

Jerzy E. Kiwerski*Katedra i Klinika Rehabilitacji Akademii Medycznej, Warszawa*

Zespół szyjno-głowy w przebiegu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa szyjnego

Cervico-cephalic syndrome in the course of degenerative disease of the cervical spine

Słowa kluczowe: kręgosłup, zespół bólowy, zmiany zwyrodnieniowe**Key words:** spine, pain syndrome, degenerative disease

SUMMARY

This article contains a synthesis of views concerning cervico-cephalic syndrome, which results from degenerative changes in the cervical spine. The pathophysiology of the syndrome is discussed, along with contemporary methods of diagnosis and therapy, with indications for conservative and surgical treatment.

STRESZCZENIE

Autor dokonuje syntezy poglądów dotyczących zespołu szyjno-głowego, będącego skutkiem zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa w odcinku szyjnym. Omawia jego patofizjologię, współczesne metody diagnostyki i leczenia wskazując drogi postępowania zachowawczego i operacyjnego.

Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa są jednym z najczęściej występujących zespołów chorobowych ostatnich lat. Mogą one być następstwem ostrego przeciążenia kręgosłupa, jego urazu, nawet przebiegającego bez uszkodzenia struktury kostnej, ale uszkadzającego elementy więzadłowe, krążki międzykręgowe. Częściej są następstwem niehigienicznego trybu życia, ograniczenia aktywności ruchowej, przewlekłego przebywania w przymusowej, niekorzystnej dla kręgosłupa pozycji, np. podczas wielogodzinnej pracy przy komputerze czy pracy zawodowej. Nie bez znaczenia jest też wydłużanie życia, zwiększenie odsetka osób w wieku starszym, czemu z reguły towarzyszą zmiany zwyrodnieniowe, nierzadko wielu stawów, w tym kręgosłupa. W miarę starzenia, narastania zmian przeciążeniowo-zwyrodnieniowych następuje obniżenie wysokości krążka, utrata jego właściwości amortyzujących, zaburzenia zwartości stawów międzykręgowych [1]. Przy wstrząsach, przeciążeniu kręgosłupa, obszerniejszych ruchach – krawędzi trzonów ocierają się, co stopniowo doprowadza do formowania się wyrostki brzeżnych na krawędziach trzonów kręgowych (syndesmofitów). Postępujące zwężenie przestrzeni międzykręgowej prowadzi do obniżenia i zniekształcenia w następstwie przemieszczenia wyrostków stawów międzykręgowych

– otworów międzykręgowych, sprzyja narastaniu wyrostki brzeżnych na krawędziach trzonów, w obrębie stawów unkowertebralnych [2]. Przerost tylnych krawędzi trzonów może powodować zwężenie światła kanału kręgowego i ucisk na nasady korzeni, a niekiedy na przednią powierzchnię rdzenia kręgowego i biegnącą tu tętnicę rdzeniową przednią, zaopatrującą centralną część rdzenia oraz jego rogi przednie. Konsekwencją tego może być niedowład kończyn górnych, a w krańcowych przypadkach nawet głęboki niedowład czterokończynowy. Zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze, rozwijające się bocznie, w obrębie stawów unkowertebralnych (Luschki) są stosunkowo mało widoczne na zdjęciach radiologicznych wykonanych w typowych projekcjach, ale mogą być przyczyną drażnienia korzeni rdzeniowych, a niekiedy, przebiegającej w sąsiedztwie tętnicy kręgowej, czego wyrazem mogą być zaburzenia przepływu naczyniowego z burzliwymi niekiedy objawami, bólami, zawrotami głowy, zaburzeniami równowagi, nudnościami, szumem w uszach [3,4].

Taki zespół objawów, któremu towarzyszą zwykle bóle karku, barków określa się mianem zespołu szyjno-głowego. Z uwagi na zróżnicowany charakter objawów, chorzy ze zmianami zwyrodnieniowymi zwracają się o pomoc do lekarzy różnych specjal-

ności: neurologii, ortopedii, rehabilitacji, reumatologii, a niekiedy – laryngologów i okulistyki.

