

Blokady układu współczulnego w naczyniowych bólach głowy

Sympathetic system blockades in vasomotor headaches

MAREK OBERSZTYN

Z I Kliniki Neurologicznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Nietypowe bóle głowy, różniące się przebiegiem i symptomatologią kliniczną od migreny i bólów napięciowych, mogą być spowodowane zaburzeniami w obrębie układu współczulnego. Autor przedstawia kryteria rozpoznawania tych zaburzeń i wskazuje na możliwość ich leczenia blokadami zwojów układu współczulnego. Omawia technikę tych zabiegów (red.).

SUMMARY. Atypical headaches differing from migraine and tension headache in their course and clinical symptoms can be due to disturbances in sympathetic system. The author describes the criteria of the diagnosis of these headaches and suggests blockades of sympathetic ganglia as possible treatment. The technique of these interventions is described. (Ed.).

Słowa kluczowe: naczyniowe bóle głowy / blokady układu współczulnego
Key words: vasomotor headaches / sympathetic system blockades

Badania epidemiologiczne wykazują, że 70% populacji osób dorosłych skarży się na ból głowy występujący przynajmniej raz w roku. Liczba osób cierpiących na częste, nawracające, przewlekłe bóle głowy oscyluje w różnych grupach wiekowych od 15% do 20% populacji. Najczęściej są to bóle typu napięciowego lub migrena. Oba te zespoły bólowe prawie trzykrotnie częściej występują u kobiet. W niewielkim procencie przypadków ból głowy może być objawem poważnych zaburzeń (nadciśnienie tętnicze, guzy mózgu), co powinno być uwzględnione w diagnostyce różnicowej. Należy ponadto zwrócić uwagę na możliwość jednoczesowego występowania bólów głowy o różnej etiologii, co w dużej mierze utrudnia ustalenie prawidłowej diagnozy. Istnieje koncepcja, że bóle głowy pochodzenia naczyniowego są spowodowane zaburzeniami w obrębie układu wegetatywnego.

Przyczyną ich powstawania jest prawdopodobnie przewlekły stan zapalny zwoju szyjnego górnego (część pnia nerwu współ-

czulnego). Zapalenie pnia nerwu współczulnego, to jednostka chorobowa znana od dawna, jednakże ze względu na niewielką znajomość tego zespołu nawet wśród specjalistów bywa prawdopodobnie dużo rzadziej rozpoznawana niż występuje.

Wśród objawów zapalenia pnia nerwu współczulnego wymienić należy:

-
- silne, uporczywe bóle obejmujące połowę ciała,
 - zaburzenia czucia w strefie bólu,
 - upośledzenie siły mięśniowej,
 - objaw Hornera,
 - zmiany w zachowaniu się odruchów głębokich,
 - zmiany troficzne skóry i jej przydatków (rzadko błon śluzowych, mięśni i kości),
 - zaburzenia naczynioruchowe i wydzielania potu,
 - zaburzenia czynności narządów wewnętrznych,
 - zmiany psychiczne.
-

Częstość występowania powyższych objawów jest zróżnicowana u poszczególnych chorych. Pełna ekspresja cech klinicznych choroby występuje rzadko, co stanowi główną przyczynę błędnego, lub braku jej rozpoznawania. Choroba ma charakter przewlekły, ze skłonnością do remisji i zaostrzeń. Objawy rozwijają się stopniowo. Najbardziej przykre dla chorego są niezwykle silne, piekące bóle nie ustępujące po rutynowo podawanych lekach przeciwbólowych. W wyjątkowych przypadkach bóle mogą dotyczyć całej połowy ciała. Najczęściej dotyczą tylko połowy głowy, klatki piersiowej lub jednej kończyny, jednakże wtedy ból często promieniuje daleko poza wymienione obszary lokalizacji. Bóle mają charakter stały, mogą się jednak nasilać, aż do powstawania przełomów bólowych z towarzyszącymi zaburzeniami regulacji wegetatywnej. W obrazie anatomicopatologicznym w zwojach układu sympatycznego stwierdza się rozmaite zmiany wsteczne o typie martwicy, zaniku komórek, zwyrodnienia wodniczkowego lub tłuszczowego, jak również nacieki zapalne. Główny czynnik etiologiczny zapalenia pnia współczulnego stanowią: infekcje (grypa, malaria, płonica, błonica, odra, róża, gruźlica, półplisiec), zatrucia czynnikami toksycznymi, nowotwory, niedokrwistość, cukrzyca, reumatoidalne zapalenie stawów oraz zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa.

