

KATATER UYGULAMASI SONRASI GELİŞEN BİR KOMPLEKS BÖLGESEL AĞRI SENDROMU OLGUSU

CASE OF A COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME AFTER CATHETER IMPLEMENTATION

Dr. Saygın Engin YAMÇICI*
Dr. Berat Meryem ALKAN*
Dr. Sevgi GÜMÜŞ ATALAY*
Dr. Ayşenur ALEMDAR*
Dr. Özge ARDIÇOĞLU*

* Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Kliniği

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Saygın Engin YAMÇICI
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi FTR Kliniği
E-posta:sayginyamcici@hotmail.com

ÖZET

Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) tip I ekstremitede yanıcı tarzda ağrı, ödem, vazomotor ve sudomotor değişiklikler ve trofik bozukluklarla karakterize bir sendromdur. Hastalık patogenezi hala net olarak açıklanamamış olmakla birlikte, sempatik sinir sisteminin anormal aktivitesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Üzerinde yapılan araştırmalar arttıkça daha fazla tanı konulup tedavi edilme olanağı bulunmaktadır. Biz bu yazımızda polikliniğimize konsulte edilen hastane ortamında sıkça başvurduğumuz damar yolu açma işlemi sonrası aynı ekstremitesinde şişlik, ağrı gelişen ve tarafımızca KBAS tip I tanısı konularak takip edilen bir olguyu sunmaktayız.

Anahtar kelimeler: KBAS (kompleks bölgesel ağrı sendromu), nöropatik ağrı

ABSTRACT

Complex regional pain syndrome (CRPS) type I is a syndrome characterized with burning pain in the extremity, edema, vasomotor and sudomotor changes, and trophic disorders. The pathogenesis of the disease has not clearly explained; however, it is thought to be dependent on the abnormal activity of the sympathetic nervous system. With the aid of the increasing number of researches, more diagnosis and treatment opportunities could be found. In this case report, we have presented a case who has been consulted us about the swelling and pain in the extremity after intravenous catheterization in the hospital and has been diagnosed as CRPS type I.

Key words: Complex regional pain syndrome (CRPS), neuropathic pain

GİRİŞ

Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS), otonomik disfonksiyonun ve trofik değişikliklerin eşlik ettiği bir ağrı sendromudur. 1993 yılında "International Association for the Study of Pain (IASP)" nin bu klinik tablo için farklı bir adlandırılma yapmasına kadar bu ad kullanılmıştır¹. KBAS tip I ve tip II olarak ayrımı yapılan bu klinik tabloda KBAS tip I, travma sonrası gelişen ekstremitede ilerleyici yanıcı tarzda ağrı, derinin yapısal değişiklikleri (kılınma, kuruma veya parlama, ülserler, ısı artışı, renk değişikliği), hiperhidroz, ödem ve kronik dönemde kas krampları, atrofi ve bunun sonucu olarak kemik değişiklikleri, osteoporoz ve kontraktürler gibi semptomlar ile kendini belli eder². KBAS tip II, kozalji olarak bilinen, genellikle bir travma sonrası görülen periferik sinir hasarına bağlı yanıcı ağrıyı tanımlamaktadır. Tanı genellikle klinik olarak konur. Fakat tanıyı doğrulamada radyolojik incelemeler, sintigrafi ve sempatik blokaj yardımcı olur³. Burada günlük hayatta sıkça başvurulan damar yolu açılması sonrası başlayan KBAS olgusu incelenmiştir.

OLGU

Dermatoloji polikliniğinde sol el ve el bileğinde püstüller cilt lezyonu nedeniyle takip edilen ellibir yaşında kadın hasta, sol el dorsumundaki şişlik, ağrı ve vazomotor semptomlar nedeniyle Dermatoloji polikliniği tarafından polikliniğimize konsülte edildi. Hastanın özgeçmişinde beşbuçuk ay önce kolesistektomi operasyonu geçirdiği, operasyon sırasında sol el dorsumuna kateter girişi olduğu, şikayetlerinin bu operasyondan yaklaşık bir ay sonrasında başladığı öğrenildi. Bilinen ek hastalık ve başka bir travma öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenesinde; sol el dorsumunda belirgin şişlik, püstüller cilt lezyonu, kızarıklık, ısı artışı ve palpasyonla aşırı hassasiyet, ciltte ve tırnakta trofik değişiklikler mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi (Resim 1). Hastanın laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 7.03, hemoglobin 9.7, platelet 392, sedimentasyon 72 mm/h, C-Reaktif Protein 6.93 mg/dl (0-0.8), Kan üre azotu (BUN) 26 mg/dl, kreatinin 0.6 mg/dl, ALT 17u/l, AST 16 u/l, romatoid faktör negatif saptandı. Hastaya çekilen tek yönlü sol el grafisinde benekli osteoporoz ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 2). Hastaya tarafımızdan KBAS tip I tanısı konularak pregabalin tedavisi 150 mg 2*1 olarak başlandı. Hastanın fizik tedavi programı (kontrast banyo, TENS, su içi ultrason programı) ve egzersiz programı düzenlendi. Kontrollerinde hastanın el dorsumundaki şişlik, ağrı, terleme şikayetlerinde gerileme olduğu belirlendi.



