

DIFERENCIALNA DIAGNOZA BOLEČIN V PREDELU RAME

Blaž MAVČIČ, Vane ANTOLIČ

Uvod

Rama povezuje zgornji ud s trupom. Bolečine v rami so zato lahko posledica patoloških procesov v samem sklepu, lahko pa izvirajo iz zgornjega uda, prsnega koša, trebuha ali vratu. Diferencialna diagnoza bolečin v predelu rame je torej zelo široka in jo v osnovi razdelimo na pet velikih skupin: prenešene bolečine iz notranjih organov, nevrogene bolečine, bolečine zaradi miofascialnega sindroma ali fibromialgije, prenešene bolečine iz drugih delov kostno-mišičnega sistema in bolečine z izvorom v sami rami.

Prenešene bolečine iz notranjih organov v predel rame

Patološki procesi v notranjih organih prsnega koša in trebuha, ki prizadenejo visceralni list plevre ali peritoneja, povzročijo topo bolečino z nejasno krajevno opredelitvijo, ki lahko seva tudi v predel rame. Za tovrstne bolečine je značilna neomejena aktivna in pasivna gibljivost v rami z normalnim delovanjem ramenskih mišic, pri pregledu pa bolečine ni mogoče izzvati ali krajevno opredeliti. Izvidi slikovnih diagnostičnih preiskav rame (Rtg, UZ, MRI) so praviloma v mejah normale. V takšnih primerih je treba z natančnejšo anamnezo in pregledom razširiti diferencialno diagnostiko ter izključiti naslednja stanja:

- sindrom torakalnega izhoda
- izvenmaternično nosečnost
- draženje trebušne prepone
- jetrni absces
- bolezni žolčnika (običajno desna rama)
- notranje krvavitve
- angina pectoris ali akutni miokardni infarkt
- Pancoastov tumor, ki ga lahko spremlja Hornerjev sindrom

Za prenešene bolečine v rami je značilna neomejena gibljivost v rami z normalnim delovanjem mišic, s pregledom pa se bolečine ne da izzvati.

Nevrogene bolečine

Nevropatija n. suprascapularisa in radikulopatija cervikalnih segmentov pogosto dajeta klinično sliko, ki je zelo podobna bolezni rotatorne manšete. Vratni spinalni korenini C5 in C6 namreč prek n. suprascapularisa oživčujeta m. supraspinatus in m. infraspinatus, t.j. najpomembnejši mišici rotatorne manšete. Za bolnike s prizadetostjo teh struktur je značilna bolečnost lateralnega dela rame ter zmanjšana groba moč in zmanjšana aktivna gibljivost pri abdukciji in zunanji rotaciji. Najpogostejši vzroki za prizadetost omenjenih korenin / živcev so:

- spondiloza vratne hrbtenice, ki prizadene spinalne korenine C5 in C6
- diskoradikularni konflikt v vratni hrbtenici (cervikobrachialgija)
- prizadetost brahialnega pleteža, ki zajema n. suprascapularis
- trakcijske poškodbe (npr. Erbova pareza)
- utesnitev n. suprascapularisa v suprascapularni incizuri na lopatici
- poškodbe živcev pri zlomih
- nevromišične bolezni
- iatrogene poškodbe

Ob zmanjšanju moči ramenskih mišic je vedno treba opraviti nevrološki pregled (motorika, senzorika, refleksi) po dermatomski razporeditvi spinalnih segmentov in perifernih živcev.

Na poškodbo spinalnih korenin ali perifernih živcev je treba pomisliti, kadar ugotovimo zmanjšano grobo moč mišic ramenskega obroča oz. zmanjšano aktivno gibljivost v rami ob ohranjeni pasivni gibljivosti in normalnem izvidu slikovnih preiskav rame (UZ, MRI, artrografija). V tem primeru je treba opraviti nevrološki pregled (motorika, senzorika, refleksi) po dermatomski razporeditvi spinalnih segmentov od C5 do Th1 ter po razporeditvi perifernih živcev (thoracicus longus, suprascapularis, aksilaris, radialis, medianus, ulnaris, musclocutaneus). V akutni fazi radikularne utesnitve lahko bolečino reproduciramo s kompresijskimi testi (npr. Spurlingov test), medtem ko so v kronični fazi opazni le še atravmatski nevrološki izpadi. Postavitev diagnoze v primeru nevrogene okvare temelji na anamnezi, natančnem nevrološkem pregledu in Rtg vratne hrbtenice, v nejasnih primerih pa je potrebna elektromiografija mišic ramenskega obroča ali MRI vratne hrbtenice.

