

Disimulacija u Sudeckovom sindromu

Ladislav KRAPAC i Zlatko RELJICA-KOŠTIĆ

KB Dubrava, Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, Avenija Gojka Šuška 6, HR-10000 Zagreb

Primljeno/Received: 2000-10-04, Prihvaćeno/Accepted: 2000-10-06/07

Prikazuje se 53-godišnji nastavnik s kompleksnim regionalnim bolnim sindromom (KRBS) desnoga gležnja kao posljedicom ozljede, ali i preranog opterećenja. Otvoreni prijelom obje kosti desne potkoljenice zadobio je u veljači 2000. godine. Liječen je operativno u KB Dubrava (vanjski fiksator). Nakon skidanja vanjskog fiksatora zbog prekomjernoga opterećenja donjega uda, razvio se Sudeckov sindrom. U članku se raspravlja o važnosti prepoznavanja komorbiditeta cirkulatornih smetnja i artrotskih promjena na donjim udovima. Zadovoljstvo radom u ovog je bolesnika uzrokovalo prerano i prekomjerno opterećenje bolešću zahvaćenog ekstremiteta.

Ključne riječi:

disimulacija, donji udovi, Sudeckov sindrom

Dissimulation in Complex Regional Pain Syndrome (CRPS)

The case of a 53-year old teacher with complex regional pain syndrome (CRPS) of the right ankle joint, as a consequence of an injury as well as of premature overload is presented. In February 2000, he suffered the complicated fracture of the two bones of the low leg that was surgically treated by means of external fixation in the UH Dubrava. After removal of the external fixation an overloading of the lower extremity lead to the development of the CRPS, in Europe known as Sudeck Syndrome. The discussion have been carried on the importance of recognizing the comorbidity of circulatory disorders and arthrotic changes in lower extremities joints. The satisfaction with as well done job led this patients to prematurely overload the extremity affected by the disease.

Key words:

dissimulation, lower extremities, Sudeck syndrome

Uvod

O epidemiologiji, etiopatogenezi, kliničkoj slici kao i načinima liječenja i ocjeni radne sposobnosti u kompleksnom regionalnom bolnom sindromu bilo je riječi na ranijem skupu o Sudeckovom sindromu¹⁻⁵. Ocjena radne sposobnosti većinom je problem zbog demotivacije bolesnika za povratak na ranije radno mjesto, kojega nerijetko povezuje s nastankom i/ili pogoršanjem tegoba mišićno-koštanog sustava^{6,7}. Rjeđe se radi o prikrivanju stupnja oštećenja, ignoriranja bolesti, što se u medicinskim krugovima naziva i disimulacija.

Prikaz bolesnika

M. T., 53-godišnji nastavnik iz Zagreba, dolazi 28. 6.1999. u hitnu kiruršku ambulantu KB Dubrava jer je doskokom s tri metra zadobio otvoreni prijelom distalnog dijela desne potkoljenice - tip III. B² (slike 1 i 2).



Slika 1.



Slika 2.

Od ranije M. T. prima antiagregacijsku terapiju zbog zaštite kardijalnog implantanta (aortana valvula). Jasni pokazatelji na koagulogramu ukazuju na visokorizičnog pacijenta te kirurg koristi maksimalno siguran koridor liječenja pri ugradnji vanjskoga fiksatora po Ilizarovu⁹ (slike 3 do 5).

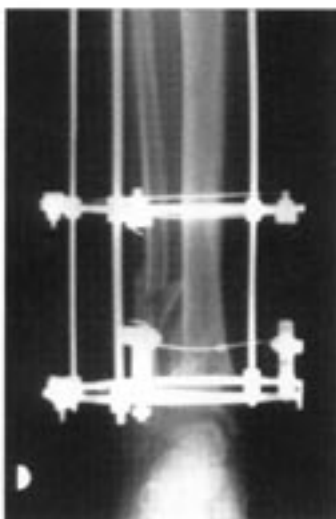
Odmah na kirurškom odjelu započinje intenzivna rehabilitacija. Deseti dan po operaciji rana je stabilna, otpočne se s osovinskim opterećenjem, 15. dan granulacije vidno napreduju, nastavlja se s intenzivnom rehabilitacijom na odjelu. 21. dan krater je bitno manji, te se 6. tjedan učini slobodni kožni transplantat



Slika 3.



Slika 4.



Slika 5.



Slika 6.

(slika 6). Kontrolni RTG ukazuje na početni kalus (slike 7 i 8).

Trećega mjeseca intenzivne fizikalne terapije uvodi se i Kalcij 1500 mg, a RTG potvrđuje značajnu fiksaciju ulomaka. Sedmi mjesec odstrani se ilizarov aparat, a bolesnik nastavlja hodati uz pomoć podlaktanih štaka – dolazi na posao (prijevoz osobnim vozilom). Nažalost, u osmome mjesecu nakon prijeloma javlja se znatan bolan otok desnoga gležnja koji je u opsegu 8 cm veći od lijevoga.

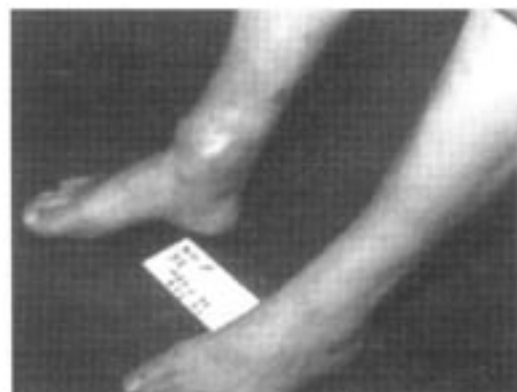
Razvija se kompleksni regionalni bolni sindrom desnog stopala i potkoljenice (slike 9 i 10).



