

Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tip 1 ve Hill-Sachs Lezyonu Birlikteliği: Olgu Sunumu

Association of Complex Regional Pain Syndrome Type 1 and Hill-Sachs Lesion: Case Report

Levent Tekin, Oğuz Durmuş, Engin Çakar, Emre Ata, Selim Akarsu, Ümit Dinçer, Mehmet Zeki Kıraltıp
Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Kompleks bölgesel ağrı sendromu etyolojisinde çoğunlukla travmaların ön planda olduğu patogenezi tam olarak anlaşılammış bir sendromdur. Üst ekstremitede tipik olarak el ve elbileğini etkiler. Ağrının giderilmesi ve erken dönemde fonksiyonel restorasyonun sağlanması tedavinin esas hedefidir. İnterdisipliner yaklaşım terapötik hedeflere ulaşmayı kolaylaştırabilir. Bunun yanında etyolojik nedene yönelik girişimler kimi vakalarda tedavi sürecini kısaltabilir ve dizabilitenin gelişimini önleyebilir. Bu yazıda sağ el, dirsek ve omuz ağrısı ile gelen bir olgu sunuldu. Hastanın travma sonrası sağ omuzunda Hill-Sachs lezyonu oluştuğu ve bir süre sonra sağ elinde kompleks bölgesel ağrı sendromu geliştiği anlaşıldı. Farmakolojik tedavi ve kapsamlı rehabilitasyon programı ile başarılı sonuç elde edildi. (*FTR Bil Der 2012;15: 12-5*)

Anahtar kelimeler: Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tip 1, Hill-Sachs Lezyonu, Rehabilitasyon

ABSTRACT

Complex regional pain syndrome is a syndrome that basically contains various traumas in its etiology and the pathogenesis is not fully understood. It typically affects hand and wrist on the upper extremity. The main goals of treatment are pain relief and functional restoration in the early period. Interdisciplinary approach may facilitate to achieving therapeutic goals. At the same time, etiological cause-specific initiatives can shorten the duration of disability in some cases. A patient with right hand, elbow and shoulder pain is presented in this case report. It was understood that Hill-sachs lesion occurred on the right shoulder of the patient in the post-traumatic period and consequently complex regional pain syndrome developed on the right hand of him. Successful results were obtained with pharmacological and comprehensive rehabilitation intervention. (*J PMR Sci 2012;15: 12-5*)

Anahtar kelimeler: Complex Regional Pain Syndrome Type I , Hill-Sachs Lesion, Rehabilitation

Yazışma Adresi Corresponding Author

Oğuz Durmuş
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Fiziksel
Tıp Ve Rehabilitasyon Kliniği,
İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 216 542 38 74
E-posta: durmusoguz@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 10.11.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 23.01.2012

Sunulduğu Kongre:
Bu olgu sunumunun özeti,
17-20 Mart 2011 tarihinde
KARINNA Otel Uludağ, Bursa'da
düzenlenen "Geleneksel 12. FTR
Uludağ Sempozyumu"nda poster
olarak sunulmuştur.

Giriş

Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) gelişiminde komplike patofizyolojik proseslerin rol oynadığı, ağrı (spontan, hiperaljezi, allodinia), trofik değişiklikler ve vazomotor

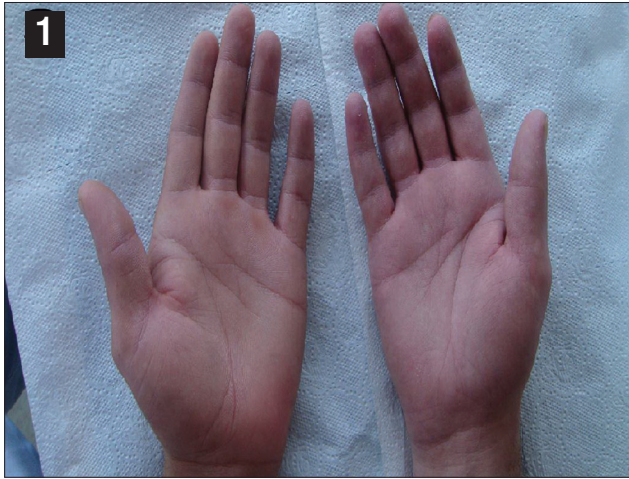
bozuklukların farklı kombinasyonları ile ortaya çıkan klinik bir tablodur. Genellikle başlatan sebeple orantısız bir ağrı mevcuttur (1,2). Uluslararası ağrı çalışma grubu (International Association for the Study of Pain (IASP)) tarafından tip 1 ve tip 2 olarak klasifiye edilmiştir. Sıklıkla ekstremiteleri etkileyen ve

