



BÖLÜM 27

OMUZ ARTROPLASTİ REHABİLİTASYONU

Fevzi CANSIN¹

GİRİŞ

Total omuz artroplastisi (TOA), glenohumeral eklemdaki çeşitli bozukluklar için standart bir ameliyat tedavisidir. Konservatif tedaviye rağmen ileri eklem patolojisi varlığında omuz ağrısı ve fonksiyon kaybı olan hastalar genellikle TOA uygulanarak tedavi edilir. Cerrahi müdahaleden sonra bildirilen genel sonuçlar iyidir fakat cerrahinin sonucu esas olarak altta yatan patoloji ve rotator manşetin kalitesine göre değişmektedir. Neer protokolü postoperatif TOA rehabilitasyonu amacı ile kullanılmaktadır. Bu protokol yumuşak doku ve kemik iyileşmesinin temel bilimine dayanmaktadır. Bu derlemenin amacı, altta yatan patolojilere odaklanarak TOA endikasyonlarını gözden geçirmek ve TOA olan bireyler için rehabilitasyon protokolü ve algoritması sunmayı amaçlamaktadır (1).

Epidemiyoloji / Etiyoloji

İlk total omuz artroplastisi (TOA), 1893 yılında Jules Emile Pean tarafından omuzun tüberküloz artritini tedavi etmek için uygulanmıştır (2). Charles Neer, 1950'lerde başlayan cerrahi prosedürler için daha modern protezler geliştirmiştir (3-4-5). Her yıl yaklaşık 23.000 omuz protezi

ameliyatı yapılmaktadır (6). Bu sayı kalça ve diz protezine göre az kalmaktadır. Bunun sebebi büyük oranda omuz eklemine anatomisinin ve biyomekaniğinin göreceli olarak karışıklığıdır. Bölgenin karmaşıklığı nedeniyle, etkilenen dokularda uygulanan protezlerde ve cerrahi işlemlerde çok sayıda çeşitlilik vardır. Neer'in 1951'deki ilk tasarımından bu yana, omuz rekonstrüksiyon artroplastisi için 70'den çok birbirinden farklı omuz sistemi uygulanmıştır (7)

TOA, konservatif tedaviye rağmen kalıcı ağrı ve fonksiyon kaybı mevcut olan, altta yatan ileri eklem patolojisi olan hastalar için standart bir tedavi müdahalesidir. Bu patolojiler arasında osteoartrit (OA), romatoid artrit (RA), rotator kafa yırtığı artropatisi, osteonekroz ve humerus başı kırıkları sayılabilir. Son 25 yılda cerrahi teknikler ve protezler çok fazla gelişme gösterdi. Bununla birlikte, cerrahi tekniklerde, özellikle fiksasyon için çimento kullanımı ve protez tipi gibi durumlarda hala önemli farklılıklar bulunmaktadır.

TOA geçirmiş hastaların sonuçları üzerinde birçok etkenin rolü bulunmaktadır; bunlar ameliyat öncesi sağlık durumu, ameliyat öncesi omuz işlevi, yaş, cinsiyet ve sosyal çevreyi içerir (8-9-

¹ Uzm. Dr., Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD., fvz_cnsn@hotmail.com

Rehabilitasyonun protoklüünün sonlanma kriterleri:

- Ağrısız aktif EHA yı sürdürebilen hasta
- Üst ekstremitenin maksimum fonksiyonel kullanımı
Maksimum kas gücü ve dayanıklılığı
- Hasta ileri fonksiyonel aktivitelere geri dönüşü

