

Baş ve Boyun Ağrıları, Ayırıcı Tanı, Yansıyan Ağrılar Head and Neck Pain, Differential Diagnosis, Referred Pain

Ayşegül KETENCI

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Boyun ağrısı genel pratiğimizde sık rastlanan bir yakınmadır. Nedenleri sıklıkla önemli olmamakla beraber ayırıcı tanı dikkatle yapılmalıdır. Servikal omurga problemleri sıklıkla benzer klinik tablolar gösterir ve ayırıcı tanı zor olabilir. Ancak, dikkatli bir öykü, fizik muayene, görüntüleme yöntemleri ve diyagnostik enjeksiyonlarla gerçek sebep saptanabilir. *Türk Fizik Tıp Rehab Derg 2010;56 Özel Sayı 1:34-7.*

Anahtar Kelimeler: Boyun ağrısı, ayırıcı tanı, mekanizma

Summary

Neck pain is a common complaint in general practice. Most causes of neck pain are not serious, but differential diagnosis must be made carefully. Problems of the cervical spine frequently have very similar presentations and can be difficult to differentiate. However, with a careful history, physical examination, imaging studies, and judicious use of diagnostic injections, the true source of a patient's symptoms can be evaluated. *Turk J Phys Med Rehab 2010;56 Suppl 1:34-7.*

Key Words: Neck pain, differential diagnosis, mechanism

Giriş

Boyun ağrısı toplumda %22 oranında görülen, kronikleştikçe doktora başvuru sıklığının arttığı, kronik hastaların %44'ünün doktora başvurduğu bir yakınmadır. Ayrıca hastaların 1/3'ü radiküler bir ağrı tanımlar. Bel ağrılarında sonra işgücü kaybı açısından ikinci sıradadır. Araştırmalarda kadınlarda daha sık olduğu gözlenmiştir (Bir çalışmada %60). Özellikle 5. dekat ağrının daha fazla ifade edildiği bir dönemdir (1). Boyun bölgesindeki bir ağrı temel olarak strain, sprain veya inflamasyon nedeni ile olabilir. Semptomlar, genellikle sinsi başlangıçlı, bazen kendiliğinden düzelen tarzdadır (2).

Boyun ağrısı ile ilgili ayrıntılı bilgiye sahip olmanın yanında ayırıcı tanıda yer alan hastalıkları da düşünmek gerekir. Bu hastalıklar Tablo 1'de özetlenmiştir (2). Boyun ağrılarında kişinin mesleği, aktivite düzeyi ve çevre koşulları da ayrıca önemlidir. Bir çalışmada boyun ağrılı hastaların %68'inin işyeri ortamında problemleri olduğu belirlenmiştir (2).

Klinik değerlendirmede semptomların düzgün ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu amaçla OLD CARTS olarak kısaltılan bir sorgu grubu yardımcı olur (Tablo 2) (2). Bu sorular anamnezde ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmesi gereken sorulardır.

Ancak bilinmelidir ki boyun ağrılı hastalarda anamnezin özellikleri ile ilgili kanıta dayalı tıp açısından bel ağrılarındaki kırmızı veya sarı bayraklar kadar net kriterler mevcut değildir. Bel ağrılarındaki kırmızı bayrakların boyun ağrılı hastalarda bireysel bulunması çok anlam ifade etmezken birden fazla kırmızı bayrak varlığı daha ileri tetkik gereksinimini akla getirmelidir. Servikal bölgede spinal tümör varlığı %0,7-1 arasında değişirken kırmızı bayrak yokluğunda ciddi patoloji olma olasılığı Nachemson tarafından 2,500'de 1 olarak bildirilmiştir (3).

