

Cefalee e cervicobrachialgie: riconoscimento precoce e diagnosi differenziale

Lorenzo Pinessi*
Salvatore Gentile**

Le cause di dolore al capo e/o al rachide cervicale sono numerose e il loro riconoscimento presuppone la conoscenza dei processi morbosi potenzialmente responsabili.

La diagnosi è sempre clinica e in prima istanza si basa sull'anamnesi e sull'esame obiettivo, sulla localizzazione del sintomo doloroso e sulla valutazione del movimento

Il dolore al capo è uno dei sintomi più frequenti, se non il più frequente, che porta il paziente a consultare il medico. Anche il dolore al collo è un'altra causa frequente di ricorso al medico. I due dolori sovente coesistono e talora può essere difficile tracciare dei confini tra l'uno e l'altro.

Il dolore nasce quando le terminazioni nocicettive vengono stimulate da una noxa patogena che può riguardare la cute, i muscoli, le articolazioni, l'osso, le arterie, i tronchi nervosi, eccetera. Lo stimolo nocicettivo viaggia lungo le radici sensitive dei nervi cranici e spinali fino alla stazione ultima, rappresentata dalla corteccia parietale, ove avviene la decodificazione, ovvero l'interpretazione dello stesso.

Gli stimoli algogeni che nascono a livello del capo sono trasmessi dalle tre branche del nervo trigemino e dai primi tre nervi cervicali. Più precisamente gli stimoli dolorosi che nascono nella fossa cranica anteriore e media sono convogliati dal nervo trigemino (soprat-

tutto prima branca o branca oftalmica); quelli che insorgono nella fossa cranica posteriore (separata dalla fossa cranica media dal tentorio del cervelletto) viaggiano lungo i primi tre nervi cervicali e sono proiettati sull'occipite e sulla colonna cervicale alta, a differenza del dolore della fossa cranica anteriore e media che viene proiettato sulla regione frontale.

I dolori che nascono a livello del rachide cervicale possono rimanere localizzati in tale sede, oppure - in caso di interessamento delle radici nervose posteriori (radici sensitive) - avere una irradiazione verso il capo o verso gli arti superiori. Per esempio, in caso di artrosi della prime tre vertebre cervicali il dolore sarà irradiato verso il capo, mentre se sono coinvolte le vertebre inferiori (V, VI, VII) le regioni interessate dal dolore risultano le spalle e le braccia.

Ricordiamo che il midollo spinale può essere suddiviso in segmenti o mielomeri. Ogni mielomero è costituito da quella "fettina" di midollo da cui nascono e in cui arrivano, rispettivamente, le radici anteriori e posteriori dei nervi spinali. I metameri sono rappresentati dalle vertebre. I dermatomeri sono individuati dal territorio cutaneo innervato da una determinata radice.

Le lesioni delle vie nervose sensitive, siano esse periferiche o centrali, provocano dei dolori che vengono proiettati a livello dei dermatomeri corrispondenti.

La conoscenza della corrisponden-

za tra i mielomeri, i metameri vertebrali e i dermatomeri è essenziale per non commettere l'errore di interpretare, per esempio, un dolore al dito medio della mano come espressione solo di una causa locale, quando invece potrebbe essere conseguenza di una irritazione radicolare C7 (il cui dermatomero corrispondente è, appunto, rappresentato dal dito medio) da protusione o ernia discale C6-C7.

■ Cause di dolore al capo

Le cause di dolore al capo e/o al rachide cervicale sono numerose. Il loro riconoscimento presuppone la conoscenza dei processi morbosi potenzialmente responsabili. Conoscenza che deve essere buona anche per un medico di medicina generale. Se non si conosce una patologia non si potrà neanche sospettarla. Questo è lapalissiano ma, pensiamo, meriti essere ribadito e sottolineato.

Quando si esamina un paziente che lamenta dolore al distretto cervicocefalico, la prima domanda a cui bisogna cercare di dare risposta è se il dolore nasce a livello del capo o del collo; la seconda domanda, immediatamente successiva, è se esso sia di natura primitiva o secondaria.

Quando il dolore è localizzato al capo (cefalea in senso stretto) la diagnostica differenziale riguarderà le varie forme di cefalea. Per tale diagnostica si rimanda a un precedente articolo (*M.D. Medicinae Doctor 2007; 32: 25-27*).