abartılı bir yanıtı neden olan travmatik bir lezyon veya sinir hasarı sonrası gelişir. Periferik sinir hasarı KBAS tip 2'nin ayırıcı özelliğidir. Strok, meduller lezyon ve myokard infarktüsü gibi nontravmatik olaylar sonrasında da ortaya çıkabilir. Ancak literatürde spontan KBAS vakaları da bildirilmiştir (3,4).

Hill-Sachs lezyonu, 1940 yılında Hill ve Sachs tarafından tekrarlayan omuz dislokasyonlarının %74'ünde humerus başında defekt bulunması üzerine tanımlanmıştır (5). Glenohumeral instabilitenin önemli bir nedenidir ve omuz ağrısına neden olabilir. Hill-Sachs lezyonu ve KBAS tip 1 birlikteliğine ilişkin literatür bilgisi oldukça kısıtlıdır. Bu yazıda bunların birlikteliğinin sebep-sonuç ilişkisi mi koinsidans mı olduğu bir olgu eşliğinde tartışılacaktır.

Olgu Sunumu

21 yaşında erkek hasta sağ omuz ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Dokuz ay önce sağ elinin üzerine

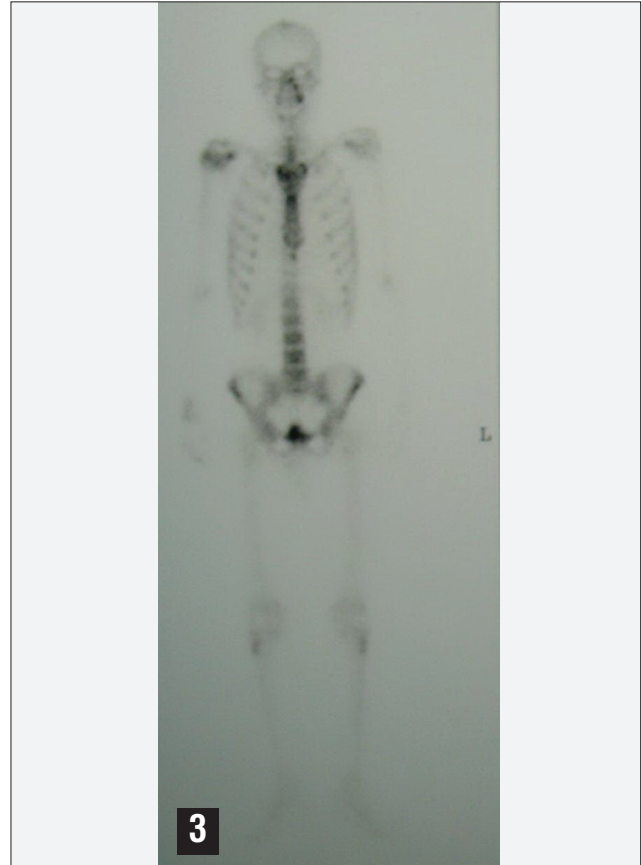


Resim 1. Sağ elde renk değişikliği mevcuttu. Cilt ıslak ve incelmisti.

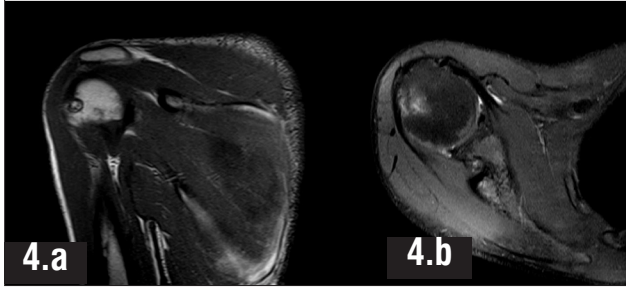


Resim 2. Direk grafi. Sağ el osseoz yapıların dansitesi azalmıştı. Fraktür veya sublüksasyon yoktu.

