

DONUK OMUZ CERRAHİSİ SONRASI REHABİLİTASYONU

8. BÖLÜM

Nihal YILMAZ¹

Giriş

Donuk omuzun yaşam boyu prevalansının genel popülasyonda %3-5 olduğu tahmin edilmektedir. En sık yaşamın beşinci ve altıncı yıllarında görülür. Kadınlar erkeklerden daha sık etkilenir. Nadiren aynı anda iki taraflı olarak ortaya çıkar, bazen sıralı olarak her iki omuz etkilenebilir. Aynı omuzda tekrarlayan tutulumlar daha sık görülmektedir (1).

Donuk omuz genellikle idiyopatikdir, fakat diyabet veya enflamatuvar artrit gibi durumlarla da görülebilir (2). Bu durum ayrıca tiroid hastalığı, dislipidemi, uzun süreli hareketsizlik, inme, otoimmün hastalık ve nadiren Parkinson hastalığı ve HIV enfeksiyonu nedeniyle antiretroviral tedavi (özellikle proteaz inhibitörleri) alan hastalarda da görülebilir (3). Donuk omuz, rotator manşet yırtığı, proksimal humerus kırığı veya omuz cerrahisi gibi omuz yaralanmalarından sonra ikincil bir sorun olarak da ortaya çıkabilir. Kalp cerrahisi ve nöroşirürji gibi diğer cerrahi işlemlerin ardından da bildirilmiştir. Ameliyat sonrası omuz eklemi- nin erken mobilizasyonunun önemli bir koruyucu önlem olduğu düşünülmektedir (3).

Patolojik değerlendirmede bir miktar perivasküler enflamasyon olduğunu gösterilmiştir. Patolojik incelemelerde ortaya çıkan asıl anormallik

artmış kollajen ve nodüler bant oluşumunu içeren fibroblastik proliferasyondur (2).

Donuk omuzlu hastalar tipik olarak, şiddetli gece ağrıları ve günlük yaşam, iş ve boş zaman aktivitelerini önemli ölçüde kısıtlayan omuzun her yöne sertliğinden şikayet ederler. Daha sonra, omuz hareket kaybı baskın hale geldikçe, özellikle omuz hareketinin dış sınırlarında şiddetli ağrı meydana gelir (3).

Evreleri ve Fizik Muayene

Donuk omuz 4 evreye ayrılabilir. Evre 1; ilk 1-3 ay omuz hareketleri ile ağrı vardır fakat anestezi altında değerlendirildiğinde glenohumeral eklemden belirgin eklem hareket açıklığı kısıtlılığı yoktur. Evre 2; donma fazla olarak da bilinir. Yaklaşık 3-9 ay sürer. Omuz hareketleri ile olan ağrı ve öne fleksiyon, abduksiyon, internal ve eksternal rotasyon da glenohumeral eklemden ilerleyici eklem hareket açıklığı kısıtlılığı ile karakterizedir. Evre 3 ya da donuk fazda semptomlar 9-15 ay sürer ve ağrıda belirgin azalma olur. Fakat glenohumeral eklem kısıtlılığı devam eder. Evre 4; sıklıkla çözülme olarak da adlandırılır, eklem hareket açıklığının progresif geri dönüşü olur (2).

Fizik muayene: Sert ve ağrılı bir glenohumeral eklem, tam bir omuz muayenesi yapılmasını zor-

¹ Uzm. Dr. Nihal YILMAZ, Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drnihalyilmaz@gmail.com

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. **Blockley 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