

Bevezető a nyaki – vállövi fájdalmak differenciáldiagnosztikájához

Nagy örömmre szolgál, hogy ismét kiváló szerzőket sikerült megnyerni rovatunk számára. Hűségese olvasóink bizonyára egyetértenek velünk abban, hogy mindig a gyakorló orvos igényeit szem előtt tartva készítjük írásainkat. Nyaki, vállövi fájdalmak az alábbiakban részle-

tezett számos elváltozás következtében alakulhatnak ki. Dolgozataink, reményeink szerint, adalékkal szolgálnak a napi tevékenységhez, segítve a nem mindig könnyű differenciáldiagnosztikai munkát.

Dr. Szabó Gábor rovatvezető

Dr. Ortutay Judit

Nyaki gerincfájdalmak differenciáldiagnosztikája

Összefoglalás

Szerző áttekinti a fájdalommal járó nyaki kórképeket, azok elkülönítő diagnosztikáját, különös tekintettel az anamnézisre és a fizikális vizsgálat során észleltekre.

A nyaki fájdalom gyakori panasz, melynek hátterében számos ok húzódhat meg. A nyak anatómiai sajátosságai a fej tartását, a gerincvelő, a kilépő gyökök, a carotis és vertebralis artériák védelmét és sokirányú mozgást szolgálják, ez a gerinc legmozgékonyabb szakasza. Egyben a nyak a szervezet legbonyolultabb ízületi rendszerét képezi, összesen 37 ízület végzi a bonyolult mozgásmintákat. A régió határai a protuberantia occipitalis externa, a processus mastoideusok, a CVI csigolya processus spinosus, valamint a kulcsfontok, a sternum incisura jugularis és a mandibula. A differenciáldiagnosztika alapja a körültekintő anamnézis és a gondos fizikális vizsgálat, melynek segítségével eldönthető a további diagnosztikus lépések szükségessége illetve sorrendje. Az anamnézisben rá kell kérdeznünk megelőző traumára, hideghatásra, a fájdalom fokozatos vagy akut kezdete, jellegére, kisugárzására, arra, hogy éjjel, vagy nyugalomban jelentkez-e, illetve mozgás provokálja-e. A megtekintés során a nyaki lordosis fokozódását vagy kiegyenesedését, kényszertartást, illetve a már a beszélgetés során is feltűnő merevséget keressük. Tapintással a n. occipitalis

kilépési pontjainak nyomásérzékenységet, a paravertebralis és a trapesius izmok spasmusát, ugyanitt nyomásérzékenységet, fájdalmas fibrositises csomókat, a processus spinosusok és az izomtapadások érzékenységét provokálhatjuk. A mozgás vizsgálata során anteflexiót (egészségesek esetében 30-45 fokig vihető ki), retroflexiót (30-45°), lateralflexiót (40-45°), illetve rotációt (30-60°) vizsgálunk, aktívan és passzívan is. Heves fájdalom, vagy rosszul kooperáló beteg esetében a passzív mozgások vizsgálatát érdemes fekvő is elvégezni úgy, hogy a beteg feje túlér a vizsgálóágyon, mögé ülve fejét kezünkben megtámasztja, így könnyebben tud lazítani. Ilyen módon jól detektálható a mozgás végpontján a rugalmasság – contractura, fájdalom miatti, vagy rugalmatlan ellenállás, amely pl. csontos akadály lehet.

1. Akut nyaki fájdalom

1.1. Myalgia: hideghatás, túlerőltetés válthatja ki. A paravertebralis és trapesius izmok spastikusak, nyomásérzékenyek, mozgás fokozza a fájdalmat. Kényszertartás gyakran előfordul. A röntgen negatív, vagy a kornak megfelelő elváltozásokat mutatja.

1.2. Kisízületi block, nyaki distorsio: rossz mozdulat, autóban ostorcsapás sérülés, elfekvés okozhatja. Antalgiás tartás, lokális nyomásérzékenység, mozgáskorlátozottság jellemzi, előfordulhat, hogy radicularis vagy pseudoradicularis tüneteket találunk. Röntgenfelvételen diszharmonikus lordosis, kornak megfelelő eltérések láthatók.