düşme sonrası başlayan, giderek şiddetlenen ve 2 aydır sağ eline yayılan ağrı mevcuttu. Ağrının hareket esnasında arttığını, sağ omzuna yayıldığını ve bu sebeple sağ omzunu ve elini kullanmaktan kaçındığını ifade etmekteydi. Başka komorbid bir durumu olmadığı ve analjezikler dışında ilaç kullanmadığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde sağ omuz aktif ve pasif hareketlerinin her yöne ağrılı olduğu, aktif hareket açıklığının abduksiyon, fleksiyon ve ekstansiyon yönlerine ağrı nedeniyle %50'den fazla yapamadığı görüldü. Sağ dirsek, el bilek ve parmak hareketleri ağrılıydı. Allodinia ve hiperaljezi mevcuttu. Sağ elin dorsal ve palmar yüzünde renk değişikliği vardı (Resim 1). Sağ elde cilt ıslak ve incedi. Kılınma artışı vardı. Eklemlerde şekil bozukluğu, kas atrofisi, spastisite veya kontraktür yoktu. Sinir iletim çalışmaları ve iğne elektromyografi normaldi. Biyokimyasal analizleri normal sınırlar içerisindeydi. LANSS skalası ile yapılan değerlendirme 22/24 idi. El-elbileği grafisinde sağ el osseoz yapılarda dansite azalmıştı, tipik benekli görünüm yoktu (Resim 2). Hastaya 4 hafta süre ile nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, amitriptilin, tramadol ve pregabalini içeren farmakolojik tedavi ile birlikte terapötik (ağrıyı provoke etmeyen) egzersizler verildi. Ancak klasik KBAS tedavisine yanıt alınamaması üzerine araştırma derinleştirildi. Kemik sintigrafisi yapıldı. El ve dirsekteki bulguların KBAS ile uyumlu olduğu değerlendirildi.



Resim 3. Kemik sintigrafisi. Sağ dirsek ve sağ el bilek eklem çevresinde rölatif artmış aktivite tutulumu, sağ omuz eklem çevresinde de artmış aktivite tutulumu ve kan havuzu fazında minimal hiperemi tespit edildi.



Resim 4.a.b. Sağ Omuz MR. Humerus başı posterolateral kontüründe hafif düzleşme, subkondral milimetrik boyutlu dejenerik kistler ve kemik iliği ödemi ile uyumlu sinyal artışı vardı. Bulgular Hill-sachs lezyonu olarak değerlendirildi.

Sağ omuzda aktivite artışına rastlandı (Resim 3). Omuzla yönelik Manyetik Rezonans (MR) incelemede Hill-Sachs lezyonu tespit edildi (Resim 4.a.b.). Sağ omuzla triamsinolon ve lidokain enjeksiyonu yapıldı. Ardından terapötik egzersiz programı ile TENS ve sıcak paket uygulandı. El egzersiz programına ve farmakolojik tedavisine devam edildi. Şikayetleri giderek azaldı. Yirminci seansın sonunda yapılan değerlendirilmesinde sağ omuz aktif hareketlerinin tam olarak açıldığı, ağrı düzeyinin belirgin azaldığı görüldü. Sağ elindeki hiperaljezik yakınmalarının gerilediği tespit edildi. LANSS değeri 8/24'e indi.

Tartışma

KBAS'ın 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 dönemde N metil-D-aspartat reseptör aktivitesi ile santral sensitizasyonun meydana geldiği kabul edilmektedir (2). Sempatik sinir sisteminin patolojik durumlarda ağrının devamına katkı sağlayabileceği öne sürülmektedir (1).

Başlatıcı faktörler incelendiğinde en sık nedenlerin sprain/strain, cerrahi ve fraktür olduğu görülmektedir (6-8). Klinik bulgular sadece travmanın olduğu lokalizasyonda değil daha distalde ve yaygın bir şekilde ortaya çıkabilir. Travma tedavisinin bir parçası olan alçı veya splint uygulamasına KBAS gelişen hastaların çoğunda rastlanmaktadır (8). İmmobilizasyon sürecinin uzun olması KBAS'ın gelişimine katkı sağlayan önemli bir faktördür (6). Gerek ağrıyı presipite eden manevralardan kaçınmanın getirdiği hareketsizlik gerekse terapötik immobilizasyon (fraktür tedavisinde kullanılan alçı ve ateller gibi) kaslarda zayıflığa, atrofiye, kemik yapılarında demineralizasyona yol açar ve fonksiyonel kayıpların artmasına neden olabilir. KBAS tanısı konulan hastalarda önceki immobilizasyon süresinin ortalama 3 hafta (1-24 hafta) olduğu bildirilmiştir (8). Önemli klinik bulgularından birisi olan ve normal taktile ve proprioseptif uyarılarla ortaya çıkan allodini yanıtını engellemek için benimsenen "ağrıdan kaçınma davranışı" kullanılmaya bağlı gelişen doku değişikliklerini şiddetlendirebilir (6). Bu nedenle bir çok yayında ağrının

