

Rasprava sa simpozija o Sudeckovom sindromu

Klinička bolnica Dubrava, 6. i 7. listopada 2000. godine

Snimatelj: Davor IVANOVIĆ

Daktilograf: Snježana VUČIĆ

1. radna sjednica

održana 6. listopada 2000. godine s početkom u 14,30 sati

Predsjedaju:

Prof. Janko HANČEVIĆ, prim. mr. sc. Aleš DEMŠAR i prim. dr. sc. Ladislav KRAPAC

(Anonimno pitanje):

Primijetio sam nakon skidanja imobilizacije, neposredno poslije, pojačan rast dlaka na dijelu kože gdje je bila imobilizacija. Dlake su tamnije, deblje i dulje. Drugih simptoma Sudecka nisam primijetio. U većini bolesnika s imobilizacijom, njih više od 50 % imali su taj simptom.

Dr. Smiljan GRGUREV:

Ja bih odgovorio ovako: to je oligosimptomatski Sudeck. Ako vi takav Sudeck liječite, on će imati izvrsne rezultate, što god mu dadete. Prema tome, to je oligosimptomatski Sudeck. Ne zahtijeva bolovanje, ne zahtijeva nikakvu drugu terapiju.

Doc. Radko KOMADINA:

Zanima me kakva imate iskustva u dijagnostici Sudecka s denzitometrijom s obzirom na:

1. ponovljivost metode,
2. koliko si možete pomagati s jednokratnim gledanjem, ako želimo samo postaviti dijagnozu, i
3. jeste li pokušavali te rezultate od DEXA uspoređivati sa ultrazvukom na petnici?

Doc. Franjo ŠKREB:

Odgovor na prvo pitanje ovisi o fazi u kojoj se Sudeckova bolest nalazi. Nemamo puno iskustava, tek početne rezultate koji će biti prikazani sutra, kad ćete imati pregled svih naših bolesnika koje smo dosad na taj način obradili. To smo počeli raditi tek prije tjedan dana, moram priznati. Ranije nismo, ali imamo 6-7 pacijenata i to ćemo prikazati. Što se tiče jednokratne uporabe medikamenata, mislim da je prednost DEXA bila kasnije upravo u praćenju bolesti. Ne u dijagnostici. Znači u dijagnostici možda ne, nego kasnije kad se

bolest vrati itd., vide se rezultati liječenja i svrhovitost denzitometrije kod sindroma Sudeck. Kakva je korelacija? Ni jedno ni drugo nismo istovremeno radili. Mislim da denzitometrija ni približno nije tako precizna niti reproducibilna kao DEXA. Prema tome ja bih tu stavio u drugi plan, bar za tu dijagnozu. Tu imamo jako puno iskustava i rezultata, tisuće bolesnika koje smo gledali.

KOPAČEK:

Zanima me zašto ste davali Kastanin, a ne neki drugi lijek?

Doc. Franjo ŠKREB:

Mi smo pokušavali izvesti kliničko ispitivanje Neakalcida 200 u terapiji Sudeckovog sindroma. I zbog toga smo prvo trebali kvantificirati promjene na kosti. Bila je ponovljivost mjerenja kod istog pacijenta u različitim intervalima različita. Davali smo pacijentima Neakalcid. Klinički smo dobili pogoršanje, ali to kvantitativno nismo mogli dokazati za djecu.

KOPAČEK:

Da malo pojasnim pitanje. Mene zanima zašto Neakalcid, zašto ne neki drugi lijek? Recimo, neki za koji se zna da je bolji?

Doc. Franjo ŠKREB:

Neakalcid kalcij to nije.

UPADICA:

Kalcij to nije. Salmonov ili svinjski? Koji ste davali?

Doc. Franjo ŠKREB:

To je bio Salmon. Ideja je došla poslije susreta s profesorom Jajherem iz Basela i mi smo htjeli to provjeriti, je li to zaista tako kao što je bilo u prospektima. Na slovensko tržište je došao Neakalcid 200 kao lijek za osteoporozu i za Sudecka.

Prof. dr. sc. Janko HANČEVIĆ:

Ne ću biti dosadan, samo bih podsjetio kolege da postoji jedna vrlo jeftina metoda, sam početak je možda nešto skuplji, a to je metoda kapilaroskopije. Postoje dva tipa mikroskopa. Jedan je kako kažu Nijemci "durchlicht" mikroskop, to je onaj kroz kojega gledamo, a drugi "auflicht" mikroskop kojega rabe ljudi koji samo gledaju postranične slike. Ako stavite prst ispod toga "auflicht" mikroskopa i gledate kožicu uz nokat vidjet ćete, pri povećanju između 300 i 500 puta, omče kapilara. Onda si pogledate kapilare na toj ruci koja je inkremirana i na onoj zdravoj.