LECZENIE

Leczenie mało zaawansowanych zmian chorobowych kręgosłupa szyjnego na ogół nie nastęrcza większych trudności i szybko prowadzi do ustąpienia dolegliwości. Niekiedy nawet dolegliwości te ustępują samoistnie. Leczenie ma głównie charakter objawowy, zmierza do zniesienia doznań bólowych, wyciszenia miejscowego podrażnienia tkanek, rozluźnienia odruchowego napiętych mięśni. Dobre efekty przynosi zarówno leczenie farmakologiczne, jak i fizykoterapia.

W postępowaniu farmakologicznym wykorzystuje się środki przeciwzapalne, przeciwbrzękowe (Voltaren, Majamil, Naklofen, Vioxx i inne) działające przeciwbólowo i relaksująco (Apap, Mydocalm, Mio-lastan). Często osoby z zespołem szyjno-głowym mają obniżone ciśnienie tętnicze, co pogłębia objawy niedostatecznego ukrwienia mózgu przy zaburzeniach przepływu z tętnicami kręgowymi. W takich przypadkach wskazane jest stosowanie środków poprawiających przepływ naczyniowy mózgu, tonizujących ciśnienie. Korzystne efekty w okresie zaostrzenia dolegliwości przynosi okresowe stosowanie kołnierza ortopedycznego, czas jego stosowania należy jednak ograniczyć do niezbędnego minimum, gdyż dłuższe stosowanie unieruchomienia wpływa na osłabienie mięśni karku i pogłębia niewydolność kręgosłupa. Ustąpienie dolegliwości można uzyskać stosując masaż relaksujący mięśni karku, miejscowe zabiegi ciepłne oraz zabiegi fizykalne o działaniu przeciwzapalnym i przeciwbólowym, takie jak: prądy diadynamiczne, interferencyjne, ultradźwięki, pole magnetyczne. Korzystne efekty obserwujemy również przy stosowaniu miejscowo jonoforezy lignokalinowej naprzemiennie z hydrokortyzonową. Wpływa ona na z łagodzenie bólu, zmniejszenie napięcia mięśniowego, zmniejszenie nadwrażliwości przydanki naczyniowej tętnicy kręgowej, a tym samym zmniejszenie częstości występowania skurczów naczynia występującego przy jego podrażnieniu podczas ruchów, zwłaszcza skrętnych kręgosłupa, nawet w granicach fizjologicznych. Należy natomiast zachować dużą rezerwę w zalecaniu manipulacji wyciągów czaszkowych, które niekiedy wywołują lub potęgują bóle, zawroty głowy, nudności. Wynika to z faktu, że tętnice kręgowe przyparte do wyrostki kostnych na krawędziach stawów unkowertebrałnych zostają napięte na tych wyrostkach w czasie ciągu za głowę, co wywołuje zwężenie, skurcz naczynia i pogłębienie upośledzenia przepływu naczyniowego.

Leczenie zachowawcze przynosi zmniejszenie

dolegliwości u większości pacjentów, jednakże w zaawansowanych zmianach niekiedy okazuje się nieskuteczne. Nierzadko bóle, zawroty głowy, zaburzenia równowagi są tak uporczywe, nie reagujące na stosowane leczenie, że doprowadzają chorego do obawy przed opuszczeniem mieszkania, apatii, depresji, niekiedy nawet z myślami samobójczymi.