* Professore Ordinario di Neurologia
Direttore Clinica Neurologica II
e Centro Cefalee
Università degli Studi di Torino
Ospedale Molinette
Presidente Società Italiana
per lo Studio delle Cefalee (SISC)

** Professore a contratto, Dirigente medico
Clinica Neurologica II e Centro Cefalee
Università degli Studi di Torino
Ospedale Molinette

■ Cause di cervicalgia

Quando il dolore è localizzato al collo si parla di cervicalgia.

Nel corso della vita circa due terzi della popolazione presenta cervicalgia e la prevalenza è maggiore nell'età media.

Le cause dei dolori cervicali sono diverse.

In una parte dei casi si tratta di un'alterazione dei muscoli, dei legamenti, dei dischi intervertebrali e delle articolazioni posteriori, ovvero delle strutture meccaniche situate nelle vertebre cervicali. I muscoli possono risentire delle contrazioni abnormi, spesso legate a errate posture, che riducendo l'ossigenazione del muscolo medesimo, come conseguenza di una riduzione di calibro dei capillari, provocano dolore. Anche i dischi intervertebrali e le articolazioni possono andare incontro a microlesioni da usura legate all'età, che possono essere accelerate quando si effettuano movimenti non corretti e prolungati nel tempo. Nella stragrande maggioranza dei pazienti queste situazioni non provocano patologie gravi, anche se i microtraumi ripetuti, in soggetti particolarmente predisposti, possono provocare, negli anni, dei problemi più gravi come ernie del disco o instabilità vertebrali.

Generalmente i movimenti di flesso-estensione del collo tendono a sovraccaricare i metameri C5-C6; mentre le posture prolungate (per esempio, al video) tendono a sovraccaricare i metameri cervicali alti (C1-C2). Nel primo caso, il dolore tenderà a manifestarsi alle spalle; nel secondo caso al capo. Quindi un dolore sulla zona posteriore del capo potrà essere di natura "cefalica" o "cervicale".

■ Anamnesi ed esame obiettivo

La diagnosi è sempre clinica e si basa, in prima istanza, sull'anamnesi e quindi sull'esame obiettivo.

Va evidenziato che in neurologia l'accurata anamnesi conduce alla corretta diagnosi nel 75% dei casi, quindi in 3 casi su 4.

Le domande devono riguardare:

- sede del dolore;
- qualità e intensità del dolore;
- frequenza e periodicità del dolore;
- sintomi e segni associati;
- fattori aggravanti o scatenanti;
- profilo temporale.

Formulata l'ipotesi diagnostica il medico di medicina generale potrà, di volta in volta, a seconda anche della complessità del caso, ricorrere agli accertamenti strumentali e/o di laboratorio finalizzati alla conferma o alla confutazione della sua ipotesi, oppure inviare il paziente al medico specialista che potrà essere il neurologo, generalmente, o l'ortopedico, talora, o il neurochirurgo, più raramente, o altri ancora (oculista, internista, otorinolaringoiatra, chirurgo maxillo-facciale, ecc).

Fatta questa premessa di ordine generale, soffermiamoci ora sugli elementi clinici che consentono al medico di differenziare un dolore al collo espressione di cefalea o di cervicalgia o di cervicobrachialgia.

Cefalee

Le cefalee che possono dare, e spesso danno, dolore al collo sono rappresentate dall'emicrania e dalla cefalea tensiva.

■ Emicrania

Il dolore emicranico è unilaterale (regione fronto-temporale) o bilaterale e diffuso (2/3 dei casi). Talora il dolore insorge al livello cervicale o cervicococcigeo e può rimanere ivi confinato o irradiarsi anteriormente fino alle regioni orbitarie. Bisogna sapere riconoscere un'emicrania, il cui dolore rimane localizzato a livello cervicale o cervicococcigeo, e non confonderla con l'abusata diagnosi di artrosi cervicale, considerati i differenti approcci terapeutici e prognostici che le due condizioni morbose richiedono.

Il dolore emicranico è spesso pulsante o trafittivo e/o costrittivo. Si associa frequentemente a nausea, vomito, anoressia, fotofobia, fonofobia, osmofobia, irritabilità e talora a vertigini e a disequilibrio. Il malato

si isola in ambiente buio e privo di rumori. Il dolore si aggrava con gli sforzi e con l'attività fisica e si risolve in circa 6 ore, potendo tuttavia persistere per 24-72 ore o per più giorni (emicrania protratta o continua). Può essere scatenato da cibi che contengono tiramina, come formaggi, cioccolato, crostacei, insaccati, birra, vino o dagli ormoni sostitutivi utilizzati in menopausa o dagli estrogeni in periodo mestruale. Le crisi possono essere precedute da segni premonitori e, nel 10-15% dei casi, da aura visiva (fosfeni, scotomi scintillanti, scotomi negativi, deficit del campo visivo), o sensitiva (formicolio, parestesie, ipoestesia) o motoria.

