

SUDECK SENDROMU VEYA ALGODİSTROFİNİN CALCİTONİN İLE TEDAVİSİ

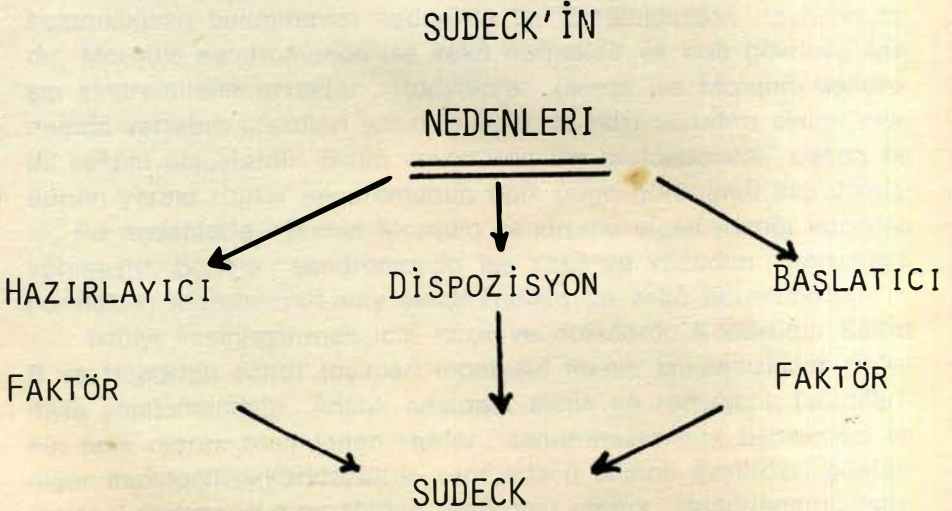
J. BREITENFELDER *
M. YÜCEL J*

ÖZET

Çalışmamızda Sudeck distrofisinin geniş kapsamlı şekli olan algodistrofi tanımlanmış, çeşitli örnekler verilmiş, calcitonin adlı ilaçla edindiğimiz olumlu sonuçlar dile getirilmiştir.

GİRİŞ :

Sudeck sendromu, ekstremitelerin tüm doku katlarının multifaktöriyel nörovasküler (refleks distrofik) algodistrofik bir bozukluğudur. (4,5) Ekstremitelerin algodistrofik bozuklukları, fraktürler, ağır yumuşak doku yaralanmaları, hafif kontüzyonlar, kemik ve eklem iltihapları, periferik sinir travmaları, tromboflebitler ve özellikle eldeki yumuşak doku (Dupuytren) ameliyatlarından sonra çıkabilirler. (Resim 1).



Resim : 1 — Sudeck (veya algodistrofi) sendromunu hazırlayan faktörler.

* Prof. Dr. med. habil. J. Breitenfelder, Chefarzt der Orth. Abt. St. Vincenz Hosp. 3492 Brakel/Westf.

** Dr. med. M. Yücel, Oberarzt der Orth. Abt. St. Vincenz Hosp. 3492 Brakel/Westf.
» » Konsultan Orthopaede der Caspar Heinrich Klinik, Rehabilitation Zentrum, 3490 Bad Driburg/W. Germany.

Sudeck sendromu üç döneme ayrılabilir. En hafif seyreden şeklinde veya döneminde radyolojik olarak alacalı osteoporoz görülür. (1.) Daha ağır seyreden şeklinde (11.) kemik atrofisi fazlaşmıştır. III. dönem Sudeck'in geç veya iyileşmiş dönemidir. Alacalı osteoporoz bu dönemde yerini kalıcı olan hipertrofik trabeküler yapıya bırakmıştır.

SUDECK tarafından 1900-1901 yıllarında tarif edilen yukardaki patolojik seyir bugün geçerli değildir. (6 a,b) THORBAN hastalığının başlangıcında "akut posttravmatik ödem" bulunduğunu, bunun da algodistrofinin en hafif dönemi olduğunu ve Sudeck sendromunun altında fakat onun paralelinde nörodistrofik bir bozukluk olduğunu yazmaktadır. (4). Bu durumda "Sudeck distrofisi" deyimini veya kavramını terkederek onun latent dönemlerini de yani radyolojik negatif dönemlerini de içine alan algodistrofi sözcüğünü kabul etmek gerekir. Burada bir kere daha vurgulanması gerekli olan nokta, Sudeck sendromunun veya yeni adıyla algodistrofinin radyolojik değil, klinik olarak teşhis edilmesidir.

