



BÖLÜM 26

ORTOPEDİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA REHABİLİTASYON

Ayşe GÜÇ¹

GİRİŞ

Fizik tedavi polikliniklerine sık başvuru nedenlerinden biri omuz ağrılarıdır. Omuz ağrısının en sık nedeni rotator kılıf (RK) patolojileridir. Bunun dışında labral patolojiler, akromiyoklaviküler eklem patolojileri, donuk omuz, gençlerde instabilite kaynaklı problemler, primer kemik patolojileri ve yansıyan ağrılar diğer omuz patolojileridir. Omuz ağrısı sıklıkla konservatif yöntemlerle başarılı bir şekilde tedavi edilebilirken, konservatif tedaviye cevap vermeyen vakalarda cerrahi gerekmektedir. Cerrahi sonrası rehabilitasyonun amacı ağrıyı azaltmak, ödemi azaltmak, eklem hareketliliğini korumak/geliştirmek, nöromusküler düzenlemeye yardımcı olmak, eklem stabilitesini artırmak, fonksiyonel ve yapısal hasarları önlemek, duyuşal fonksiyonu iyileştirmek, skapula stabilizasyonunu sağlamaktır (1).

RK YIRTIKLARI

RK yırtıkları prevalansı %22,1 olup, omuz ağrısının sık gözlenen nedenleri arasındadır (2). Tedavide öncelikli olarak konservatif yaklaşmak gerekir. Ancak konservatif tedaviye yanıt vermeyen özellikle tam kat, 1cm üzerindeki yırtıklarda cerrahiye ihtiyaç duyulur. Maalesef cerrahi sonrasında

%40-50 oranında rekürren yırtıklar gözlenmektedir (3). Cerrahide başarı yırtığın büyüklüğü, sigara kullanımı, obezite, diyabet gibi ek hastalıklara, hastanın yaşına, ameliyat öncesi eklem hareket açıklığına (EHA), cerrahi tekniğe göre değişebilmektedir. 65 yaşın üzerindeki hastalarda, elini aktif kullanarak çalışanlarda, kemik kalitesi yetersiz olanlarda, 5 cm'den büyük yırtıklarda, omuzdaki patoloji ilişkili davası olanlarda iyileşme daha az saptanmıştır. Genç yaş, daha küçük yırtıklarda ve erken cerrahi onarımda daha iyi sonuçlar kaydedilmiştir. Omuz cerrahilerinden sonra uygulanan rehabilitasyon klinik iyileşmeye yardımcı olmaktadır (4, 5). Cerrahi sonrası uygulanan rehabilitasyon programları ile kontrollü hareket sağlanarak eklem zarar görmesi önlenmekte, EHA ve fonksiyonellik artırılmaktadır. Cerrahi sonrası rehabilitasyon uygulanmayan hastalarda donuk omuz, fonksiyonellikte kayıp daha sık olmaktadır (5).

Ameliyat sonrası hastalara dikkat etmesi gereken durumlar detaylı bir şekilde anlatılmalıdır. Özellikle ilk 6 hafta aktif hareket sınırlamaları nedenleri ile birlikte anlatılmalıdır. Rehabilitasyon programına başlamadan önce operasyonu gerçekleştiren cerrah ile iletişim kurulmalıdır. Uygula-

¹ Uzm. Dr. (Başasistan), Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD., ayseatilabey@gmail.com

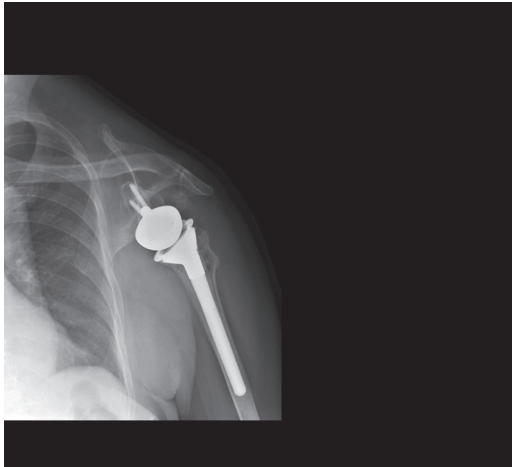
Dikkat edilmesi gerekenler: Eklemi zorlayan ağır aktivitelerden kaçınılması.

Egzersiz programı: Kuvvetlendirme, işe ve spora dönüş aktiviteleri.

Beklenen düzey-EHA: 3. aydan sonra yüzmeye, bisiklete binme tavsiye edilir. Yüksek riskli ve temaslı sporlar genellikle tavsiye edilmez.

TERS OMUZ ARTROPLASTİ

RK kaslarında tamir edilemeyecek yırtığı olan, yetersiz kemik kalitesi, omuz çevresi yumuşak dokuda yetersizlik, EHA'da belirgin kısıtlılığı olan, daha önceden başarısız artroplastisi hikayesi olanlarda total omuz artroplastisi yerine ters (revers veya invers) artroplastisi uygulanmaktadır. Ters omuz artroplastisinde hedef iyileşme kısıtlıdır ve rehabilitasyon programı daha dikkatli uygulanmalıdır (20).



