
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LX, SUPPL. XVI, 7

SECTIO D

2005

Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej
Akademii Medycznej w Lublinie
Department of Neurosurgery University Medical School in Lublin

KRZYSZTOF TUROWSKI

Occipital neuralgia

Neuralgia potyliczna

Definicja

Neuralgia potyliczna jest przewlekłym zespołem bólowym obejmującym tył głowy i górny kark, zwykle po jednej stronie, rzadziej obustronnie, związanym z podrażnieniem lub uszkodzeniem korzenia C2 i nerwu potylicznego najczęściej większego [2].

Anatomia i fizjologia

Występują trzy nerwy potyliczne, większy, mniejszy i trzeci. Nerw potyliczny większy wychodzi z korzenia C2 i biegnie do góry przez mięśnie karku, opuszcza mięsień czworoboczny w odległości ok. 2 cm od linii środkowej i 2 cm poniżej górnej linii karku (guzowatości potylicznej zewnętrznej) i wchodzi w czepiec. Nerw leży w połowie między inionem i wyrostkiem sutkowatym. Towarzyszy mu tętnica i żyła potyliczna. Nerw potyliczny mniejszy biegnie bocznie od większego ku górze na powierzchni mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzycznego unerwiając tylnoboczny czepiec. Trzeci nerw potyliczny leży ok. 1 cm do boku od linii środkowej i położony jest niżej, bardziej przyśrodkowo od nerwu potylicznego większego [3].

Przyczyny

Neuralgia potyliczna jest wywołana najczęściej przez przewlekłe napięcie mięśni karku lub uraz nerwu i jego okolicy, ucisk nerwu przez czepiec w przypadku przerostowego zwłóknienia czepca i tkanki podskórnej, guz np. tłuszczak lub zwyrodnieniową ciasnotę górnego odcinka szyjnego zwłaszcza C1-C2, zniekształcenia podstawy czaszki (Arnold Chiari), guzy tylnej jamy i górnego odcinka szyjnego, ucisk korzenia C2 przez tętnicę kręgową. Stwierdzano neuralgię potyliczną po zabiegach chirurgicznych guzów kąta mostowo-mózdkowego i neuralgii nerwu trójdzielnego [1]. Możliwe są także inne przyczyny: cukrzyca, dna, choroba nowotworowa.

Symptomatologia

Ból jest zlokalizowany w okolicy potylicznej i podpotylicznej, ma charakter stały z okresowymi napadowymi zaostrzeniami w obszarze unerwienia nerwu potylicznego. Napady powtarzają się z różną częstością. Często towarzyszą mu zaburzenia wzrokowe, zawroty, nudności, szum w uszach, drętwienie powłok głowy. Są prowokowane przez dotykane stref spustowych. Chory z neuralgią potyliczną często potrafi wskazać wrażliwy punkt, którego uciśnięcie wywala ból – objaw Tinel'a. Badaniem stwierdza się niedoczulicę, lub przeczulicę obszaru unerwienia przez nerw potyliczny większy. Niekiedy towarzyszą dolegliwościom objawy mielopatii.

Diagnostyka

Diagnoza jest stawiana na podstawie wywiadu i badania fizykalnego, często z diagnostyką rezonansu magnetycznego mózgowia i kręgosłupa szyjnego. Dużą rolę diagnostyczną odgrywa ustąpienie dolegliwości po miejscowym znieczuleniu.

Leczenie

Leczenie obejmuje unieruchomienie, ciepło, farmakologiczne leczenie przeciwbólowe, przeciwdrgawkowe i przeciwdepresyjne oraz przeciwwirusowe i sterydy. Jeżeli leczenie zachowawcze nie jest skuteczne, stosowane jest leczenie chirurgiczne przez odbarczenie (neuroлиза), odbarczenie korzenia C2 lub uszkodzenie nerwu potylicznego przez przecięcie pnia nerwu (neuronectomy, neurotomya), przecięcie korzenia C2 (selektywna tylna rhizotomia), nieselektywne zewnątrzwardówkowe przecięcie korzenia C2, przecięcie zwoju C2 (gangliotomia), wycięcie zwoju C2 (ganglionectomy).