Talora l'aura può essere complessa e il paziente può presentare cocciore/bruciore al cuoio capelluto. Molto spesso si riscontra anche una particolare tensione-contrattura e dolenzia dei muscoli del collo e delle spalle. Questo reperto clinico accompagna la crisi emicranica e si risolve in genere con la risoluzione della crisi stessa, divenendone così patognomonico.

Non va confuso con quadri analoghi dovuti a patologia cervicale osteoarticolare. La contrattura dolente dei muscoli del collo e delle spalle che riscontriamo negli emicranici è transitoria e può accompagnarsi a contrattura degli altri muscoli pericranici (frontali, temporali, masseteri). Quasi sempre la colonna cervicale non presenta anomalie di rilievo. Tale contrattura può comunque persistere nella cefalea cronica quotidiana (chronic daily headache - CDH). Durante la crisi emicranica si ha attivazione del sistema trigemino-vascolare e, poiché la radice sensitiva trigeminale discendente (nucleo caudale) sconfinava a livello dei primi segmenti del midollo cervicale creando commistione anatomica e funzionale con le fibre dei primi nervi cervicali, ne può risultare altresì dolore proiettato nei dermatomeri dei primi nervi cervicali con contrattura dei muscoli distrettuali.

L'uso locale di tossina botulinica, secondo i protocolli terapeutici internazionali, può alleviare per 5-6 mesi tale sintomatologia muscolare.

■ Cefalea tensiva

Il dolore è di bassa intensità, diffuso come un cerchio alla testa o una cappa, oppure descritto come dolenzia o senso di peso o fastidio in regione cervico-occipitale. Vi è un'obiettivo dolorabilità alla palpazione digitale del cranio. Vi può essere un'irradiazione aspecifica sui muscoli del collo e sulle spalle. Spesso scatenata da stress emotivi, si presenta sia come manifestazione sporadica saltuaria a rapida e completa remissione (forma episodica); oppure come forma cronica in soggetti ansiosi o con sintomi depressivi. In quest'ultimo caso e nelle forme inveterate, il dolore è giornaliero anche se fluttuante.

Tali manifestazioni cliniche che in genere vengono riportate alla "cefalea tensiva", ci è dato riscontrare anche nei pazienti emicranici. Ciò configura un overlapping delle due forme di cefalea primaria. È nostra opinione che la cefalea tensiva sia una forma clinica di emicrania "minore". Tuttavia, la classificazione internazionale delle cefalee (IHS) ne riconosce l'autonomia nosografica.

Artrosi cervicale

Un'altra causa di cervicalgia è l'artrosi cervicale.

Si tratta di una patologia che comporta una sofferenza di tipo degenerativo - che cioè peggiora con il trascorrere degli anni e con l'avanzare dell'età - delle vertebre del collo. Le cartilagini che ricoprono le articolazioni si usurano, determinando un assottigliamento dello spazio tra una vertebra e l'altra; i legamenti e le capsule si ispessiscono e si induriscono. L'eccessiva e scorretta sollecitazione dell'osso provoca depositi di calcio con formazione di becchi (uncoartrosi). I muscoli diventano ipertonici riducendo la mobilità e la libertà delle articolazioni. L'esito finale, dopo molti anni, può essere il blocco totale dell'articolazione interessata con perdita della sua funzionalità.

■ Sintomatologia

Due sono i sintomi fondamentali:

- il dolore;
- la limitazione del movimento.

Il dolore caratteristicamente è più accentuato quando si inizia il movimento (per esempio al mattino, al risveglio) e si attenua, fino anche a scomparire, con la ripetizione dei movimenti medesimi. Dopo una prolungata attività fisica (quindi, ad esempio, alla fine della giornata) il dolore si ripresenta. Il dolore può diventare continuo con il progredire del processo artrosico e/o accentuarsi con le variazioni climatiche, in particolare con l'umidità, il vento o quando si passa da un ambiente caldo a uno freddo.