Slika 7.



Slika 8.



Slika 9.



Slika 10.

Odmah se započinje s program magnetoterapije u niskofrekventnom promjenljivom magnetskom polju gustoće 140 gaussa, kao i elektroanalgezije.



Slika 11.



Slika 12.

O₂-kupki i kinezioterapije. Tek nakon 30 aplikacija magnetoterapije i TENS-a kao dijadinamskih struja, poboljšava se stanje kompleksnoga regionalnoga bolnog sindroma.

Na slikama 11 i 12 prikazano je sadašnje stanje – još uvijek postoji blago koštano zadebljanje desnoga gležnja u kojem je funkcija u cijelosti, zbog sekundarne artroze, smanjena za polovicu, a radiološki znaci Sudeckove distrofije su iščezli.

Rasprava i zaključci

U epidemije trauma osobe srednje životne dobi su u posebnom "iskušenju" u realizaciji fizikalne terapije i rehabilitacije tijekom koje nerijetko izostaju s posla. Sve češće smo svjedoci zahtjeva da bolesnici insistiraju na što ranijem povratku na posao, a rehabilitaciju realiziraju najčešće izvan radnoga vremena. Nažalost, niti sam tehnološki proces, a niti način dolaska na posao nisu uvijek u skladu s funkcionalnim stanjem oštećenoga lokomotornog sustava¹⁰. To je, uz radoholičarstvo, koje je u naših ljudi iznimka, potencijalni čimbenik dekompenziranja funkcionalnog stanja lokomotornog sustava. Moderan kirurški pri-

stup te mogućnost sveukupnog ubrzanja procesa cijeljenja i u ovog su bolesnika pridonijeli brzom i cjelokupnom oporavku. Ipak, prerano i neadekvatno opterećenje ionako već ranije artrotski promijenjenog talokruralnog zgloba zakomplicirali su liječenje nastankom kompleksnoga regionalnog bolnog sindroma desnog stopala i potkoljenice.

Uz poznavanje drugih bolesti (komorbiditet?) neophodno je liječniku primarne zdravstvene zaštite poznavati radno mjesto, način dolaska na posao, donekle psihološki profil i socijalni status bolesnika, te način provođenja slobodnog vremena.

Dužnost je specijalista fizijatra i/ili ortopeda, traumatologa, da na kraju liječenja dadu funkcionalnu ocjenu lokomotornoga sustava, poduprtu mjernim pokazateljima. Temeljem tih podataka će ordinarijus pouzdanije donijeti medicinsku prognozu radne mogućnosti koje neće ugroziti zdravlje bolesnika, a uvelike se poklopiti i s interesima poslodavca ^{6,7,10-12}.

LITERATURA

1. Brilej D, Plaskan L, Buhaneć B, Komadina R. *Epidemiologija Sudeckova sindroma*. *Fiz med Rehabil* 2001;18:16-19.
2. Höfferle Felc A. *Sudeckov sindrom (kompleksni regionalni bolećinski sindrom): Patogeneza*. *Fiz med Rehabil* 2001;18:20-28.
3. Škreb F, Auguštan G, Rožman B, Kumik G. *Dijagnostika Sudeckova sindroma*. *Fiz med Rehabil* 2001;18:29-34.
4. Božikov V. *Farmakološko liječenje kompleksnog regionalnog bolnog sindroma (Sudeckovog sindroma)*. *Fiz med Rehabil* 2001;18:47-57.
5. Domljan Z. *Ocjena radne sposobnosti u Sudeckovu sindromu*. *Fiz med Rehabil* 2001;18:
6. ... in: Millender LH, Louis D, Simmons B. *Occupational Disorders of Upper Extremity*. New York, Curchill Livingstone 1992.
7. Zeppieri JP. *Employers and Insurers Perception of Doctors: Societal Reaction and Consequences*. Mayer TG, Gatchel RJ, Polatin P. *Occupational Musculoskeletal Disorders – Function, Outcomes & Evidence*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000; 25-35.
8. Hančević J, Antoljak T, Mikulić D. *Lomovi potkoljenice U: Hančević J. i sur. Lomovi i iščašenja*, Naklada Slap, Jastrebarsko 1998:303-317.
9. Catagni MA. I. *Prijelomi potkoljenice u: Catagni MA, Malzev V, Kirienjko A. Ilizarov*

aparata prednosti novih konstrukcija. Preveo Reljica Kostić Z, GMT, Zagreb 1995:48-58.

10. Mandić V. U: Čapeta R, Reif N, Ribarić M, Rismondo M. *Radna sposobost i invalidnost, knjiga IV.*, Zrinski, Čakovec, 1989.
11. Rondinelli RD, Robinson JP, Scheer SJ, Weinstein SM. *Occupational Rehabilitation and Disability Determination*. U: De Lisa JA, Gane BM. *Rehabilitation Medicine Principles and Practice*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 1998:231-230.
12. Ingstad B. *The Myth of Disability in Developing Nations*. Lancet 1999;354:757-58.