Resim 6. Ters omuz artroplastisi şematik görünüm

3 hafta boyunca 15° abduksiyonda omuz abduksiyon ortezi kullanılmalıdır. Ameliyat sonrası 6 hafta boyunca aktif internal rotasyon ve pasif eksternal rotasyona izin verilmemelidir.

Faz I (ameliyat sonrası 1-2. haftalar): Aktif asistif abduksiyon ve fleksiyon 60°, pasif internal rotasyon 80°'ye kadar yapılabilir. Aktif asistif addüksiyon, ekstansiyon ve pasif eksternal rotasyona izin verilmez.

Faz II (ameliyat sonrası 3-6. haftalar): 3-4. haftalarda aktif asistif abduksiyon ve fleksiyon 90°'ye, pasif internal rotasyon 80°'ye kadar yapılabilir. Aktif asistif addüksiyon, ekstansiyon ve pasif eksternal rotasyona izin verilmez. 5. haftadan itibaren aktif EHA çalışılabilir.

Faz III (ameliyat sonrası 7-12. hafta): 7. haftadan itibaren hafif koşu, yürüyüş yapılabilir.

Faz IV (ameliyat sonrası 3. ay): 3. aydan sonra bisiklete binilebilir. Yüksek riskli ve temaslı sporlar genellikle tavsiye edilmez.

KAYNAKLAR

1. Stamer IB, Mazzocca K. Rehabilitation in Orthopedic Surgery: Springer; 2016. 12-60p.
2. Minagawa H, Yamamoto N, Abe H, Fukuda M, Seki N, Kikuchi K, et al. Prevalence of symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears in the general population: from mass-screening in one village. Journal of orthopaedics. 2013;10(1):8-12.
3. Rhee YG, Cho NS, Yoo JH. Clinical outcome and repair integrity after rotator cuff repair in patients older than 70 years versus patients younger than 70 years. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery. 2014;30(5):546-54.
4. Nho SJ, Shindle MK, Adler RS, Warren RF, Altchek DW, MacGillivray JD. Prospective analysis of arthroscopic rotator cuff repair: subgroup analysis. Journal of shoulder and elbow surgery. 2009;18(5):697-704.
5. Lisa Maxey MG. Rehabilitation for the Postsurgical Orthopedic Patient. third edition ed: Elsevier; 2013.73-98p
6. Thigpen CA, Shaffer MA, Gaunt BW, Leggin BG, Williams GR, Wilcox III RB. The American Society of Shoulder and Elbow Therapists' consensus statement on rehabilitation following arthroscopic rotator cuff repair. Journal of shoulder and elbow surgery. 2016;25(4):521-35.
7. Shin S-J, Chung J, Lee J, Ko Y-W. Recovery of muscle strength after intact arthroscopic rotator cuff repair according to preoperative rotator cuff tear size. The American journal of sports medicine. 2016;44(4):972-80.
8. Kluczynski MA, Nayyar S, Marzo JM, Bisson LJ. Early versus delayed passive range of motion after rotator cuff repair: a systematic review and meta-analysis. The American journal of sports medicine. 2015;43(8):2057-63.
9. Duzgun I, Baltaci G, Atay O. Comparison of slow and accelerated rehabilitation protocol after arthroscopic rotator cuff repair: pain and functional activity. Acta orthopaedica et traumatologica turcica. 2011;45(1):23-33.

10. Kim Y-S, Chung SW, Kim JY, Ok J-H, Park I, Oh JH. Is early passive motion exercise necessary after arthroscopic rotator cuff repair? *The American journal of sports medicine*. 2012;40(4):815-21.
11. Long JL, Ruberte Thiele RA, Skendzel JG, Jeon J, Hughes RE, Miller BS, et al. Activation of the shoulder musculature during pendulum exercises and light activities. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2010;40(4):230-7.
12. BALTACI G. Omuz Yaralanmalarında Rehabilitasyon. Pelikan Yayıncılık. 2015.
13. DÜZGÜN İ. Rotator Kılıf Tamiri Sonrası Rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri J Physiother Rehabil-Special Topics*. 2017:41-5.
14. DOĞAN ŞK. Ortopedik Cerrahi Uygulanan Omuz Ağrılarında Rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2014:66-73.
15. Bhattacharyya R, Edwards K, Wallace AW. Does arthroscopic sub-acromial decompression really work for sub-acromial impingement syndrome: a cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2014;15(1):1-7.
16. Silva L, Andreu J, Munoz P, Pastrana M, Millán I, Sanz J, et al. Accuracy of physical examination in subacromial impingement syndrome. *Rheumatology*. 2008;47(5):679-83.
17. Cameron B, Galatz L, Williams Jr G. Factors affecting the outcome of total shoulder arthroplasty. *American Journal of Orthopedics (Belle Mead, NJ)*. 2001;30(8):613-23.
18. Terrier A, Larrea X, Camine VM, Pioletti D, Farron A. Importance of the subscapularis muscle after total shoulder arthroplasty. *Clinical Biomechanics*. 2013;28(2):146-50.
19. Wilcox III RB, Arslanian LE, Millett PJ. Rehabilitation following total shoulder arthroplasty. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2005;35(12):821-36.
20. Boudreau S, Boudreau E, Higgins LD, Wilcox III RB. Rehabilitation following reverse total shoulder arthroplasty. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2007;37(12):734-43.