Wyniki leczenia

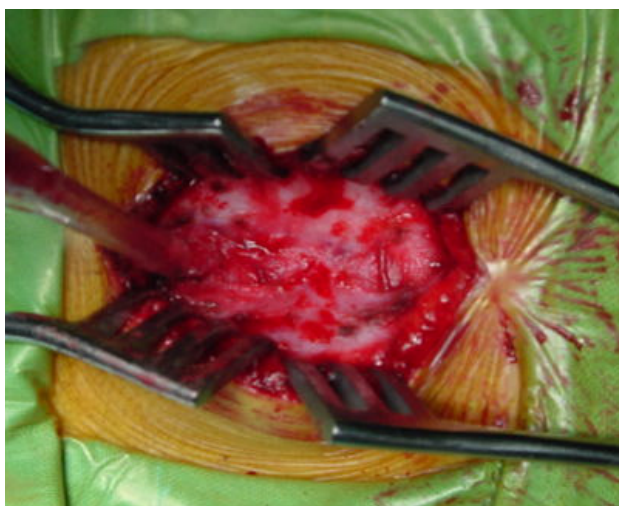
Ocenia się, że poprawa bez pełnego ustąpienia dolegliwości ma miejsce w 70 – 90% przypadków.

W Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej w Lublinie leczono trzech chorych z powodu obustronnej neuralgii nerwów potylicznych większych przecięciem nerwów potylicznych. U jednego z nich dwukrotnie dokonano przecięcia nerwów potylicznych większych. Ten przypadek został opisany poniżej.

Opis przypadku neuralgii potylicznej w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa leczonej dwukrotnie przecięciem nerwów potylicznych większych.

Chory S.R. lat 48, od wielu lat miał narastające bóle karku o etiologii wysiłkowej z okresowym promieniowaniem do obu kończyn górnych zwłaszcza rąk, do palców wskazujących, częściej w nocy. Od 1975 roku miał także bóle krzyża z okresowym promieniowaniem do obu kończyn dolnych. Z tego powodu był leczony w Oddziale Wewnętrznym w Krasnymstawie (1985-07-09 do 26) i Oddziale Neurologii w Chełmie (01-12-09 do 20). Komputerowa tomografia dolnego odcinka lędźwiowego (01-12-18) wykazała uwypuklenie dysku L5-S1. Od 2002 roku doszło do nasilenia bólu karku po stronie lewej promieniujące do okolicy potylicznej. Zdjęcia kręgosłupa szyjnego (00-04-05) wykazały wielopoziomowe zmiany zwyrodnieniowe z obniżeniem wysokości tarczy międzykręgowej zwłaszcza C5-C6, jądrowy rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego (02-02-15) wykazał stenozę kanału kręgowego spowodowaną zmianami zwyrodnieniowymi oraz uwypukleniem dysku C3-C4 oraz mniejszym C5-C6. Z tego powodu był leczony w Klinice Neurochirurgii AM w Lublinie (02-04-06 do 22). Badaniem stwierdzono ograniczenie ruchomości kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, bolesność uciskową, słabszą siłę obu rąk, niedoczulicę bocznej powierzchni przedramienia i III palca obu rąk, dodatnie objawy rozciągowe, słabe odruchy skokowe, chód ostrożny. Był operowany (02-04-15) z dostępu przedniego usunięto dysk C3-C4 i zmiany zwyrodnieniowe, dokonano spondylodezy przedniej klatką międzytrzonową Solis. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań, dolegliwości nieco zmniejszyły się, kontrolne zdjęcia kręgosłupa szyjnego (02-05-27) wykazały prawidłowe zakleszczenie klatki międzytrzonowej i obecność wielopoziomowych zmian zwyrodnieniowych. Pomimo leczenia utrzymywały się bóle karku i prawej kończyny górnej, bóle i zawroty głowy, bóle krzyża, prawego biodra i prawej kończyny dolnej. Eeg (02-08-05) wykazało zapis nieprawidłowy, na tle zdeorganizowanej czynności podstawowej zaznaczały się zmiany w okolicy skroniowej obustronnie z przewagą po stronie prawej w postaci fal ostrych theta-alfa. Zdjęcia kręgosłupa szyjnego (02-07-22) wykazały zmniejszoną lordozę, stan po operacji dysku C3-C4 z klatką Solis, zmiany zwyrodnieniowe i obniżenie tarcz międzykręgowych dolnego odcinka szyjnego. Jądrowy rezonans magnetyczny (02-12-20) wykazał obecność stenozy kanału kręgowego spowodowanej osteofitoza na poziomie C5-C6 po stronie prawej. Był ponownie leczony w Klinice Neurochirurgii (03-04-24 do 05-10). Badaniem stwierdzono ograniczenie ruchomości kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, bolesność uciskową, niedowład obu rąk i niedoczulicę bocznych powierzchni obu kończyn górnych, dodatni objaw Laseque'a, słabe odruchy skokowe, chód niepewny. Był operowany (03-04-30), ze względu na silny ból okolicy potylicznej w pierwszym etapie dokonano przecięcia obu nerwów potylicznych większych a następnie (03-05-05) dokonano discektomii C5-C6 i spondylodezy przedniej klatką międzytrzonową Solis wypełnioną gruzem kostnym. Kontrolne zdjęcia kręgosłupa szyjnego (03-05-08) wykazały prawidłowe umiejscowienie implantów. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Ból potylicy i karku

