

Zavod za reumatske bolesti, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, Zagreb

SINDROM RAME — ŠAKA
Rano prepoznavanje, liječenje i rehabilitacija

THE SHOULDER — HAND SYNDROME
The early diagnosis, treatment and rehabilitation

Andrija Jelčić

Stručni članak

Sažetak

Sindrom rame-šaka je patološki sindrom gornjeg ekstremiteta koji je karakteriziran regionalnim neurovegetativnim poremećajem, afekcijom tkiva oko zgloba, jakim bolom i slabošću aficiranog ekstremiteta, pseudoinflamatornim fenomenom, trofičkim smetnjama, vremenski ograničenim tokom i ozdravljenjem, a katkad s posljedicama. Neobično je važno da se sindrom rame-šaka prepozna u ranoj fazi kako bi se liječenje i rehabilitacija proveli što uspješnije, a samim time i brže uspostavila funkcionalna sposobnost zahvaćenog ekstremiteta. U ranoj dijagnostici koriste se slijedeće pretrage: mjerenje oscilometrijskog indeksa, ultrazvučna dijagnostika na principu Dopplera, venska okluzivna pletismografija, periungvalna kapilaroskopija, termografija i scintigrafija. U liječenju sindroma rame-šaka primjenjuje se medikamentozna i fizikalna terapija. Medikamentozno liječenje uključuje primjenu analgetika i nesteroidnih antiflogistika, kortikosteroida, vazodilatatornih preparata (blokatori alfa adrenergičnih vlakana), griseofulvina, kalcitonina, blokatora beta adrenergičnih vlakana, ganglioplegika itd. Od fizikalne terapije u ranoj fazi primjenjuje se krioterapija i elektroanalgezija. Kineziterapija se u početku sastoji od aktivno potpomognutih, a kasnije s popuštanjem bolova i aktivnih vježbi.

Summary

The shoulder-hand syndrome is a pathologic syndrome of the upper extremities which is characterized by regional neurovegetative disturbance, the tissue around surrounding the joint is affected, there is strong pain and weakness of the affected extremity, pseudoinflammatory phenomenon, and trophic disturbances. The course of the disease and recovery are limited in duration and sometimes the disease leaves consequences. It is very important to recognize early the shoulder-hand syndrome in order to administer treatment and rehabilitation as successfully as possible and thus to restore the function to the affected extremity. The following examinations are used in the early diagnostics: measurement of the oscillometric index, Doppler ultrasound, venous occlusive plethysmography, periungual capillaroscopy, thermography and scintigraphy. The treatment of the shoulder-hand syndrome includes: medicamentose and physical therapy. Drug therapy consists in administration of analgesics and non-steroid antiphlogistics, corticosteroids, vassodilatating preparations (alpha adrenergic fibers blockators), griseophulvines, calcitonines, beta adrenergic fibers blockators, ganglioplegics etc. As to the physical therapy, in the early stages cryotherapy and electroanalgesia are used. Kinesitherapy consists, in the beginning, from actively supported exercises and later, on, when the pain diminishes, the active exercises are introduced.

Pod sindromom rame — šaka podrazumijevamo patološki sindrom gornjeg ekstremiteta koji je karakteriziran regionalnim neurovegetativnim poremećajem, afekcijom tkiva oko zgloba, jakim bolom i slabošću aficiranog ekstremiteta, pseudoinflamatornim fenomenom, trofičkim smetnjama, vremenski ograničenim tokom i ozdravljenjem, a katkad s posljedicama (1).

Kliničku sliku možemo podijeliti u tri stadija: u prvom stadiju izražene su vazomotorne smetnje uz izrazitu bolnost i funkcionalnu nesposobnost ramena i šake. Bol se javlja postupno a znatno rjeđe naglo, pojačava se na palpaciju i pri pokušaju izvođenja kretnji. Katkad je stalna i ne popušta ni u mirovanju, vrlo je intenzivna i pojačava se na najmanji dodir. Istovremeno i nakon nekoliko dana javljaju se kliničke manifestacije upalnog karaktera s otokom koji zahvaća manju ili veću površinu ekstremiteta. U statusu nalazimo izrazitu bolnu osjetljivost uz limitirane sve kretnje u ramenu. Šaka je otečena i jako bolna, koža je napeta, crvena, topla i vlažna prsti su lagano flektirani i izrazito bolni na pokušaj mobilizacije. Ova početna faza različitog je trajanja; može biti vrlo kratka i proći neprimijećeno, ali većinom traje više tjedana ili mjeseci nakon čega prelazi u drugu fazu u kojoj dominiraju distrofične promjene (2, 3).

