

Kaelavaluga haige käsitlemise põhimõtted

Ando Vaher, Väino Sinisalu –
TÜ Kliinikumi närvikliinik

Võtmesõnad: kaelavalu, kaelaradikulopaatia, nn *whiplash*-sündroom, mittesteroidsed põletikuvastased ained

Kaelavalu on levinud tervisehäire. Need haiged on perearstide, närviarstide, ortopeedide, reumatoloogide sagedased külastajad. Enamasti on tegemist hea prognoosiga, sageli iseparaneva mittespetsiifilise kaelavalu või kaelakangusega. Nii äge kui ka krooniline kaelavalu võib olla ka ohtliku halva prognoosiga haiguse sümptomiks. Need seisundid on vaja õigel ajal diagnoosida ja ravida vastava spetsialisti poolt. Valuga kaelas võib kaasneda ka radikulopaatia sümptomaatika. Kõikidel juhtudel, eriti retsidiveeruva, alaägeda ja kroonilise kulu korral on vaja täpsustada vaevuste põhjus. Visualiseerimismeetoditest on eelistatuim MRT.

Kaela- ja õlavavaluga haige ravi on kompleksne (füsiaatiline ja medikamentoosne). Tähtsal kohal on haige nõustamine, tema aktiivne osavõtt ravi protsessist. Kirurgiline ravi on rakedatav kindlatel näidustustel.

Mittespetsiifilise kaelavalu ravis (sh kaelakangus) on esmasteks meetmeteks tavapärase aktiivsuse säilitamine ja adekvaatne valuravi.

Kaela-, õla-, käevalu on sagedane arsti poole pöördumise põhjus. Hinnanguliselt kaks

inimest kolmest kogeb mingil eluperioodil kaelavalu. Kaelavalu on ka sage töövõimetuse põhjus. Lisaks personaalsetele kannatustele ja piirangutele elus ning töös on selliste vaevustega haigete ravi ühiskonnale väga koormav: kulutused meditsiiniteenustele ja töövõimetushüvitustele on suured, samuti halveneb haige töö produktiivsus.

Soomes tehtud uuringu andmetel esineb krooniline kaelavalu 9,5%-l meestest ja 13,5%-l naistest. Krooniliste vaevuste põhjus on enamikul juhtudel krooniline ülekoormus tööl, psühhomotsionaalne stress, ka eelnevad traumad (1).

Kaela- ja õlavõõtmelalu on sage kaebus ka noorukitel: 15–30% noorukitest kogeb iga nädalal kaelavalu (2).

Kaelavaluga haige käsitlemisel igapäevapraktikas on otstarbekas eristada seisundeid, mis võivad olla sagedasemad vaevuste põhjused:

- lokaalne, mittespetsiifiline kaelavalu;
- kaelaradikulopaatia;
- „piitsalöögivigastusega“ (*whiplash*) seotud kaelavalu;
- kaelamüelopaatia (seljaaju kompressioonisündroom);
- süsteemsete haigustega seotud kaelavalu kui sümptom (tuumorid, selgrootrauma, põletikulised protsessid jms).

Lokaalne mittespetsiifiline kaelavalu on olemuselt müofastsiaalne, lihastest, teda ümbritsevast fastsiast ning lihase kinnituskohast lähtuv valu (3, 4). Kaela ja õlavõõdet palpeerides on võimalik leida nn *trigger-*

punktid, millele vajutamine vallandab või süvendab valu. *Trigger*-punktid on sagedasti *m. trapezius*'e, *m. levator scapulae*, *m. rhomboideus*'e, *m. supraspinatus*'e ja *m. infraspinatus*'e piirkonnas.

Müofastsiaalse valu kujunemine võib olla seotud pea ja kaela sundasenditega, ühetüübiliste liigutustega tööprotsessis, aga ka kaelapiirkonna kiirest jahtumisest, külmetamisest. Valu vallandab või vähemasti seda soodustab ka psühhoemotsionaalne stress.

Valu lokaliseerub enamasti kaelapiirkonda, kuid võib ka kiirguda kätte, õlga, sõrmedesse, esinedes tavaliselt kindla radikuläarse lokaliseerimisega. Siiski võib kätte kiirguvat müofastsiaalset valu olla mõnikord raske eristada kaelaradikulopaatiast. Valu tõttu on piiratud ja valulik kaela liigutamine, vahel võib kaasneda ka peapööritus ning iiveldus. Objektiivses leius on tähelestatav pea sundasend, liikuvuse piiratus, kaela- ja õlavöötme lihaseid palpeerides võib leida *trigger*-punkte.

Sageli on haige ise märganud, et kaelalihaste masseerimine ning kaela soojendamise leevendavad valu. Täpse, sobiva, iseloomuliku kliinilise pildi korral ei ole lisauuringuid, ka kaela röntgenograafia või muud visualiseerimisuuringud vajalikud. Ravis on esiplaanil haige nõustamine, kaelahaarjutused, ka massaaž.