Yapılan sistematik derlemelerde servikal bölge testlerinin duyarlılığının az olduğu ve sadece anamnezle alınan bilgiyi pekiştirme konusunda destek olacağı saptanmıştır. Pozitif Spurling testi, Valsalva testi ve traksiyon/distraksiyon testlerinin servikal radikülopati tanısına yardımcı olacağı ancak bu testle-

rin negatifliğinin tanıyı ekarte ettirmeyeceği bildirilmektedir (3). Ancak değerlendirmede tam bir kas iskelet sistemi ve nörolojik muayene yapılması şarttır. Hekim boyunda ağrı kaynaklarını ve bunların temel bulgularını bilmek zorundadır. Örneğin; faset eklemlere bağlı bir ağrı faset eklem etrafındaki kasların spazmı ve palpasyonla hassasiyetine neden olurken, servikal bölge muayenesinde ekstansiyon ağrılı olarak saptanacaktır. Faset eklem patolojilerinin sıklıkla whiplash travma ile beraber olacağı ve zaman içinde disk dejenerasyonunun soruna ekleneceği akılda tutulmalıdır. Bir diğer ağrı nedeni olan diskojenik ağrıda servikal fleksiyon, Valsalva manevrası ve aksiyel kompresyon testleri ağrılıdır. Ağrı yayılımı yaygındır, spesifik bir radikül izlemez. Radiküler ağrı ise spesifik bir ağrı dağılım alanına sahiptir (2).

Tablo 1. Boyun ağrılarında ayırıcı tanı.

1- Aksiyel boyun ağrısı
a. Dejeneratif disk hastalığı
b. Faset dejenerasyonu
c. Disk hernisi
2- Kronik hastalıklar
a. Fibromiyalji sendromu
b. Sistemik lupus eritematozus
c. Romatoid artrit
3- İnfeksiyonlar
a. Diskit
4- Muskuloskeletal ağrı
a. Strain
b. Sprain
5- Neoplazm
6- Sinir kökenli ağrı
a. Oksipital nevralsi
b. Radikülopati
7- Psikolojik kökenli ağrı
a. Depresyon
b. Sekonder kazanç
8- Yansıyan ağrı
a. Omuz, akciğer
b. Özofagus, safra kesesi
c. Kardiyak
d. Tiroid, orofarenks, servikal lenf nodları
e. Dorsal vertebra
9- Travma
a. Spinal kord yaralanması
b. Fraktür

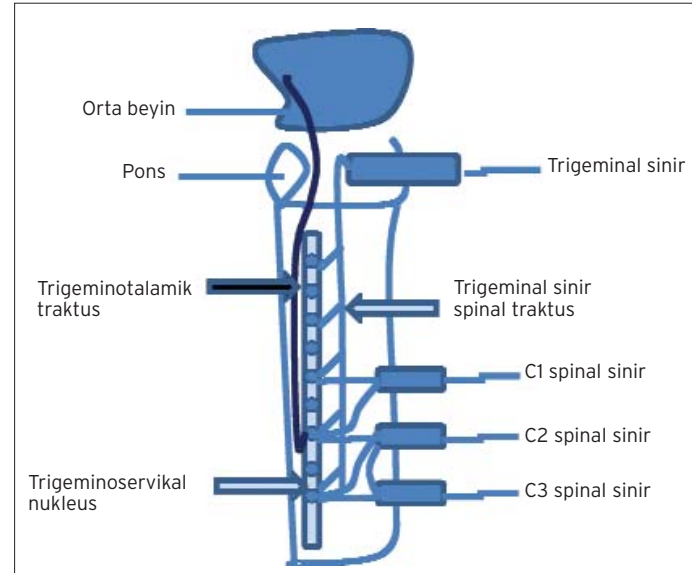
Tablo 2. OLD CARTS.