La limitazione del movimento, in flessione e/o estensione e/o inclinazione laterale o rotazione del capo, può conseguire sia agli eventuali ostacoli meccanici causati dall'alterazione dei capi articolari (ossificazione delle cartilagini, diminuzione degli spazi e del liquido intrarticolare, ecc) sia alle contrazioni dei muscoli periarticolari, che sono espressione di una vera e propria reazione antalgica difensiva: l'organismo, per evitare il dolore, cerca di sollecitare al minimo o per nulla la parte sofferente.

■ Diagnosi differenziale

Spesso si riscontra confusione e/o errore diagnostico con il dolore cervico-nucleare in corso di emicrania. A tale proposito ricordiamo che la localizzazione dolorosa cervico-nucleare è molto frequente nell'emicrania, come altresì la localizzazione facciale del dolore inducendo, in questo caso e talora, terapie odontoiatriche (estrazioni dentarie) incongrue e inutili.

Il dolore cervicale esacerbato dal movimento può determinare un certo grado di rigidità nucleare che, quando molto accentuata, può porre delle difficoltà diagnostiche differenziali con il rigor nucleare da irritazione meningea, come classicamente si osserva in corso di emorragia subaracnoidea.

Anche un attacco emicranico particolarmente intenso può associarsi a rigidità nucleare che però, come nel caso dell'artrosi cervicale, non ha le caratteristiche tipiche del meningismo. Nell'irritazione meningea generalmente ogni minimo movimento del capo scatena una reazione di difesa, quindi di opposizione al movimento medesimo. Le meningi, ricordiamo, sono strutture algo-sensibili, in quanto riccamente innervate. La presenza di sangue (emorragia subaracnoidea) o di agenti patogeni (meningiti batteriche o virali) stimola le terminazioni nervose sensitive meningee (di pertinenza del nervo trigemino o dei primi tre nervi cervicali) generando dolore.

In tali casi ogni minimo movimento, stirando le terminazioni sensitive già irritate, determina una netta accentuazione del dolore.

Anche la durata del dolore è un elemento utile nella diagnostica differenziale.

Nel caso dell'artrosi cervicale il paziente riferisce un dolore datante da tempo.

Il dolore dell'attacco emicranico è, invece e come già detto, un dolore episodico che raggiunge l'acme nel giro di 30-60 minuti e dura, generalmente, da 1 a 3 giorni.

Il dolore da emorragia subaracnoidea raggiunge l'acme nel giro di qualche minuto, può esordire con sincope, associarsi ad alterazione dello stato di coscienza, a disturbo del ritmo cardiaco, deficit di nervi cranici.

Cervicobrachialgie

Le sindromi algiche che interessano la porzione posteriore del capo con irradiazione del dolore ai cingoli scapolari e/o agli arti superiori definiscono i quadri clinici delle cervicobrachialgie.

Le cause sono molteplici. Una delle più frequenti è l'ernia del disco intervertebrale. Altre cause sono rappresentate dalle patologie del midollo spinale cervicale, dall'artrosi cervicale, dalle lesioni traumatiche o neoplastiche della colonna cervicale,

dalle malattie reumatologiche, ecc. In tutti questi processi morbosi si ha dolore cervicale (cervicalgia), legato alla lesione locale delle strutture algogene ivi presenti, cui si associa dolore irradiato all'arto superiore (brachialgia) per irritazione di una o più radici nervose.

Esaminiamo, come quadro paradigmatico, le cervicobrachialgie da ernia discale.

Il disco intervertebrale è una specie di cuscinetto, interposto tra due corpi vertebrali, che svolge un'importante funzione di ammortizzatore favorendo i movimenti del rachide. Esso è composto da una parte centrale detta nucleo polposo, ad elevato contenuto idrico, e da un involucro esterno detto anello fibroso (figura 1).

Con il passare degli anni si assiste a una progressiva disidratazione del nucleo polposo che porta a una riduzione dello spessore del disco medesimo. Ne consegue un'anomala distribuzione delle forze di carico che può portare alla fissurazione dell'anello fibroso, in conseguenza della quale una parte o tutto il nucleo polposo migra dalla sua sede normale con formazione dell'ernia.

Le fissurazioni dell'anello fibroso,

inoltre, fanno sì che dai tessuti vicini (periostio, legamenti, ecc) si formino gittate di vasi neoformati e con essi anche delle fibre nervose sensitive, che trasformano il disco intervertebrale da struttura non innervata in struttura innervata e quindi algo-sensibile.