Ne yazık ki algodistrofi, tanı bakımında geri plâna itilen, âdeta hakaret kabul edilen bir hastalık tablosudur. İşte bu yüzden çeşitli çözümler çok farklı sonuçlar bildirmektedirler. (Resim 2). Çoğunlukla

KIRIKLARDAN SONRA

SUDECK SIKLIĞI

| | | |
|--------------|--------|--------|
| DYES, O | (1947) | 100% |
| REMÉ, H. | (1939) | 94,72% |
| BIERLING, G. | | |
| U. D. REISCH | (1955) | 18,50% |
| BÖHLER, L. | (1958) | 0,30% |

Resim : 2 — Sudeck sıklığının çeşitli otörlere göre dağılımı.

birinci dönemdeki ağrı ve şişlik görmezden gelinmekte, röntgen filmindeki değişiklik tesbite bağlı osteoporoz olarak değerlendirilmektedir.

ALGODİSTROFİNİN TEDAVİSİ

Algodistrofinin birinci döneminde tedavi alçı atelleri veya alçı sargıları ile sağlanan istirahatten ibarettir. (Resim 3). Bu dönemde

ALGODİSTROFİLERİN

TEDAVİ ŞEMASI

1. AĞRI GEÇENE KADAR TESBİT

+

2. CALCİTONİN

+

3. VASODİLATATÖR

+

4. AĞRI GEÇTİKTEN SONRA FİZİK TEDAVİ

Resim : 3 — Algodistrofilerin tedavi şeması.

önemli olan çevreden gelebilecek mekanik, termik her türlü irritasyonun önlenmesidir. İstirahatin önde geldiği birinci dönemin tedavisi ortalama üç hafta sürer. Tedavi süresi ağrı ve hareket kısıtlamasına göre daha uzayıp kısalabilir. Bu dönemin arkasından yavaş yavaş ekzersizler başlatılabilir. Sempatikolitik ilaçlardan ödeme karşı ve kanlandırmayı düzeltmek için istifade edilebilir. Her zaman olmamakla beraber kortikosteroidler de kullanılabilir. Bütün bu tedavi süresince hastaya diazepam grubundan bir ilaç verilmeli ve zaten alt yapıda çoğunlukla var olan nörovejetatif dengesizlik kontrol altına alınmalıdır. Stellatum ganglion blokajı ve vasodilatatörlerden

de istifade edilebilir. Kaçınılması gereken hatalar, erken masajlar ve sualtı masajları olarak sınıflanabilir. NİSSEN, algodistrofi profilaksisi olarak ekstremitelerin travma ve kırıklardan sonra yeterli bir süre tespit edilmesini öneriyor. (3). Böylece ağrı irritasyonu önlenmiş olmaktadır.

CALCİTONİNİN ALGODİSTROFİ TEDAVİSİNE GİRİŞİ

Yukarda sayılan tedavi şekillerine rağmen bazı olguların I. nembden II. ye ve hattâ son döneme gidişi önlenemedi. Algodistrofi tedavisinde daha etkili bir silâh bulunmasında tesadüf ve ampirik uygulamaların yardımı olmuştur.

EİSINGER ve arkadaşları 1973 de calcitoninin algodistrofideki ilk sonuçlarını bildirdiler. (1). Calcitonin, memeli hayvanların tiroid bezinden çıkan, serumda kalsiyumun düşmesini sağlayan bir hormondur.

Primer kemik üzerine etkili olduğu ve doku maddelerinin rezorpsiyonuna mani olduğu sanılmaktadır. Yani başka bir deyişle parathermon antagonisti olarak etki eder.

Şimdiye kadar calcitonin Morbus Paget ve diğer hiperkalsemi yapan hastalıklarda başarı ile kullanıldı. Calcitonin kalsiyumun seviyesini düşürücü etkisi intramusküler injeksiyondan sonra birkaç saat sürerse de kemik dokusu üzerindeki etkisi daha uzun sürer. Algodistrofide c

olduğu sanılmaktadır. kemik üzerindeki rezorpsiyon önleyici etkisinin arkadaşlarının 1974 de bildirdikleri başarının nedeni kolayca anlaşılır. (2).

