A cervikogén fejfájás típusai

Dr. Ormos Gábor
Reumatológiai és Immunológiai Klinika
Semmelweis Egyetem

A Nemzetközi Fejfajás Társaság (International Headache Society) osztályozása 150 fejfájástípust különböztet meg. Ezek számos különböző eredetüek, és a tüneteik is sokszínűek lehetnekA nyaki gerinc eredetű, a nemzetközi szakirodalomban a „cervikogén" fejfájás kritériumait Sjaastad (1) közölte, előfordulását 25%-ban találták (2). A nyaki eredetű fejfájás különböző Ormos 1978-ban típusait ismertette hazai közleményben (3). A napi orvosi gyakorlatban sokszor véleményezik, hogy a fejfájás a „nyaki gerincből ered". A hagyományos (nyugati) orvoslás szerint (a szokásos röntgen felvétel alapján) a nyakcsigolyák „meszesedésével" magyarázzák. Ezzel szemben a nyaki eredetű fejfájások számos különböző típusa létezik, melyeket a fej-nyak régio különböző biomechanikai elváltozásai okozhatnak. Ezek elkülönítése szükséges a megfelelő terápia megválasztásához. Ezek között szerepel a manuális terápia, melynek alkalmazhatóságának szempontjából ismertetem a cervikogén fejfájások különböző típusait.

1. A nyaki csigolyaközti (facett vagy zygapophysealis) kisízületi funkcionális blokk eredetű fejfájás jellemzői:

- A fejfájás krónikus, 2-3 hónapja visszatérő, intermittáló, azaz nem folyamatos, hetente 2-3 napon keresztül jelentkezik.
- A legtöbb esetben reggel kezdődik, már ébredéskor, és aznap a szokásos fájdalomcsillapító gyógyszer nem segít.
- A fájdalom a tarkótájról indul, többnyire egyoldalú és előre sugárzik, élesen, nyilalló jelleggel.
- Kombinálódhat más felső nyaki eredetű tünettel (egyensúlyzavar, hallászavar, látászavar, gondolkodás és koncentrációképesség csökkenése, általános fáradékonyság és depressziós hangulat, verejtékezéssel, elgyengüléssel járó rosszullétek). Lényeges, hogy ezek nem elsődleges, önálló és domináló tünetként jelentkeznek.
- Speciális vizsgálattal megtalálhatók a „helyi szegmentális" elváltozások, a tarkóalatti izmok fájdalmas feszessége, a "fájdalmas bőr", a felső nyaki régió kisízületeinek blokkolódása. A tarkótáji izom fájdalmasságát el kell különíteni a tarkótáji idegek típusos nyomásérzékenységétől.
- A manuális terápia (próbakezelés) hatásos. A kezelés után többnyire azonnal szűnik a fejfájás, a speciális vizsgálattal a tarkóalatti izom előzőleg tapintott fájdalmas feszültsége 10-20 másodperc múlva szűnik, a nyak mozgáshatára fokozódik.

A nyaki kisízületi funkcionális blokk eredetű fejfájások okozta krónikus fejfájások esetén várható nagy valószínűséggel hatásosság a manuális terápiától. Rendszerint már egy kezeléstől 2-3 hónapos panasz csökkenés vagy mentesség várható. A tünetek újabb jelentkezésekor az ismételt kezelések hatására hosszabbodnak a panaszmentes periódusok.

A fejfájás két fő patomechanizmussal jöhet létre. Egyrészt a kisízületek blokkja reflexes úton okozhat kisugárzó fájdalmat. Másrészt közvetlenül kisízületi funkciózavar esetén károsodhat a első három gerincvelői ideg (amelyek ágai a nyaki gerincen, a tarkótájon oszlanak szét), mivel kiindulásnál a kisízületi tokhoz érnek.

A „típusos" nyaki csigolyaközti kisízületi blokk eredetű fejfájást leginkább a klasszikus migrénes fejfájástól kell elkülöníteni, mivel ebben nem hatásos a manuális terápia. A kevert esetekben, illetve amikor a migrénes észleli, hogy a fejfájásának jellege megváltozik, javasolt a manuális vizsgálat és annak lelete szerinti terápiat. Ugyanis sok esetben található nyaki kisízületi blokk. ezzel a fejfájás gyakorisága, vagy erőssége csökkenthető. Hasonló a

helyzet a tenziós fejfájással, amelynél a manuális terápia csak a nyaki biomechanikai elváltozások arányában hatásos. A kezelés csak részben hatásos és a hatás nem lesz tartós. A tenziós fejfájástól elkülönítésben lényeges, hogy a fejfájás „abroncsszerű", lüktető, színesen leírt jellegű, Lokalizációjában inkább halántéktáji, homloktáji, fejtetőn jelentkezik, míg a nyaki eredetű a tarkótájról indul előre, többnyire egyoldali.

