

Dijagnostika Sudeckova sindroma

Franjo ŠKREB, Gordana AUGUŠTAN, Berislav ROŽMAN i Gordana KURNIK

Odjel za nuklearnu medicinu, KB Dubrava, Avenija Gojka 'uška 6, 10000 Zagreb

Primljeno/Received: 2000-09-18, Prihvaeno/Accepted: 2000-10-06/07

Refleksna simpatička distrofija (RSD) ili Sudeckov sindrom, obilježena je bolovima, osjetljivošću na distalnim dijelovima ekstremiteta, znacima i simptomima vazomotorne labilnosti, trofičkim promjenama na koži i brzim razvojem demineralizacije, a javlja se obično nakon traume. Zbog toga je nužna pravovremena dijagnostika jer bez odgovarajuće terapije RSD može dovesti do ireverzibilnih fleksijskih kontraktura ekstremiteta, a može se proširiti i na sve ekstremitete.

Ključne riječi:

dijagnostika; refleksna simpatička distrofija, RSD; Sudeckov sindrom

Diagnostics of Sudeck syndrome

Rephlex symphatetic dMystrophy (RSD) or Sudeck syndrome is marked with pain and sensibility on distal parts of exstremities, and with signs and symptoms of vasomotor lability. Also present are trophical skin changes, and fast demineralisation, usually after minor or major trauma. Because of possible irreverisle changes quick diagnosis is necessary. Without adecuate therapy RSD may progress to other exstremiteis, and wholle body, with contractures of exstremities.

Key words:

diagnostics; rephlex symphatetic dystrophy, RSD; Sudeck's syndrome

Uvod

Refleksna simpatička distrofija, Sudeckov sindrom ili kompleksni bolni regionalni sindrom (CRPS) višesustavna je, polisimptomatska bolest, koja zahvaća jedan ili više ekstremiteta, ali može zahvatiti svaki drugi dio tijela. Prvi je put opisana prije 125 godina, kada je (godine 1864.) Mitchell zabilježio promjene koje se

javljaju kao posljedica raznih stanja, a kasnije tijekom godina ima različite nazive. Tako za isti poremećaj postoji izraz kausalgija, akutna koštana atrofija, Sudeckova atrofija ili osteodistrofija, bolna posttraumatska osteoporoza, traumatski angiospazam ili vazospazam, algodistrofija, refleksna distrofija ekstremiteta, postinfarktna sklerodaktilija, sindrom rame-ruka, refleksna neurovaskularna distrofija.

Refleksna simpatička distrofija naziv je koji je danas prihvaćen za skupinu simptoma koji mogu uslijediti nakon traume jednoga ili više ekstremiteta. Objašnjava se kao posljedica ozljede živca ili mekog tkiva, nakon traume ili sličnog podražaja, koja ne slijedi normalnu krivulju ozdravljenja. Čini se da ne zavisi od veličine ozljede, zapravo ozljeda može biti tako mala i beznačajna da se niti pacijent ne sjeća da ju je imao.

Simpatički nervni sustav ima neodgovarajuću funkciju nakon takve ozljede. Nažalost, ne postoji jedinstveni dijagnostički postupak koji može dijagnosticirati RSD.

Dijagnostika

Liječnik mora dobiti pravu sliku bolesti iz subjektivnih tegoba bolesnika (anamneza) i objektivnog nalaza (status). Potrebno je pažljivo učiniti pregled jer je rana dijagnoza ključna. Ako se ne prepozna i ne liječi, RSD se može raširiti na sve ekstremitete, i time će učiniti liječenje daleko težim. Dugotrajno liječenje je teško i skupo, a time i prognoza postaje lošija.

Osim subjektivnih smetnji treba se aktivno tražiti i objektivni nalaz da se potvrdi dijagnoza. Ako se ustanovi teže oštećenje živca uz RSD, onda se govori o kausalgiji. Ona ima više objektivnih pokazatelja zbog neuroloških smetnja (neosjetljivosti i slabosti).

Često se događa da neke teže bolesti imaju slične kliničke simptome, kao što su duboka venska tromboza ili karcinom dojke. Isto tako RSD može biti dio druge bolesti, npr. disk hernije, karpalnog sindroma ili srčanog napada.

