

Ağrısız Seyreden Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu: Olgu Sunumu

Painless Complex Regional Pain Syndrome: A Case Report

Banu DİLEK, Özlem EL, Ebru ŞAHİN, Selmin GÜLBAHAR, Çiğdem BİRCAN, Elif AKALIN
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Radius distal uç kırığı gelişen 57 yaşında kadın hasta altı hafta immobilizasyon sonrasında fizik tedavi ve rehabilitasyon amacıyla değerlendirildi. Etkilenen el bileği ve elinde şişlik, terleme, el bileği ve parmak hareketlerinde kısıtlılık ve tremor yakınmaları vardı. Ağrı yakınması yoktu. Fizik muayenede aktif ve pasif el bileği ve parmak hareketlerinde belirgin kısıtlılık, el bileği ve elde şişlik, ısı artışı, terleme artışı ve tremor tespit edildi. Alodini ve hiperaljezi yoktu. Hastaya Zyluk skorlama sistemi kullanılarak kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) Tip I tanısı konuldu. Fizik tedavi programı sonrasında yakınmaları belirgin olarak azaldı ve hastanın izlemi süresince ağrı yakınması olmadı. Bu olgu immobilizasyon dönemi sonrasında kompleks bölgesel ağrı sendromu için tipik olan sudomotor, vazomotor ve motor semptom ve bulguların belirgin olmasına rağmen ağrısız olması ve literatürde böyle olgulara az rastlanması nedeniyle sunulmuştur. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2008;54:127-9.*

Anahtar Kelimeler: Ağrı, kompleks bölgesel ağrı sendromu, immobilizasyon

Summary

A 57-years old female patient who had been treated by immobilization in a cast for six weeks after a distal radius fracture was evaluated for physical therapy and rehabilitation at the end of the immobilization period. She had complaints such as swelling, hyperhidrosis, and tremor in her affected hand and wrist, and restriction of finger and wrist movements. She had no pain. On examination, the hand and wrist were swollen and hot; range of motion was restricted at the wrist and fingers. Hyperhidrosis and tremor were also determined. There was no allodynia and hyperalgesia. The patient was diagnosed as complex regional pain syndrome Type I according to Zyluk scoring system. The patient's signs and symptoms markedly improved after the physical therapy program and she did not report any pain at the control visits. This case is presented since she had no pain although she had marked vasomotor, sudomotor, and motor signs and symptoms which are typical for complex regional pain syndrome and few cases like this have been reported in the literature. *Turk J Phys Med Rehab 2008;54:127-9.*

Key Words: Pain, complex regional pain syndrome, immobilization

Giriş

Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS), periferik nöropatik ağrı nedenleri arasında yer alan ve ekstremitelerde distalde ağrı, ödem, vazomotor instabilite, trofik değişiklikler ve fonksiyon kaybıyla karakterize bir sendromdur (1). Patogenezinde adrenerjik sensitivite artışı ve nörojenik inflamasyon sorumlu tutulmaktadır (2,3). Predispozan faktörler içinde; travma, kırıklar (Colles kırığı en sık), serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları, periferik sinir yaralanmaları, rotator manşet lezyonları ve kişilik bozuklukları yer almaktadır (1,4). Üst ekstremitelerde

tulumu alt ekstremitelerde tutulumundan daha siktir. KBAS tanısı için çeşitli tanı ve sınıflandırma ölçütleri geliştirilmiştir. Bunlar içinde Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği (IASP)'nin hazırladığı kriterlere göre KBAS iki alt tipe ayrılmıştır (5,6). Tip I refleks sempatetik distrofi (RSD) tablosuna, Tip II ise başlangıçta sinir lezyonu bulunan kozaljiye karşılık gelir. KBAS'da klinik seyir ve şiddet değişkenlik gösterir. Ağrı KBAS'da temel semptom olup olguların %75'inde istirahatte bulunur ve hiperaljezi eşlik eder (7). Literatürde ağrısız KBAS tablosu görülen az sayıda olgu bildirilmiştir (8). Bu makalede; ağrısız KBAS Tip I'li bir olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu Sunumu