1.3. Discus hernia: rossz mozdulat, jelentéktelen trauma, elfekvés szerepelhet az anamnézisben, de

előzmény nélkül, fokozatosan is kialakulhat. Heves fájdalom, antalgiás kényszertartás, jelentős mozgáskorlátozottság jellemzi, fél-vagy kétoldali paravertebralis spasmust, a megfelelő szegmensben nyomásérzékenységet találunk. Ha a fejtetőre nyomást gyakorolunk, vagy a fej rotációjával és lateralflexiójával (spurling jel), a kar kirotációjával és retroponálásával (Roger-Bikelas műfogás) a fájdalom fokozható. Ezen vertebralis tünetek mellett radicularis tünetekkel is jár: C1 radicularis szindróma esetén a fejtetőre, C2-ben az állkapocsba sugárzó, C3-4-ben nyaki fájdalom a jellemző. A jóval gyakoribb C5 radiculitis esetén vállba, felkarba sugárzó fájdalmat, vállcsúcson paresthesiát, biceps illetve delta izomerő csökkenést, biceps-reflex eltérést találunk. C6 radicularis szindrómában hüvelykujjba sugárzó fájdalmat, itt és az alkar feszítő oldalon érzésetérést, brachioradialis és biceps reflex renyheséget, biceps és brachioradialis, valamint az alkari extensor izomzat gyengülését észleljük. C7 érintettség esetén jellegzetes a III. ujjba sugárzó fájdalom, volaris felszínén hypesthesia, a triceps reflex eltérése, a m. triceps, a csukló flexorok és az ujjextensorok erejének csökkenése. C8 radiculitis tünetei az V. ujjba sugárzó fájdalom, IV-V ujj érzészavara, a triceps reflex renyhesége, gyengült kézujjflexio. Medialis discus hernia myelon compressiót okozhat, a felső végtagokon radicularis, az alsókon piramistünetekkel. Szummációs rgt felvételen discopathia jeleit látjuk, MR vagy CT vizsgálat körjelző.

1.4. Csigolya osteomyelitis: az anamnézisben környező vagy távoli pyogén folyamat, nyaki- vagy garat-

Dr. Ortutay Judit
Budai Irgalmasrendi Kórház
Reumatológiai Rehabilitációs Osztály
1027 Budapest Árpád fejedelem u. 7.

sérülés, lokális injekció szerepel. Láz vagy subfebrilitás, igen nagy fájdalom, merev nyaki gerinc jellemzi. Radicularis vagy myelon compressio tünetek előfordulhatnak.

1.5. Cervicalis kisízületi arthritis: juvenilis rheumatoid arthritisben (JRA), rheumatoid arthritisben, seronegatív spondarthritisekben (SNSA) fordul elő, nyomásérzékenység, fájdalmas, minden irányban korlátozott mozgások kísérik. A rgt felvétel kezdetben negatív, később kirágottság, subchondralis sclerosis látható.

1.6. Traumás csigolyafractura: jellegzetes traumás anamnézis, valamint ld. 1.7.

1.7. Patológiás csigolyafractura: heves fájdalom, a megfelelő processus spinosus nyomásérzékeny, spastikus izomzat, merev nyak, beteg sokszor kezével tartja a fejét, hogy a váratlan mozdulatoktól kímélje, radicularis és myelopathiás tünetek kísérhetik. A megfelelő képalkotó vizsgálat körjelző.

1.8. Schipper syndroma: a processus spinosusok (leggyakrabban a C VI, VII, Th I, II.) fáradásos törése megerősítő fizikai munka (edzetlen egyéneknél, főként lapátolás). A megfelelő processus spinosus nyomásérzékeny, a nyak flexiója vállba sugárzó fájdalmat provokál.

1.9. Herpes zooster a cervicalis szakaszon: fájdalom, mozgáskorlátozottság, segmentalis hyperesthesia, később a bőrtünetek megjelenése teszi nyilvánvalóvá a diagnózist.

1.10. Subarachnoidealis vérzés: az anamnézisben trauma, ennek hiányában megtévesztő lehet a korábbi degeneratív eredetű fájdalom. A fejfájás és nyaki fájdalom áll az előtérben, tarkókööttséggel, nyugtalanossággal, göctünetekkel, tudatzavarokkal kísérve. Nincs lokális nyomásérzékenység, a rgt nem körjelző.

