

Sudeckova bolest u suvremenoj rehabilitaciji

Aleš DEMŠAR i Lidija PLASKAN

Služba za medicinsko rehabilitaciju

Splošna učna bolnišnica Celje

Oblakova ulica 5, SI-3000 Celje, Slovenija

E-mail: izvedenstvo.demsar@siol.net

Primljeno/Received: 2000-10-02, Prihvaćeno/Accepted: 2000-10-06/07

Kompleksni regionalni sindrom bola tipa I. (KRSB – tip I.) najnovije je ime za sindrom kojega smo 100 godina poznavali pod nazivom Sudeckova distrofija. U članku su prikazani konfuzno stanje na području terminologije, epidemiologije, etiopatogeneze i terapije Sudeckove bolesti kao istočnica autorima, koji će svojim referatima pridonijeti boljem upoznavanju spomenutih problema.

Ključne riječi:

Sudeckova bolest, kompleksni regionalni sindrom bola tip I.

Sudeck Disease in Modern Rehabilitation

Complex regional pain syndrome type I. (CRPS – type I.) is the newest name for the entity, which we knew for 100 years as Sudeck dystrophy. The confusing conditions on behalf of terminology, epidemiology, etiopathogenesis and therapy of Sudeck disease as an entry for the authors, who will present the matter more precisely, are discussed in this article.

Key words:

Sudeck disease, complex regional pain syndrome type I.

Uvod

Svima koji se bave rehabilitacijom osoba s ekstremitetnom traumom, uvijek se ponovno događa da dobivaju na rehabilitaciju bolesnika s vrućim, otečenim, mokrim i bolnim ekstremitetom.

Te promjene, tipične za Sudeckovu distrofiju, vjerojatno je prvi opisao Ambroise Paré već u 16. stoljeću. Od godine 1864. poznat je Mitchellov opis promjena kod ranjenika s prostrjelnim povredama živca.

Sudeckov sindrom nosi svoje ime točno 100 godina, zahvaljujući Paulu Sudecku, koji je godine 1900. podrobno opisao kliničku sliku i rendgenološke promjene svima nam dobro poznate i neželjene komplikacije, jako neugodne za liječenje i predstavlja čest uzrok za visok stupanj invalidnosti, pa čak i za amputacije. To je komplikacija koju traumatolozi i ortopedi za daljnji tretman rado prepuštaju fizijatrima.

Ako u medicini pojam timskoga pristupa nešto znači, onda to važi za prevenciju i liječenje Sudeckove bolesti. Kada fizijatar prvi put vidi bolesnika sa Sudeckovom bolešću u II. ili III. stadiju bolesti, izgledi za uspješno liječenje su oskudni ili nikakvi.

Poznavajući etiopatogenezu, preventiva Sudeckove bolesti prati čitav tijek liječenja. Kod bolesnika sa frakturom radiusa na tipičnom mjestu, važna je adekvatna gipsana obloga, položaj ruke i rana kinezioterapija u gipsanom zavoju, a poslije skidanja gipsanog zavoja adekvatnu fizikalnu terapiju treba provoditi odmah bez prekidanja.

Rijetko koji entitet u medicini nosi toliko naziva kao Sudeckov sindrom; u anglo-saksonskoj literaturi upotrebljava se više od 80 naziva, u njemačkoj 50, u francuskoj više od 30 i u holandskoj 15.

Samo za ilustraciju navodi se nekoliko primjera: Sudeckova distrofija, Sudeckova bolest, frakturna bolest, akutna koštana atrofija, posttraumatska osteoporoza, distrofični osteoartritis, refleksna simpatička distrofija, neurovegetativna distrofija, periferna trofoneuroza, posttraumatic sympathetic atrophy, minor causalgia, troubles reflexes des membres i atrophie maculata, ali u svakidašnjoj praksi još uvijek popularno i pomalo u žargonu upotrebljava se skraćenica "Sudeck".

Zbog inflacije naziva, godine 1993. organizirana je konferencija s namjerom da se postigne dogovor o adekvatnoj terminologiji. Godine 1994. postignut je dogovor o diferencijaciji točno definiranih entiteta kroničnoga regionalnog sindroma bola tipa I. i II. i kronične bolesti.

Tim je dogovorom Sudeckova distrofija opisana kao "kompleksni regionalni sindrom bola tipa I." (KRSB tipa I.). Stoga se u današnje vrijeme sve više rabi naziv KRSB tipa I., što su ga definitivno uveli IASP (International Association for Study of Pain) i Nilsen godine 1997.

Kao u terminologiji, ni u epidemiologiji KRSB I, među autorima nema suglasnosti. U literaturi još uvijek učestalo nailazimo na KRBS I nakon ozljeda od 0,7 % do 94 %, što samo dokazuje kompletnu zbrku zbog nedostatka jedinstvenoga nazivlja. Nažalost, ni novije spoznaje nisu jednoglasne. Neki autori kod bolesnika s frakturama općenito navode učestalost Sudeckovog sindroma u 1 do 2 %, a drugi čak u 10 do 22 %.