Medikamentoosne ravi on suunatud valu leevendamisele. Eelistatud on mittesteroidsed põletikuvastased preparaadid (NSAID). Lisaks valuvaigistavale toimele pärsivad nad prostaglandiinide sünteesi, vähendades põletikureaktsiooni (5). Viimast peetakse ka müofastsiaalse valu kujunemise üheks võimalikuks mehhanismiks. Tugevama valu korral võib NSAIDe kombineerida opioididega. Kroonilise müofastsiaalse valu korral, kui kaasuvad unehäired või kalduvus depressiivsusele, võib ordineerida tritsüklilisi antidepressante.

Kroonilise müofastsiaalse valu korral võib kujuneda neuropaatiline düsfunktsioon ning gabapentiin (300 mg suurenevas annuses 3 päeva jooksul kuni 900 mg-ni

päevas) võib olla toimiv vaevuste leevendamisel.

Kaelaradikulopaatia on nooremaealistel inimestel põhjustatud enamasti lülivaheketta väljasopistusest, vanemaelistel on selle põhjuseks sagedamini närvijuure kompressioon lülivahehemulgu (foraameni) kitsenemisest, lüliskeha osteofüütidest, unkovertebraalsetest või fasettliigeste degeneratiivsetest muutustest (6). Kaelaradikulopaatiat esineb tunduvalt harvem kui nimmeradikulopaatiat. Haige kaebustest on esiplaanil valu kaelas, mis kiirgub kätte ja/või õlavöötmesse.

Sagedamini on haaratud C₇ (60%-l juhtudest) ja C₆ (25%-l juhtudest) närvijuur. Haige käsitlemisel tuleb täpsustada valu või tuimustunde lokaliseerimist, patsiendilt tuleb küsida hinnangut valu tugevusele. Kliinilisel uurimisel ilmneb sageli pea sundasend – pea on pööratud valu piirkonnast vastaspoolele. Võib esineda palpatoorne valulikkus kaela- ja õlavöötme lihastes.

Käte mootorika uurimisel on võimalik täpsustada kahjustuse ulatust ja kahjustatud närvijuurt. C₅-juure haaratusel on nõrgem õla abduktsioonijõud; C₆-juure kahjustusel on nõrgenenud painutus küünarliigesest ja sirutus randmeliigesest; C₇ radikulopaatia korral on nõrgenenud sirutus küünarliigesest ja painutus randmest; C₈ radikulopaatiat on iseloomulik pöidla sirutuse nõrkus ja häiritud labakäe liigutamine. Tundlikkuse häirete hindamine võimaldab määrata kahjustuse raskust, kuid ei võimalda piisavalt täpselt lokaliseerida kahjustatud juurt, kuna innervatsioonialad kattuvad.

Käte reflekside hindamisel tuleb arvestada, et biitsepsrefleks vallandub C₅-C₆ tasemelt, triitsepsrefleks C₇-C₈ ja brachioradiaalrefleks C₅-C₆ tasemelt.

Radikulopaatiat põhjuste selgitamiseks tehakse kaela röntgenograafia ja muud visualiseerimisuuringud. Spondülogrammidel on võimalik hinnata lülide seisut, degeneratiivsete muutuste väljendusastet, kuid mitte diski prolapsi.

KT-uuringul on kaela uurimisel olulisi eeliseid võrreldes spondülograafiaga, sest anatoomiliste iseärasuste tõttu ei ole spondülogrammidel sageli võimalik saada ülevaadet C₆-lülist allpool olevatest struktuuridest. KT-uuringul on võimalik visualiseerida ka diskide protrusioone.

MRT-uuring on kaelapiirkonna valikuuringuks, kuna võimaldab saada parema ülevaate luulistest muutustest ja pehmete kudede (ka lülivaheketta) seisundist. MRT-uuringul visualiseerub hästi seljaaju ja MRT-müelograafilisel uuringul saab täpse ülevaate kaelakanalist.

Rõhutada tuleb seda, et ainult visualiseerimismeetodite andmed ei ole piisav alus ühe või teise patoloogilise protsessi diagnoosimiseks. Diagnoos põhineb anamneesi, kliinilise leiuga ja visualiseerimismeetodite tulemuste kompleksel hindamisel (6). Kaelaradikulopaatia kahtluse korral tuleb haige suunata neurokirurgi konsultatsioonile diagnoosi ja ravivõimaluste täpsustamiseks.

Ravi on kompleksne, põhinedes haige nõustamisel, füüsilisel ja medikamenttoosel ravil. Viimase põhimõtted on samad, mis müofastsiaalsete valude korral. Kirurgiline ravi – närvijuure dekompressioon – on tulemuslik kindlatel näidustustel valitud haigetel.