Miofascialni sindrom in fibromialgija

Za **miofascialni sindrom** so značilne sprožilne boleče točke, ki ob pritisku povzročijo lokalno bolečino in prenešeno bolečino vzdolž poteka mišičnih vlaken. Bolečino običajno spremlja krčenje mišičnih vlaken na mestu pritiska. V predelu rame na so boleče točke najpogosteje prisotne v mišicah trapezius, levator scapulae, rhomboidei, supraspinatus in infraspinatus. Bolečnost ob nategu mišic lahko povzroči omejeno gibljivost (v rami ali v vratu), medtem ko v motoriki in senzoriki mišic ramenskega obroča ne najdemo odstopanj od normale. **Fibromialgija** je opredeljena z diagnostičnimi merili, ki vključujejo več kot 3 mesece trajajoče bolečine v vseh 4 kvadrantih telesa in aksialno ter bolečnost vsaj 11 od 18 tipičnih bolečih točk, kjer se lokalizirana bolečina izzove s pritiskom več kot 4 kg (približno takšen pritisk, kot je potreben za poblebitev nohtne blazinice). Ena od tipičnih bolečih točk v bližini rame se nahaja na zgornjem robu m. trapeziusa, druga tipična točka pa na medialnem robu skapule ob origu m. supraspinatusa. Za razliko od miofascialnega sindroma so tipične točke boleče le lokalno, bolečina se ne širi v okolico. Bolezen večinoma prizadene ženske in je pogosto povezana z drugimi sistemskimi boleznimi (utrudljivost, prolaps mitralne zaklopke, sindrom razdražljivega črevesja, migrena).

Prenešene bolečine iz drugih predelov kostno-mišičnega sistema

Pri bolečinah v rami je treba vedno izključiti morebiten vzrok bolečin v zgornjih ekstremitetah, vratni hrbtenici ali prsnem košu. Priporočljiva je rutinska palpacija, ocena gibljivosti, grobe moči in senzibilitete omenjenih predelov. Bolečine kostno-mišičnega izvora, ki lahko sevajo v rama, vključujejo:

- degenerativne bolezni ali poškodbe vratne hrbtenice
- degenerativne bolezni ali poškodbe komolca, podlahti in zapestja
- poškodbe zgornjega dela prsnega koša

Bolečine z izvorom v rami so lahko posledica **prirojenih boleznih** (Mb. Sprengel, epifizarne displazije), **poškodb** (izpah rame, zlom nadlahtnice, zlom ključnice, zlom lopatice, Bankartova poškodba, anteroirno-posteriorna poškodba zgornjega labruma), **tumorjev** (enhondrom, anevrizmalna kostna cista, enostavna kostna cista, metastaza), **sistemskih boleznih**

Bolečine z izvorom v rami

Diagnoza in tipična starost	Klinična slika	Preiskave	Zdravljenje
Utesnitveni sindrom 20-50 let	Pozitivni utesnitveni testi, omejena aktivna in pasivna gibljivost, bolečine pri gibanju, nočna bolečina.	Rtg normalen, lahko tudi subakromialno zoženje, ukrivljenost akromiona tip 2 ali 3	NSAR, FTH, subakromialna blokada ali OP dekompresija
Zamrznjena rama (adhezivni kapsulitis) 45-65 let	Omejena aktivna in pasivna gibljivost, v skrajnih legah boleča; sekundarno po predhodnih težavah v rami.	Rtg normalen, MRI z artrografijo pokaže zmanjšan volumen sklepne ovojnice	NSAR, FTH, morebitno OP zdravljenje šele po 18 mesecih
Ruptura rotatorne manšete 50-75 let	Pasivna gibljivost boljša od aktivne, zmanjšana moč mišic RM z atrofijo; posledica kronične utesnitve, povod za dokončno rupturo je pogosto poškodba.	Rtg subakromialno zoženje, osteofiti, UZ ali MRI pokaže rupturo	Pri starejših FTH, pri mlajših OP
Akutni kalcinirajoči tendinitis 40-60 let	Akutna bolečina v rami, omejena boleča gibljivost, boleč veliki tuberkel.	Rtg kalcinati ob narastiščih mišic RM	NSAR, FTH, blokada kortikosteroida, artroskopska dekompresija, OP
Akromioklavikularna artroza 55-75 let	Boleč zadebeljen AC sklep, pozitiven test horizontalne addukcije, bolečina mine po blokadi AC sklepa s Xylocainom.	Rtg zoženje AC sklepne špranje, hipertrofija, osteofiti	NSAR, led, blokada sklepa, v redkih primerih OP resekcija distalne klavikule
Glenohumeralna artroza 55-75 let	Kronične bolečine z omejeno gibljivostjo, krepitacije, atrofija mišic zaradi neaktivnosti.	Rtg zoženje sklepne špranje, degenerativne spremembe glavice humerusa	NSAID, FTH, v napredovalih primerih TEP
Tendinitis dolge tetive m. bicepsa 20-50 let	Bolečine v sprednjem delu rame ob fleksiji rame, supinaciji in fleksiji komolca (Speedov, Yergasonov test). Najhujše bolečine na začetku aktivnosti, nato se zmanjšajo, posledica preobremenjevanja (dviganje).	Rtg normalen, UZ ali MRI lahko pokaže vnetje tetive.	NSAID, led, počitek, FTH. Sprememba aktivnosti ali športne tehnike.
Ruptura dolge tetive m. bicepsa 20-50 let	Mišična zadebelitev distalne nadlahti (Popajeva mišica), posledica poškodbe; slabša moč supinacije (za 20%) in fleksije v komolcu (za 8%).	Rtg normalen ali enako kot pri utesnitvi	NSAR, FTH, pri mlajših OP zaradi povečanja moči ali kozmetično

