

• Uvod • Klinička slika i dijagnoza

Uvod Sindrom rame-šaka je klinički poremećaj koji se ubraja u grupu algodistrofičnih sindroma, a ispoljava se periartritisom ramena, akutnog, subakutnog ili hroničnog karaktera, u uskoj vezi sa bolom i otokom šake iste strane i vazomotornim promjenama. Ovaj sindrom je refleksna simpatička distrofija gornjeg ekstremiteta uzrokovana lezijama pojedinih organa i tkiva. Ovaj sindrom je zapažen u cervikalnoj artrozi ili diskopatiji, hroničnom stadiju infarkta miokarda, angini pektoris, poslije cerebralne apopleksije i perifernog oštećenja ruke. Češće je zahvaćeno jedno rame i to desno. Obično se javlja u osoba preko 40 godina.

Radi lakšeg razumijevanja ovog sindroma neophodno je potrebno bliže poznavanje njegove patogeneze, odnosno komplikovanog refleksnog neurovegetativnog mehanizma. Postoji uska komunikacija između simpatičkih nervnih vlakana, koja polaze iz koronarnih arterija i aorte, sa spinalnim nervima, kako u samoj kičmenoj moždini, tako i simpatičkim ganglionima. Glavna veza između srčanih nerava, odnosno simpatičkih vlakana s jedne strane, sa plexusom brahijalis. i prvih pet interkostalnih nerava s druge strane, nalazi se u segmentima C5, C6, C7, C8 i T1, T2, T3, T4 i T5 kičmene moždine.

Kada se poznaje neurovegetativna povezanost moguće je shvatiti pojavu bolnog sindroma rame-šaka u infarktu miokarda i angini pektoris, kada se zna da je aortno-koronarni sistem polazna tačka refleksnog luka koji se završava u predjelu ramena. Takođe je razumljivo što se ovo obolenje pojavljuje i u cervikalnoj artrozi, jer je refleksni luk koji polazi iz zone koronarnih arterija i aorte prema ramenu u vezi sa odgovarajućim korjenovima cervikalne kičme koji su u cervikalnoj artrozi komprimirani i nadraženi.

Neurosimpatičko učešće putem vazomotornih uticaja izaziva vaskularne poremećaje i poslijedične trofičke promjene, koji su osnov metaboličkih poremećaja u periartikularnom tkivu, ramena i šaka, a takođe i uzrok mišićnog spazma. Promjene na periferiji dovode do uspostavljanja circulus vitiosus.

Klinička slika i dijagnoza Prve promjene javljaju se u ramenu ili u šaci, ili se obolenje javlja istovremeno u ramenu i šaci. Periartritis ramena razlikuje se od ovog sindroma po tome što kod njega nema pravog tendinitisa mišića supraspinatusa, već je periartikularno tkivo odjednom cijelo zahvaćeno. Takođe, ovde ne dolazi do taloženja kalcija.

Obolenje se dijeli u tri stadija:

1. Prvi stadij traje oko tri do šest mjeseci. Karakteriše se difuznom osjetljivošću jednog ili oba ramena ili šake, ograničenim pokretima ramena, naročito smanjenim pokretima abdukcije i

unutrašnje rotacije. Hipertonus mišića cijelog ramenog pojasa i osjetljivost pri palpaciji su takođe karakteristike ovog stadija. Objektivno na šaci nalazimo difuzan otok šake i prstiju. Pokretljivost prstiju je ograničena, i oni su u lakoj fleksiji. Bol se pojačava pri pokretima i palpaciji. Koža šake je u ovom stadiju crvena i topla. Mišićna snaga je smanjena pri stisku šake. Bolest se može u potpunosti povući, čak i bez ikakvog liječenja, dok u slučajevima njene maligne evolucije, može da bude otporna na svako liječenje i poslije kraćeg ili dužeg vremena da pređe u drugi stadij.

2. Drugi stadijum se odlikuje pojačanom ukočenošću prstiju šake, slabijim bolovima i otokom koji postepeno iščezava. Koža je hladna, blijeda i atrofična. Potkožno tkivo i mišići postepeno atrofiraju. Trofičke promjene se odigravaju i u ramenom predjelu, tako da pokreti ramena postaju još ograničeniji. Na rtg snimcima može se naći početna osteoporoza kostiju, šake i ramenog zgloba. Ovo stanje se može popraviti liječenjem a da ne pređe u treći, završni stadijum.

3. Treći stadijum se odlikuje ireverzibilnošću promjena. Javljaju se jasno ispoljene trofičke promjene u koži, potkožnom tkivu, mišićima i fascijama. Rame i šaka nisu više bolni. Nastaje fibrozna ankiloza ramena i atrofija mišića cijelog ramenog pojasa. Koža je istanjena, glatka, zategnuta i cijanotična, pri palpaciji hladna. Uslijed atrofije interosealnih i fleksornih mišića i kontraktura tetiva fleksora palmarne aponeuroze prsti zauzimaju položaj fleksije, a cijela šaka je u savijenom položaju. Na rtg snimcima je jače izražena osteoporoza kostiju. Napredovanje bolesti i funkcionalni poremećaj su u tijesnoj vezi sa stanjem osnovnog obolenja koje je dovelo do ovog sindroma.

Laboratorijski rezultati su uglavnom normalni, jer nema sistemskih znakova oštećenja vezivnog tkiva.

Minimalni program ispitivanja za postavljanje dijagnoze Postavljanje dijagnoze ovog vrlo složenog obolenja vrši internista-reumatolog, po mogućnosti u visoko specijalizovanim ustanovama. Potreban je detaljan klinički pregled, koji se sastoji iz iscrpne anamneze i objektivnog internističko-reumatološkog nalaza. EKG snimak srca je obavezan. Rtg snimci vratne kičme, ramena i šaka. Laboratorij: SE, krvna slika, urin i fibrinogen se rade u cilju isključivanja drugih obolenja.