giderilmesi ve erken dönemde mobilizasyonun ve fonksiyonel restorasyonun sağlanması ideal terapötik hedef olarak belirtilmiştir (9,10). Tedavi klavuzlarında semptomların çeşitliliğine göre farmakolojik ajan seçimi yapılması öncelikle nonsteroid-antiinflamatuvar ilaçlar, kortikosteroidler, trisiklik antidepressanlar, antikonvülzanlar ve opioidlerin kullanımına eş zamanlı olarak fiziksel ajanların ve egzersiz programlarının gerekliliğine dikkat çekilmiştir (11-13). İnterdisipliner yaklaşım ve ilaç tedavisi ile birçok vakada başarılı sonuçlar elde edilmektedir (10). Dirençli vakalarda doz artırımı veya regional, epidural, ganglion blokajları gibi girişimsel modalitelerin seçimi uygun olabilir (14,15).

Üst ekstremitelerde görülen ve nedenleri arasında travmanın yer aldığı bir diğer durum da Hill-Sachs lezyonudur. Omuzun ağırlı kondüsyonlarından birisi olan ve sıklıkla arkaya doğru doğru el üzerine düşme sonrası ortaya çıkan Hill-Sachs lezyonu humerus başının posterolateralinde görülen kemik deformiteleri olup glenohumeral eklem instabilitesinin önemli bir nedenidir (5,16). Sıklıkla rekürren anterior omuz dislokasyonunun bir sonucudur. Bu lezyonun tanısında MR görüntüleme oldukça yararlıdır. Lezyonun yaşına bağlı olarak kemik iliği ödemi ve trabeküler skleroz görülebilir. Tek başına kemik defektinin varlığı tedavi gerektirmemektedir ancak bununla birlikte glenohumeral instabilite ve anterior labral yırtık bulunması sıklıkla cerrahi düzeltme gerektirir (5,17,18). Ağrısı olan ve cerrahi uygulanmayan hastalarda semptomatik yaklaşım ön plana çıkmaktadır.

Omuz ağrısı ve kısıtlılığında rol alan nedenler arasında KBAS da suçlanmaktadır. Veldman ve ark. omuz ağrısı olan az sayıda KBAS'lı hastada sıklıkla bisipital tendinit bulunduğunu, başka bir predispozan faktör olmadığını, ağırlı tendonun çevresine kortikosteroid ve lokal anestezi enjeksiyonunun tanı ve tedavide kullanışlı olduğunu bildirmişlerdir (19). Benzer bir uygulama Zyluk ve ark. tarafından gerçekleştirilmiş, KBAS ve omuz ağrısı birlikteliği olan hastalarda intraartiküler enjeksiyon uygulaması ile başarılı sonuçlar elde etmişlerdir (20). Biz de Hill-Sachs lezyonuna inflamatuvar bulgular eşlik ettiği için eklem içi enjeksiyon uygulayarak rehabilitasyon sürecine katkı sağlamayı amaçladık.