Vaš efekt? Imate prvo vaše terapije, tako da vam pacijent kaže da mu je bolje ili vidite da

mu je bolje, ali objektivno ćete vidjeti da se broj kapilara povećava. Kolegica je vrlo lijepo rekla u svom referatu da postoji vazospazam i uvijek je glad kisika kod Sudecka na periferiji velika. Zato jer arteriovenoznim anastomozama krv prolazi i kapilarno područje ostaje prazno. Zato dolazi do samih oštećenja stanica. Pokusi su rađeni još prije dvadesetak godina, tako da ste venoznu krv izvadili iz bolesne ruke i iz zdrave ruke. Na bolesnoj je ruci bila veća koncentracija kisika nego na zdravoj jer je krv išla kratkim putem. Zato simpatikus blokade, koje su se nekoć masovno davale, nemaju nikakvog efekta jer onaj krajnji dio kapilare opet ostaje gladan. Hvala lijepo.

Prim. dr. sc. Ladislav KRAPAC:

- Ima li netko iz auditorija glede ove rasprave liječenja, terapije i dijagnostike kakvo pitanje? (Nema.)

Ja bih dr. Höfferle-Felc upitao je li u patogenezi praćena koristnost velikih doza vitamina C u mogućem sprječavanju algezijske inflamacije, te svega onoga što se u patogenezi Sudecka događa? Da li je to negdje praćeno i kakvo je njezino mišljenje?

Dr. Alenka HÖFFERLE-FELC:

V virih, ki sem jih preštudirala doslej, tega nisem zasledila, zato vam na to vprašanje ne bi mogla odgovoriti.

Prim. dr. sc. Ladislav KRAPAC:

Hvala lijepa. Poznato je da je vitamin C za rezistencije kapilara vrlo koristan i općenito u konzistenciji samih terminalnih krvnih žila arterijskoga tipa.

Pitao bih, kolegice, i kakvo je vaše mišljenje o elevaciji ekstremiteta?

Dr. Alenka HÖFFERLE-FELC:

Dokazali so, da se pretok poveća za dva in polkrat, če držimo zgornji ud tako, da je komolec položen višje od rame in roka višje od komolca. Povećani pretok pa seveda pospešuje celjenje in zmanjšuje edem. Tudi edem je pri Sudecku velik problem.

Prim. dr. sc. Ladislav KRAPAC:

Upravo sam htio sada pitati profesora Zmaga Turka, iz Kliničke bolnice Maribor, odjel za medicinsku rehabilitaciju, za njegovo veliko iskustvo na tom području.

Prim. dr. sc. Zmago TURK:

Mi ćemo našu teoriju i naše znanje izložiti sutra u pogledu djelovanja magnetoterapije na Sudeck. Ja imam velikog prijatelja i poznavatelja Sudeckovog sindroma, prim. Baroviča, koji će sutra iznijeti svoj pogled na Sudeckov sindrom i njegov nastanak pa ga molim da nam predstavi naše gledanje na Sudecka kao algodistrofična promjena.

Prim. dr. sc. Jože BAROVIČ:

Što se tiče rasprave o liječenju Sudecka, to ćemo sutra opširno izložiti, ali bih htio odgovoriti na pitanje koje ste postavili o visokim dozama vitamina C i liječenju Sudecka. Sastavni dio liječenja Sudecka je i medikamentozna terapija (kalcitonin, spazmolitici, simpatikolitici i antioksidantna – vitaminska terapija). Naša obvezatna terapija je vitaminska terapija.

Dr. Mira KADOIĆ:

Htjela bih postaviti pitanje gospodinu dr. Škrebu. Glede primjene i uloge denzitometrije u dijagnostici Sudeckova sindroma. Naime, činjenica je da nam se pacijenti obično jave kad su već simptomi manifestni i kad možemo reći da se radi o Sudecku. Kod kojih stanja treba raditi denzitometriju i koja je njezina uloga, s obzirom da je to i skupa metoda koja je u dovoljnom broju slučajeva kod liječnika privatnika, tako da to pacijenti moraju plaćati? Postoje li neke indikacije kada je zaista treba napraviti?