Onset: Ağrı ne zaman başladı?
Location: Ağrının yerleşimi
Duration: Ağrının süresi
Character: Ağrının özellikleri
Aggravating/alleviating: Arttıran ve azaltan faktörler
Radiation: Ağrının yayılımı
Treatments: Daha önce yapılan tedaviler
Symptoms: Eşlik eden semptomlar

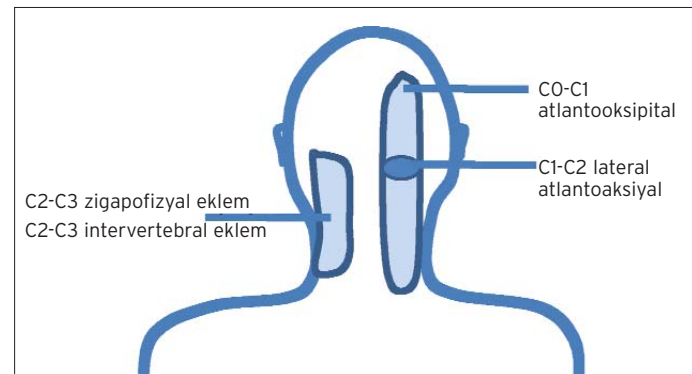
Diyagnostik testler açısından da servikal bölge bilimsel kanıtların az olduğu bir bölgedir. Boyun ağrısı ile korelasyonu yüksek görüntüleme yöntemi yoktur (3). Direkt grafide instabilite saptanabilir, ancak bulgular ile semptomlar arasında uyum olmayabilir. İleri tetkik olarak kemik yapının değerlendirilmesinde Bilgisayarlı Tomografi (BT) veya Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), yumuşak doku değerlendirilmesinde ise özellikle MRG tercih edilmektedir. Ancak özellikle disk dejenerasyonunun sıklıkla asemptomatik kişilerde de görüldüğü akılda tutulmalıdır. Bir çalışmada 31-45 yaş arasında, boyun ve kol ağrısı olmayan ve anamnezde de böyle bir yakınımı bulunmayan gönüllülerde MRG ile %37 anüler yırtık, %73 bulging, %75 disk dejenerasyonu saptanmıştır (2).

Kronik servikal ağrıda bir diğer diyagnostik yöntem blokajlardır. Faset eklem medial dal bloğunun yüksek güvenilirliğine dair bir derleme mevcuttur. Bu derlemede yanlış pozitif sonuç oranı ise %27-63 arasında verilmektedir. Selektif sinir kök blokajlarının tanıda güvenilirliği için ise henüz yeterli veri mevcut değildir (3).