Da bi se na vrijeme postavila dijagnoza, liječnik mora znati karakteristične simptome i postaviti kliničku dijagnozu slaganjem pojedinih simptoma, dok se ne postavi jasna dijagnoza.

Oko 80 % RSD-a ima izraženu razliku u temperaturi na suprotnim stranama, a oštećena strana može biti ili toplija ili hladnija. Temperatura se razlika može objektivizirati infracrvenim toplomjerom ili infracrvenom kamerom. Promjene u temperaturi mogu biti povezane i s promjenom boje kože. I nadalje te promjene

nisu stalne. Mogu se javiti dinamičke promjene koje idu od toploga do hladnoga i obrnuto u kraćim vremenskim razmacima. Stoga je redovito praćenje bolesnika neobično važno. Promjena u temperaturi nastaje ili promjenom okolne temperature, a može nastati i spontano. Zato obično jedan pregled nije dovoljan, pa ga je potrebno ponoviti.

Dijagnostički postupak

Kratak dijagnostički postupak kod sumnje na RSD trebao bi biti sljedeći:

Anamneza traume, na zahvaćenom mjestu tijela, koja je povezana neadekvatnom boli u odnosu na početnu traumu i jedan od sljedećih objektivnih simptoma:

1. neodgovarajuća funkcija simpatičkoga živčanog sustava
2. oteklina
3. smetnje u pokretu
4. promjene u tkivima (distofija i atrofija).

Pojedini bolesnici ne moraju imati sve navedene kliničke simptome. Najnovija klasifikacija bolesti uključuje i novi tip sindroma koji nije drugačije specificiran, a nastaje kod osoba kod kojih bol spontano prestaje, ali ostaju smetnje pri pokretu.

Kliničke osobine Sudeckovog sindroma (RSD)

1. Bol

Bol je neadekvatnoga povećanog intenziteta u odnosu na početnu ozljedu. Opisuje se kao jaka, stalna, žareća i/ili duboka trgajuća bol. Sve dodirne stimulacije kože (odjeća, lagani dodir) osjećaju se bolno (alodinija). Ponavljanjem dodira bol se progresivno pojačava, i ostaje prisutna i nakon prestanka stimulacije (hiperpatija). Može biti i difuzna osjetljivost muskulature, koja je uzrokovana mišnim spazmima (miofascial bolni sindrom). Također se mogu javiti i oštri nagli bolovi u zahvaćenom području (paroksizmalna distezija i probadajuća bol).

2. Promjene kože

Koža može biti sjajna (distrofija-atrofija), suha ili luskava. Dlake u početku pri rastu budu deblje i grublje, pa kasnije postaju fine i tanke. Nokti mogu rasti u početku brže, a kasnije usporeno. Ubrzan rast noktiju gotovo je siguran znak

da bolesnik ima RSD. Kožne promjene mogu biti različite, uključujući svrbež, ulkusne promjene i pustule. Neodgovarajuća funkcija simpatikusa (vazomotorne promjene) može biti izražena tako da je koža ili topla ili hladna na dodir. Također je prisutno i pojačano znojenje (sudomotorne promjene), te pojava tzv. gušćje kože (pilomotorne promjene).

Boja kože je od potpuno blijede do crvenila i modrila. Do promjena boje kože dolazi posebice u hladnoj okolini, ali se mogu događati i bez provocirajućih faktora.

3. Oteklina

Tjestasti ili tvrdi edemi koji su obično difuzni. Međutim, ako je edem lokaliziran i oštro ograničen, gotovo sigurno upućuje na dijagnozu RSD-a.

4. Poremećaj pokreta

Teže se pokreće zahvaćeni ekstremitet, jer micanje izaziva bolnost. Također se čini da postoji izravno inhibitorno djelovanje na kontrakciju mišića. Postoji i osjećaj ukočenosti zglobova. Tremor i nehotično jača trešnja cijele okrajine može biti prisutna. Nagla pojava grčeva (spazama) također je simptomatična. Neki bolesnici javljaju i pojavu pojačanog tonusa mišića (distonia).