2. A nyakizmokból eredő fejfájás oka lehet az izmok tartós megfeszülése, részben magukban az izmokban izomlázszerű folyamat, illetve az ín tapadáspontokon kiváltott receptor irritáció, részben másodlagosan kisízületi blokkolódást okozva. Az izomeredetű fejfájás jellemzője a nem reggeli, inkább délutáni, hosszabb ülés utáni kezdet, a tompa, mély, inkább sajgó jelleg. A műfogások közül inkább az izomtechnikák hatásosak, de nem hosszabb időre. A blokk eredetű - reflex útján létrejött – izomfeszesség is azonnal oldódhat a manipuláció után, de az izom funkciózavara miatt a blokk rövid idő alatt visszatér. Az elsődleges izomeredet oka lehet például megszokott hibás nyaktartás, ilyenkor az izom krónikusan feszes állapota miatt rendszerint az izomban már kötőszövetes átalakulás is bekövetkezik. Ezért az esetlegesen található blokk manipulációja után az izom nem lazul el, sőt a kezelés fájdalmas szokott lenni. Különösen, ha manipulációs műfogás történik és nem izomtechnika, mobilizáció. Nincs is értelme a manipulációk ismétlésének. Ezekben az esetekben inkább javasolt, az izomegyensúly helyreállítása gyógytornával, továbbá a relaxáció, gyógyfürdők, elektromos kezelés, akupunktúra, izomlazító gyógyszerek, krémek.

3. A tartási és statikai rendellenességek a fej-nyak átmeneti gerincszakaszból kiinduló fejfájást okozhatnak. A manuális terápiás vizsgálatkor visszatérő blokkok esetén kell esetleges fejfájás okát képező elváltozásokat keres. Például a két alsó végtag hosszúsága között különbséget, a gerinc tartási rendellenességét, vagy erőegyensúly eltérést a nyaki-vállövii izomzatban.

4. A nyaki csigolyák testének meszes felrakódásai (spondylosis és uncartrózis) és a csigolyaközti kisízületek artrózisa (spondylartrózis), gerincszalag meszesedések is okozhatnak tarkótáji-fejfájást, amelyek manuális terápiával nem gyógyíthatók, hasonlóan például a koponyacsont megvastagodása okozta fejfájáshoz.

5. A basalis impressio (koponya alacsonyabbra süllyedt helyzete) is okozhat fejfájást. Ezen anatómiai eltérés miatt a dens a nyúltvelő burkát elérheti. A kóros eltérést megfelelő röntgenvizsgálattal ki lehet mutatni, mely a manuális terápia kiemelt kontraindikációja.

6. Az „iskolás gyermekek fejfájása" mechanikus eredetű típus. Gutmann, német manuálterapeuta, aki alapképzettségét tekintve röntgen szakorvos volt, írta le. Az atlas keresztszallaga, amely a denst helyén tartja, lehet veleszületetten laza, vagy felnőtteknél baleset vagy betegség miatt meglazulhat. Emiatt a második nyakcsigolya a fej, tartós előre-hajlításakor a nyúltvelő burkát nyomva okoz heves fejfájást. Ez esetben is kontraindikált a manuális terápia. E fejfájás típust a tünetek jellegzetessége alapján és megfelelő röntgenvizsgálattal lehet kimutatni. Gyermekkori fejfájáskor gondolni kell rá. Itt is gyakori a blokk eredet, mely miatt viszont indikált a manuális terápia. Ezt a gyerekek meglepően jól viselik, és együttműködnek.

7. Az un „atlas hátsó ív" fejfájás mechanikus eredetű, tarkótáji fejfájás, jellemzően a fej hátrahajlításkor jelentkezik. Lewit ismerte fel okát, a koponya és az első nyakcsigolya közötti hátrahajlítás irányú túlmozgékonyság. Ilyen esetekben szintén nem jön szóba a manuál terápia.