1.11. Angina pectoris, myocardialis infarctus is okozhat oldalsó vagy elülső nyakfájdalmat. Az anamnézis általában nyomravezető, de segít a fájdalom szorító jellege és a nitroglycerin hatékonysága is.

1.12. Nyaki lymphadenitis: főként gyermekekben fordul elő, vírusinfekció, torokfájás kapcsán, a tapintható fájdalmas nyirokcsomók, esetleg kényszertartás jellemzi.

1.13. Styloiditis: felsőlégtüti infekció lehet az anamnézisben, de gyakran nincs jellemző előzmény. A nyak oldalán jelentkezik a fájdalom, néha

a torokban is. Nyeléskor az uvula felé sugárzik. A processus styloideuson eredő izmok nyomásérzékenyek lehetnek. Rtg felvételen előfordul, hogy a processus styloideus hosszabb a szokásosnál, a környező szalagokban calcificatio figyelhető meg.

1.14. Mastoiditis: láz, fül-fájás, otitis media kísérője a nyaki fájdalom, kényszertartás előfordulhat. Jellegzetes a processus mastoideus nyomásérzékenysége. Rtg-en a processus mastoideus csontszerkezete elmosódott lehet.

1.15. Retropharyngealis tályog: főként gyermekekben okozhat merev, mozgásra igen fájdalmas nyakat, kényszertartással. A garat megtekintése során látható oedema és duzzanat és a kísérő gyorsult süllyedés, leukocytosis útbaigazítást ad.

1.16. Trichinosis: vaddisznó, vagy nem kellően átsütött fertőzött sertéshús fogyasztása után jelentkező izomfájdalom, spasticitás, nyomásérzékenység, melyhez szem körüli oedema csatlakozik.

2. Krónikus nyaki fájdalom

2.1. Krónikus myalgia, fibrositis: vállövet terhelő foglalkozások (fodrász, kozmetikus, számítógéppel dolgozók), depresszió, szorongás, tartós túlterhelés, húzat, tartós hideghatás a hajlamosító tényezők. A spasztikus, nyomásérzékeny izomzatban fájdalmas fibrositises csomók tapinthatók, mozgáskorlátozottság nincs, vagy csekély lehet. Rtg felvételen gyakoriak a degeneratív eltérések.

2.2. Discopathia, spondylosis, uncovertebralis arthrosis: a discus degeneratio és a következményes segment instabilitás miatt kialakuló peremszéli valamint kisízületi osteophyták gyakran szűkítik a canalis spinalis és az intervertebralis forameneket. Ilyenkor a rándulás, túlterhelés okozta gyulladással oedema gyakrabban okozza a gyökök szorongatott helyzetét. Jellegzetesek a hullámzó panaszok, crepitatio, szolid mozgáskorlátozottság (gyakran észleljük a lateralflexio féloldali dominanciájú beszűkülését), mozgatási fájdalom, időszakosan tünetmentességgel váltakozva. Felső cervicalis szindrómában (C1-3): occipitalis fájdalom, fejfájás, szédülés, vertebrobasilaris insufficientia tünetei, fekete pontok látása, nyelési zavar, középső nyaki szindrómában (C3-5) vállfájdalom, palpitatio, alsóban (C5-7 TH1) radicularis vagy pseudo-

radicularis fájdalom jelentkezhet a karban. Mindhárom esetben szimpatikus izgalmi jelek is lehetnek pares thesis, vasomotoros zavarok, melyek nem felelnek meg sem radicularis, sem perifériás beidegzésnek.

2.3. Cervicalis migrén: a nyaki gerinc degeneratív elváltozásai irritálhatják az arteria vertebralist és a kísérő plexus sympathicust. Ez utóbbi okozza az a. basilaris területi vasospasmust, de a tarkótáji fejfájásban szerepet játszik a nyaki kisízületekből kiinduló fájdalom is.

2.4. Krónikus kisízületi arthritis: JRA, RA, SNSA részjelensége. Körkörös mozgáskorlátozottság, diffúz fájdalom jellemzi.

2.5. Spondylitis tbc: a tünetek lassan, vagy shubokban progrediálnak, az érintett csigolyák processus spinosusai nyomásérzékenyek, gyakori a jelentős izomvédekezés. Előfordulhatnak radicularis, vagy hosszúpálya tünetek is.