Biz de 1977 yılının başından beri Som balığından sentetik olarak elde edilen calcitonini 19 hastamızda kullandık. Bunların 14 tane I.

nemlerde ayrıca alçı tesbiti ve vasodilatator verildi. Calcitonin tedavisi ilk on günde hergün bir defa adale içine injeksiyon şeklinde başlar. İlk on günün dolmasıyla üç hafta müddetle her hafta üç injeksiyon şeklinde devam eder. Ortalama beş haftada tedavi sona erer. Bir hastamızda allerji sebebiyle tedaviye ara vermek zorunda kaldık. Bunun dışında komplikasyon görülmedi.

OLGULARDAN ÖRNEKLER :

I.

Hastamız 5.10.1976 tarihinde bir iş kazası sonucunda sağ ayağına düşen demirle yaralanmış. Ancak hasta çalışmaya devam et-

miş. Birkaç hafta sonra tüm sağ ayağında giderek artan ağrılar ile birlikte bariz ödem meydana gelmiş. Sağ ayağına basamaz hale gelen hastayı kliniğimize 9.2.1977 tarihinde yatırdık. Sağ ayağında Algodistrofi tanısı konuldu. 11.2.1977 tarihinde daha önce belirttiğimiz şemaya göre calcitonin tedavisine başladık. Ayrıca sağ ayak tespit edildi ve ek olarak bir vasodilatator verildi. Bir hafta içinde şikâyetleri minimale inen hasta 10.3.1977 tarihinde taburcu edilip 1.5.1977 tarihinde tekrar işe başladı. 16.1.1979 tarihindeki radyolojik kontrolü restitutio ad integrum tablosu gösterdi. Hasta tamamen şikâyetsiz ve camcılık mesleğini uygulayabilir durumdadır.

II. Olgu : Erkek, 28.2.1921 doğumlu

Mediyal femur boynu fraktüründen sonra oluşan posttravmatik femur başı nekrozu nedeniyle sağ kalçaya 3.3.1978 tarihinde Brunswick modeli bir acetabulum ve Lubinus tipindeki bir femur bölümünden oluşan total kalça endoprotezini implante ettik. Ameliyat ve postoperatif seyir komplikasyon göstermedi. Ancak yaklaşık 3 hafta sonra yüklemeye ile sağ diz eklemi bölgesinde giderek artan şikâyetler ortaya çıktı.

KLİNİK BULGU :

Ameliyat nedbesinde hassasiyet yok, sağ kalçada bası ve perküsyon ağrısı yok, kalçadaki rot./içe rot 15/0/30, abduksiyon/adduksiyon 30/0/20 olmak üzere yi bir hareketlilik mevcut, radyolojik olarak acetabulum ve protezde gevşeme belirtileri görülmedi.

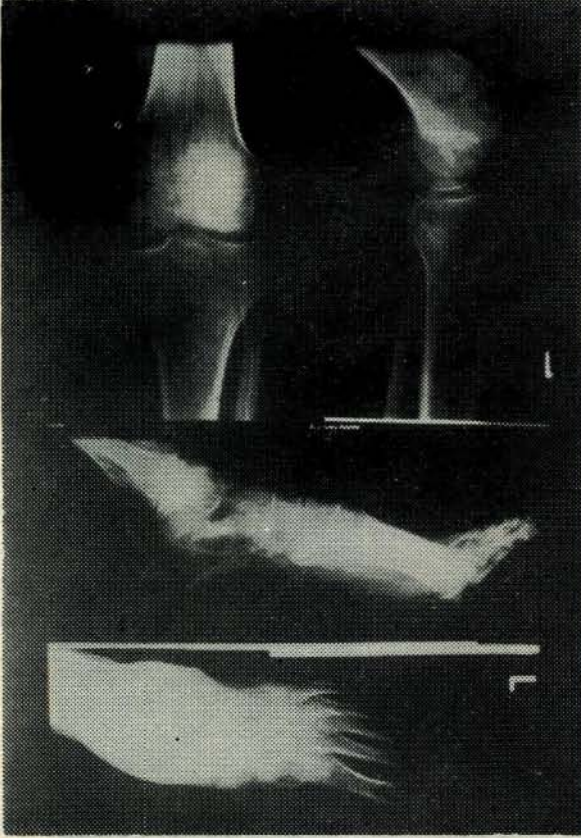
Sağ diz eklemi :

