

Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tip-1: Sosyal Boyutları ve Yaşam Planlaması

Complex Regional Pain Syndrome Type-I: Social Aspect And Life Care Planning

Yrd.Doç.Dr. Arif TÜRKMEN
Dr.Ertan GÜNAL
Dr.Metin TEMEL
Dr.Ömer BERBEROĞLU

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Gaziantep Tıp Dergisi 2010;16(2):53-56.

Özet

Refleks sempatik distrofi olarak da bilinen Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tip-1, (KBAS-1) bir veya birden fazla ekstremiteleri etkileyen multisemptomatik bir sendromdur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber, özellikle erişkinlerde yumuşak doku veya sinir travması sonrasında kontrol edilemeyen sempatik aktivite ve inflamatuvar cevap bu tablodan sorumlu tutulmaktadır. Palpasyon ile oluşan şiddetli ağrı ve otonom sinir sistemi disfonksiyonuna bağlı olarak gelişen semptomlar KBAS-1'in klasik bulgularıdır. Bu hastalığın tedavisinde tam bir fikir birliği yoktur ve KBAS-1, tedavide yetersiz kaldığı durumlarda hastanın yaşam kalitesini düşürmekte, iş gücü kaybına sebep olmakta ve hatta engelliliğe yol açabilmektedir. Bu çalışmada, KBAS-1'in sosyal boyutları ve yaşam planlaması tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu- 1, Refleks sempatik distrofi

Abstract

Complex regional pain syndrome type I, also known as reflex sympathetic dystrophy, is a multisymptom syndrome usually affecting one or more extremities. Etiology is not being solved completely, but uncontrolled sympathetic activity and inflammatory response following soft tissue and nerve injury is thought to be the main cause of this disease. Common symptoms are pain and tenderness to palpation and evidence of autonomic nervous dysfunction in an extremity. There is not one single successful treatment approach to complex regional pain syndrome and if the treatment of patient is not enough, major problems in patients social life may be occurred. In this study, social aspect and life care planning of complex regional pain syndrome type I were discussed.

Key Words: Complex Regional Pain Syndrome Type I, Reflex sympathetic dystrophy

Giriş

Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu-1 (KBAS-1) son yıllarda üzerinde yapılan çalışmaların artması ile gün geçtikçe daha fazla ilgi çeken ve belki de hakkında daha çok şey öğrendikçe tanısı daha sık konulan bir sendromdur. İlk olarak 1864 yılında Mitchell ve arkadaşları tarafından tanımlanan, Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tip-1 (KBAS-1), genellikle bir ekstremitede ortaya çıkan ağrı, palpasyon ile hassasiyet ve otonom sinir sistemi disfonksiyonuna bağlı semptomlar ile karakterize bir sendromdur (1). Çocuklarda da görülmesine rağmen erişkin yaş grubu (Ortalama: 30- 40 yaş) hastalığıdır ve kadın/erkek oranı 3/2'dir (2). KBAS-1, travma sonrasında gelişen, ekstremitede ilerleyici yanıcı tarzda ağrı, derinin yapısal değişiklikleri (kıllanma, kuruma veya parlama, ülserler, ısı artışı, renk değişiklikleri), hiperhidroz, ödem ve kronik dönemlerde kas krampları, atrofi ve bunun sonucu olarak kemik değişiklikleri, osteoporoz ve kontraktürler gibi semptomlar ile kendini göstermektedir (3). Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bu hastalığın tedavisinde de tam bir fikir birliği yoktur.

KBAS-1 yaşam boyu süre gelen bir hastalıktır. Semptomlar kontrol edilebilir fakat tam olarak tedavi edilemezler (2,3). Bu yalnızca hastalarda değil aynı zamanda da aileler üzerinde de büyük bir psikolojik etki yapmaktadır (4). KBAS-1 genellikle bir ekstremitayı etkilediğinden, bu uzvun hareket kaybı, hastanın günlük yaşamında ve sosyal hayatında sorunlar ile karşılaşmasına neden olmaktadır.