2.6. Tumorok (ritkán primer, gyakrabban metastatikus): gyöki vagy hosszúpálya tünetekkel is járnak, kízó fájdalom, kifejezett antalgias tartás, paravertebralis spasmus jellemző. A processus spinosusok nyomásérzékenyek. Képpalkotó eljárással körjelző eltérések, a laborvizsgálatok elősegítik a diagnózist.

2.7. Extramedullaris, intraspinalis tumorok: leginkább meningeoma, neurinoma. A felső végtagon fokozatosan kialakuló radicularis, az alsó végtagokon piramislézióra utaló tüneteket okozhatnak. A nyak flexiója a hátba sugárzó áramütésszerű érzést okozhat (Lhermitte-jel), a retroflexio pedig a karokba sugárzó fájdalmat provokálhat. Megfelelő képpalkotó eljárások, valamint a liquorban észlelhető fehérjésaporulat diagnosztikus értékű.

3. Suboccipitalis fejfájás

3.1. Atlantooccipitalis ízület functionális blockja visszatérő erős fél- vagy kétoldali heves tarkótáji fájdalmat okoz, mozgáskorlátozottsággal jár, speciális manuálterápiás vizsgálóeljárással diagnosztizálható.

3.2. Neuralgia n. occipitalis: fej-tetőre sugárzó erős fájdalom, a kilépési pontok nyomásérzékenyek.

3.3. Atlantoaxialis ízület dislocatiója: JRA, RA, SNSA vagy trauma hatására alakulhat ki. Az ízület-szalagrendszer gyulladása, a nyakizmok spazmusa a betegség kezdetétől a fájdalom leggyakoribb forrása. A

nervus occipitalis major összenyomataása esetén a fájdalom a fejtetőbe sugárzik. Az első és a második gyök kompressziója atlantoaxialis subluxatio, vagy az atlantoepistrophealis szalag megvastagodása következtében mély occipitális fájdalmat provokál. A fájdalom tractióra romlik, szemben a degeneratív betegségek okozta fájdalommal. Mobil subluxatióra utal a fej mozgására jelentkező heves, nyaki, vagy testen végigfutó áramütésszerű fájdalom. Álló helyzetben fokozódik a fájdalom, fekvé csökken. A dens subluxatiója myelon compressiót okozhat, emiatt felső végtagi radicularis, alsó végtagi spasticus tünetegyüttes, sphincterzavar, sőt hirtelen halál is létrejöhet. Nagyon fontos, hogy az ilyen krónikus gyulladással mozgásszervi betegeket gondozó reumatológus és a házi orvos is számoljon az atlantoaxialis ízületi eltérés kóroki szerepével a betegek mozgásfunkcióinak romlása esetén, mivel a gondos fizikális vizsgálattal észlelhető neurológiai eltérések esetén kért

funkcionális nyaki röntgenfelvétellel bizonyítható instabilitás mielőbbi idegsebészeti megoldást tehet szükségessé a myelon decompressiója érdekében.

3.4. Hátsó skála tumorok gyakran okoznak tarkótáji fejfájást, a progrediáló neurológiai tünetek, szédülés, hányás, egyensúlyzavar, látászavar irányadó.

4. Enyhe fájdalommal járó, vagy fájdalommentes nyaki merevséget okozó betegségek

4.1. Multiplex blockcsigolya (congenitalis, osteomyelitis, tbc-s, traumás eredetű lehet): az atlantoaxialis és atlantooccipitális ízületek szabadok, a nyak merev. Röntgen és anamnézis kórjelző.

4.2. Spondylitis ankylopoetica: a nyak általában anteflexiós tartásban, de jó esetben középállásban merev. A beteg nem mindig tud betegségről, a röntgenfelvétel kórjelző.

4.3. Vertebralis hyperostosis: csekély fájdalommal, általában idősebb,

diabetikus férfibetegben észleljük. A radiológiai kép jellegzetes.