W przypadkach tak znacznego nasilenia dolegliwości, a nawet narastania ich, pomimo leczenia zachowawczego należy rozważyć wskazania do wykonania zabiegu operacyjnego-odbarczenia tętnic kręgowych od ucisku. Zabieg wykonywany jest zwykle techniką zbliżoną do proponowanej przez Junga [5, 6], której założeniem jest usunięcie przednio-bocznej części wyrostków poprzecznych oraz wyrostki kostnych na poziomie stawu unko-wertebrałnego, zniekształcających kanał tętnicy kręgowej. Zabieg wykonuje się co najmniej na poziomie dwu sąsiednich kręgow, jedno lub obustronnie. Uzależnione jest to od charakteru i rozległości zmian chorobowych oraz ich lokalizacji stwierdzanej w obrazie rtg (ważne wykonanie poza zdjęciami rutynowymi – zdjęć w projekcjach skośnych – pod kątem 30 lub 40°, obustronnie takim samym). Wskazane jest też posiłkowanie się badaniem ultrasonograficznym, przepływu naczyniowego w tętnicach dogłowych oraz obrazem rezonansu magnetycznego. Rzadziej obecnie korzysta się z badania arteriograficznego. Zabieg operacyjny uwalnia najczęściej chorego od wielomiesięcznych, uciążliwych dolegliwości, zmuszających pacjenta do znacznego ograniczenia działalności zawodowej i życiowej [7,8,9,10]. Operacje tego typu w ciągu poprzednich 20 lat przeprowadziliśmy u niemal 100 pacjentów, uzyskując dobry wynik zabiegu u ponad 80% operowanych. Wskazania do zabiegu nie powinny oczywiście być stawiane zbyt pochopnie. Jednakże zbyt długie wyczekiwanie z decyzją o podjęciu operacji jest niekorzystne. Długotrwałe drażnienie tętnicy może doprowadzić do jej trwałego skurczu, utworzenia blizny zwięzającej światło naczynia i wówczas, efekt zabiegu będzie niezadowalający. Jednakże z taką sytuacją mieliśmy do czynienia jedynie w kilku przypadkach.

Jak z tego krótkiego doniesienia wynika istnieje szereg możliwości ulżenia chorym z zespołem szyjno-głowym w przebiegu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa. Ale wynik leczenia w dużej mierze zależy od właściwego doboru metody postępowania i podjęcia leczenia odpowiednio wcześniej.

PIŚMIENNICTWO

1. Kiwerski J.: Schorzenia przeciążeniowo-zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego. Postępy Psych. Neurol. 1994,3, 179-183.

2. Kiwerski J.: Schorzenia i urazy kręgosłupa. PZWL, W-wa, 2001.
3. Konopka M., Rejniak J., Kluczevska E i in.: Wartość badania MR i innych metod obrazowania w ocenie stopnia zaawansowania spondylozy szyjnej. *Rez. Mag. Med.* 1995, 3/1: 14-20.
4. Jung A.: Resection de l'articulation unco-vertebrale et ouverture du trou de conjugaison par voie anterieure dans le traitement de la nevralgie cervico-brachiale. *Mem. Acad. Chir.* 1963, 89, 361-67.
5. Kehr P., Treusz T.: Freeing of the vertebral artery by un-cusectomy of Jung. In: Kehr P, Weidner A./eds/. *Cervical Spine*. Springer-verlag, Wien 1987, p. 311.
6. Ashkan K., Johnson P., Moore A/J.: A compArison of magnetic resonance imaging and neurophysiological studies in the assessment of cervical radiculopathy. *Br. J. Neurosurgery* 2002, 16/2/, 146-148.
7. Ebraheim N. A., Lu J., Biami A.: Anatomic considerations for uncovertebral involvement in cervical spondylosis. *Clin Orthop. Rel. Res.* 1997, 334, 200 – 206.
8. Kiwerski J.: Anterior operations in cervicarthrosis and vertebral artery compression. *Clinical Orthop. Related Research* 1991,272, 95-99.
9. Mordarski S.: Bóle głowy pochodzenia szyjnego. *Postępy Rehabilitacji.* 1997,11/2/ 35-42.
10. Stręk P., Reroń E., Olszewski E., i in.: Ocena korelacji zaburzeń przepływu krwi tętnicami kręgowymi badanego metodą dopplerowską ze zmianami zwyrodnieniowego kręgosłupa szyjnego u chorych leczonych z powodu szumów usznych. *Otolaryng. Pol.* 1998, 52/4/: 425-429.

Adres do korespondencji / Address for correspondence
Prof. dr hab. Jerzy E. Kiwerski
Katedra i Klinika Rehabilitacji AM
05-510 Konstancin, ul. Wierzejewskiego 12

Otrzymano / Received 02.09.2004 r.
Zaakceptowano / Accepted 27.11.2004 r.