KBAS-1'i fizyolojik, histolojik ve klinik yönleri ile ilgili olarak birçok araştırma şimdiye kadar sunulmuştur. Ancak bu hastalığın sosyal hayata etkileri, yaşam planlanması ve ağrı yönetimi ile ilgili olarak kısıtlı sayıda yayın bulunmaktadır. Burada, KBAS-1'in sosyal yaşama etkileri, sorunları ve öneriler takdim edilmektedir.

Yrd.Doç.Dr. Arif TÜRKMEN, Gaziantep Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
Adres: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD. Şehitkamil/GAZİANTEP
Tlf: 0342 360 60 60 **Dahili:** 76486 **E-mail:** turkmenarif@yahoo.com



Geliş Tarihi: 29.01.2010 **Kabul Tarihi:** 25.02.2010

Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tip-1

Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) , tutulan vücut kısımlarında, şiddetli yanıcı ağrı, tutukluk, ödem, vazomotor, distrofik ve atrofik değişikliklerle karakterize bir klinik tablodur (2,3). 1994'de kriterlerde birliktelik sağlamak amacıyla Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı, sendromu yeniden tanımlamış ve 3 tipe ayırmıştır. Tip 1 eski tanımlamadaki refleks sempatik distrofiye, Tip 2 kozaljiye eşdeğerdir ve Tip 3 ise sınıflanamayan tip olarak belirlenmiştir (5).

Kompleks bölgesel ağrı sendromu tip- 1 (KBAS-1) etiolojisinde şimdiye kadar birçok teori ortaya atılmışsa da, herhangi bir yumuşak doku veya sinir travması sonrasında oluşan sempatik hiperaktivite ve kontrol edilemeyen inflamatuvar cevap otorlerce en çok kabul edilen teoridir (6). Travma sonrasında sempatik sistem aktivasyonu ve bunu takiben inflamatuvar cevap oluşur. Bu esnada, prostaglandin, substans P, kalsiyum, potasyum, histamin, 5-hidroksitriptamine, ve diğer nörotransmitterlerin salınımı uyarılır. Normal olarak, bu sempatik sistem aktivasyonu travma sonrasında ilk 24 saat içinde azalarak sonlanır. KBAS-1'in reel teorisi ise, vazospazma, devamlı nörotransmitter salınımına, sonucunda artan ağrı ve doku yıkımına sebep olan, sempatik sistem aktivasyonun bir şekilde sonlanmaması ve inflamatuvar cevabın belirli bir siklus halinde devam etmesidir (7-9).

KBAS-1'in klinik seyri üç evreden oluşmaktadır. Birinci evre, 1. ile 3. aylar arasında olup, genellikle hasarın olduğu bölge ile sınırlı olan ilerleyici yanıcı tarzda ağrı, kas krampları, ödem, derinin renginin ve ısısının değişmesi ile sonuçlanan vazospazm ve hareket kısıtlılığı ile karakterizedir. İkinci evre 3. ile 6. aylar arasındadır. Ağrı daha ciddi ve daha yaygın hale gelir, ödem artar, kılırlarda ve saçlarda kabalaşma olur, tırnaklar parlaklaşır, kırılmalar oluşur ve oluklar oluşabilir. Evre 3 de ise, atrofi geri dönüşümsüz hale gelir. Ağrı dayanılmazdır ve genellikle tüm ekstremitayı kapsar. Fleksiyon tendon kontraktürleri ve benekli osteoporoz da denilen kemik değişiklikleri oluşabilir (2-5).

KBAS-1 hastalarında cerrahi veya travmadan bağımsız olarak var olan ağrı bu hastalığın en belirleyici semptomudur. Ağrı yanıcı, ciddi ve derin bir sızı şeklinde tanımlanabilir. Alodini, (taktil uyarıcılar elbise değiştirme, duş esnasında gibi hareketler ile oluşan ağrı) vardır. GABA'nın geri alınımındaki azalma sonucu nörotransmitterler tarafından yapılan, postsinaptik membran boyunca kalsiyum tranferinde rol alan NMDA adı verilen reseptörlerin ve AMPA reseptörlerinin aşırı aktivasyonu sonucunda alodini ve hiperaljezi oluşur (10). Ağrıdan dolayı fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerindeki azalma sonucunda, kas atrofi ve kontraktürler gelişir. Hareketler kısıtlandığında kas, yumuşak doku ve artiküler dokularda hızlı histolojik değişiklikler olur. Hücre içi ATP, ADP, CP, glikojen, mitokondrial üretimin azalması sonrasında kasın enerji üretimi azalır. Kas hacminde azalma olur. Kıkırdak dokular inceler, kollojen dokular gerilim kuvvetlerini kayıp ederler, eklem çevresinde oluşan kalın bir fibröz doku sonucunda da kontraktürler oluşur (11).