Sinoviyal ödem bulundu. Dizde hidrops yoktu. Menisküs bulguları negatif olan dizde bariz patella bası ve rende bulgusu vardı. Kondromalazinin ifadesi olan ZOHLLEN belirtisi pozitif iken, FRÜND belirtisi negatifti. Sağ diz ekleminde hareketler şöyleydi : Ekstansiyon/Fleksiyon 5/0/140. İki düzlemde yapılan diz eklemi radyolojik tetkikleri neticesinde (I. dönem).

İlk önce ayaktan konservatif tedaviye başlandı fakat iyileşme görülmediğinden 11.7.1978 tarihinde değişmemiş bulgularla kliniğimize yatırılıp yukarıda belirtilen dozlarda calcitonin tedavisine başlandı. Bunun yanısıra geniş bir fizyoterapi programı uygulandı. Hasta 22.8.1978 tarihinde yapılan kontrol muayenesinde hastanın herhangi bir şikâyeti yoktu.

III. Olgu : Erkek, 26.3.1923 doğumlu

12.1.1978 tarihinde dış menisküs lezyonu nedeniyle sol dizde artrotomi yapılmış. Ameliyatın kendisi ve postoperatif tedavi komplikasyonsuz seyretmiş. 31.1.1978 tarihinde hasta taburcu edilmiş. Ancak Mart 1978'den beri sol talotibial eklem ve sol ayakta ağrı, ödem ve derinin morumsu renk değişimi ortaya çıkmış. Sol ayağın ve sol talotibial eklemın radyolojik tetkikleri sonunda birinci dönem a'godistrofi saptanmıştır. (Resim 4). İlk olarak poliklinikte konsër-



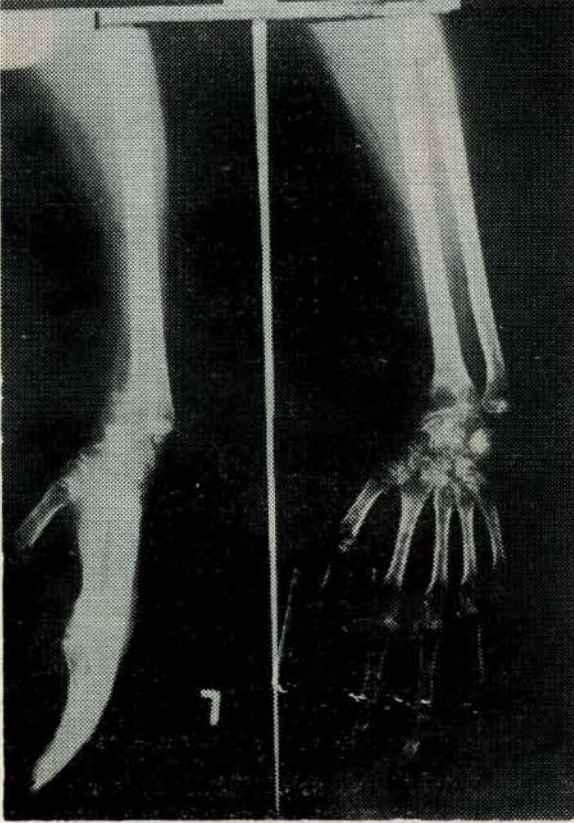
Resim : 4 — III. Olgunun tedavi başlangıcındaki radyolojik görünümü.

vatif tedbirlerle tedavi edilen hastanın şikâyetleri geçmediğinden 27.4.1978 tarihinde kliniğimize yatırıldı. Yukarıda bildirilen dozlarda calcitonin tedavisine başlandı. Bu tedaviye ek olarak vasodilatator de verildi. 9.5.1978 tarihinde hastanın şikâyetleri geniş ölçüde geçti. Daha sonra alt bacak kompresyon bandajı verilen hastamız 13.5.1978 tarihinde taburcu edildi. 30.6.1978 tarihinde yapılan kontrol

muayenesinde hastanın şikâyetlerinin geniş ölçüde azaldığı ve algodistrofi tablosunun kaybolduğu görüldü.