Diversi sono i gradi di fuoriuscita del disco dalla propria sede. Se il disco rimane contenuto dal legamento longitudinale posteriore, che scorre lungo la parte posteriore dei corpi vertebrali, si parla di protrusione (o bulging).

Quando il tessuto erniario migra nelle fissurazioni dell'anello fibroso e fuoriesce dal disco si ha l'ernia vera e propria.

In sede cervicale, i dischi intervertebrali più colpiti dai fenomeni erniari sono C6-C7 (70%) e C5-C6 (20%). Ricordiamo che dal forame di coniugazione formato dalle vertebre C6 e C7 esce la radice C7, mentre da quello soprastante esce la radice C6. Un'ernia del disco fra C6 e C7 interesserà pertanto, generalmente, la radice C7. L'ernia discale C5-C6 interesserà, invece, la radice C6.

In entrambi i casi la manifestazione prevalente è il dolore al collo, con un

certo grado di rigidità dello stesso e all'arto superiore. L'irradiazione del dolore sarà però diversa in quanto il dermatomero C7 è rappresentato dal dito medio mentre il dermatomero C6 comprende la superficie laterale dell'avambraccio, il pollice e l'indice.

Distribuzione dermatomerica delle radici spinali

Conoscendo pertanto la distribuzione dermatomerica delle radici spinali è possibile risalire, in caso di dolore radicolare, ai metameri vertebrali interessati dal processo morboso (figura 2). Questa conoscenza è estremamente utile per focalizzare correttamente le indagini radiologi-

Figura 2

Distribuzione dermatomerica delle radici spinali

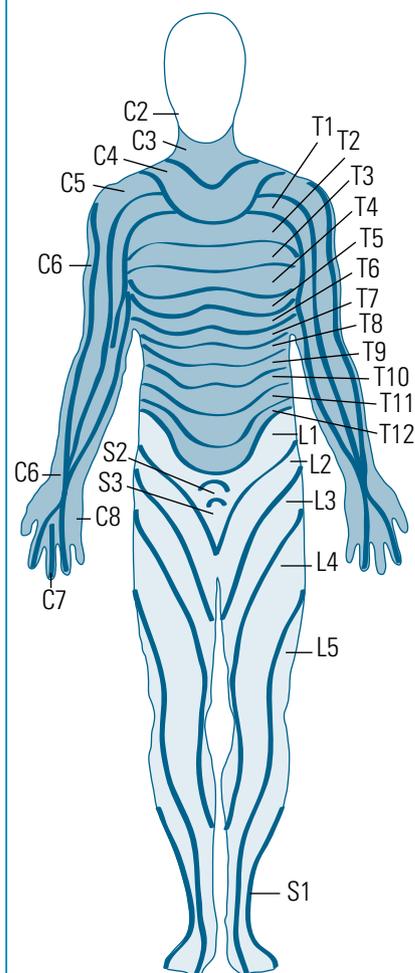
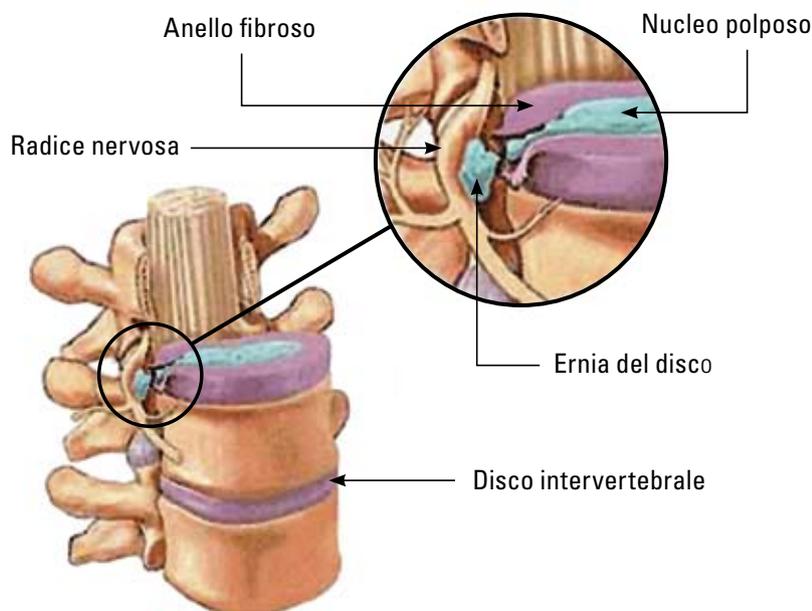


Figura 1

Struttura del disco intervertebrale



che, le cui risposte saranno tanto più precise quanto più si ridurrà il campo di indagine.