Ayrıca, motor bozukluklar olarak distoni, kuvvetsizlik, tremor, istemsiz hareket ve spazmların, ikinci ve üçüncü devrelerde görülebileceği bildirilmektedir (11). KBAS-1 hastalarındaki deri değişiklikleri çeşitlilik gösterir. Etkilenen ekstremitede; deride ısı artışı veya azalışı, siyanotik alanlar, kızarıklıklar, beyaz noktasal alanlar, tırnaklarda kırılmalık, yavaş büyüme, terleme artışı gibi çok farklı değişiklikler bu hastalığa eşlik edebilir (2-6).

Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bu hastalığın tedavisinde de tam bir fikir birliği yoktur. Veldman'ın KBAS ölçütlerine bakıldığında açıklanamayan yaygın ağrı, sağlam tarafla karşılaştırıldığında deride renk değişikliği, yaygın ödem, diğer ekstremitelere göre cilt ısısında değişiklik ve aktif eklem hareket açıklığında kısıtlanma bulunması ki bunlardan 4 veya 5 tanesinin bir arada olması gerekir, tanı koydurucudur (12).

Tedavinin ana amaçları:

1. Ağrının azaltılması,
2. Etkilenen ekstremitenin mümkün olduğunca kullanımının artırılması,
3. Psikolojik destek verilmesi ve hastanın hayatını kolaylaştırıcı önlemlerin alınmasıdır. Kullanılan tedavi protokollerin hiç birisinde fikir birliği olmamasına rağmen, ağrının giderilmesinde sempatektomi ve epidural bloklar gibi girişimsel yaklaşımların en etkili yöntemler olduğunu bilmekteyiz (2,4,5,7,8). Fakat spinal sinirlerin ve kordun yaralanması, böbrek ve üreter yaralanması, ağrının daha da artma riskinin olması bu yöntemlerin dezavantajlarıdır (5).

Sonuç olarak, çeşitli ve yoğun tedavi protokollerine rağmen, KBAS-1'in prognozu ne yazık ki kötüdür. Giderek artan ağrı, fleksiyon tendon kontraktürlerine bağlı kullanım kısıtlılıkları ve ödem gibi semptomlar hastanın hayatını her yönü ile olumsuz etkiler.

Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tip-1'in Sosyal Boyutları

KBAS-1, semptomların kontrol altına alınabildiği, ama tamamen iyileşmeyen ve ömür boyu süren bir hastalıktır. Bu hastalığın hem hastanın kendisine hem de ailesine ciddi sosyal ve psikolojik etkileri vardır. KBAS-1 genellikle ekstremiteleri tuttuğu için, bu ekstremitede meydana gelen fonksiyon kaybı hayatı olumsuz etkilemektedir. Hastanın, bu yaşam kalitesini düşüren durum kaybını kabul etmesi önemlidir.

1989 yılında Mccaffery ve Bebe KBAS-1'in sosyal boyutları ve psikolojik etkileri hakkında çalışmalar yapmışlardır. Hastalığın sebep olduğu kronik ağrının hastanın psikolojisine etkisi ile ilgili olarak 4 evre tanımlamışlardır. Bu evrelerin ilkinde, hasta tedavi arayışındadır ve ağrının kesilmesi umar. İkinci evrede hasta uygunsuz veya zararlı bir tedavi aldığını düşünmektedir. 3. evre hastanın ağrının kalıcı olduğunu anlamaya başladığı evredir ve bu da hastada anksiyeteyi ve depresyonu tetikler.

Son evre olan 4. evrede ise, artık hasta ağrının kalıcı olduğunu kesin olarak kabul eder ve hayat kalitesindeki değişiklikler ile yaşaması gerektiğini anlar. Etkilenen hastalar arasında kişilik bozukluğu olduğuna dair kanıt yoktur fakat ağrının ciddiyeti ve hayat kalitelerinin düşmesi depresyon ve anksiyeteye sebep olabilir (13).