ÖZET

TOA ile en etkin şekilde yönetilen birden çok altta yatan patoloji vardır. Klinik uygulama, bu farklı hasta popülasyonlarının ağrının giderilmesi, EHA ve en önemlisi fonksiyon açısından çok farklı sonuçlara sahip olduğunu göstermektedir. Doku iyileşmesi zaman çerçeveleri ile bağlantılı olarak altta yatan patolojilerdeki bu farklılık, TOA' yı takiben herhangi bir protokol veya bakım standardının temeli olmalıdır. Bu tür bir değerlendirme, hastaların maksimum fonksiyonel iyileşmelerine izin veren etkili bir ameliyat sonrası bakım planı sağlamalıdır. Rehabilitasyonun bir sonraki aşamasına geçmeden önce spesifik bozulma ve fonksiyonel kriterleri karşılamaya odaklanan, altta yatan patolojiyi göz önünde bulundurarak her bir hastaya özel olarak hazırlanmış bir bakım standardının maksimum fonksiyonel iyileşmeyi destekleyeceği önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. J Orthop Sports Phys Ther 2005;35:821-836.
2. Lugi T. Artificial shoulder joint by Pean (1893): the facts of an exceptional intervention and the prosthetic method. Clin Orthop Relat Res. 1978;215-218. .)
3. Wilcox R, Arslanian L, Millett P. Rehabilitation following total shoulder arthroplasty. The Journal Of Orthopaedic And Sports Physical Therapy [serial online]. December 2005;35(12):821-836.
4. Gregory T, Hansen U, Emery R, Augereau B, Amis A. Developments in shoulder arthroplasty.Proceedings Of The Institution Of Mechanical Engineers. Part H, Journal Of Engineering In Medicine [serial online]. January 2007;221(1):87-96.
5. Keller J, Bak S, Bigliani L, Levine W. Glenoid replacement in total shoulder arthroplasty. Orthopedics [serial online]. March 2006;29(3):221-226.
6. Shoulder Joint Replacement. American Academy of Orthopaedic Surgeons Web site. <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00094>. Accessed November 11, 2010.
7. Wiater J, Fabing M. Shoulder arthroplasty: prosthetic options and indications. The Journal Of The American Academy Of Orthopaedic Surgeons [serial online]. July 2009;17(7):415-425.
8. Cofield RH. Total shoulder arthroplasty with the Neer prosthesis. J Bone Joint Surg Am. 1984;66:899-906
9. Collins D, Tencer A, Sidles J, Matsen F, 3rd. Edge displacement and deformation of glenoid components in response to eccentric loading. The effect of preparation of the glenoid bone. J Bone Joint Surg Am. 1992;74:501-507.
10. Friedman RJ. Prospective analysis of total shoulder arthroplasty biomechanics. Am J Orthop. 1997;26:265-270.
11. Cameron B, Galatz L, Williams GR, Jr. Factors affecting the outcome of total shoulder arthroplasty. Am J Orthop. 2001;30:613-623.
12. Barrett WP, Thornhill TS, Thomas WH, Gebhart EM, Sledge CB. Nonconstrained total shoulder arthroplasty in patients with polyarticular rheumatoid arthritis. J Arthroplasty. 1989;4:91-96.
13. Neer CS, 2nd. Shoulder Reconstruction. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1990.
14. Boyd AD, Jr., Aliabadi P, Thornhill TS. Postoperative proximal migration in total shoulder arthroplasty. Incidence and significance. J Arthroplasty. 1991;6:31-37
15. Sneppen O, Fruensgaard S, Johannsen HV, Olsen BS, Sojbjerg JO, Andersen NH. Total shoulder replacement in rheumatoid arthritis: proximal migration and loosening. J Shoulder Elbow Surg. 1996;5:47-52.
16. Cruess RL. Steroid-induced avascular necrosis of the head of the humerus. Natural history and management. J Bone Joint Surg Br. 1976;58:313-317. Antuna SA, Sperling JW, Sanchez-Sotelo J, Cofield RH. Shoulder arthroplasty for proximal humeral malunions:long-term results. J Shoulder Elbow Surg. 2002;11:122-129.
17. Brems JJ. Rehabilitation following total shoulder arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 1994;70-85.
18. Hughes M, Neer CS, 2nd. Glenohumeral joint replacement and postoperative rehabilitation. Phys Ther.1975;55:850-858.
19. Boardman N, Cofield R, Bengtson K, Little R, Jones M, Rowland C. Rehabilitation after total shoulder arthroplasty. The Journal Of Arthroplasty [serial online]. June 2001;16(4):483-486.
20. Boudreau S, Boudreau E, Higgins L, Wilcox R. Rehabilitation following reverse total shoulder arthroplasty. The Journal Of Orthopedic And Sports Physical Therapy [serial online]. December 2007;37(12):734-743.