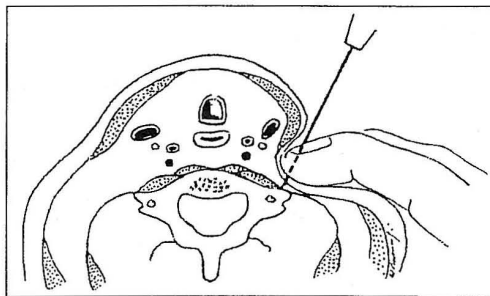
Bóle głowy zależą głównie od stanu zapalnego części górnej szyjnego odcinka pnia nerwu współczulnego (zwoju szyjnego górnego). Ta anatomiczna struktura (dzięki swym splotom i odgałęzieniom oraz połączeniem z IX, X, XII nerwem czaszkowym i górnymi nerwami szyjnymi) zaopatruje we włókna współczulne przeważającą część głowy, twarzy i szyi. Unerwia więc mięśnie przywłosowe oraz gruczoły skóry głowy, twarzy i szyi, mięśniówkę ściany tętnicy szyjnej wewnętrznej i zewnętrznej oraz ich gałęzi, mięsień rozwieracz źrenicy, zwój rzęskowy, mięsień oczodołowy, ucho środkowe, błonę śluzową i gruczoły w jamie ustnej, gardle, krtani i nosie, gruczoł łzowy, tarczy-

cę, gruczoły przytarczycowe, płuca i serce. W wyniku uszkodzenia zwoju szyjnego górnego mogą wystąpić następujące objawy kliniczne: triada Hornera lub jej odwrotność, bóle w obrębie głowy lub twarzy, zaburzenia troficzne skóry i jej przydatków, błon śluzowych, rogówki i tęczówki, zaburzenia naczynioruchowe oraz zaburzenia wydzielania potu. Triada Hornera polega na zwężeniu szpary powiekowej, zwężeniu źrenicy i lekkim zapadnięciu gałki ocznej. Czasami występuje tylko częściowy zespół Hornera, tzn. jeden lub dwa spośród objawów w różnych kombinacjach. Można zaobserwować również wyższe ustawienie powieki dolnej. Bóle głowy są zwykle połowicze o różnej lokalizacji, czasami mają charakter rozlany, palący lub pulsujący. Stwarza to trudności w odróżnieniu tego bólu od migreny lub bólu głowy Hortona. Zmiany troficzne występują bardzo rzadko i polegają na występowaniu ograniczonych obrzęków, zmian atroficznych skóry, wypadania włosów, pojawieniu się jednostronnej siwizny, zaburzeń barwikowych, ognisk zaczerwienienia lub zblednięcia skóry. W obrębie oka można niekiedy stwierdzić zmniejszenie całej gałki ocznej, zmiany ciśnienia śródocznego, rozszerzenie naczyń siatkówki, zaburzenia wydzielania łez. Występuje ponadto obrzęk śluzówek przewodów nosowych (zwykle po stronie bólu) z towarzyszącym nadmiernym wydzielaniem śluzu. Do charakterystycznych objawów należy również nadmierne lub zmniejszone wydzielanie potu w obrębie połowy twarzy.

Ból wegetatywny, tj. ból powstały w wyniku uszkodzenia lub podrażnienia struktur układu wegetatywnego ma następujące cechy:

- lokalizacja bólu nie odpowiada zakresowi unerwienia nerwów obwodowych i korzeni rdzenia kręgowego,
- znaczne rozprzestrzenienie (ból obejmuje często kwadrant ciała),
- promieniowanie obejmujące często całą połowę ciała,