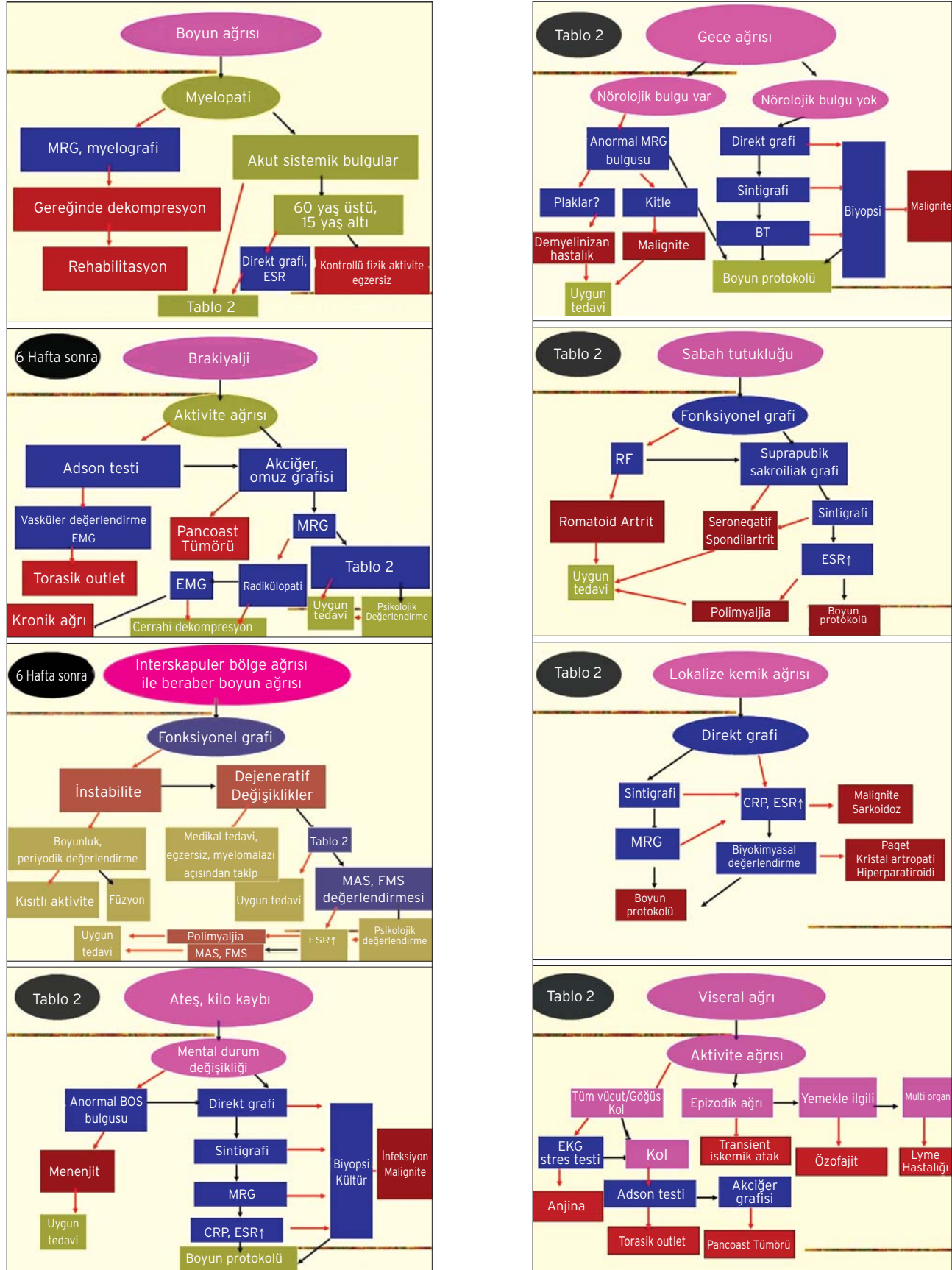
Ayrıcı tanıda servikal bölgede ağrının neden oluştuğunu, ağrı mekanizmalarını bilmek de önemlidir. Servikal bölgede en önemli ağrı nedenlerinin başında postür bozukluğuna bağlı kas ağrıları gelmektedir (4). Postüral kontrol proprioseptif, vestibuler ve vizuel reseptörlerin kontrolü ile sağlanır. Mandibuler motor sistem ile servikal motor sistemin birlikte çalışması birçok araştırmada gösterilmiştir. Bu sonuç, trigeminal sistemin çiğneme sırasında servikal hareketleri düzenlemesine bağlanmıştır. Bu nedenle iki bölge-



Şekil 1. Trigeminoservikal kompleks.



Şekil 2. Ağrının dağılım alanları.



Şekil 3. Boyun ağrılı hastaya yaklaşım (8).

nin patolojileri birbirini etkilemekte, postürü bozuklukla temporomandibular eklem problemi tetiklenirken, temporomandibular ve oklüzal sorunlar baş, boyun ağrılarını kolaylaştırmaktadır (4).

Dental oklüzyon ve trigeminal sistemin postür kontrolündeki rolü ve mandibuler pozisyonun değişmesinin basma alanı ve yürüme stabilitesini etkilemesi mandibuler pozisyona bağlı olarak postürün değişimine yol açabilmektedir (5). Trigeminal sinirin unilateral anestezisi, vücut ağırlığının karşı ekstremitelere kaymasına yol açmaktadır. Simetrik kapanış ise simetrik sternokleidomastoid kasılması ile sonuçlanır. Araştırmalarda kapanış problemlerinin hiperlordoz veya skolyoza yol açabileceği gösterilmiştir (5).

Çalışmalarda postür reedukasyonunun ve germe egzersizlerinin kronik boyun ağrılarında yararları gösterilmiştir (1).