Piitsalöögi (whiplash) tüüpi kaelavigastus on enamikul juhtudel liiklusvigastus, mis seotud lülisamba kaelaosaga venitusega pea äkilisel liikumisel ette, seejärel taha sõiduvahendi järsul pidurdusel või kiirendusel (tagant otsasõit). Harvem saadakse seda tüüpi vigastusi muudel põhjustel: mäesuusatamisel, hobuselt, jalgrattalt, mootorrattalt kukkudes.

Vigastuse täpne mehhanism ei ole selge, arvatavalt on see seotud selgroo eesmise pikiligamendi venituse või rebendiga.

Kohe trauma järel tunneb patsient valu kaelas, ka turjas. Valu võib kiireguda ka õlgadesse, võivad esineda paresteesiad kätes või ka jalgades. Vaevused võivad kesta päevi

või ka nädalaid. Diagnoosi täpsustamiseks on vaja teha spondülogrammid lülimurru välistamiseks.

1995. aastal avaldatud „piitsalöögivigastuse“ **WAD-klassifikatsioon** (*Guideline on the management of claims involving whiplash associated*) on kasutusel tänaseni (7). Selle järgi jaotatakse vigastused viide raskusastmesse:

- 0 – kaelavalu ei ole, subjektiivselt esineb kaelakangus;
- 1 – kaelavalu, kaelalihaste pinged;
- 2 – kaelavalu, liikuvuse piiratus kaelas, palpatoorselt valulik lihaspinge;
- 3 – leid nagu punkti 2 valu, tuimustunne, reflekside muutus ka kätes;
- 4 – valu kaelas, uuringutel ilmneb kaelalüli murd või dislokatsioon seljaaju kahjustuse nähtudega või ilma.

WAD 1.–3. astme vigastuste puhul kasutatakse raviks NSAID-tüüpi valuvaigisteid, soovitatavalt mitte pikemalt kui 3 nädala vältel. Soovitada võib ka tugikraed, kuid mitte üle 72 tunni. Võimalikult varakult lisada raviskeemi harjutused kaela mobiliseerimiseks ja liikuvuse parandamiseks (7). Paranemist soodustab võimalikult kiire tagasipöördumine igapäevasesse elurutiini. Lülimurru või dislokatsiooni korral on vajalik kohene neurokirurgi konsultatsioon.

Prognoos on üldiselt hea. Suurbritannias tehtud uuringu andmeil paranes 70% kannatanutest täielikult 3 kuu jooksul, kuid 2%–1 juhtudest kujunes ka püsiv töövõimetus (8).

Kaelamüelopaatia on sagedane seljaaju kahjustuse põhjus vanemaealistel. Selle põhjuseks on selgrookanali ahenemine ja seljaaju kompressioon kaelaosas. Vanemas eas kujunevad selgroo degeneratiivsed protsessid haaravad lülিকেhasid, lülivahekettaid, fassetliigeseid ja liigeseid ning ligamente, haaratud on mitmete lülide piirkonnad.

Kliiniline sümptomaatika kujuneb aegamööda. Haige kurdab valu kaelas ja õlavöötmes, tuimustunnet ning lihas-

Tabel. Kaelavalu põhjustavad potentsiaalselt ohtlikud või spetsiifilised haigused

Haigus	Anamnees, sümptomid
Kaela lülivaheketta väljasopistus	Ägeda algusega kätte kiirguv kaelavalu ja/või sõrmede tuimus. Tsentraalselt paiknev väljasopistus võib põhjustada seljaaju kompressiooni. Kui esinevad sensoorse ja/või motoorse defitsiidi sümptomid, tuleb patsient parima ravitaktika valimiseks suunata neurokirurgi vastuvõtule.
Müelopaatia (seljaaju kompressioon)	Kõndimisraskused seoses jalgade nõrkuse ja spastilisusega, võivad esineda põie või pärasoole funktsiooni häired. Soovitatav konsulteerida neurokirurgiga.
Pahaloomuline protsess organismis	Süvenevalt halvenev üldseisund, kaalukaotus, väsimus, palavik, koormusega mitteseostatav kontrollimatu valu.
Reumaatiline haigus	Reumatoidartriidi korral ilmnevad muutused lülisamba kaelaosas hiljem. Änküloseeriv spondüliit võib põhjustada kaela jäigastumist. Perioodiliselt ägenevad valud.
Bakteriaalne spondüliit	Veres on põletikunäitajad positiivsed. Tavaline röntgenipilt on esimese valiku uuring.
Karotiid- või vertebraalarteri dissektsioon	Lisaks kaelavalule võib karotiid- või vertebraalarteri dissektsioon põhjustada aju transitoorsele vereringehäirele tüüpilisi sümptomeid (nägemishäired, mööduvad halvatused, kognitiivsed sümptomid), Horneri sündroomi, pulseerivat tinnistust või neelamishäireid.

