
Patofiziologija i klinička slika vratobolje

Vanja Bašić kes, Marijana Lisak

Klinika za neurologiju, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Vratobolju ili vratni (cervikalni) sindrom najčešće uzrokuju mišićno-koštane bolesti vratne kralježnice, a u većini slučajeva se radi o degenerativnim promjenama (cervikalna spondiloza), koje najčešće zahvaćaju razinu C5-C6. Započinju oštećenjem i hernijacijom intervertebralnog (i.v.) diska s pojavom boli i/ili neurološkog ispada, uz moguću kompresiju kralježnične moždine, vertebralnih arterija ili korijena živaca. Mehaničko opterećenje se prenosi s i.v. diska na unkovertebralne i zigoapofizealne zglobove, što za posljedicu ima nastanak spondilofitoze s mogućim pritiskom na korijenove živaca, krvne žile i kralježničku moždinu. Uz cervikalnu spondilozu se veže cervikalna diskogena bol koja je posljedica oštećenja/hernijacije i.v. diska. Hernija i.v. diska može biti lateralna, kada obično nastaju simptomi kompresivne radikulopatije ili dorzomedijalna, kad se može razviti kompresivna mijelopatija. Cervikalni fasetni sindrom je stanje koje je posljedica osteoartritisa zigapofizealnih zglobova vratne kralježnice, dok cervikalna spinalna stenoza označava sužavanje spinalnog kanala, koje opet najčešće nastaje zbog degenerativnih promjena u vratnoj kralježnici, s posljedičnom mogućom kompresijom kralježničke moždine i karakterističnu kliničku sliku. Cervikalna foraminalna stenoza označava suženje kralježničkog kanala te posljedičnu kompresiju spinalnih živaca i cervikobrahijalni sindrom. Istegnuće vratne kralježnice se odnosi na istezanje paraspinalnih ligamenata i mišića zbog čega nastaje spazam, ograničena pokretljivosti i bol u području vratnih mišića, ramena i gornjeg dijela leđa. Obično je posljedica dugotrajnog fizičkog naprezanja, a ukoliko nastaje akutnom ozljedom naziva se trzajna ozljeda vrata. Cervikalni miofascijalni sindrom posljedica je istezanja mišića vrata ili u sklopu generaliziranog miofascijalnog sindroma. Akutni oblik nastaje naglim trzajem vrata, a kronični je posljedica ponavljajućih pokreta u vratu. U cervikalnom miofascijalnom sindromu nastaje otvrdnuće mišića, uz lokalnu bolnost, osjetljivost na pritisak i smanjenje snage. Difuzna skeletna hiperostoza (DISH) je bolest u kojoj dolazi do okoštavanja ligamenata, tetiva i zglobnih čahura, a karakteristično je za ovo stanje da klinička slika ne korelira s radiološkim nalazom (1-3).

U kliničkoj slici vratobolje dominira bol. Bol i popratni simptomi koji se javljaju u cervikalnom i/ili cervikobrahijalnom sindromu mogu biti akutni (trajanje simptoma do 4 tjedna), subakutni (trajanje simptoma između 4 do 12 tjedana) ili kronični (trajanje simptoma duže od 12 tjedana). Bol u vratu se može

stupnjevati s obzirom na patološke promjene vratne kralježnice i ograničavanje u svakodnevnom funkcioniranju, a radi bolje procjene kliničkog stanja i adekvatnog odabira vrste liječenja. Cervikalni sindrom se prezentira s oštrom ili tupom boli u medijalnoj liniji vratne kralježnice. Bol se može širiti prema ramenima, lopaticama i prednjem dijelu prsnog koša, a udružen je s napetošću paravertebralne muskulature te bolnom i ograničenom pokretljivošću vrata.

Cervikobrahijalni sindrom karakterizira pojava radikulopatske/neuropatske boli koja se širi iz vrata u ramena i ruke a praćena je senzornim poremećajima u zahvaćenim dermatomima, uz uglavnom očuvanu motoriku te uz ograničenu, bolnu pokretljivost u vratu i ramenu te spazam muskulature. Uz radikulopatsku bol, javlja se i nociceptivna bol u području vratne kralježnice. Kod bolesnika s cervikobrahijalnim sindromom radikulopatski simptomi se razvijaju u C5 C6 i C6-C7 segmentu. U cervikalnoj mijelopatiji uz prethodno navedene simptome javljaju se motorički i osjetni deficit na ekstremitetima, poremećaj hoda i koordinacije te inkontinencija/retencija urina i stolice. Cervikalni sindrom udružen sa vertebrobazilarnom insuficijencijom obuhvaća simptome cervikalnog i/ili cervikobrahijalnog sindroma koji su praćeni simptomima od strane vertebralnih krvnih žila uslijed oštećenja ili bolesti vratne kralježnice, a klinička slika može uključivati glavobolje, vrtoglavicu praćenu mučninom i povraćanjem te poremećaje sluha, vida i gutanja (4,5). U podlozi cervikocefalnog sindroma ili tzv. cervikogene glavobolje je oštećenje malog zgloba između C2 i C3 kralješka. Prenesena bol iz područja vratne kralježnice u glavu se objašnjava interakcijom aferentnih C1, C2 i C3 živaca s descendnim živčanim vlaknima trigeminusa u području trigeminalnocervikalnog kompleksa. Na taj način subokcipitalni živac (C1) preko trigeminalnog živca uzrokuje bol u okcipitalnoj regiji, dok C3 spinalni živac uzrokuje bol u okcipitalnoj, ali i frontotemporalnoj i periorbitalnoj regiju. Kliničku sliku čini unilateralna, umjereno jaka do jaka bol, karaktera pritiska koja se širi iz okcipitalne prema frontalnoj regiji. Precipitirana je pokretima u vratu ili neprirodnim položajem glave, a može biti praćena ipsilateralnim bolovima u vratu, ramenu i ruci. Diferencijalno dijagnostički cervikalnu je glavobolju ponekad teško razlučiti od tenzijske glavobolje, migrene i okcipitalne neuralgije, a može se javiti i kao posljedica tumora stražnje lubanjske jame, hernijacije intravertebralnog diska ili tumora u području vratne kralježnice [6]. U ocjeni bolesnika s vratoboljom treba nastojati kvantificirati stanje bolesnika (npr. intenzitet boli na VAS), a koriste se i neki složeni upitnici (npr. Neck Disability Index) [7].

Literatura

1. Cohen SP. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. *Mayo Clin Proc.* 2015; 90:284-99.

2. Gore D. The evaluation of patients with neck pain. *Medscape Orthopaedics & Sports Medicine eJourn.* 2001;5(4).
3. Dillingham TR, Lauder TD, Andary M, Kumar S, Pezzin LE, Stephens RT i sur. Identification of cervical radiculopathies: optimizing the electromyographic screen. *Am J Phys Med Rehabil.* 2001; 80:84-91.
4. Teichtahl AJ, McColl G. An approach to neck pain for the family physician. *Aust Fam Physician.* 2013;42:774-7.
5. Yoon SH. Cervical radiculopathy. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2011;22:439-46.
6. Bogduk N. The neck and headache. *Neurol Clin.* 2014;32:471-87.
7. Vernon H. The Neck Disability Index: state-of.the-art, 1991-2008. *J Manipulative Physiol Ther.* 2008;31:491-502.