wyraźnie zmniejszył się. Jednakże po roku obustronne bóle karku i potylicy powróciły, stały się bardzo dokuczliwe. Przeprowadzono diagnostykę. Badaniem stwierdzono zagojone rany pooperacyjne, ograniczenie ruchomości, tkliwość uciskowa i bolesność podczas ruchów odcinka lędźwiowego i szyjnego kręgosłupa, objaw Laseque'a obustronnie dodatni, brak odruchów skokowych, niedoczulicę bocznej powierzchni obu przedramion, przykurcz palców prawej ręki, osłabienie siły i sprawności obu rąk. Zdjęcia kręgosłupa szyjnego ('04-02-23) wykazały prawidłowo umiejscowienie klatek międzytrzonowych Solis C3-C4, C5-C6, wąską przestrzeń międzykręgową C4-C5 z tyłozmkiem C4 oraz wąską przestrzeń międzykręgową C6-C7 z osteofitoza krawędziową. Jądrowy rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego ('04-03-30) nie wykazał ucisku struktur nerwowych na poziomach operowanych C3-C4 i C5-C6, stwierdzono obniżenie przestrzeni międzykręgowych C4-C5 i C6-C7 z przepuklinami dysków, rdzeń kręgowy na wysokości C2-C5 o nieco podwyższonej intensywności sygnału. Zdjęcia kręgosłupa lędźwiowego ('04-02-23) wykazały zmniejszoną lordozę, rotoskoliozę prawoboczną, węższą przestrzeń międzykręgową L5-S1, obecność zmian zwyrodnieniowych i guzki Schmorla. Komputerowa tomografia trzech dolnych przestrzeni lędźwiowych ('02-07-25) wykazała paracentralne bardziej po prawej wypuklenie dysku L5-S1, stwierdzono guzki Schmorla. Z powodu okresowego i napadowego nasilania się bólów, pieczenia i parzenia okolicy potylicznej obustronnie, w warunkach Poradni Neurochirurgicznej nastrzyknięto 2% lignocainą okolicę nerwów potylicznych, uzyskując istotne zmniejszenie dolegliwości. Następnie chorego ponownie hospitalizowano w Klinice Neurochirurgii w Lublinie i operowano ('05-04-13).



Ryc. 1.

W znieczuleniu miejscowym w ułożeniu na brzuchu nacięto linijnie powłoki w miejscu poprzedniej operacji, wzdłuż linii karkowej górnej, na wysokości guzowatości potylicznej zewnętrznej obustronnie, uwidaczniając kikuty nerwów potylicznych większych, które przecięto i skoagulowano poniżej poprzedniego przecięcia. Po leczeniu chory zgłaszał istotne zmniejszenie bólu, które utrzymuje się do chwili obecnej (2005-10-10).

WNIOSEK

- ⇒ Powtórne przecięcie nerwów potylicznych większych uznano za wartościowy sposób leczenia neuralgii potylicznej w sytuacji nawrotów bólu po pierwotnym przecięciu.

PIŚMIENNICTWO

1. Andrychowski J., Nauman P., Czernicki Z.: Neuralgia potyliczna jako powikłanie pooperacyjne. Poglądy na etiologię i leczenie. *Neurol. Neurochir. Pol.*, 1998, 32, 4, 871.
2. Leser J. D.: *Cranial neuralgias w: The management of pain. Volumen 1*, Lea & Febiger, Philadelphia 1990.
3. Kuhn W.F., Kuhn S.C., Gilberstadt H.: Occipital neuralgias: Clinical recognition of a complicated headache. A case series and literature review. *J. Orafac. Pain*, 1997, 11, 2, 158.

STRESZCZENIE

Neuralgia potyliczna jest zespołem bólowym obejmującym tył głowy jedno- lub obustronnie i związana jest z podrażnieniem nerwu potylicznego. Jednym ze sposobów leczenia jest przecięcie nerwów. W Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej w Lublinie u trzech pacjentów dokonano przecięcia nerwów potylicznych uzyskując zmniejszenie bólu. U jednego z nich po roku doszło do nawrotu silnego bólu i zabieg przecięcia nerwów powtórzono uzyskując istotne zmniejszenie dolegliwości.

SUMMARY

Occipital neuralgia is a painful syndrome involving the back of the head and the upper neck. It usually on one side or both sides. This syndrome is best managed with physical therapy, however, when this fails it can be well treated by cutting the nerves that supply the scalp. There were three patients treated by neuronectomy in the Department of Neurosurgery in Lublin. One of them underwent repeated neuronectomy of greater occipital nerve bilaterally. An illustrative case is presented along discussion of the differential diagnosis and treatment of this type of headache.