



**Postępowanie
rehabilitacyjne
w leczeniu Zespołu
Sudecka**



Spis treści

Postępowanie rehabilitacyjne w leczeniu Zespołu Sudecka	5
Charakterystyka Zespołu Sudecka	5
Patogeneza Zespołu Sudecka	6
Etapy rozwoju Zespołu Sudecka	7
Diagnostyka Zespołu Sudecka	8
Diagnostyka obrazowa	10
Badanie kliniczne	12
Leczenie Zespołu Sudecka	13
Postępowanie rehabilitacyjne	15
<i>Piśmiennictwo</i>	21

Postępowanie rehabilitacyjne w leczeniu Zespołu Sudecka

Zespół Sudecka (algodystrofia) jest jednym z wielu powikłań towarzyszących urazowi kończyny, zabiegowi operacyjnemu, udarowi mózgu, zawałowi serca czy też przebiegom innych chorób [1].

Zespół Sudecka to zespół objawów charakteryzujący się zaburzeniem czucia, wysiękiem, zaburzeniami naczynioruchowymi, ograniczeniem ruchomości oraz zmianami troficznymi w tkankach kończyny objętej urazem [2].

Szybka diagnoza, umiejętnie prowadzone leczenie i rehabilitacja pozwalają zniwelować lub też całkowicie usunąć objawy. Dotychczasowe badania i publikacje na temat Zespołu Sudecka, mnogość kryteriów diagnostycznych i różnorodne modele postępowania rehabilitacyjnego wpływają na występowanie wielu problemów diagnostyczno-terapeutycznych.

Charakterystyka Zespołu Sudecka

Etiologia schorzenia nie jest do końca poznana, a teorie na temat przyczyn rozwoju choroby ulegają zmianom [1].

Na przestrzeni lat w zależności od przyjętej teorii Zespołu Sudecka przyjęto wiele różnych nazw:

- Atrofia Sudecka (Sudeck' atrophy),
- Choroba Sudecka (Morbus Sudeck),
- Ostry zanik kości Sudecka,
- Zespół algodystroficzny Sudecka,
- Zespół Sudecka (Sudeck syndrom),
- Zespół Sudecka-Babinskiego-Lerischa,
- Dystrofia odruchowa (Reflex dystrophy),
- Odruchowa dystrofia współczulna,
- Algodystrofia (Algodystrophy),
- Algoneurodystrofia (Algoneurodystrophy),
- Zespół bólowy o podłożu współczulnym (Sympathetically maintained pain syndrome, SMP),
- Odruchowa dystrofia współczulna (Reflex sympathetic dystrophy, RDS) [3, 4, 5].

Objawy

Nazewnictwo

Przyczyny choroby

Wczesne rozpoznanie i leczenie jest niezbędne, aby chory wrócił do pełnej sprawności. Powrót do zdrowia zwykle bywa trudny i długotrwały, stąd istotne jest wczesne zdiagnozowanie objawów, które przeważnie obejmują obszar większy niż miejsce urazu, i staranne wyeliminowanie możliwych przyczyn powikłania. Przebieg choroby w postaci przewlekłej jest obarczone dużym bólem i może doprowadzić do kalectwa. Istnieją odmiany kliniczne Zespołu Sudecka, takie jak: kaulgalgia, czyli zespół bólowy pojawiający się po urazach tkanek miękkich i kości w obszarze nerwów zawierających dużą ilość włókien współczulnych lub zespół bark-ręka, dlatego rozpoznanie Zespołu może stanowić pewną trudność. Nie ma również jednoznacznej opinii, dlaczego u niektórych chorych Zespół Sudecka się rozwija, a u innych nie. Innymi przyczynami Zespołu Sudecka mogą być również: zawał serca, zmiany włókniste w płucach, choroby wewnętrzne lub też przyczyna choroby zostaje nieuchwytna [2, 6].

Patogeneza Zespołu Sudecka

Ze względu na różnorodny przebieg choroby w zależności od wieku, płci i mechanizmu działania urazu, nie ma jednoznacznej definicji opisującej tę jednostkę. Zespół Sudecka występuje zwykle u dorosłych, w mniejszym stopniu u dzieci, w wyniku złamania najczęściej dalszej nasady kości promieniowej [1].