Bu hastalar, özellikle ağrının ve fonksiyon kaybının arttığı hastalığın ileri dönemlerinde psikolojik desteğe ihtiyaç duyarlar. Hastanın beslenme, tuvalet ihtiyacı gibi günlük işlerini tek başına yapamaması üzerinde ciddi bir baskı yapar. Uzun süren tedavi protokollerinden yeterli cevap alınamaması, hastada bıkkınlık ve umutsuzluk oluşturur. Bunun sonucunda da anksiyete ve depresyon tetiklenebilir. Hasta sosyal hayattan kendini soyutlayabilir, hatta tedavisini yarıda bırakmak isteyebilir. Bu nedenle hastalığın seyri esnasında, hastanın psikolojik destek alması, gerekirse depresyon ilaç tedavisinin de eklenmesi sıklıkla gerekebilir.

KBAS-1 hasta ve ailesi için maddi olarak da büyük sorunlar yaratır. Hastanın çalışmamasından dolayı gelir azalır. Bununla beraber hastanın tedavisi ve bakımı aile bütçesi üzerinde ekstra bir masraf oluşturur. Hareket kısıtlılıkları ile beraber, hastanın aile içindeki sorumluluklarını yerine getirememesi nedeni ile ailesi ile hasta arasında gerilimler meydana gelir. Alış- veriş, kişisel ve ev temizliği, ev bakımı gibi bir evin temel ihtiyaçlarına hastanın katkısının azalması ve diğer aile fertlerinin sosyal yükümlülüklerin artması özellikle zayıf sosyoekonomik düzeydeki ailelerde zaten bozuk olan psikolojilerin daha da yıpranması ile sonuçlanır. Bu da aile ilişkilerinde zayıflama, hastanın arkasındaki aile desteğinin azalmasına sebep olabilir.

Yaşam Planlaması

Kompleks bölgesel ağrı sendromları hayat boyu süren ağrı sendromlarıdır. Tutulan ekstremitenin aktivitesini göz önünde bulunduran düzenlemeler hastanın günlük yaşantısını idame ettirebilmesi için gereklidir. Uygun elbiseler gerekli olabilir. Uzun ve geniş kollu gömlekler, geniş paçalı bol pantolonlar, kadınlar için pantolon yerine etekler, yine bağlamalı elbiseler ve ayakkabılar yerine fermuarlı olanları tercih edilebilir. Uzun saplı ayakkabı çekeceği hastanın ayakkabılarını giyebilmesi için kullanışlı olacaktır. Uzun saplı duş süngerleri, uzun bacaklı sandalyeler veya kürsüler, banyonun duvarına monte edilecek tutunma barları, hastanın kolay uzanabileceği sabunluklar kullanılabilir. Yine tuvalet ihtiyacının kolay giderilebilmesi için tutunma barları, yüksek klozetler ve tuvalet kâğıdının uygun yere konulması KBAS'lu hastalar için hayatı kolaylaştıran düzenlemelerdir. Tezgâhların boyunun düşürülmesi, hastanın evine bulaşık makinesi, el blenderı, elektrikli bıçaklar gibi küçük ev aletlerinin alınması, dolapların yerlerinin hastanın kullanımına göre ayarlanması, uzun saplı ve ağır olmayan mutfak aletlerinin kullanılması yine hastaların mutfaktaki işlerini daha iyi yapmalarını sağlayacaktır. Bazı vakalarda, eşlerin yataklarını ayırmaları uyku sırasında istemsiz darbelerin önlenmesi için gerekebilir.