Neobično je važno da sindrom rame — šaka prepoznamo što ranije tj. u početku prvog stadija, kako bi liječenje i rehabilitaciju proveli što uspješnije, a samim time i brže uspostavili funkcionalnu sposobnost zahvaćenog ekstremiteta.

Budući da u početnoj fazi sindroma rame — šaka u kliničkoj slici donimiraju vazomotorne smetnje, regionalni otok, povišenje lokalne topline, a često i lividno — crvena boja to će se naše pretrage usmjeriti na ispitivanje cirkularnih poremećaja. U ovoj fazi u ispitivanju koristimo slijedeće pretrage (4): mjerenje oscilometrijskog indeksa koji je u početku smanjen, a kasnije u fazi vazodilatacije je povišen na bolesnoj strani; venska okluzivna pletismografija kojom dokazujemo pojačan protok krvi u fazi vazodilatacije; za ispitivanje brzine cirkulacije krvi koristimo ultrazvučnu dijagnostiku. Primjena ultrazvuka zasniva se na odbijanju zvuka od cirkulirajućih elemenata krvi i na pretvaranju u zvučne fenomene ili krivulju na papiru na osnovu kojih se očitava brzina cirkulacije. Metoda nam daje dosta interesantne podatke o regionalnoj prokrvljenosti ekstremiteta. Termografijom registriramo termički gradijent. Ovom metodom u ranoj fazi sindroma nalazimo hipertermiju. Periungvalnom kapilaroskopijom dokazujemo perikapilarni edem, venolukapilarnu stazu i vijugavost. Kapilare su slabo vidljive radi postojećeg edema. Scintigrafija (5) u toj ranoj fazi pokazuje intenzivno nakupljanje radioindikatora u području zahvaćene kosti prije vidljivih radioloških promjena. U novije vrijeme sve više se koristi dinamička scintigrafija u otkrivanju ranih »vaskularnih« preradioloških promjena. Njom otkrivamo pojačanu vaskularnu pregradnju, tj. smanjenje vaskularnog protoka koji ukazuje na lokalnu stazu. Isto tako nalazi se povećanje intersticijalne pregradnje koja je veća od vaskularne, a objašnjava se postojećim edemom. Dinamička scintigrafija pored dijagnostičkog ima i prognostičko značenje napose u procjeni efekta liječenja.

Na osnovu tih suptilnih metoda i iskustva kliničara može se vrlo rano postaviti dijagnoza i rano primjeniti adekvatna terapija. U tu svrhu koristimo medikamentozno i funkcionalno liječenje. Cilj liječenja je ukloniti bol i uspostaviti cirkulatorne odnose u zahvaćenom ekstremitetu.

