

Szyjnopochodny ból głowy - przyczyny, diagnostyka i leczenie

opublikowano: 25-01-2021, 16:30

ROZMAWIAŁA EMILIA GRZELA

„Praktyka kliniczna pokazuje, że szyjnopochodne bóle głowy to coraz większy problem zdrowotny Polaków. Na ich rozwój w dużym stopniu mają wpływ czynniki związane ze stylem życia” – wskazuje dr hab. n. med. Tomasz Łyson, z którym rozmawiamy o cechach, diagnostyce oraz możliwościach leczenia szyjnopochodnego bólu głowy.

O KIM MOWA

DR HAB. N. MED. TOMASZ ŁYSON



jest specjalistą w dziedzinie neurochirurgii, zastępcą kierownika Kliniki Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Jakie miejsce zajmuje szyjnopochodny ból głowy w klasyfikacji dolegliwości bólowych w obrębie głowy i szyi?

Szyjnopochodne dolegliwości bólowe mają niejednorodny obraz kliniczny, nie jest więc łatwo jednoznacznie ująć je w klasyfikacji rodzajów bólu głowy i szyi. Dolegliwości zgłaszane przez pacjentów mają często różną lokalizację i charakter. Brakuje jednolitego wzorca bólu, który moglibyśmy przypisać tej przypadłości, choć w większości przypadków występuje on w okolicy potylicznej. Często towarzyszą mu: ból karku, ramion lub żuchwy, zawroty głowy czy nudności. Może także pojawić się drętwienie kończyn górnych, nie jest to jednak regułą. Zdarza się, że ból w obrębie potylicy występuje zaraz po przebudzeniu, a dolegliwości rozwijają się w ciągu dnia, promieniując na okolice skroniową. Pacjenci skarżą się wówczas na ból wypierający gałkę oczną. Trudności diagnostycznych przysparzają dolegliwości skupione tylko w obrębie głowy, bez innych objawów, sugerujących problem ze strony kręgosłupa szyjnego.

Ataki szyjnopochodnego bólu głowy mogą trwać do kilku dni lub nawet tygodni. Ich kolejną cechą jest to, że nie poddają się leczeniu farmakologicznemu. Zróznicowany charakter dolegliwości bólowych wydłuża proces diagnostyczny i komplikuje leczenie – wielu chorych jest np. błędnie leczonych z powodu migreny.

Jak licznej populacji pacjentów dotyczy szyjnopochodny ból głowy? U kogo występuje najczęściej?

Precyzyjna charakterystyka tej populacji przysparza sporo problemów, nie widać bowiem korelacji pomiędzy wiekiem czy płcią a zwiększonym ryzykiem rozwoju szyjnopochodnego bólu głowy. Praktyka kliniczna pokazuje, że jest to coraz większy problem zdrowotny Polaków. Można nawet pokusić się o stwierdzenie, że obecnie mamy prawdziwą epidemię dyskopatii szyjnych. Wpływ na to mają w dużym stopniu czynniki związane ze stylem życia. Coraz większa jest grupa osób, które choćby ze względu na charakter oraz warunki wykonywanej pracy, spędzają kilka lub kilkanaście godzin dziennie z głową pochyloną do przodu – a to niezwykle obciążające dla kręgosłupa. Ponadto Polacy nie należą do aktywnych fizycznie narodów. W czasie wolnym od zawodowych obowiązków większość z nas nie podejmuje regularnej aktywności fizycznej. To niekorzystne zjawisko z pewnością pogłębiła pandemia COVID-19, choć i wcześniej Polacy ćwiczyli stosunkowo rzadko.

Choroby kręgosłupa są już bez wątpienia kolejnym schorzeniem cywilizacyjnym. Szyjnopochodne bóle głowy, uwarunkowane stylem życia, rzadziej dotyczą osoby

starsze, u których przyczyn dolegliwości bólowych w tym odcinku należy raczej szukać w zmianach degeneracyjnych. Starsi pacjenci wymagają więc nieco innego, bardziej klasycznego podejścia diagnostycznego i terapeutycznego.

Jakie są najczęstsze przyczyny szyjnopochodnego bólu głowy, poza tymi, o których już pan wspomniał?