Objawy układu współczulnego

Zaburzenia ze strony nerwowego układu współczulnego polegają na tym, że bodźce bólowe z miejsca, gdzie powstał uraz, przewodzone są do rogów tylnych rdzenia kręgowego, a powtarzająca się informacja bólowa wzmaga odpowiedź ze strony układu współczulnego, który powoduje uwalnianie wazoaktywnych i neuroaktywnych substancji drażniących receptory bólowe [2]. Objawy ze strony układu współczulnego obserwowane są w późniejszych stadiach choroby.

Rozwój wysięku pourazowego palców oraz wystąpienie silnego bólu powodować mogą zwiększoną podatność na powstanie patologii. Upośledzenie krążenia wskutek zbyt ciasno założonego opatrunku gipsowego powoduje, że złamanie nie może dobrze się zagoić z powodu zaburzonego dopływu substancji odżywczych do uszkodzonej tkanki oraz braku dostatecznie odpowiedniej ilości tlenu [7].

Leczenie złamań

Leczenie złamań z przemieszczeniem części dystalnej kości promieniowej metodą zachowawczą w porównaniu z nastawieniem operacyjnym sprzyja powstaniu Zespołu Sudecka. Hipoteza nie została poparta badaniami naukowymi, a jedynie subiektywną opinią naukowców zajmujących się badaniem Zespołu Sudecka [5].

W wyniku prowadzonych badań wskazuje się również na teorię, zgodnie z którą, wieloodłamowe złamanie sprzyja realnemu zagrożeniu wystąpienia schorzenia [1, 2, 8].

W przypadku unieruchomienia bardzo ważne jest prawidłowe postępowanie usprawniające. Pacjent nie powinien wykonywać intensywnych i bolesnych ćwiczeń, ponieważ źle prowadzona rehabilitacja może spowodować zaostrzenie objawów Zespołu Sudecka. Ból wywołuje odruchową reakcję naczynioruchową oraz generuje wydzielanie neuroaktywnych i wazoaktywnych substancji, co doprowadza do zwiększenia obrzęku, ocieplenia, zaczerwienienia [1].

Rehabilitacja

Istnieje wiele podobieństw między okresem ostrym Zespołu Sudecka a stanem zapalnym, m.in.: ocieplenie, zaczerwienienie, wysięk, mocny ból. W ostrym okresie choroby następuje wzrost przepuszczalności naczyń włosowatych dla takich substancji, jak immunoglobulina M znakowana izotopem indu In111, co potwierdziły badania izotopowe w pierwszym okresie trwania choroby. Immunoglobulina M skupia się w ogniskach zapalnych, potwierdzając teorię o zwiększonej przepuszczalności ścian naczyń dla makromolekuł i charakter zapalny choroby w tym okresie [9].

Okres ostry choroby

Wymienione hipotezy są głównymi powodami występowania Zespołu. Istnieje wiele przypuszczeń, dlaczego Zespół Sudecka u jednych się rozwija, a u innych nie, aczkolwiek nie znalazły one naukowego wyjaśnienia i są to głównie subiektywne opinie naukowców zajmujących się tym problemem [1].

Zwraca się również uwagę na predyspozycje psychiczne. Na przestrzeni lat przeprowadzono wiele doświadczeń dotyczących Zespołu Sudecka, nie udało się jednak jednoznacznie ustalić, dlaczego symptomy choroby na pewnej grupie pacjentów pojawiają się, a u pozostałych hospitalizowanych takimi samymi metodami stwierdza się brak symptomów. Powrót do zdrowia jest indywidualny dla każdego chorego i zdeterminowany przez dużą liczbę czynników. Predyspozycja do Zespołu Sudecka została zdefiniowana jako specyficzna predyspozycja do tworzenia nadmiernej reakcji w odpowiedzi na uraz i utrzymywaniu się opisywanej reakcji [1, 2, 7].

Predyspozycje psychiczne

Etapy rozwoju Zespołu Sudecka

Przebieg choroby można podzielić na trzy okresy w zależności od stopnia zaawansowania zmian [6]. Poszczególne etapy między okresami nie są wyraźnie zaznaczone w obrazie klinicznym. Choroba nierzadko ustępuje samoistnie po pierwszym lub drugim okresie [7]. Okres III choroby prowadzi zazwyczaj do kalectwa i sprawia duże trudności w leczeniu. Nie wiadomo, dlaczego u niektórych Zespół Sudecka ustępuje samoistnie, a u innych ma trójfazowy przebieg. Taki przebieg choroby może być tłumaczony predyspozycją

Trzy okresy choroby