Medikamentozno liječenje podrazumijeva primjenu velikog broja farmaceutski različitih supstancija i po kemijskoj strukturi i po farmakodinamskom učinku. Analgetici i nesteroidni antiflogistici imaju samo ograničeno značenje. Zatim se primjenjuju kortikosteroidi lokalno (2, 3, 6) (intraartikularno odnosno intrakanalikularno) i sistemski. Neki autori predlažu visoke doze od 30—60 mg prednisona na dan. Smatraju da sistemska primjena većih doza kortikosteroida dovodi do smanjenja bola, povećanja gibljivosti i zaustavljanja progresije osteoporoze. Točan mehanizam djelovanja još nije poznat. Smatra se da oni djeluju na periferne medijatore ili moduliraju transmisiju neuralnih impulsa. Noviji radovi ukazuju na to da se jednako dobar učinak može postići i znatno nižim dozama od 10—15 mg prednisona na dan (7). Vazodilatatorni preparati imaju opravdano mjesto u liječenju sindroma rame — šaka. Od njih najbolji efekat pokazuju blokatori alfa adrenergičnih vlakana dihidroergotamin (Ditamin) i dihidroergotoksin (Redergin). Blokada ganglion stelatuma prokainom ili ksilokainom je također jedan od terapijskih postupaka koji se daju samo posebno odabranim slučajevima i nije za rutinsku primjenu. Griseofulvin kao antifugistik našao je svoju primjenu u liječenju algodistrofije. Smatra se da utječe na poboljšanje cirkulatornih odnosa (8). Blokatori beta adrenergičkih vlakana kao propranolol i pindolol pokazuju jako dobro djelovanje u prvoj fazi afekcije. Njihovo djelovanje je centralno (anksiolitičko i simpatikolitičko) i periferno (lokalno anestetsko) koje se očituje u smanjenju živčane provodljivosti s periferije, a samim tim i uspostavljanje vazomotorne funkcije (9, 10). Brzi razvoj osteoporoze u ranoj fazi te hiperosteoliza zahtijeva primjenu kalcitonina radi njegovog antiosteoklastičkog djelovanja. Brzina djelovanja i efikasnost na bol a naročito na vazomotorne smetnje i edem su jako dobri. Kalcitonin dakle pored osteoklastičkog ima i vazoaktivno djelovanje (11). Budući da se radi o disfunkciji neurovegetativnog sustava daju se i ganglioplegici koji blokiraju prijenos živčanog impulsa u ganglijskim sinapsama vegetativnog živčanog sustava.

FUNKCIONALNO LIJEČENJE

U ranoj fazi rehabilitacije potrebno je ekstremitet staviti u abdukcionu udlagu za rame i korektivnu za šaku i prste do pupuštanja jakih bolova i uspostavljanja kretnji u ramenu i šaci.

Od fizikalnih procedura primjenjuju se kriomasaža i kriokupke u cilju postizanja analgezije, ubrzanja cirkulacije, smanjenja edema, a samim time poboljšanja metaboličkih odnosa u zahvaćenom području. Dobar se učinak postiže i primjenom elektroanalgezije. Nakon toga se lakše izvode vježbe koje su u početku aktivno potpomognute, a kasnije uporedo s popuštanjem boli aktivne. Treba strogo poštivati granicu bola. Zabranjene su sve nasilne kretnje zglobom osobito one koje pojačavaju ili izazivaju bol jer ćemo time postići suprotan, neželjen učinak.

LITERATURA

1. Renier J. C., Gougeon J. Algoneurodystrophies decalifiantes reflexes Rev. Rhum. 1982; 49 (11):757.
2. Doury P. Les algodystrophies. Cah. Med. 1981; 6:29 — 1985.
3. Doury P. Les algodystrophies. Gaz. Med. France 1982; 89:4 — 341.

4. Deshayes P. et al. Exploration vasculaires courantes: Doppler, thermographie, capilaroscopie. *Rev. Rhum.* 1982; 49:11 — 835.
5. Gaucher A. et al. Etude scintigraphique des algodystrophies reflexes. *Rev. Rhum.* 1982; 49:11 — 841.
6. Simon L, Blotman F, Leroux J. L, Claustre J, Azema M. J, Braun-Mayer. Re-education et algodystrophie. *Rev. Rhum.* 1982; 49:12 — 861.
7. Mowat A. G. Treatment of the shoulder-hand syndrome with corticosteroides. *Ann rheum Dis.* 1974; 33—120.
8. Delcambre B. et al. Traitement des algodystrophies. *Rev. Rhum.* 1982; 49:12—849.
9. May M, Aristoff H, Glowinski J, Gerard A, Dupaquier Y. Les betabloquants dans le traitement des algoneurodystrophies. A propos de 34 cas. *Rev. Rhum.* 1977; 44—249.
10. Ziegler G, Ballester G, Paecht A, Commandre F, Euler L, Betabloquants et algodystrophies sympathiques post traumatiques. *Rheumatologie* 1979; 31—83.
11. Schiano A, Eisinger J, Acquaviva P. C. Les algodystrophies. 1 vol. Lab. Armour Montagu Paris, 1976. str. 146.