8. A „foramen arcuale" eredetű fejfájás lényege, hogy az atlas hátulsó ívén lévő „árok", a sulcus arteriae vertebralis részben vagy egészben veleszületetten canalissá (csővé) alakult, például a ligamentum atlantookcipitalis csontos hidat képez. Ebben az „alagútban" helyezkedik el az arteria és neurvus subokcipitalis, s ez tarkótáji, intermittáló, lüktető (!) jellegű fájdalmat okozhat. Gaizler, magyar röntgenorvos hívta fel erre a figyelmet, hogy

speciális, ferde irányú röntgenfelvétellel mutatható ki. Értelemszerűen a manipulációs műfogás nem hatásos, sőt veszélyes.

9. A „posttraumás”, nyaki (többnyire „ostorcsapás”) sérülés utáni fej (-nyak) fájdalmak. Az egyre gyakoribb autós ütközések során elszenvedett behatáskor a nyaki izmokban, inakban sérülés, a nyaki kisízületekben blokkok vagy éppen instabilitás következik be, sokszor kombinálódva a porckorong „kinyomódással”. Az akut szakban, közvetlenül a sérülés után a nyak gallérral rögzítése javasolt. Csak később, részletesebb (az instabilitásra is kiterjedő) vizsgálat alapján lehet manuális terápiát alkalmazni: a blokkolt szegmentet (elsősorban izomzati műfogással) oldani, és a szinte mindig megtalálható instabil szegmentet stabilizálni. Az ostorcsapás (whiplash) sérülésnélfájdalom-gyulladásképző anyagpk, így TNF-alfa produkálódik, mely vérszint csökkenésévelis lehetetta manuális terápia hatásosságát igazolni (Ormos 2009).

10 Az állkapocsízület eredetű fejfájás egy speciális kórkép. A mechanizmus modellként szolgálhat az ízületi receptor eredetű fájdalomra, mivel az ízület tokjának receptoraiból indul az inger, az afferens pályán az V. agyideg érző magvaiba. Az efferens motoros idegek szimpatikus kapcsolatain keresztül, valamint a már spazmusossá vált rágóizmokból kiinduló, szintén kóros reflex komplikáltan okozza a típusos halántéktáji, tompa, lüktető fejfájást. A kiváltó ok az állkapocsízület diszfunkciója, amely manuális terápiájának hatásosságáról számos közlemény jelent meg.

A rossz légzési szokás is lehet a nyak és a fejfájás oka. Veleszületetten vagy később, az élet során alakul ki az a szokás, hogy nem egyszerűen szívja be valaki a levegőt, hanem erőltetetten, görcsösen és szinte állandóan belégzési állapotban marad. Az orvosi gyakorlatban közismert a szív-tüdő betegségekben jelentkező nehézlégzés, amelynél a beteg fulladásérzése miatt az ún. légző segédizmok igénybevételével, komoly fizikai erőkifejtéssel lélegzik, ezért ezek az izmok megvastagodnak. Idegesebb személynél szív- vagy légzőszervi betegség nélkül alakul ki ez az erőltetett „rossz" légzési szokás. A segédizmok túlerőltetésének következtében a nyakizmok erőegyensúlya megváltozik, ami a kisízületek visszatérő blokkját tartja fenn. A kezelés a tartási rendellenesség megszűntetése, a helyes légzésre tanítás, a speciális célzott izomerősítő, lazító gyógytorna. E betegek sem reagálnak jól a manipulációra, hiszen a már eleve megfeszült nyakizomzat erőszakos megrántása fájdalmas, kellemetlen érzés.

Szakirodalom:

1.Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V: Cervicogenic headache: diagnostic criteria. Headache 1990, 30:725.

2. Nilsson N: The prevalence of cervicogenic headache in a random population sample of 20-59 year olds. Spine 1995, 20:1884.

3. Ormos, G.: A cervikális fejfájás főbb tipusai. **Rheumatologia-Balneologia-Allergológia XIX, 88-92. 1978.**

Ormos G., Mehrishi JN, Bakács T.: Reduction in high blood tumor necrosis factor-alpha levels after manipulative therapy in 2 cervicogenic headache patients.J Manipulative Physiol Ther. 2009 Sep; 32 (7):586-91.