Irodalomjegyzék:

- Bálint G, Földes K, Szebenyi B, Bálint P: *Gyakorlati reumatológia* Springer Hungarica 1992.
- Nakano K.K.: *Neck pain in: Kelley's Textbook of Rheumatology* (pp 457-474) W.B.Saunders Company Philadelphia 2001.
- Bálint G, Bart M, Héjj G: *Regionális differenciáldiagnosztika a reumatológiában I. A nyaki tájék betegségeinek differenciáldiagnosztikája.* Magy Reumatol 1984; 25. 99-112
- Bálint G, Bálint P, Szebenyi B: *A nyaki fájdalom diagnózisa és terápiája I.* LAM 1991; 1. 555-565
- Bálint G, Bálint P, Szebenyi B: *A nyaki fájdalom diagnózisa és terápiája II.* LAM 1991; 1.13. 788-794
- Megyeri Á: *A nyak regionális betegségei és a brachialgiák in: Gömör B, Bálint G. szerk: Reumatológia* (pp 291-298) Medicina Budapest 1989.
- Korda J, Veres R: *Nyaki elváltozások rheumatoid arthritisben.* LAM 2000; 10. 411-420

Dr. Mester Ádám

Nyaki gerincfájdalmak radiológiai diagnosztikája

Összefoglalás

Szerző áttekinti a fájdalommal járó nyaki kórképek radiológiai vizsgálati eljárásait.

Minden esetben nélkülözhetetlen kiinduló vizsgálat a *típusos kétirányú röntgenfelvétel*. Ezt kiegészítheti *funkcionális* nyaki felvétel anteflexiós és retroflexiós, vagy ferde helyzetben készített *foraminális* „betekintő felvétel”. Gyulladásos betegségek és metastasisok korai kimutatására izotóp csont *scintigráfiával* lehetséges. További specifikus gyulladás kimutató eljárás az immunoscintigráfia. A pontosabb morfológiai részletek vizsgálata *MRI* eljárással optimális, ennek keretében a kontrasztanyag halmozás mértéke és eloszlása nyújt fontos kiegészítő információkat. A lágyrészekre korlátozott

gyors és olcsó információk várhatók az *ultrahang* vizsgálatról, melybe a Doppler keringés vizsgálat is beletartozik. A meszes csontos struktúrák pontos leképezésére a *CT* adja a leg részletesebb képet, illetve ezen belül a magas felbontású technika.

1. Akut nyaki fájdalom

1.1. A röntgen vizsgálat általában nem mutat lényeges eltérést ugyan, de mégsem fölösleges. Egyrészt azokat az elváltozásokat ábrázolhatja, melyek szubklinikus eltérések aktuális dekompenzációjával jelentek meg, másrészt eddig nem ismert, vagy váratlan eltérések csak így mutathatók ki, vagy zárhatóak ki. Leggyakrabban a nyaki lordózis ívének csökkenése látható, illetve gyakran észlelhető úgynevezett diszharmonikus lordózis, mely egyes szegmentedumok blokkjának következtében alakul ki. Funkcionális torticollis ritkán látható, de előfordul. Ezek *rutin kétirányú* (antero-posterior és latero-laterális) felvételeken látszanak.

1.2. A jelentősebb fokú kisízületi blokk esetében a röntgenfelvételen a

diszharmonikus lordózis mellett az eltérések pontosabb leképezésére *funkcionális felvételek* szükségesek. Ennek során függőleges testhelyzetben, általában ülve, oldalirányból anteflexiós és retroflexiós is készíthető további gerincfelvétel. Ezzel ábrázolható és mérhető is a szegmentális blokk, illetve az ennek hátterében általában kimutatható korai porckorong degeneráció. Az eltérésekkel kapcsolatos közvetett jelek is észlelhetők.

Ilyen jellegű eltérések a kisízületi instabilitással kapcsolatos elcsúszások („pseudo-spondylolisthesis”). Ez utóbbinak általában a gerinc többi szakaszain leggyakoribb iránya az anterolisthesis, amikor a felső csigolya előrecsúszik az alatta levő csigolyához képest. Leírásra szoktak még kerülni az egyéb irányú elmozdulások, a nyaki gerincen aránylag gyakoribb retrolisthesis („hátrafelé csúszás”) és az (ezen gerinc szakaszon igen ritka) laterolisthesis (laterális irányú elcsúszás) is.

1.3. Porckorong degeneráció, *disco-*

Dr. Mester Ádám
Semmelweis Egyetem, ÁOK
Radiológiai és Onkoterápiás Klinika
1082 Budapest, Üllői út 78/a.