Nelle cervicobrachialgie, alcune manovre che accentuano o riducono la compressione radicolare potranno aggravare o attenuare il dolore. Ad esempio, l'estensione della testa accentuerà il dolore, che potrà invece ridursi elevando le braccia dietro il collo.

Il dolore al braccio e al collo si accentua premendo sulla testa del paziente ruotata verso il lato non dolente (segno di Spurling). In alcuni casi, quando il disco erniato determina una tensione sui cordoni posteriori del midollo spinale, la flessione anche spontanea della testa provoca una sensazione elettrica che scende lungo la colonna vertebrale (segno di Lhermitte).

Se la compressione radicolare è tale da determinare una sofferenza delle fibre motorie, alla sintomatologia dolorosa si assoceranno deficit di forza, nel territorio muscolare di pertinenza della radice interessata (per esempio, deficit della flessione del polso ed estensione delle dita della mano nella sofferenza radicolare C7), e riduzione o abolizione del riflesso osteotendineo per interruzione dell'arco diastaltico sotteso alla radice coinvolta (per esempio, sempre nel caso della sofferenza radicolare C7, iporefflessia tricipitale). L'entità dei disturbi algici, sensitivi e/o motori, varierà a seconda del grado di protrusione o erniazione del disco.

In un primo stadio (protrusione o bulging), quando il disco aggetta appena nel canale vertebrale, non esiste una compressione vera e propria sulla radice, pertanto il dolore è saltuario, vago e non ben definito.

Quando il tessuto erniario migra nelle fessurazioni dell'anulus e fuoriesce dal disco (ernia vera e propria) la radice risulterà compressa. In questo secondo stadio il dolore diventa molto forte, spesso insopportabile, e compaiono anche altri sintomi deficitari, come parestesie, iporefflessia osteotendinea, debolezza e/o ipotrofia muscolare, alterazione della sensibilità tattile, termica, dolorifica.

Se il disco fuoriesce ancora di più ed esercita una decisa compressione sulla radice si entra nella fase dell'ernia paralizzante. In questo terzo stadio spesso il nervo perde la sua normale funzionalità, quindi non trasmette bene gli impulsi dolorifici, pertanto il malato può avvertire meno dolore, però si accentuano i segni deficitari già osservabili nello stadio due.

Si ribadisce la necessità di una diagnosi precoce al fine di un trattamento tempestivo che eviti questo tipo di evoluzione della malattia, che potrebbe non più consentire la ripresa della funzionalità della radice con qualsiasi cura, compreso l'intervento chirurgico.

■ Complicanze

Una temibile complicanza delle ernie discali cervicali è la mielopatia da compressione da parte del tessuto erniato. La mielopatia può osservarsi anche nella spondilosi cervicale come conseguenza della riduzione dei diametri del canale vertebrale (a livello della V vertebra cervicale il canale misura normalmente 1.4x2.5 cm e il midollo 0.8x1.3 cm) legata alla produzione di becchi osteofitici, all'ossificazione del legamento longitudinale posteriore, nonché all'ipertrofia del legamento giallo. La sofferenza midollare che ne risulta determina un quadro di mielopatia spondilosa con sintomi sia agli arti superiori sia inferiori.

Classicamente, nelle compressioni subacute o croniche, si osserverà una sofferenza piramidale che inizialmente riguarderà gli arti inferiori sotto forma di claudicatio midollare, ossia difficoltà progressiva della deambulazione (fase della paraparesi), che recede dopo una breve pausa per poi ripresentarsi con la ripresa del movimento. La claudicatio midollare va differenziata dalla claudicatio vascolare, in cui prevale il dolore con segni di vasculopatia agli arti inferiori. Successivamente, anche gli arti superiori manifesteranno i segni della sofferenza piramidale (fase della tetraparesi).

L'iniziale asimmetrica sofferenza dei fasci piramidali si spiega consideran-

do che, nel midollo cervicale, le fibre piramidali del fascio corticospinale laterale, destinate al rigonfiamento lombosacrale (da cui nascono i nervi per i muscoli degli arti inferiori), sono situate all'esterno; quelle che raggiungono il rigonfiamento cervicale (da cui nascono i nervi destinati alla muscolatura degli arti superiori) si trovano invece in una posizione più interna, mediale.