IV. Olgu : Kadın, 28.6.1924 doğumlu

7.8.1978 tarihinde evinde düşen hastada tipik bir Colles kırığı oluşmuş. Hastaya ilk önce dorsal ön kol alçı ateli tatbik edilmiş, ancak 29.8.1978 tarihinde yapılan radyolojik kontrolda kırığın kaymış olduğu görülüp aynı hastahane de yeni bir repozisyon denemesine başvurulmuş. Bu girişimden kısa süre sonra ödemle birlikte sol elin tüm parmaklarının ayrıca sol dirseğin ve sol omuzun sertleşmesi husule gelmiş. (Resim 5) 13.11.1978 tarihinde kliniğimize gelen has-



Resim : 5 — IV. Olgunun tedavimize geldiğinde çekilen grafilерinde ikinci dönem algodistrofinin kriterleri görülmektedir.

tada sol önkölün 1/3 distal bölümünün ve sol elin çok şiş olduğu görülmüştür. Ayrıca sol bilekte basıya hassasiyet vardı. Sol el bileğinde 20 derecelik radial deviasyon vardı. Ekstansiyon ve fleksiyon hareketleri 0/5/10 ile çok sınırlıydı. Ayrıca sol el sırtı şişmiş ve parmakla basıldığında bariz gode bırakır durumdaydı. Avuç içi konturları silinmişti. 2-5'inci parmakların hem MCP hem de PIP ek-

emlerinde hafif kalınlaşma dikkati çekiyordu. Sağ tarafa nazaran sol tarafta thenar kasların atrofi saptandı. Sol elin fonksiyonlarının ileri derecede gerilemesi söz konusuydu. Yumruk yapma deneyinde 2. ve 3. parmağın avuç içine olan mesafesi 6 santim, 4. parmağın 8 santim, 5. parmağın ise hemen hemen 10 santimdi. Sol başparmağın MCP ve interphalangeal eklemin hareketleri belirgin derecede kısıtlanmıştı. Sol dirsek ekleminde de ileri derecede hareket kısıtlanması söz konusuydu : eks/fleks 0/5/90, sup/pro 0/5/10. Omuz eklemi hareketleri de ileri derecede kısıtlanmıştı. Arkaya kaldırma/öne kaldırma : 30/0/90, Dışa rot/içte rot. 40/0/30 Sol elin ve omuz ekleminin 2 düzlemde yapılan radyolojik tetkikleri sonucunda ikinci dönemde algodistrofinin belirtileri görüldü. Ancak klinik ve radyolojik tablonun birlikte incelenmesi halinde 2-3 dönemde algodistrofi saptandı.

T E D A V İ :

Bu hastada 14.11.1978 tarihinde yukarıda bildirdiğimiz dozlarda calcitonin tedavisine başladık. Buna ek olarak sol kol ilk hafta de bir toraks abduksiyon ateline alındı. Yine vasodilatator verildi. Omuz, dirsek, el bileği ve parmaklardaki sertliklerin çözülmesi için hastahaneyeye yatırıldıktan bir hafta sonra yoğun hareket eksersizlerine başlandı.

Hasta 19.1.1979 tarihinde taburcu edildi. Hastanın şikâyetlerinin büyük kısmı geçmişti. Ancak sol omuz eklemindeki 1/3, sol dirsek ekleminde supinasyon/pronasyon 1/3, el bileğinde 1/3, siyon fleksiyon hareketleri tamamen açılmıştı. Parmak uçları avuç içi mesafesi tüm parmaklarda ortalama iki santime inmişti. Hastanın bundan sonraki tedavisi bir rehabilitasyon kliniği tarafından yürütüldü.

V. Olgu : Kadın, 9.2.1920 doğumlu

8.9.1978 tarihinde kaza neticesinde sol ayağında dış malleol kırığı meydana gelmiş, ilk önce crus alçısıyla daha sonra da crus yürüme alçısıyla toplam dokuz hafta alt bacak immobilize edilmiş. Alçının çıkarılmasından sonra hemen sualtı masajlarına başlanmış. İlk sualtı masajından sonra giderek artan ağrı, şişlik, sıcaklık hissi ortaya çıkmış.