Doc. dr. Franjo ŠKREB:

Ako je već postavljena dijagnoza, ne treba je napraviti, ali mi smatramo, prema dosadašnjim rezultatima, da će nam pomoći u praćenju bolesti, odnosno u praćenju efikasnosti liječenja. Pogotovo ako dajemo ili Kalcitonin ili jedan preparat od difosfonata. To što je to kod vas u Osijeku skupo, to jest problem, nažalost. Kod nas je jeftino, na uputnicu. Znači to je bitna razlika. Ta metoda sigurno nije skupa. Po Plavoj knjizi košta 180 kn. Prema tome to nije skupa metoda, za razliku od scintigrafije koja košta 2 000 kn. Pa usporedite te dvije metode!

S time da je jasno da denzitometrija ne će biti metoda izbora za dijagnozu Sudecka, nego kasnije, za praćenje bolesti, pogotovo ako se primjenjuje terapija koja bi trebala djelovati antioksidativno.

Dr. Mira KADOIĆ:

Da li prvenstveno dijagnostički ili terapijski?

Doc. dr. Franjo ŠKREB:

I jedno i drugo, ali prvenstveno za praćenje.

Dr. sc. Smiljan GRGUREV:

Prvo pitanje. U Splitu postoji hiperbarična komora. Ako je vazokonstrikcija, odnosno glad kisika, taj problem koji imamo na periferiji, isplati li se takvog bolesnika staviti u hiperbaričnu komoru s povišenim tlakom, parcijalnim, kisika?

Drugo pitanje. Kad god mi dođu bolesnici neposredno s traume vidim pojačanu maljavost točno na mjestu gdje je skinuta imobilizacija. Dlake su tamnije, jače, deblje i dulje. Recimo

u 50 %. Jesu li to sve abortivni oblici Sudecka ili je to nekakva fiziološka pojava imobiliziranog ekstremiteta?

Dr. Alenka HÖFFERLE-FELC:

Na osnovi prebranega in na osnovi izkušenj bi se težko zavzemala posebej za katerokoli terapijo. Marsikaj so že poskušali, terapije slonijo na hipotezah o nastanku Sudecka in v vsaki je zmo resnice. Tako ima na primer pri obvladovanju bolečine TENS preizkušen analgetični učinek, z ustrežno prilagojenimi parametri pa lahko dosežemo tudi vazomotorične učinke. V strokovni literaturi sem na primer našla podatek, da vazodilatatorni učinek dosežemo z vlakom impulzov, ki trajajo do 200 mikrosekund in s tokom do 60 mA, vazokonstriktoren pa s frekvencami od 100 do 250 Hz in s tokom do 80 mA. Skratka, parametre prilagajamo učinku, ki ga želimo doseči. Učinek pa odloča tudi o izbiri terapije. Simpatične blokade se na primer lotevajo tudi s paravertebralno aplikacijo UZ; na ta način naj bi vplivali na simpatične ganglije; centralna aplikacija naj bi torej imela periferni učinek. Podobno – centralno – uporabljajo tudi elektrostimulacijo. Bojim se, da sem se kar preveč razgovorila o terapiji.

Prof. dr. sc. Janko HANČEVIČ:

Na prvo vprašanje vam mogu reći meritorno. Godine 1974. sam se susreo s tim problemom na Klinici u Frankfurtu. Bio sam jedan od onih koji su aktivirali pitanje hiperbarične komore i radili smo s jednom serijom oko 80 pacijenata. To apsolutno povoljno djeluje.

Međutim, drugo pitanje koje ste postavili, pacijente koji imaju pojačanu vaskularnost ne treba slati u hiperbaričnu komoru jer je to opet abortivna forma kojoj to ne će koristiti, ali ne će ni škoditi.

Prema tome, ako imate pravi Sudeck, ako imate hiperbaričnu komoru, a imate ju u Splitu, onda bi je trebalo zaista koristiti. Ako u Splitu nema dovoljno pacijenata, pošaljite im druge jer Sudecka ima koliko hoćete.

Prim. dr. sc. Ladislav KRAPAC:

Ja si uzimam pravo na jedno pitanje za sve vas, a naročito kolege traumatologe. Što možemo napraviti da stvorimo nacionalne registre ozljeda? Je li taj trošak korist, svrhovit? Bi li onda bilo moguće praćenje sudbine tih pacijenata, gdje se oni poslije primarne obrade ozljede kreću?

