

OMUZ ROTATOR MANŞET CERRAHİSİ SONRASI REHABİLİTASYON

7. BÖLÜM

Meryem KÖSEHASANOĞULLARI¹

Giriş

Omuz ağrısı nedeniyle her yıl milyonlarca insan doktora başvurmaktadır. Görüntüleme yöntemlerinin ve konservatif ya da cerrahi tedavi tekniklerinin gelişmesi ile tedavide önemli adımlar atılmıştır. Bu bölümde rotator manşet hastalıklarına ve tedavi yöntemlerine değineceğiz.

1. Rotator Manşet Hastalıkları

Omuz ağrısı nedeniyle her yıl üç milyondan fazla hasta doktora başvurmaktadır. Bu başvuruların da en sık nedenini rotator manşet hastalıkları oluşturmaktadır (1). İlk rotator manşet hastalıklarının tanımlanması Codman tarafından yapılmıştır (2).

Rotator manşet yırtıkları yaygın tendon yaralanması nedenlerinden biridir. Travma, yaşa bağlı dejenerasyon ve dominant kol en önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır (3,4). Ayrıca subakromial sıkışma sendromunda tedavinin gecikmesi de yırtığa neden olabilmektedir (3).

Günümüzde rotator manşet hastalıklarının etiopatogenezinde yaşlanma gibi intrinsik faktörler ve travma, fiziksel yüklenme, akromionun anatomik yapısı, postür bozukluğu gibi ekstrinsik faktörlerin rol oynayabileceği düşünülmektedir

(5,6). Rotator manşet tendinopatisinin etiopatogenezinde rol alan etmenler Tablo 1 de belirtilmiştir.

Tablo 1: Rotator Manşet Tendinopatisinde Etiopatogenez

Ekstrinsik Faktörler	İntrinsik Faktörler
Anatomik Faktörler Subakromiyal spur Akromionun şekli Akromioklavikuler spur	Tendonun vasküleritesi Tendonun mekanik özellikleri
Biomekanik Faktörler Skapulohumeral bozukluklar Pektoral kas kısalığı Postür bozukluğu Glenohumeral yapının bozukluğu Rotator kas bozuklukları	Tendonun yapısı Genetik yatkınlık Yaş

Rotator manşet hastalıkları Neer tarafından 3 evreye sınıflandırılmıştır (7).

Evre 1: Genellikle 25 yaşından küçüklerde, sıklıkla sporla uğraşan veya kolunu baş üstü aktivite gerektiren işlerde çalışan kişilerde görülür. Tendonda ve bursada ödem ve hemoraji mevcuttur.

Evre 2: 25-40 yaş arasında görülen bu evrede tendinit ve fibrozis ortaya çıkmıştır.

¹ Uzm. Dr. Meryem KÖSEHASANOĞULLARI, Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü
meryem.yoruk@deu.edu.tr

Sonuç

Donuk omuz tedavisinde konservatif tedavi ile başarı sağlanamadığında cerrahi tedaviye başvurulur. Cerrahi sonrası en kısa zamanda fizik tedaviye başlanmalıdır. Cerrahi tedavi öncesinde hasta eğitimi verilmesi daha uygundur.

KAYNAKLAR

1. Cavalleri E, Servadio A, Berardi A et al. The Effectiveness of Physiotherapy in Idiopathic or Primary Frozen Shoulder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Review. Nr* 2020;10 (1):24-3
2. Finnoff JT. 2010. Fiziksel tıp ve Rehabilitasyon. Merih Sarıdoğan(Çev. Ed.) Ankara: Güneş Kitabevi https://www.uptodate.com/contents/frozen-shoulder-adhesive-capsulitis?search=frozen%20shoulder&source=search_result&selectedTitle=1~35&usage_type=default&display_rank=1
3. Berker N, Canbulut N, Demirhan M. 2009. Omuz-Dirsek-Diz-Ayak Bileği Rehabilitasyon Protokolleri. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi.
4. Wu H, Tian H, Dong F et al. The role of grey-scale ultrasound in the diagnosis of adhesive capsulitis of the shoulder: a systematic review and meta-analysis. *Med Ultrason* 2020;0, 1-8
5. **Binder A**, Hazleman BL, Parr G, et al. A controlled study of oral prednisolone in frozen shoulder. *Br J Rheumatol* 1986;**25**:288–92.
6. **Blockey NJ**, Wright JK, Kellgren JH. Oral cortisone therapy in periartthritis of the shoulder; a controlled trial. *BMJ* 1954;**1**:1455–7.
7. **Buchbinder R**, Hoving JL, Green S, et al. Short course prednisolone for adhesive capsulitis (frozen shoulder or stiff painful shoulder): a randomised, double blind, placebo controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2004;**63**:1460–9.
8. **Kessel L**, Bayley I, Young A. The upper limb: the frozen shoulder. *Br J Hosp Med* 1981;**25**:334; 336–7; 339.
9. **Widiastuti-Samekto M**, Sianturi GP. Frozen shoulder syndrome: comparison of oral route corticosteroid and intra-articular corticosteroid injection. *Med J Malaysia* 2004;**59**:312–16.
10. **Buchbinder R**, Green S, Youd JM. Corticosteroid injections for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;**1**:CD004016.
11. **Calis M**, Demir H, Ulker S, et al. Is intraarticular sodium hyaluronate injection an alternative treatment in patients with adhesive capsulitis? *Rheumatol Int* 2006;**26**:536–40.
12. **Carette S**, Moffet H, Tardif J, et al. Intraarticular corticosteroids, supervised physiotherapy, or a combination of the two in the treatment of adhesive capsulitis of the shoulder: a placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2003;**48**:829–38.
13. **Ryans I**, Montgomery A, Galway R, et al. A randomized controlled trial of intraarticular triamcinolone and/or physiotherapy in shoulder capsulitis. *Rheumatology (Oxford)* 2005;**44**:529–35.
14. **Buchbinder R**, Youd JM, Green S, et al. Efficacy and cost-effectiveness of physiotherapy following glenohumeral joint distension for adhesive capsulitis: a randomized trial. *Arthritis Rheum* 2007;**57**:1027–37
15. Favejee MM, Huisstede BMA, Koes BW. Frozen shoulder: the effectiveness of conservative and surgical interventions— systematic review. *Br J Sports Med* 2011;45:49–5