Częste trwanie w pozycji obciążającej kręgosłup oraz niska aktywność fizyczna są częstą przyczyną dolegliwości wśród pierwszej kategorii pacjentów. Do drugiej należy zaliczyć osoby aktywne w stopniu nadmiernym lub uprawiające dyscypliny w szczególny sposób narażające kręgosłup szyjny na przeciążenia lub urazy, np. taniec lub crossfit. W tej grupie dominują pacjenci młodszy, nawet kilkunastoletni. Warto więc podkreślić, że każda aktywność fizyczna powinna być odpowiednio dobrana pod kątem stanu zdrowia i wydolności danej osoby, tak aby ograniczyć potencjalne urazy mechaniczne.

Dolegliwości bólowe, w dużym uproszczeniu, pojawiają się, gdy dysk znajdujący się pomiędzy kręgami kręgosłupa ulegnie uszkodzeniu na skutek urazu lub zmian zwyrodnieniowych — wówczas rozwija się stan zapalny. W takich sytuacjach dysk się uwypukla i naciska na unerwione struktury kręgosłupa, czego efektem jest ból.

Oczywiście, poza czynnikami związanymi ze stylem życia, nie bez znaczenia dla rozwoju szyjnopochodnego bólu głowy są urazy, nawet te powstałe w wyniku pozornie banalnych wypadków. Podczas wywiadu należy więc dopytać pacjenta o urazy kręgosłupa i głowy, i to niekoniecznie o typowe urazy typu „biczowego” (ang. whiplash injury). Dyskopatia oraz szyjnopochodny ból głowy są najczęściej wynikiem urazów mechanicznych, ale w diagnostyce różnicowej należy także wziąć pod uwagę chorobę zwyrodnieniową oraz predyspozycje genetyczne. Warto zapytać w trakcie wywiadu o przypadki choroby zwyrodnieniowej w rodzinie.

Jak więc przebiega diagnostyka?

Podstawą diagnostyki pozostaje rezonans magnetyczny odcinka szyjnego kręgosłupa, ale, co podkreślę, dobrej jakości. Istotne dla prawidłowego rozpoznania jest także wykonanie zdjęcia przeglądowego RTG oraz zdjęć czynnościowych w zgięciu i przeproście, aby sprawdzić, jaka jest dynamika ruchu kręgosłupa szyjnego u danego pacjenta. Większość trafiających do mnie pacjentów jest już po długotrwałym procesie diagnostycznym, podczas którego wykluczono inne przyczyny bólu głowy niż te związane z kręgosłupem. W ramach diagnostyki różnicowej standardem są:

tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny oraz badanie naczyniowe głowy (angio CT lub angio MR).

Poza badaniami obrazowymi, warto potwierdzić diagnozę poprzez czasowe unieruchomienie kręgosłupa szyjnego w kołnierzu ortopedycznym z jednoczesnym zastosowaniem leczenia zachowawczego. Warte rozważenia jest też wykorzystanie blokad sterydowych danego poziomu kręgosłupa. Polegają one na podaniu sterydów i środków znieczulających miejscowo pod kontrolą radiologiczną. W diagnostyce szyjnopochoдного bólu głowy stosuje się również wyłączenie unerwienia w obrębie potylicy poprzez blokowanie nerwu potylicznego mniejszego i większego.

W którym momencie terapia zachowawcza ustępuje miejsca leczeniu zabiegowemu?

Postępowanie zabiegowe w zasadzie nigdy nie jest leczeniem pierwszego wyboru. Zdecydowana większość pacjentów w pierwszej kolejności jest leczona zachowawczo. W części przypadków farmakoterapia w połączeniu z dbałością o właściwe dla kręgosłupa warunki pracy (przede wszystkim pozycja neutralna dla kręgosłupa szyjnego), regularną i dostosowaną do możliwości pacjenta aktywnością fizyczną oraz fizjoterapią wystarczą do wyeliminowania lub znaczącego zmniejszenia dolegliwości bólowych. Jeśli stosowana przez kilka tygodni lub miesięcy — tu wiele zależy od nasilenia bólu i decyzji chorego — terapia zachowawcza nie przynosi efektu, można zaproponować pacjentowi postępowanie zabiegowe.