Doc. Radko KOMADINA:

U Celju smo počeli s jednim projektom na kojem je raden magisterij. Uzeli smo iz Hustona njihov protokol za politraumu i primijenili ga na politraumatizirane pacijente u bolnici u Celju. Godine 1996. proširili smo ga na Društvo traumatologa Slovenije i sada su ti protokoli

u upotrebi, u nekim bolnicama više u nekim manje, a u nekim 100 %, za sve pacijente koji se primaju preko urgentne ambulante i politraumatizirani su.

Sljedeći problem kojega smo morali riješiti bio je prošle godine. Morali smo staviti amandman zakonom o prikupljanju podataka u zdravstvu. Kad smo taj amandman stavili, postali smo suradnici Tehničke službe Ministarstva za zdravstvo, Institut za varovanje zdravlja u Ljubljani. Sada radimo pilotski projekt na Traumatološkom odjelu u Celju i očekujemo da će nam se ove godine pridružiti Traumatološki odjel u Mariboru i Ljubljani. Ostale bolnice u Sloveniji nemaju traumatoloških odjela nego samo odsjeke. Za 2002. godinu pripremamo 3. kongres Udruženja kirurga Slovenije koji će razmatrati temu trauma. Važan je multidisciplinarni pristup ozlijeđenom pacijentu kod izgradnje traumatološke mreže. U Sloveniji ne možemo razgovarati o tome koliko helikoptera trebamo, ne možemo razgovarati o hijerarhijskom rasporedu trauma centara prvoga, drugoga i trećega stupnja, ne možemo razgovarati gdje trebamo 24 sata dnevno neurokirurga, koliko bolnica treba imati za traumu grudnog koša itd. bez numeričkih podataka. Mi na tom problemu radimo, od godine 1991.

Prof. dr. sc. Janko HANČEVIĆ:

Hvala kolega Komadina, hvala vam lijepo. Zapravo, rekli ste krucijalno pitanje i ono što se mora napraviti. Vidite, vi ste morali uzeti zakonski amandman da bi to pokrenuli.

Ja ću u mom stilu nešto reći. Naime, u hrvatskom jeziku nema da dvije ili tri imenice stavite zajedno pa dobijete veliku rečenicu, odnosno jedan naslov koji imaju Nijemci, što nešto drugo znači. Međutim, u našem jeziku, hrvatskom, ima jedna kovanica koja se zove strahopoštovanje. "Ja te se moram najprije bojat", a onda te poštujem". Drugim riječima, tako dugo dok mi ne napravimo zakonski amandman koji će obvezati svaku ustanovu da ima ovo što ste vi započeli 1992. Dakle osam godina već. Tako dugo dok mi ne napravimo score sistem o ovoj traumi, koji je obvezan za svaku traumatološku ambulantu, mi ne možemo govoriti o tome da se bilo što u našoj zemlji dešava. I što bi mogli napraviti i na osnovu čega možete to tražiti? Mislím da se slažete s tim.

Dakle, molim vas, kolege, strahopoštovanje!

Prim. dr. sc. Ladislav KRAPAC:

Dragi prof. Hančeviću, hvala vam na ovome pristupu.

I ja moram kolegi Komadini nešto reći. Nekad sam bio liječnik medicine rada, radio sam u Institutu za medicinska istraživanja i medicinu rada i gledali smo danska iskustva registra za ozljede na radu. Danska je zemlja slična veličini naše, a bitno bolje organizirana i nešto bogatija.

Ali s treće strane moram reći da je 1980. godine prof. Ivo Jajić, entuzijast za reumatološke

znanosti, započeo s organizacijom registra za upalne metaboličke reumatske bolesti i upravo se na tome osam godina poslije slomio. Nije postojala zakonska obveza prijavljivanja tih bolesnika. Prvih četiri-pet godina je to funkcioniralo na poletu reumatologa i fizijatara ove države, ali nakon toga su se i oni umorili.

Mislim da je sada upravo prilika da ovaj polet koji ima Slovenija prihvati i Hrvatska, uz neka srednjeeuropska iskustva, da to malo umrežimo pa na pozitivnim iskustvima dobijemo dobar registar. Da li samo u hitnoj službi, ili samo prometne ozljede, ozljede na radu? Vidjeli ste koliki je mortalitet u Hrvatskoj zbog prometnih nesreća. Prema tome, na tome moramo puno poraditi, a pritom će nam sasvim sigurno jako dobro doći vaša osmogodišnja iskustva, a možda i vama ova naša iskustva od registra 1980.-1988. godine.