5. Proširenost simptoma

Početno je RSD obično lokaliziran na mjestu ozljede. S vremenom se može proširiti. Tipičan je početak na jednom od ekstremiteta, a zatim se širi i na trup ili dio lica.

Opisano je nekoliko tipova proširenja:

- kontinuirani tip gdje se širi uzlazno, od ruke od ramena
- zrcalna slika, na suprotni ekstremitet
- nezavisan tip, gdje se pojavljuje na različitim dijelovima tijela.

6. Promjene na kostima

RTG može pokazati gubitak mineralne gustoće kosti (lokalizirana osteoporoza). Scintigrafija kostiju pokazuje obično pojačano, ali može i smanjeno nakupljanje radiofarmaka na mjestu bolesti.

7. Trajanje RSD-a

Trajanje bolesti različito je od tjedana do nekoliko godina kod težih slučajeva. Povremeno se javljaju periodi remisije sa egzacerbacijama.

Stupnjevi RSD-a

Razlikuju se tri stupnja RSD-a:

I. Stupanj

- A. jaka bol ograničena na mjesto ozljede
- B. pojačana osjetljivost kože na dodir i lagani pritisak (hiperestezija)
- C. lokalizirana oteklina
- D. mišićni grčevi, ukočenost i ograničena pokretnost
- E. početno je koža obično topla, crvena i suha, a kasnije može postati i modra (cijanotična) te hladna i vlažna
- F. pojačano znojenje (hiperhidroza)
- G. kod lakšeg stupnja traje nekoliko tjedana, prestaje spontano ili pod utjecajem liječenja.

II. Stupanj

- A. bol postaje jača i difuznija
- B. oteklina se širi, promjene su od tjestaste do tvrde konzistencije
- C. dlake postaju grublje i zatim lomljive, nokti brže rastu, a zatim sporije i postaju krhki
- D. lokalizirani gubitak koštane mase (osteoporoza) javlja se rano, ali može postati difuzno proširena.

III. Stupanj

- A. izraženi gubitak mase tkiva (atrofija), koji može postati ireverzibilan
 - B. bol postaje trajna i može zahvatiti cijelu okrajinu.
- Mali broj bolesnika može razviti generalizirani RSD, koji zahvaća cijelo tijelo.

Zaključak

Refleksna simpatička distrofija ili Sudeckov sindrom nedovoljno je istražena bolest koja se može javiti već i nakon minimalne traume. Smatra se da dolazi do poremećaja u simpatičkom živčanom sustavu. Praćen je izraženom boli nakon zalječenja povrede, javljaju se i vazomotorne promjene, eritem, a otežan je i funkcijski oporavak, uz postojanje trofičkih promjena na kostima i koži.

Bolest može zahvatiti i suprotni ekstremitet, a može se i dalje proširiti i postati generalizirana. Da bi se spriječile moguće teške posljedice, nužna je rana dijagnoza bolesti do koje se dolazi nalazeći subjektivne i objektivne simptome. Time je omogućen i pravovremeni početak liječenja, te izlječenje.

LITERATURA

1. Stanton-Hicks M, Janig W, Hassenbursch S et al. *Reflex sympathetic dystrophy: changing concepts and taxonomy*. Pain 1995; 63:127-33.
2. Marskey H, Bogduk N, Eds. *Classification of chronic pain: Pain syndromes and definition of pain terms*. Second edition. Seattle: IASP Press, 1994.
3. Schwartzman R, McLellan T. *Reflex sympathetic dystrophy, A review*. Archives Neurology 1987;44:555-61.
4. Sudeck P. Über die akute (reflectorische) Knochenatrophie nach Entzündungen und Verletzungen an den Extremitäten und ihre klinische Erscheinungen. ROFO 5:277, 1901-1902.
5. Lagier R, Van Linthoudt D. *Dystrophie de Sudeck de l'arrière-pied. Confrontation anatomo-radiologique*. Ann Radiol 1978;21:539.
6. Mitchell SW, Morehouse GR, Keen WW. *Gunshot Wounds and other Injuries of Nerves*, Philadelphia, JB Lippincot, 1864.