Boyun ağrılı hastaların bir diğer özelliği bu ağrının sıklıkla baş ağrısı ile beraber görülmesidir (6). Baş ağrılı hastaların çoğu bu ağrının oksiput, üst servikal ve trigeminal sinir oftalmik dalı boyunca yayılımını ifade ederler. Ayrıca klinik olarak servikal kaslarda hassasiyet ve hiperaljezi saptanır. Posterior fossa tümörleri, infratentorial dura mater'in veya servikal köklerin direkt stimülasyonu, vertebral arter diseksiyonu, büyük oksipital sinirden inerve olan subkutanöz dokuların uyarımı frontal baş ağrısı ile beraber üst servikal köklerden inerve olan dermatomlarda ağrı kaynağı olur. Bu bulgular beyin sapında servikal ve trigeminal afferentlerin oluşturduğu trigeminoservikal kompleks ile açıklanmaya çalışılmaktadır (6,7) (Şekil 1). Başın innervasyonu yanında üst servikal kökler, kranial ve servikal köklerin duysal innervasyonunu da sağlar. Posterior fossanın damarsal yapıları ve dura mater gibi oksipital ve suboksipital yapılar, derin paraspinal kaslar, zigapofizyal eklemler ve ligamanlar, bu köklerden duysal innervasyona sahip olup, baş ve boyun ağrısı kaynağı olabilirler. İlk olarak 1961'de Kerr tarafından bildirilen bu ilişki son yıllarda yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. C2 dorsal boynuz nöronları sadece supratentorial dura mater'den değil, büyük oksipital sinirden de veri alırlar. Yapılan çalışmalar bu nöronların sadece ipsilateral değil, kontralateral büyük oksipital sinirden de veri aldığı-

nı göstermiştir. Bu anatomik özellik baş ağrılarında künt ve tam lokalize edilemeyen yapıyı açıklayabilir (6). Servikojenik baş ağrısında tanı yöntemi eklem blokajı ile ağrının kontrol edilmesi yöntemine dayanmaktadır (7) (Şekil 2). Ancak kranial kökenli, boyun ağrılarında boyunda rijidite, genel durumun kötüleşmesi, sistemik bulguların varlığı ayırıcı tanıda yol gösterici olabilir.

Boyun ağrılı bir hastaya yaklaşım bu nedenle özellikle klinikte deneyimi daha az olan hekimler için zorlayıcı olabilir. Bu amaçla Borenstein (8) tarafından bir algoritma ile belirlenmiştir (Şekil 3). Boyun ağrılarının ayırıcı tanısında algoritmaların kullanımı hata payımızı azaltarak hastamıza daha hızlı yardımcı olabilmemizi sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Cunha ACV, Burke TN, França FJR, Marques AP. Effect of global posture reeducation and of static stretching on pain, range of motion and quality of life in women with chronic neck pain: A randomized clinical trial. Clinics 2008;63:763-70. [Abstract] / [PDF]
2. Miller HS. What to do when neck pain is more than just a simple pain in the neck. JAAPA 2008;21:38-42. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
3. Rubinstein SM, van Tulder M. A best-evidence review of diagnostic procedures for neck and low-back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2008;22:471-82. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
4. Ries LG, Bérzin F. Analysis of the postural stability in individuals with or without signs and symptoms of temporomandibular disorder. Braz Oral Res 2008;22:378-83. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
5. Cuccia A, Caradonna C. The relationship between the stomatognathic system and body posture. Clinics (Sao Paulo) 2009;64:61-6. [Full Text] / [PDF]
6. Goadsby PJ, Bartsch T. On the functional neuroanatomy of neck pain. Cephalalgia 2008;28:1-7. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
7. Bogduk N, Govind J. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment. Lancet Neurol 2009;8:959-68. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
8. Borenstein DG. Neck Pain Diagnosis Algorithm, In: Borenstein DG, editor. Low Back and Neck Pain, 4th edition, Philadelphia, WB Saunders Comp; 2004. p. 892-902. [Full Text]