Yine yatak ve kanepeler boyalarının özellikle alt ekstremitelerde tutulumu olan hastalarda ayarlanması önemlidir. Hastanın kendi kullandığı veya ailesinin sahip olduğu otomobillerin kapıları kolay açılabilir ve inip binmesinin kolay olacağı bir yükseklikte olması gerekir. El frenleri ve el kontrolleri gibi modifikasyonlar özellikle alt ekstremiteleri tutulan hastalar için gerekli düzenlemeler olabilir. Sese duyarlı bilgisayar sistemleri ve diğer elektronik donanımlar üst ekstremitelerde tutulumu olan hastalar için uygun yaklaşımlar olabilir. Hastanın yürüme problemi varsa hastaya elektrikli tekerlekli sandalye temin edilmeli eğer imkân yok ise manuel kullanılmalıdır ancak manuel tekerlekli sandalye kullanımda hastalarda omuz boyun ve kol yaralanmalarının olabileceği akılda tutulmalıdır. Bunların hepsinin yanında eğer hasta günlük yaşantısını tek başına idame ettiremiyorsa hastaya, fonksiyon kaybına göre bakıcı veya özel eğitilmiş hemşire bakımı sağlanmalıdır. Hastaya günlük yaşantısını kolaylaştıracak çözümlerin, modifiye edilen aletlerin ve eşyaların kullanımının, sorunlar ile başa çıkma stratejilerinin ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin anlatıldığı eğitimler verilmelidir. Bu hastalara, doktorları tarafından havaalanlarında, otobüs ve uçak yolculukları sırasında çıkabilecek sorunları engellemek için durumlarını belirten bir not verilmelidir.

Bu hastalarda uzun dönemde çıkabilecek sağlık sorunları da göz önünde bulundurulmalıdır. Ağrı hastalarda sedanter yaşam biçiminin benimsenmesine yol açar. Bu nedenle bu hastalarda kilo artışı ve buna bağlı olarak kardiyovasküler hastalıkların, osteoporozun, kalp krizinin ve diyabetin görülme riski artar. Diyet ve hastalığın izin verdiği uygun egzersiz programları ile hastaların kiloları kontrol altına alınmalıdır. Eğer sigara içiyorsa hasta sigarayı bırakması konusunda uyarılmalıdır. Osteoporozun engellenmesi için günlük kalsiyum desteği verilmeli ve eğer gerekirse bifosfat da diyetle eklenmelidir.

Sonuç

KBAS hem hastayı hem de ailesini fiziksel, duygusal ve maddi yönlerden etkileyen hayat boyu süren bir hastalıktır. Bu hastalığın medikal ve cerrahi tedavisinin yanında, çok iyi bir psikiyatrik destek ve yaşam planlaması da bu hastaların günlük yaşantılarını devam ettirebilmeleri için gereklidir.

Kaynaklar

1. Mitchell SW, Morehouse GR, Keen WW. Gunshot Wounds and Other Injuries of Nerves. Philadelphia, JB Lippincott Co. 1864.
2. Kirkpatrick AF. (1999). Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association of America. Clinical Practice Guidelines.
3. 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.

4. Cohen M. Clinical frontiers in the sleep/psychiatry interface-clinical issues in pain and sleep. *Psychiatry Treatment Updates* (1999).
5. Beyazova M, Kutsal YG. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Cilt II, Chapter 7, Güneş Kitabevi, 2000;1903-1915.
6. Mailis A, Wade J. Profile of Caucasian Women with possible genetic predisposition to reflex sympathetic dystrophy: a pilot study. *Clin J Pain*. 1994;10(3):210-7.
7. Roberts J. A hypothesis on the physiological basis for causalgia and related pains. *Pain*. 1986;24:297-311.
8. Avelanet M, Saenz A, Gonzalez-Viejo MA. Treating complex regional pain syndrome, after heart surgery, with gabapentin: a case report. *Pain Clinic*. 2001;13(2):177-81.
9. Kurvers HAJM. Reflex sympathetic Dystrophy: facts and hypothesis. *Vasc Med*. 1998;3:207-14.
10. Nicholson, B. Observations on neuropathic pain. Presented at the American Pain Society 19th Annual Meeting (2000).
11. Alyanak AM, Refleks sempatik distrofilii olgularda karbondioksitli su ile yapılan kısmi banyonun klinik semptomlardaki etkinliği, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji AD, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1996.
12. Manning DC. Reflex sympathetic dystrophy, sympathetically maintained pain and complex regional pain syndrome: diagnoses of inclusion, exclusion, or confusion? *J Hand Ther*. 2000;13:260-8.
13. Ciccone DS, Bandilla EB. Psychological dysfunction in patients with reflex sympathetic dystrophy. *Pain*. 1997;71:323-33.