Bize ilk defa 17.11.1978 tarihinde müracaat eden hastada topallama, sol ayağın belirgin ödemi ve tarsal ve phalangeal bölgede basıya hassasiyet saptandı. Ayrıca sol tibiotalar ekleminde dorsal

ekstansiyon ve plantar fleksiyon maksimal derecede kısıtlı bulundu. Talokalkaneal eklem hareketleri de kısıtlanmıştı.

Sol ayağın iki düzlemde yapılan radyolojik tetkikleri sonucunda birinci dönemde algodistrofi saptandı.

18.11.1978 tarihinde yukarıda bildirilen dozlarda calcitonin tedavisine başlandı. Bir supinasyon tabanlığı verildi. Hastanın kendi isteği üzerine tedavi ayaktan sürdürüldü.

23.11.1978 tarihinde ödemin bariz şekilde gerilediği görüldü. Ayrıca osl ayakta basıya hassasiyet çabuk geriledi. 16.1.1979 tarihinde yapılan kontrol muayenesinde hafif topallama, sol ayak kenarında ve tarsal bölgede basıya hassasiyet saptandı. Tibiotalar ve talokalkaneal eklemlerin hareketleri serbest olarak bulundu.

SONUÇ :

Algodistrofinin son döneme ulaşmasını önlemek için elimizdeki tüm tedavi olanaklarının kullanılması gerekir. Biz kliniğimizde eski veya eskidenberi bilinen tedavi olanaklarını kombine eden bir şema geliştirmeye çalıştık. Calcitonin hastalığın birinci ve ikinci dönemini bloke edebilmektedir. Üçüncü dönemde bütün tedavi yöntemlerinin yanı sıra kullanıldığında yine çok faydası görülmektedir. Kemik metabolizmasının olumlu bir şekilde etkilenmesinden başka, yumuşak doku ödeminin de çabuk gerilediği gözlenmiştir. Böylece biz de literatürün yanısıra kendi deneylerimize dayanarak algodistrofi tedavisinde calcitonin kullanılmasını önerebiliriz. Yukarıda da değindiğimiz gibi tedavinin diğer olanaklarla iyi kombine edilmesi ve uygulama zamanının iyi seçilmesi başlıca şarttır.

SUMMARY

The Treatment of Sudeck Syndrom or Algodystrophie by Calcitonin

The treatment of the Sudeck Syndrome, basing upon different points of view as to the essence of this sickness, is ambiguous and even contradictory. Assuming to experiences obtained in the treatment of algodystrophies, we shall try to set up a generally valid scheme of treatment, according to case descriptions. The method involved employs calcitonin.

LİTERATÜR

- 1 — EISINGER, J., P. C. ACQUAVIVA, Y. D'OMEZON, A. M. RECORDIER : Traitement des algodystrophies par la calcitonine. Resultats préliminaires. Société Médicale des Hopitaux de Marseiller, Février 1973.
- 2 — EISINGER, J., P. C. ACQUAVIVA, des algodystrophies par la calcitonine, Premiers résultats. Méd. 10, 11, 30 (1974).
- 3 — HELLNER, H., R. NISSEN, K. VOSSCHULTE: Lehrbuch der Chirurgie. Thieme, Stuttgart 1962.
- 4 — UORTIAS, L. H.: Les algo-neuro-dystrophies réflexies des membres superieurs.

Sem. Hop. (Paris) 51, 2687-2695 (1975).

- 5 — SCHEIBE, O. : Neue Gesichtspunkte zur Genese des Sudeck-Syndroms. Mschr. Unfallheilk. 78, 189-190 (1975).
e
- 6a— SUDECK, P. : Über die akute entzündliche Knochenatrophie. Arch. Klin. Chir. 62, 148 (1900).
- 6b— SUDECK, P. : Über die akute (reflektorische) Knochenatrophie nach Entzündungen und Verletzungen und ihre klinischen Erscheinungen. Fortschr. Röntgenstr. 5, 277 (1901/1902).
- 7 — THORBAN, W. : Das Sudecksche Syndrom. I. Sturm A. W. Birkmeier (Hrsg.) : Klinische Pathologie des vegetativen Nervensystems. Fischer, Stuttgart - New York 1977, S. 1187-1206.