Resim 1. Sol el dorsumunda belirgin şişlik, kızarıklık, ciltte ve tırnakta trofik değişiklikler görülmektedir



Resim 2. Sol el grafisinde benekli osteoporoz ile uyumlu görünüm mevcuttur

TARTIŞMA

KBAS, son zamanlarda üzerinde yapılan çalışmaların artması ile daha fazla ilgi çeken ve belki de hakkında daha çok şey öğrendikçe tanısı daha sık konulan bir sendromdur. Patofizyolojisinde yumuşak doku ve sinirlerdeki C lifleri ve A delta afferentlerinin travma ile uyarılması sonucu nörojenik inflamasyonun başladığı, ilk dönemde sempatetik ağrının önemli rol oynadığı ve ilerleyen dönemlerde N metil-D-aspartat reseptör aktivitesi ile santral sensitizasyonun meydana geldiği kabul edilmektedir⁴. Mekanik olarak ekstremitelerde hareketlerde bozukluk oluşur, immobilizasyonun da venöz ve lenfatik staza yol açmasıyla ödem gelişir. Ekstremitelerde beslenme yetersizliği nedeniyle kemik ve yumuşak dokularda değişiklikler meydana getiren olaylar başlayarak ilerler⁵. Sempatik sinir sisteminin patolojik durumlarda ağrının devamına katkı sağlayabileceği öne sürülmektedir⁶.

KBAS tip 1 klinik bir tanı olup; tanı kriterlerinin temeli semptom ve bulgulara dayanmaktadır. Bu nedenle, bu sendromun semptom ve bulguları özellikle ağrının karakteri (hiperaljezi, allodini) ve sempatik sistem hiperaktivite bulguları (hiperhidroz, deri renginde kırmızıdan açık soluk, siyanotiğe kadar renk değişimi ve deri ısısında sıcaktan soğuğa doğru değişim) tam olarak bilinmelidir. Öykü ve iyi bir fizik muayene KBAS tip I tanısında önemlidir. Her ne kadar tanı koymaya

yardımcı radyolojik görüntüleme yöntemleri ile bazı laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri (otonomik fonksiyon testleri, kantitatif duyuşal değerlendirme gibi) olsa da, hastalığa patognomonik bir laboratuvar testi mevcut deęildir⁷. Tanıya yardımcı olması adına; radyolojik olarak osteoporozun ve yumuşak doku ödeminin izlenmesi, 3 fazlı kemik sintigrafisinde artmış aktivite, termografi, kemik dansitometrisi sempatik deri yanıtı gibi testler kullanılmaktadır^{3,7}.

KBAS tip I; diffüz ve lokalize olarak ikiye ayrılan kronik idiyopatik ağrı sendromlarının lokalize alt grubu içinde yer alır⁸. Etiyolojide travma başta olmak üzere birçok faktör suçlanırken, olguların %2-17'sinde hiçbir neden saptanamayabilir. KBAS tanısında yardımcı tanı yöntemi olarak kullanılan direkt radyografide kemik demineralizasyonu bir iki ay içerisinde gelişebileceği gibi bazı olgularda hiç görülmemektedir⁹. Hastamız sorgulandığında 4 aydır şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Çekilen sağ ön kol x-ray görüntüsünde benekli osteoporoz görüntüsü belirlendi. KBAS tedavisinin ana hedefi koruma olmalıdır. Ekstremiteyi uygunsuz pozisyonlarda uzun süre immobilize kalmaktan korumak gerekir. Rehabilitasyon tekniklerinin ve ajanlarının erken dönemde uygulanması gerekir. Erken dönemde egzersiz tedavisine başlamak oldukça önemlidir. Semptomları kontrol altına almak için salisilatlardan opiyatlara kadar analjezikler, kalsitonin ve kalsiyum kanal blokörleri gibi bir çok ilaç kullanılmıştır. Farmakoterapi algoritmasında hafif ve ort derecedeki ağrılarda basit analjezikler ve lokal bloklar; inatçı ağrılarda