nõrkust kätes ja jalgades. Raskendatud on kõndimine ja peened liigutused kätes (näiteks särgi nõõpimine). Mõnel juhul võivad kaasneda ka põie ja pärasoole funktsiooni häired. Objektiivses leius ilmneb tavaliselt jalgade spastiline parees, kätes enamasti perifeerne parees erinevas väljendusastmes. Kaela müelopaatiat tuleb diferentsida amüotroofilisest lateraalsklerootisist. Elektroneuromüograafia (ENMG) on täpsustav uuring seljaaju motoneuroni kahjustuse hindamiseks.

Diagnoosi kinnitab MRT-uuring, kus ilmneb kaelakanali ahenemine, mis on põhjustatud osteofüütidest, diskide protrusioonist, fassettliigeste ja kollasligamendi hüpertroofiast (9).

Ravi on sümptomaatiline, olulisel kohal on füsioteraapia (ravikehakultuur). Kirurgilise ravi näidustuste ja meetodite kohta on vastuolulised seisukohad. Operatsiooni

eesmärk on dekomprimeerida seljaaju, mõnel juhul on vajalik ka selgroo stabiliseerimine.

Kaelavalu on enamikul juhtudel **hea prognoosiga**, sageli ka olemuselt iseparanev seisund. Kaelavalu võivad põhjustada ka potentsiaalselt ohtlikud või spetsiifilised haigused, mille õigeaegne äratundmine ja ravi on haige prognoosi ning ravitulemuse seisukohalt ülioluline (vt tabel).

Ka mittespetsiifiline kaelavalu võib jääda haiget püsivalt häirivaks sümptomiks, kirjanduse andmeil jäävad 46%-l haigestest 6 kuu jooksul pärast esimest visiiti vaevused püsima (3). Enamasti on see seostatav psühho-sotsiaalsete teguritega, füüsilise ja psüühilise stressiga, haige psüühilise seisundiga – vaevuste somatisatsiooniga.

Ando.Vaher@kliinikum.ee

KIRJANDUS

- Mäkela M, Heliövaara M, Sievers K, et al. Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol* 1991;134:1356–67.
- Leijon O, Wahlström J, Mulder M. Prevalence of self-reported neck-shoulder-arm pain and concurrent low back pain or psychological distress. Time-trends in a general population, 1990-2006. *Spine* 2009;34:1863–8.
- Feleus A, Bierma-zeinstra SMA, Miedema HS, et al. Prognostic indicators for non-recovery of non-traumatic complaints at arm, neck and shoulder in general practise: 6-months follow-up. *Rheumatology* 2007;46:169–176.
- Borg-Stein J, Simons DG. Focused review: myofascial pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83:S 40–9.
- Wheeler AH. Myofascial pain disorders: theory and therapy. *Drugs* 2004;64:45–62.
- Nordin M, Carragee EJ, Hogg-Johnson S, et al. For the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders. Assessment of neck pain and associated disorders. *Spine* 2008;33(4 Suppl):S 101–22.
- Freeman MD, Croft AC, Rossignol AM. Whiplash associated disorders: redefining whiplash and its management by the Quebec Task Force: a critical evaluation. *Spine* 1998;23:1043–9.
- Bannister G, Amirfenz R, Kelley S, et al. Whiplash injury. *J Bone Joint Surg Br* 2009;91:845–50.
- Young F. Cervical spondylotic myelopathy: a common cause of spinal cord dysfunction in older persons. *Am Fam Phys* 2000;62:1064–7.

SUMMARY

Principles of the treatment of neck pain

Neck pain is a common disorder with two thirds of the population having this complaint at some point of their lives.

Acute neck pain usually has a good prognosis and often recovers spontaneously. In clinical practice, neck pain can be classified into localised neck pain, cervical radiculopathy, whiplash injury-related neck pain, myelopathy, neck pain associated with systemic illness, tremors, trauma etc.

Patient with neck pain should pass careful clinical examination: history, neurological status, local clinical findings. Diagnostic tests are needed to obtain detailed information about the vertebrae, the inter-

vertebral discs, the facet joints, the cervical channel, and the cervical spine cord. MRT is the diagnostic test of choice. Routine X ray investigation is recommended in case systemic serious illness or trauma is suspected.

Treatment options depend on the form of pathology. In most cases neck pain is a myofascial type of pain and should be treated conservatively, i.e. with medications (NSAIDs) physical therapy, exercise.

In cases of cervical radiculopathy and cervical myelopathy surgery may be performed with appropriate indications. These patients should be referred to the neurosurgeon.