Dr. LEKIĆ:

Ja sam kirurg plastičar, iz Varaždina. Silom prilika me i šaka dopadne, najčešće.

Ja bih vas molio, potaknuo bih inicijativu da se dogovorimo oko terminologije sindroma o kojem raspravljamo. Hoćemo li ga i dalje zvati Sudeck, hoćemo ići RSD (reflex Sudeck disease) ili ćemo se dogovoriti za ovo novo nazivlje koje ide od 1994. Dakle, regionalni bolni kompleksni sindrom stupanj I, II., simpatikus ovisni i neovisni. Da barem, kad razgovaramo, znamo o čemu razgovaramo, na što se to odnosi i da pokušamo za to definirati kriterij. Evo tu su za to eminentni ljudi. Hvala lijepo.

Prim. dr. sc. Ladislav KRAPAC:

Molio bih doc. Komadinu ili prof. Hančevića, koje je njihovo mišljenje. Ja kao fizijatar sam tu manje sklon nekim drastičnim promjenama naziva, ali moramo se prikloniti terminologiji jer ćemo tako biti sa svojim radovima prepoznatljivi svijetu, da znamo što tražimo, o čemu govorimo.

Dr. LEKIĆ:

Dozvolite, u svijetu su stvari prilično jasne i ako pratite literaturu, ako pratite internet onda znamo gdje smo. A sada pokušavamo mi to malo srediti. Slovenci i Hrvati.

Doc. Radko KOMADINA:

Mislim da je problem u praćenju Sudeckove distrofije definicija što to Sudeckova distrofija jest? Ta definicija regionalnoga kompleksnoga odgovora od 1994. godine je manje više definirala bolest i njene kriterije. Bez numeričkog sustava, koji je strogo dogovoren, ne može se pratiti nikakva bolest. Ako je 145/90 još normalan pritisak, a 146/91 već vrijednost koja se unosi u statistiku onih koji su bolesni, ako je -2,5 standard devijacije još normalno, a -2,5 i još nešto malo, sljedeća decimala, je granica za postavljanje dijagnoze osteoporozе onda moramo i kod Sudecka postaviti oštre kriterije, inače ne možemo razgovarati. Inače

ćemo razgovarati o jabukama i kruškama. Zbog toga mi u Sloveniji mislimo da ne treba otkrivati toplu vodu nego da upotrebljavamo terminalne kriterije.

Dr. Alenka HÖFFERLE-FELC:

Mislim, da je izraz Sudeck vprašanje tradicije in je njegova uporaba ustaljena. Sudeck je opozoril na lisasto atrofijo kosti, ki naj bi bila značilna za ta sindrom in je temu zapletu s tem dal tudi ime. Toda enaka atrofija kosti nastane tudi pri dolgotrajni imobilizaciji. Tudi pri sindromu, ki ga obravnavamo, je lahko vzrok za kostno atrofijo prav pomanjkljivo gibanje (zavirata ga bolečina in edem). Ime Sudeck je torej stvar zgodovine, preteklosti, a ker se ga toliko uporablja, ker se je "prijel", si je pridobil "domovinsko pravico" v medicinskem žargonu. Bržko gre za uradno poimenovanje, pa, mislim, ni nobenega dvoma, da je ustrezen in sprejemljiv le izraz kompleksni regionalni bolečinski sindrom. Pri zdravljenju ni pomembno, ali ga opredeljujemo kot tip I ali kot tip II, saj so značilnosti pri enem in drugem tipu povsem enake, popolnoma identične.

Prim. dr. sc. Ladislav KRAPAC:

Mislim da ćemo sutra u zaključicima nešto o tome moći reći. Zaključci su jasni o terminologiji. Sudecku se rado vraćamo, svi ga poznamo kao takvog.

Dr. sc. Krunoslav MARGIĆ:

Radim na Odjelu za plastičnu i rekonstruktivnu kirurgiju u Šempetru pri Novoj Gorici. Nisam htio postaviti pitanje nego vas samo upozoriti na jedan članak, koji je vjerojatno odgovor kolegi iz Splita, u kojem imobilizacija zdravih dobrovoljaca tijekom četiri tjedna izaziva kliničke simptome kompleksnoga regionalnog bolnog sindroma.