57 yaşında kadın hasta, sol el bileği üzerine düşme sonrasında acil servise başvurmuş ve çekilen el-el bileği direkt grafilerinde solda radius distal uç kırığı ile uyumlu görünüm izlenip uzun kol alçısına alınmıştı. Altı hafta immobilizasyon sonunda hasta Dokuz Eylül Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Polikliniği'nde değerlendirildi. Başvuru sırasında yapılan sorgulamasında sol el bileği ve elde şişlik, ısı artışı ve terleme, sol el bileği ve tüm parmaklarda hareket kısıtlılığı şikayetleri mevcuttu. Hastanın ağrı yakınmasının olup olmadığı 10 cm'lik vizüel analog skala (VAS) ile sorgulandı ve ağrısının olmadığını belirtti (VAS=0 işaretledi).

Hastanın yapılan fizik muayenesinde dirsek, el bileği, parmak eklem hareket açıklıkları, parmak ucu-distal palmar çizgi mesafeleri manuel olarak parmak goniometresi ile ölçüldü (Tablo 1). Sol el bileği çevresinde sağa göre 2.5 cm şişlik mevcuttu. Allodini ve hiperaljezi yoktu. Median tinnel işareti negatif bulundu. Sol el-el bileğinde hiperhidrozis, tremor ve ısı artışı oldukça belirgindi.

Tablo 1. Olgunun tedavi öncesi-sonrası ve altıncı ay kontrol ölçümleri.

	Önce	Sonra	Altıncı ay
DİRSEK (aktif)	Fleksiyon:120° Ekstansiyon: -20°	Fleksiyon: 135° Ekstansiyon: 0°	Fleksiyon: 135° Ekstansiyon: 0°
EL BİLEĞİ (aktif)	Fleksiyon: 30° Ekstansiyon: 10° UD:15°, RD: 10°	Fleksiyon:35° Ekstansiyon: 25° UD: 20°, RD: 20°	Fleksiyon: 50° Ekstansiyon: 45° UD: 30°, RD: 20°
MKF (2-5. parmaklar) (pasif)	61.3°	83.8°	93.8°
PİF (2-5) (pasif)	80°	113.2°	117.5°
DİF (2-5) (pasif)	45°	78.8°	80°
PUDPÇM (2-5) (pasif)	6.5 cm	1.25 cm	0
AĞRI (VAS)	0	0	0

UD: Ulnar deviasyon, RD: Radial deviasyon, MKF: Metakarpofalangeal eklem fleksiyonu, PİF: Proksimal interfalangeal eklem fleksiyonu, DİF: Distal interfalangeal eklem fleksiyonu
PUDPÇM: Parmak ucu-distal palmar çizgi mesafesi

Tablo 2. Zyluk Skorlama sistemi.

Semptom/bulgu	Güçlü	Orta	Zayıf veya yok
Ağrı	2 puan	1 puan	0.5 puan
Parmak fleksiyonunda azalma (PUDPÇM)	6 cm den fazla: 2 puan	3-6 cm arasında: 1 puan	3 cm den az: 0.5 puan
Şişlik	1 puan	0.5 puan	0
Isı farkı	1 puan	0.5 puan	0
Diskolorasyon (kızarıklık-solukluk- siyanoz)	1 puan	0.5 puan	0
Duysal değişiklikler (hipoestezi, hassasiyet)	1 puan	0.5 puan	0
Hiperhidrozis	1puan	-	0
Omuz ağrısı/hareket kısıtlılığı	0.5 puan	-	0
Kıl ve tırnak değişikliği	0.5	-	0
Maksimum toplam skor	10		

PUDPÇM: Parmak ucu-distal palmar çizgi mesafesi

Olgu Zyluk tarafından 2003 'te üst ekstremitte RSD şiddetine yönelik tanı ve skorlama sistemine göre değerlendirildi (9) (Tablo 2). Skorlamaya göre dört puan ve üzeri RSD olarak kabul edilmiştir. Olguda total skor 5 bulundu ve KBAS Tip I (RSD) olarak kabul edildi (Tablo 3).

Hastanın yapılan sorgulamasında bu süreçte RSD gelişimine sebep olabilecek bir ilaç (isoniazid, antikonvulzan, ergotamin vs.) kullanımı olmadığı öğrenildi.