Tabela 1: Najpogostejše degenerativne bolezni, ki povzročajo bolečine v rami

(revmatoidni artritis, sistemski lupus eritematozus, ankilozirajoči spondilitis, septični artritis, lymška borelioza, psoriatični artritis). Največji delež obiskov v ortopedski ambulanti predstavljajo bolniki z **degenerativnimi boleznimi**, ki so navedene po pogostnosti v Tabeli 1. Praviloma pri tovrstnih stanjih s kliničnim pregledom ugotovimo določena odstopanja od normale (omejena ali boleča gibljivost, krepitacije, preskoki, lokalizirana palpatorna občutljivost), diagnozo pa postavimo z nadaljnjimi slikovnimi in laboratorijskimi preiskavami.

Največji delež bolnikov v ortopedski ambulanti predstavljajo bolniki z degenerativnimi boleznimi rame.

Zaključek

Pri bolečinah v rami je treba vedno upoštevati številne diferencialno diagnostične možnosti in izključiti prenešene bolečine iz notranjih organov ali iz drugih delov kostno-mišičnega sistema. Še posebna previdnost je potrebna, kadar gibljivost v sklepu ni omejena in s pregledom ne uspemo izzvati bolečine. Pri bolnikih, kjer zdravljenje ni prineslo pričakovanega izboljšanja, je treba pomisliti na možnost napačne diagnoze. V primeru nejasnih simptomov ali nejasne diagnoze je treba vedno zagotoviti spremljanje bolnika v rednih časovnih presledkih. Za bolnike z akutno bolečo ramo in omejeno gibljivostjo je smiselna napotitev v nujno ortopedsko ambulanto. Ob kroničnih težavah v rami pa je priporočljivo, da prvo fazo diagnostike (Rtg rame v AP in Y projekciji, diagnostični UZ ali MRI rame, EMG zg. ekstremitet ali mišic ramenskega obroča) in zdravljenja (NSAR, hlajenje z ledom, fizioterapija, protibolečinska obsevanja) vodi družinski zdravnik, ki v primeru patoloških izvidov slikovnih preiskav ali v primeru odpovedi konservativnega zdravljenja bolnika napoti v redno ortopedsko ambulanto.

Literatura

1. DeLee JC, Drez D: DeLee and Drez's Orthopaedic Sports Medicine, 2nd ed; Elsevier 2003; 864–867.
2. Fongemie AE, Buss DD, Rolnick SJ. Management of shoulder impingement syndrome and rotator cuff tears. Am Fam Physician. 1998; 57:667–682.
3. Glockner SM. Shoulder pain: a diagnostic dilemma. Am Fam Physician 1995; 51: 1677–1692.

4. Gnatz SM. Referred pain syndromes of the head and neck. In: *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews*. 1991; 5: 585–596.
5. Hong CZ, Simons DG: Pathophysiologic and electrophysiologic mechanisms of myofascial trigger points. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 863–872.
6. Jackson DL, Farrage J, Hynninen BC, Caborn DN. Suprascapular neuropathy in athletes: case reports. *Clin J Sport Med*. 1995; 5:134-6.