένδειξη πίεσης ρίζας ή νωτιαίου μυελού, προχωρούμε γρήγορα στη διαγνωστική προσέγγιση και, αφού αποκλειστούν άλλες αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν παρόμοια συμπτωματολογία, γίνεται μαγνητική τομογραφία και χειρουργική αντιμετώπιση είτε με πεταλεκτομή είτε με σπονδυλοδεσία μετά από ευρεία πεταλεκτομή.

Στις περιπτώσεις που η αυχεναλγία οφείλεται σε φλεγμονώδη αίτια ακολουθείται αιτιολογική θεραπεία, συστηματική ή τοπική.

Στη φλεγμονώδη αυχεναλγία από λοιμώδη αίτια παρατηρείται πυρετός ή πυρέτιο, κακουχία, λευκοκυττάρωση, αύξηση της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών. Αντίδραση Wright θετική σε υψηλό τίτλο ενδεχομένως θέτει τη διάγνωση της σπονδυλικής λοίμωξης με βρουκέλλα του μελιταίου, που δεν είναι σπάνια σε αγροτο-κτηνοτροφικές περιοχές. Δερματοαντίδραση Mantoux θετική με τυπική ακτινολογική εικόνα θώρακος για φυματίωση, ενδεχομένως θέτει τη διάγνωση αυχεναλγίας φυματιώδους αιτιολογίας.

Το σπινθηρογράφημα με γάλλιο που δείχνει

αυξημένη τοπική συγκέντρωση όπως επίσης η απλή εντοπισμένη ακτινογραφία και η αξονική τομογραφία της ΑΜΣΣ θα καταδείξουν δισκίτιδα ή σπονδυλοδισκίτιδα και στις δύο αυτές περιπτώσεις. Παρόμοια ακτινολογικά ευρήματα αναδεικνύονται και στην περίπτωση σταφυλοκοκκικής ή άλλης λοίμωξης της ΑΜΣΣ, με τη διαφορά ότι θα απαιτηθεί επί πλέον παρακέντηση και καλλιέργεια ώστε να απομονωθεί το λοιμώδες στέλεχος και η αντιμικροβιακή αγωγή.

Η θεραπεία της ινομυαλγίας είναι πολύ πιο δύσκολη και απαιτεί συνεργασία μεταξύ ρευματολόγου, φυσιάτρου, ψυχιάτρου και άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος^{9,21}.

ABSTRACT

Neck pain: Diagnostic approach and therapeutic management

J. Myriokefalitakis, S. Karogianni, M. Bastakis
Department of Rheumatology, Asklepieion General Hospital, Voula, Athens

Neck pain is presented usually as regional pain, but often pain tends to irradiate to shoulders, upper extremities, or to the occipital region depending on the anatomical site of the problem. Sometimes pain in the neck attached or irradiated from other troublesome sites like from the heart, or from elsewhere at the thorax, etc. The differential diagnosis, the diagnostic approach and the therapeutic management depended on the reason of the neck pain. Common reasons of neck pain are damages, mostly in the facet joints or the intervertebral discs, lesions in the ligaments, cervical radices or the medullar canal of degenerative, inflammatory, microbiological or neoplastic causes. Diagnosis is based on patient's history and clinical examination, on the characters of pain and other signs and symptoms and on the X-ray, CT scan and other laboratories findings that may exist. Therapy is etiological and based on topical pharmaceutical or surgical regimens or systemic treatment if a systemic illness exists.

Hellenic Rheumatology 2006;17(1):65-76

Key words: neck pain, facet joint syndrome, cervical myelopathy, discitis, fibromyalgia .

BIBLIOΓΡΑΦΙΑ:

1. Bland JH, Boushey DR. Anatomy and physiology of the cervical spine. *Sem Arthritis Rheum* 1990; 20:1-20.
2. David Borenstein. Approach to the patient with neck pain. In: *Current Rheumatology Diagnosis & Treatment*. Lange Medical Books/McGraw-Hill 2004.
3. April C, Dwyer A, Bogduk N. Cervical zygapophyseal joint pain. *Spine* 1990; 15:458-61.
4. Barre JA . Sur un sympathique cervical posterieure et sa cause frequent. L artrite cervicale. *Rev Neurol* 1926; 45:1246-9.
5. Bogduk N, Marsland A. On the concept of third occipital headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986; 49:775-80.
6. Bogduk N, Marsland A. The cervical zygapophysial joint as a source of neck pain. *Spine* 1988; 13:610-7.
7. Dwyer A, April C, Bogduk N. Cervical zygapophysial joint pain. *Patterns I: A study in normal volunteers*. *Spine* 1990; 15:453-7.
8. Wolfe F, Smythe HA, Yunus M, et al. The American College of Rheumatology, 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160.
9. Μυριοκεφαλιτάκης Ι, Μιχελιδάκης Κ, Αλεξανδράκη Κ. Ινομυαλγία. Βήμα Ασκληπιού. Μάρτιος 2006
10. Gore DR, Sepic SB, Gardner BS. Roentgenographic findings of the cervical spine in asymptomatic people. *Spine* 1986; 11: 521-4.
11. Jull G, Bogduk N, Marsland A. The accuracy of manual diagnosis for cervical zygapophyseal joint pain syndromes. *Med J Aust* 1988; 148:233-6.
12. Grieve GP. *Common vertebral joint problems*. Churchill Livingstone, London, 1989.
13. Maigne R. Signers cliniques des cephalées cervicales; leur traitement. *Med Hyg* 1981; 39:1174-85.
14. Mooney V, Robertson J. The facet joint syndrome. *Clinic Orthop* 1976; 115:149-56.
15. Rucco V, Zucchi A. La sindrome delle facette articolari . *Europa Med Phys* 1986; 22:233-41.
16. Testut L, Latarjet A. *Trattato di Anatomia Umana*.

- Vol IV. UTET 1971, Torino.
17. Wyke BD. Neurology of the cervical spine joint. *Physiol* 1979; 65:72-80.
 18. Fletcher G, Haughton VM, Khng-Cheng Ho, Shwei Yu. Age related changes in the cervical facet joints: Study with cryotomography, MR, and CT. *Am J Neuroradiol* 1990; 11:27-30.
 19. Barnsley L, Lord SM, Thomas P, et al. SPECT bone scans for the diagnosis of symptomatic cervical zygapophyseal joints. *Br J Rheumatol* 1993; 32(suppl 2):52.
 20. Jull G, Bogduk N, Marsland A. The accuracy of manual diagnosis for cervical zygapophyseal joint pain syndromes. *Med J Aust* 1988; 148:233-6.
 21. Μυριοκεφαλιτάκης Ι. Εξωαρθρικός Ρευματισμός. *Ελληνική Ρευματολογία* 2003; 14(4) συμπλήρωμα:111-7.
 22. Μυριοκεφαλιτάκης Ι. Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. *Ασκληπειακά Χρονικά* 2003; 3(1):24-9.