Kod frakture radiusa na tipičnom mjestu, neki autori navode učestalost Sudeckovog sindroma u 25 do 30 %, dok drugi navode i do 54 %. Kod bolesnika s povredama perifernih živaca učestalost se navodi između 2 i 5 %, a kod bolesnika s hemiplegijom čak u 23 %.

Uzroci i liječenje

I u etiologiji Sudeckove bolesti u literaturi nailazimo brojne i najrazličitije uzroke, koje autori dijele na eksogene (ozljede kostiju, zglobova i mekih tkiva, specifične i nespecifične kronične upale, oštećenja toplinom i hladnoćom ili zračenjem, oštećenja i upale perifernih živaca i oboljenja krvnih žila) i endogene (primarno opća dispozicija, kao konstitucija, starost, psihička staloženost, stanje vegetativnog i hormonskog sustava, specijalna dispozicija pojedinih dijelova tijela, oboljenja centralnoga živčanog sustava, fokalni procesi i neurovertebralni faktori), a u 10 do 25 % primjera, kada uzroka nije moguće opredijeliti, autori govore o idiopatskom obliku.

Ovdje valja naglasiti stanovitu ulogu biogenih amina - serotonina i histamina, koju je svojedobno istraživao J. Hančević.

Pa i patogeneza Sudeckove bolesti još uvijek nije u potpunosti protumačena. Iz svakidašnje se prakse može zaključiti najčešće čimbenike predispozicije: banalna trauma, mjesto prijeloma, neadekvatan način liječenja prijeloma, neadekvatna imobilizacija, smetnje u cijeljenju, smetnje vegetativnog sustava, neadekvatna rehabilitacija, psihička labilnost, dob, spol, itd.

Namjerno provokativno navode se i uzroci s kojima se u svojoj praksi najčešće susrećem i koje u konkretnim slučajevima smatram najčešćim uzrokom za nastanak Sudeckove bolesti:

- neadekvatan način liječenja prijeloma,
- neadekvatna imobilizacija i
- neadekvatna rehabilitacija
- kod labilnih osoba s neurovegetativnom predispozicijom.

Nekoliko primjera:

- dosta je tipično da kod banalnih povreda započinjemo prekasno s adekvatnom rehabilitacijom,
- prvi stadij Sudeckove bolesti često prolazi nezapaženo, jer se ekstremitet nalazi u gipsanom zavoju; ako imobilizacija traje više od 8 do 12 tjedana, Sudeckova bolest je već prije skidanja imobilizacije prešla u drugi stadij, koji je terapijski i prognostički manje ugodan i fizikalnoj terapiji daje pečat neuspješnog liječenja,
- bolesnike sa Sudeckovom bolešću neki još uvijek rado šalju u toplice.

Ni dijagnostički kriteriji nisu ujednačeni. Već kod kliničkih kriterija postoje nesuglasice, ali se vodećim kliničkim simptomom smatra bol (alodinija i hiperalgezija), čiji je intenzitet u očitom nesrazmjeru u odnosu na uzrok oboljenja, otok, promjene cirkulacije u koži, abnormnu sudomotornu aktivnost i progresivno smanjenje pokretljivosti zahvaćenog zgloba.

Neki autori vjeruju da je točnu dijagnozu Sudeckove bolesti moguće postaviti jedino provedbom dodatnih rendgenskih pretraga, termografije, NMR-a, koštane denzitometrije ili testiranja simpatičkog živčanog sustava, ali za to još uvijek nema dovoljno čvrstih dokaza.

U literaturi je opisano više od 50 terapijskih metoda za liječenje Sudeckove bolesti I, nažalost, još uvijek se događa da bolesnici tijekom liječenja lutaju od doktora do doktora ("medical shopping") i podvrgavaju se različitim metodama liječenja.

Na kraju, svi smo suglasni da Sudeckova bolest ne treba nikome, ni bolesniku ni njegovim liječnicima, zato se nastojmo svi zajedno – traumatolozi, ortopedi i fizijatri, dogovoriti o najuspješnijim mjerama sprječavanja toga oboljenja, što je puno efikasnije od liječenja.

I upravo zbog brojnih stajališta i teorija o svim spomenutim pitanjima, posebice patofizioloških mehanizama, dijagnostičkih kriterija pa i terapije, hrvatski i slovenski fizijatri pokrenuli su inicijativu da o svim spomenutim pitanjima dadu riječ uvaženim stručnjacima s područja liječenja i rehabilitacije ekstremitetne traume, da se izmijene iskustva, usuglase stajališta, razjasne neki pojmove i na kraju zajednički pridonese boljem i uspješnijem preveniranju razvitka Sudeckove bolesti, te što uspješnijem liječenju ako do oboljenja ipak dođe.

Stoga Udruženje za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu SZD podržava održani simpozij, želeći mu uspješan rad i korisne zaključke.