Pertanto l'ernia cervicale (e/o il canale stretto), comprimendo il midollo dall'esterno, darà segni piramidali interessanti, in un primo tempo, solo gli arti inferiori. Successivamente, quando la compressione interesserà anche le fibre piramidali interne, potranno comparire i segni piramidali a carico degli arti superiori.

Il canale stretto cervicale, per la presenza di perturbazioni del microcircolo midollare, potrà inoltre causare una sofferenza delle corna anteriori del midollo (ove si trova il secondo neurone di moto da cui nascono gli assoni che formano le radici e quindi i nervi destinati ai muscoli degli arti) caratterizzata da atrofia muscolare spesso, inizialmente, interessante i piccoli muscoli delle mani. Si rende perciò necessaria la diagnosi differenziale con la sclerosi laterale amiotrofica. A favore della mielopatia spondilosa depone il rilievo di segni radicolari e/o piramidali progressivi.

■ Indagini diagnostiche

Nelle cervicobrachialgie gli esami diagnostici di scelta per confermare o escludere la presenza di un'ernia discale e definirne la sede e i caratteri, nonché la presenza o meno di una mielopatia associata sono la tomografia computerizzata e la risonanza magnetica. La RM offre gli stessi vantaggi della TC, ma fornisce immagini più definite e secondo i tre piani assiale, coronale e sagittale permettendo di valutare il rapporto del midollo con il canale vertebrale e delle radici con il forame di coniugazione.

Comunque già la radiografia standard del rachide cervicale mostra gli indizi di una sofferenza radicolare e/o midollare per la presenza di osteofiti e per il restringimento

del canale vertebrale e/o del forame di coniugazione.

In alcuni casi, di notevole ausilio diagnostico potrà risultare lo studio elettromiografico (EMG) per la diagnosi differenziale con malattie neuromuscolari e per quantificare l'entità della sofferenza della radice nervosa. Altre indagini diagnostiche, compreso l'esame del liquor cerebrospinale, potranno rendersi necessarie di volta in volta a seconda del quadro clinico e, quindi, del sospetto diagnostico.

Nevralgia occipitale o di Arnold

Per concludere, accenniamo a una patologia rara, ma non rarissima, che si manifesta con un dolore che spesso viene confuso con l'artrosi cervicale o altre sindromi dolorose del capo e/o del collo. Ci riferiamo alla nevralgia occipitale o "nevralgia di Arnold".

È un dolore causato da irritazione

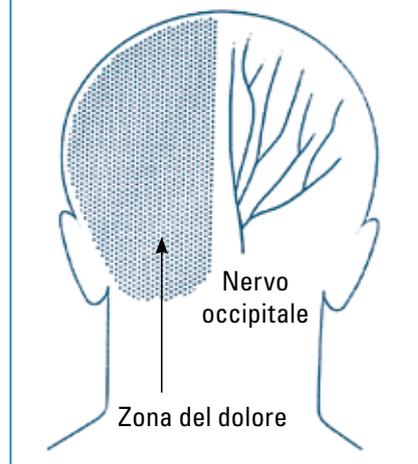
o danno del nervo grande occipitale che, ricordiamo, origina dal ramo posteriore della seconda radice cervicale. Il dolore, nelle forme tipiche, è a fitta, unilaterale. Origina nella parte alta della nuca e si irradia nell'area occipitale sovrastante, nonché verso il vertice e fino alla fronte.

Nella nevralgia atipica il dolore è continuo, spesso bilaterale e associato a contratture dei muscoli paravertebrali cervicali. Spesso non si trova una causa responsabile dell'irritazione del nervo occipitale. Nelle nevralgie atipiche le cause più comuni sono le malformazioni della cerniera atlo-occipitale, i traumi cervicali, la degenerazione artrosica, l'artrite reumatoide a carico del tratto cervicale superiore ed eccezionalmente i tumori della regione del foro occipitale che incrociano il decorso del nervo.

La diagnosi è soprattutto clinica, con dolore provocato su una zona

Figura 3

Zona "trigger" per la diagnosi di nevralgia occipitale



trigger, detta "punto di Arnold" (figura 3) situata due cm lateralmente alla protuberanza occipitale esterna, ossia dove il nervo occipitale emerge tra i muscoli della nuca.