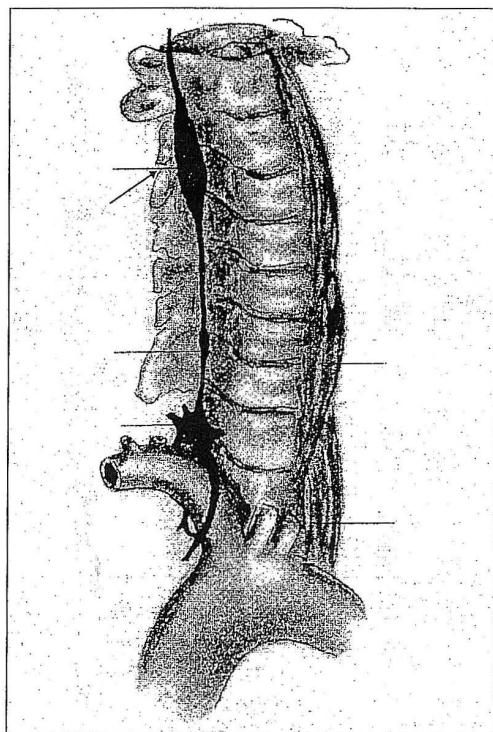
- ból ma charakter piekący, parzący, palący,
- nasilenie bólu jest bardzo duże,
- brak reakcji na popularne leki przeciwbólowe,
- zwykle stały charakter, choć obserwuje się bóle napadowe,
- współistnienie zaburzeń sfery emocjonalnej,
- występowanie zaburzeń naczynioruchowych,
- występowanie zaburzeń wydzielania potu.



Rysunek 1. Odcinek szyjny pnia współczulnego – anatomia. Strzałką zaznaczono miejsce blokady

Najskuteczniejszą metodą leczenia bólu wegetatywnego są blokady układu współczulnego. Obecnie udoskonalono prawie wszystkie rodzaje blokad. Stało się to możliwe dzięki stosowaniu większych objętości mało toksycznych środków do znieczulenia miejscowego. Metody te, zwane metodami objętościowymi, znacznie uprościły wykonywanie blokad, gdyż przy ich stosowaniu to „raczej środek a nie igła” szuka struktur nerwowych położonych w ściśle określonych przestrzeniach. Dzięki temu blokady są bardziej bezpieczne i lepiej tolerowane przez pacjentów. Stosuję je z bardzo dobrymi efektami w bólach głowy pochodzenia naczyniowego. Podawanie leków przeciwpalnych i miejscowo znieczulających w okolicę zwojów szyjnych górnych daje często długie okresy remisji. Obecnie mam w obserwacji pacjentki, które po zastosowaniu blokad nie skarżą się na bóle głowy już 5 lat. U niektórych pacjentek po zastosowaniu blokad obserwuje się zmniejszenie częstości oraz stopnia nasilenia bólu. U pozostałych bóle ustępują po paracetamolu lub polopirynie, co przed zastosowaniem blokad było nieosiągalne. Zwykle wykonuję około 7 iniekcji, w skład których wchodzi Dexaven, 2% Xylocaina oraz *aqua pro iniectione* (4 mg Dexavenu, 2 lub 3 ml Xylocainy, 4 lub 3 ml *aqua pro iniectione*). Miejsce i sposób wykonania blokady przedstawiono na rysunkach 1 i 2. Bóle rzadko ustępują po pierwszej blokadzie. Często efekt przeciwbólowy następuje dopiero po 3 lub 5 zabiegu. Bepośrednio po blokadzie występuje zwykle

mniej lub bardziej nasilony zespół Hornera, który jednakże wycofuje się po kilkunastu lub kilkudziesięciu minutach. Czasami może dojść również do krótkotrwałej zmiany barwy głosu lub w rzadkich przypadkach całkowitej afonii, oraz przemijającego



Rysunek 2. Blokada zwoju szyjnego górnego

dyskomfortu w przełykaniu śliny z towarzyszącym wzmożonym odksztuszaniem. Pod wpływem działania Xylocainy często dochodzi do zaczerwienienia powłok skórnych z powodu rozszerzenia naczyń krwionośnych. Zwykle, wszystkie wymienione objawy wycofują się ok. godziny od wykonania iniekcji. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z bólami, rozpoczynającymi się równie często z jednej, jak i z drugiej strony głowy, wykonuję blokady obustronnie. Gdy wymienionym objawom towarzyszy niezwykle nasilony ból w obrębie oczodołu wykonuję dodatkowo blokadę zwo-

ju skrzydłowo-podniebiennego. Największy problem związany z opisaną metodą leczenia to przełamanie obaw pacjentów związanych z miejscem wykonywania iniekcji. Niepokoń pacjentów budzi również występowanie przemijających efektów ubocznych działania leków, o których informuję przed rozpoczęciem kuracji. Uważam, że stosowanie blokad układu współczulnego w naczyniowych bólach głowy jest niezwykle skuteczną i mającą duże perspektywy metodą leczenia, stanowiącą alternatywę do często mało efektywnego leczenia farmakologicznego.

*Adres: Dr Marek Obersztyn, I Klinika Neurologiczna IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*