İlk değerlendirmenin ardından olgu fizik tedavi programına alındı. Fizyoterapi programı içinde; eklem hareket açıklığı egzersizleri yanısıra kontrast banyo, tüm parmaklara ve el bileğine yönelik retrograd ödem masajı, ılık girdaplı su banyosu, kesikli ultrason (1 W/cm²) tedavisi uygulandı. Elevasyon ve elastik bandajlama önerildi. Medikal tedavi olarak kalsitonin 200 IU ampul 1x1 subkutan on gün, sonra intranasal sprey 200 IU 1x1 verildi ve üç ay süreyle devam edildi. Toplam otuz seans fizik tedavi ile haftalık kontrolleri sonunda, fizik muayene bulgularında belirgin düzelme yanında şikayetlerinde de oldukça azalma oldu (Tablo 2). Ağrı yakınmasının olup olmadığı VAS ile her kontrolünde sorgulandı ve 0 cm olarak

işaretlendi. Altı ayını dolduran olgunun sol el sıkma gücünde azalma ve tremoru dışında fizik muayene bulguları normaldi. Olguya ev programı şeklinde ağırlıklı güçlendirme egzersizleri verildi.

Tartışma

KBAS patogenezi netlik kazanamasa da, nörojenik inflamasyona neden olan periferik ve santral sensitizasyon sorumlu tutulmaktadır. En olası mekanizmanın; periferik aksonal adrenoreseptörlerin sayısında veya duyarlılığında artışla birlikte, sempatik denervasyona bağlı olarak katekolaminlere karşı artmış sensitivite olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra primer nosiseptif afferentler ve sempatik efferentlerden nöropeptidlerin [substans P, kalsitonin gen- ilişkili peptid (CGRP) ve nöropeptid Y] salınımı ile nörojenik inflamasyonun gelişmesi gibi mekanizmalar da ileri sürülmektedir. Bu durum klinik olarak hiperaljezi ve allodininin geliştiği santral sensitizasyonla sonuçlanır (10,11). KBAS'da sempatik sistemin tutulumu ağrı ve sakatlık nedeni olabileceği gibi sakatlığa yanıt olarak da ortaya çıkabilir. Örneğin beyin damar hastalıklarında vazomotor ve sudomotor bozuklukların ağrı olmadan görülmesi bu bulguların sempatik sinir tutulmadan da ortaya çıkabileceğini göstermektedir (12).

KBAS'ın temel klinik bulguları içinde spontan veya stimulusla ortaya çıkarılan ağrı, otonomik değişiklikler, motor disfonksiyon ve trofik değişiklikler yer almaktadır. Klasik olarak KBAS'lı hastaların akut, distrofik ve atrofik evre olmak üç evreden geçtiği kabul edilmekle birlikte son zamanlarda hastalığın aslında evrelerle seyretmediği, klinik bulguların süre ve seyrinin bireysel değişiklik gösterebileceği görüşü benimsenmiştir. Bruehl ve ark. (13) tarafından yapılan ve 113 olgunun analiz edildiği bir çalışmada KBAS olası üç alt tipe ayrılmıştır. Tip 1 vazomotor semptom ve bulguların, ağrı ve duysal semptomlara göre ön planda olduğu tip, Tip 2 ağrı veya duysal semptomların ön planda olduğu tip, Tip 3 ise klasik RSD olarak tarif edilmiştir. Bu gruplar karşılaştırıldığında yakınmaların süresi açısından fark bulunmamış ve bu bulgunun da KBAS'ın evreler şeklinde seyretmediği görüşünü desteklediği sonucuna varılmıştır.