opioidler ve/veya daha invaziv girişimler(kimyasal nöroliz, fiziksel nöroliz, santral nöral blokaj, cerrahi veya kimyasal sempatektomi vs.) tercih edilebilir. İnflamasyon varlığında akut dönemde sistemik steroidler, kronik dönemde NSAID'ler kullanılabilir. Şiddetli hiperaljezi ve allodini varlığında ise antiepileptikler, NMDA reseptör antagonistleri, sodyum kanal blokörleri ve desensitizasyon yöntemleri kullanılabilir. Şiddetli osteoporoz varlığında ise bifosfanat tedavisi endikedir. Fizik tedavi ajanları olarak fluidoterapi, girdaplı su banyosu, ultrason, TENS, desensitizasyon ve ayna tedavisi endikedir¹⁰⁻¹⁴.

KBAS tip I, klinik bulguların değişkenliği ve atipik formları nedeniyle çeşitli hastalıklar ile karışabilmektedir. Ayırıcı tanıda; inflamatuvar artritler dışında kronik arteriyel yetmezlik, Raynaud hastalığı, tromboembolizm, enfeksiyon, sellülit, osteomyelit, septik artrit, eritromelalji, travma/kırık, dupuytren kontraktürü, anksiyete nörozu, rotator cuff yırtık veya tendinitleri, osteonekroz, serebrovasküler hastalıklar ve psikosomatik bozukluklar düşünölmelidir¹⁵.

Hastalığa erken tanı konulması ağrı kontrolü yapabileceği gibi, oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi açısından da önemlidir. Sonuç olarak; minör travmalardan sonra kompleks bölge ağrı sendromu nadirdir. Nadir de olsa, klinisyenler herhangi bir travma sonrası vazomotor değişikliklerle karşılaştıklarında bu sendromu mutlaka akıllarına getirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 2nd edn. Seattle,WA: IASP Press; 1994:39-43.
2. Stilz RJ, Carron H, Sanders DB. Reflex sympathetic dystrophy in a six-year-old: successful treatment by transcutaneous nerve stimulation. *Anesth Analg*. 1977; 69:438-44.
3. Baron R, Janig W. Complex regional pain syndrome-how do we escape the diagnosis trap? *Lancet* 2004; 364:1739-1741.
4. Ofıuoğlu D, Akyüz G.. Kompleks bölgesel ağrı sendromu tip 1: genel klinik yaklaşım. *Türk J phys med Rehab* 2008; 54:112-5.
5. Mailis A, Wade J. Profile of Caucasian Women with possible genetic predisposition to reflex sympathetic dystrophy: a pilot study. *Clin J Pain* 1994; 10: 210-7.
6. Janig W, Baron R. Complex regional pain syndrome is a disease of the central nervous system. *Clin Auton Res* 2002;12:150-64.
7. Schweitzer ME, Mandel S, Schwartzman R, Knobler RL, Tahmoush AJ. Reflex sympathetic dystrophy revisited: MR imaging findings before after infusion of contrast material. *Radiology* 1995;195:211-4.
8. Sen D, Christie D. Chronic idiopathic pain syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20:369-86.
9. Marsland D, Konyves A, Cooper R, Suvarna SK. Type I complex regional pain syndrome: MRI may be misleading. *Injury Extra* 2008;39:102-5.
10. Avelanet M, Saenz A, Gonzalez-Viejo MA. Treating complex regional pain syndrome, after heart surgery, with gabapentin: a case report. *The Pain Clinic* 2001; 13: 177-81.

11. Kingery WS. A critical review of controlled clinical trials for peripheral neuropathic pain and complex regional pain syndromes. *Pain* 1997; 73: 123–39.
12. Schwartzman RJ. New treatments for Reflex sympathetic Dystrophy. *New Engl J Med* 2000; 343: 654–6.
13. Harden RN: Pharmacotherapy of Complex Regional Pain Syndrome. *Am J Phys Med Rehabil* 2005; 84: 17-28.
14. Sharma A, Williams K, Raja SN. Advances in treatment of complex regional pain syndrome: recent insights on a perplexing disease. *Curr Opin Anesthesiol* 2006; 19:566-72.
15. Kozanoğlu ME, Sur S. Refleks sempatik distrofi sendromu. *Türkiye Klinikleri J PM&R* 2001;1:189-96.