Bu yazıda sunulan olguda başlangıçta tedaviye cevap alınamaması dirençli bir vaka olduğunu düşündürmüştü. Kemik sintigrafisinde distal ekstremitelerde beklenen bulguların yanı sıra omuzda da aktivite artışı tespit edilmesi üzerine omuzun MR incelemesi yapıldı ve Hill-Sachs lezyonuna rastlandı. Dört haftalık kapsamlı tedavinin sonunda omuz ağrısında azalma ve KBAS bulgularında belirgin düzelme edildi. Hem KBAS tablosu hemde Hill-Sachs lezyonu aynı travma ile meydana gelmiş olabileceği gibi Hill-Sachs lezyonu nedeniyle ortaya çıkan ağrı üst ekstremitelerde mobilizasyonu engellemiş ve KBAS'a yol açmış olabilir. Hill-Sachs lezyonu kendi başına etyolojik neden olmasa da yarattığı noksiyöz uyarılar refleks sempatik aktivite deşarjına sebep olarak mevcut tabloyu oluşturmuş olabilir. Her iki durumda da üst ekstremitelerde hareketini kısıtlayan bu durumun KBAS'ın tedavisini engellemiş olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak KBAS'da ağrının giderilmesi ve erken dönemde fonksiyonel restorasyonun sağlanması tedavide büyük önem taşımaktadır. Detaylı değerlendirme ve nedene yönelik girişimler tedavinin başarı şansını arttırabilir. Kapsamlı rehabilitasyon programı ile başarılı sonuç elde edilen bu olgu tedaviye dirençli olduğu değerlendirilen KBAS olgularında eş zamanlı başka patolojilerin araştırılmasının gerekliliğine de işaret etmektedir.

Kaynaklar

1. Janig W, Baron R. Complex regional pain syndrome is a disease of the central nervous system. Clin Auton Res 2002;12:150-64
2. Ofluoğlu D, Akyüz G. Kompleks bölgesel ağrı sendromu tip 1: genel klinik yaklaşım. Turk J Phys Med Rehab 2008;54:112-5
3. Pertoldi S, Di Benedetto P. Shoulder-hand syndrome after stroke. A complex regional pain syndrome. Eura Medicophys 2005;41:283-92
4. Raja SN, Grabow SG. Complex regional pain syndrome 1 (Reflex Sympathetic Dystrophy). Anesthesiology 2002;96:1254-60
5. Sekiya JK, Wickwire AC, Stehle JH, Debski RE. Hill-Sachs defects and repair using osteoarticular allograft transplantation. Am J Sports Med 2009;37:2459-66
6. Atkins RM. Aspects of current management complex regional pain syndrome. J Bone Joint Surg 2003;85:1100-6
7. De Mos M, De Bruijn AGJ, Huygen FJPM, Dieleman JP, Stricker BHCh, Sturkenboom MCJM. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. Pain 2007;129:12-20
8. Allen G, Galer BS, Schwartz L. Epidemiology of the complex regional pain syndrome: a retrospective chart review of 134 patients. Pain 1999;80:539-44
9. Kurvers HAJM. Reflex sympathetic dystrophy: facts and hypotheses. Vasc Med 1998;3:207-14
10. Harden RN, Swan M, King A, Costa B, Barthel J. Treatment of complex regional pain syndrome: functional restoration. Clinical Journal of Pain 2006;22:420-4
11. Ghai B, Dureja GP. Complex regional pain syndrome: a review. J Postgrad Med 2004;50:300-7
12. Vacariu G. Complex regional pain syndrome. Disability and Rehabilitation 2002;24:435-42
13. Ping CP, Ip JWY, Lam JMK, Woon LT, Hong TT, Por WC, Wong LKS. Recommendations for the management of complex regional pain syndrome. Medical Progress 2005;32:376-82.
14. Burton AW, Hassenbusch SJ, Warneke C, Racz G, Stanton-Hicks M. Complex regional pain syndrome (CRPS): survey of current practices. Pain Practice 2004;4:74-83
15. Altan L. Üst ekstremité refleks sempatik distrofi (RSD)'de tanı ve tedavi. Romatol Tıp Rehab 2001;12:85-91
16. Saito H, Itoi E, Minagawa H, Yamamoto N, Tuoheti H, Seki N. Location of the Hill-Sachs lesion in shoulder with recurrent anterior dislocation. Arch Orthop Surg 2009;129:1327-34
17. Calandra JJ, Baker CL, Uribe J. The incidence of Hill-Sachs lesion in initial anterior shoulder dislocation. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery 1989;5:254-7
18. Widjaja AB, Tran A, Bailey M, Proper S. Correlation between Bankart and Hill-Sachs lesions in anterior shoulder dislocation. ANZ Journal of Surgery 2006;76:436-8.
19. Veldman PHJM, Goris RJA. Shoulder complaints in patient with reflex sympathetic dystrophy of the upper extremity. Arch Phys Med Rehabil 1995;76:239-42
20. Zyluk A, Puchalski P, Zyluk B. Shoulder pain and limited mobility in the course of algodystrophy of the hand. Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol 2004;69:273-7