Eisenberg ve ark. (8) tarafından yapılan bir çalışmada, ağrılı bir olay (travma, enfeksiyon) ve immobilizasyonu takiben KBAS'a özgül vazomotor, sudomotor ve motor semptom ve bulguların geliştiği ancak ağrının eşlik etmediği beş olgu bildirilmiştir. Fizik muayene ve değerlendirmeler sonucunda, dört olgunun kozalji, bir

Tablo 3. Olgunun Skorları (Zyluk skorlamasına göre)

Semptom/Bulgu	Fizik Muayene	Puan
Ağrı	Yok	0
Isı değişikliği	Belirgin	1
Şişlik	Belirgin	1
Parmak fleksiyonunda azalma	6 cm'den fazla	2
Hiperhidrozis	mevcut	1
Duysal değişiklikler	yok	0
Diskolorasyon	yok	0
Kıl ve tırnak değ.	yok	0
Omuz ağrısı/hareket kısıtlılığı	yok	0
Toplam skor		5

tanenin RSD tablosuna benzediği görülmüştür. Ancak hiperaljezi veya allodini saptanamamıştır. Bu grup hastaların " kompleks bölgesel ağrısız sendrom" olarak adlandırılması önerilmiştir. Ayrıca sunulan bu olgu serisindeki beş olgu da alt ekstremiteye ilişkin KBAS'lar olarak tanımlanmıştır. Literatürde üst ekstremiteye ilişkin bildirilen ağrısız bir olguya rastlanamamıştır. Bu anlamda olgumuz ilk örneği teşkil etmektedir.

Sunulan olguda tipik KBAS'lı hastalara benzer birçok klinik bulgu gözlenmiştir. Öncelikle, bir ekstremitede distali olması tipik bir KBAS alanıyla uyumludur. İkincisi, semptomlar ağrılı olabilecek travmatik bir olayın ardından gelişmiştir. Üçüncüsü, sinir hasarı gelişmeden bulgular oluşmuştur ve bu yönleriyle KBAS Tip I' e benzemektedir. Olgu immobilizasyon dönemi sonrasında sudomotor, vazomotor, motor semptom ve bulguların belirgin olmasına rağmen tamamen ağrısız bir olgu olması ile dikkat çekici bulunmuştur.

Etyopatogenezi tam olarak açıklığa kavuşturulamamış olan bu sendrom farklı klinik görünümle karşımıza çıkabilmektedir. Az da olsa ağrısız olguların da görülebileceği akılda tutularak şüphe edilen olgularda erken tedavi ve izleme başlanmalıdır. Bu şekilde ağır klinik tablo gelişimi önlenir. Etyopatogenez ve farklı klinik tiplerin ilişkisinin ortaya konabilmesi için geniş olgu serileri içeren çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Kokino S. Refleks sempatik distrofi sendromu. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y, ed. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi; 2000.s.1903-11.
2. Doro C, Hayden RJ, Louis DS. Complex regional pain syndrome type I in the upper extremity. Clin Occup Environ Med 2006;5:445-54.
3. Chemali KR, Gorodeski R, Chelimsky TC. Alfa-adrenergic supersensitivity of the sudomotor nerve in complex regional pain syndrome. Ann Neurol 2001;49:453-9.
4. Eskiurt N, Karan A. Üst ekstremité ağrıları. In: Oğuz H, Dursun E, Dursun N, ed. Tıbbi rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004.s.1126-9.
5. Stanton-Hicks M, Janig W, Hassenbusch S, Haddox JD, Boas R, Wilson P. Reflex sympathetic dystrophy: changing concepts and taxonomy. Pain 1995;63:127-33.
6. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of terms. Seattle: IASP Press; 1994.p.144-5.
7. Birklein F. Complex regional pain syndrome. J Neurol 2005;252:131-8.
8. Eisenberg E, Melamed E. Can Complex regional pain syndrome be painless? Pain 2003;106:263-7.
9. Zyluk A. A new clinical severity scoring system for reflex sympathetic dystrophy of the upper limb. J Hand Surg [Br] 2003;28B:238-241.
10. Pham T, Lafforgue P. Reflex sympathetic dystrophy syndrome and neuromediators. Joint Bone Spine 2003;70:12-7.
11. Schwartzman RJ, Alexander GM, Grothusen J. Pathophysiology of complex regional pain syndrome. 2006;6:669-81.
12. İrdesel J. Omuz ağrısı. In: Özcan O, İrdesel J, Sivrioğlu K, editors. Kas iskelet sistemi ağrıları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.s.246-52.
13. Bruehl S, Harden RN, Stanton-Hicks M. Complex regional pain syndrome: are there three distinct subtypes and sequential stages of the syndrome? Pain 2002;95:119-24.