



Omuz Ağrılı Hastaların Demografik ve Klinik Sonuçları

Demographic and Clinical Outcomes of the Patients with Shoulder Pain

Bayram Kelle¹, Selen İnan¹,

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, ADANA

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Cukurova Medical Journal) 2013; 38 (2):170-173.

ABSTRACT

Purpose: Localized shoulder pain is one of the most important pathologies of musculoskeletal system. A prevalence study has revealed that it is the third most common pathology among the locomotor system diseases. The aim of this study was to evaluate the statistical results of the demographic and clinical information regarding patients, who applied to our clinic with shoulder pain.

Methods: Information of 68 patients with shoulder pain, who were registered in the first 6 months of 2011 to our Physical medicine and rehabilitation Clinique were examined. Patients' demographic data and information regarding their complaints were obtained (e.g. duration, diagnosis, treatment, and so on.) and statistical analyses were performed on these findings.

Results: Totally findings of 42 patients were obtained. The majority of patients were female, who were housewives. A large proportion of complaints were chronic with multiple diagnoses. Almost all patients received combined treatments.

Conclusion: Even though our findings are in accordance with the literature, the low sampling size was a significant limitation.

Key Words: Shoulder pain, demographic data, clinical data

ÖZET

Amaç: Omuz ağrıları kas-iskelet sistemi patolojileri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan prevalans çalışmalarında, omuz ağrılarının üçüncü sıklıkla görülen lokomotor sistem patolojisi olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmamızdaki amacımız omuz ağrısı ile başvuran hastaların demografik ve klinik sonuçlarını ortaya koymaktır.

Yöntem: Çalışmaya Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniğine, 2011 yılının ilk 6 ayında omuz ağrısı ile başvuran 68 hastanın dosyası incelenerek bilgilerine ulaşılabilen 42 hastanın dosyası dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri ve şikayetleri ile ilgili bilgiler alınarak (süre, tanı, tedavi vb.) istatistikleri yapıldı.

Bulgular: Toplam 42 hastanın sonuçlarına ulaşılabildi. Hastaların büyük kısmı bayandı ve ev hanımıydılar. Şikayetleri büyük bir oranda kronikleşmişti ve çoklu tanıları vardı. Hemen hemen hepsinde kombine tedaviler uygulanmıştı.

Sonuç: Bulunan sonuçlar literatür ile uyumlu olmakla beraber çalışmaya dahil edilen hasta sayısının az olması önemli bir limitasyondur.

Anahtar Kelimeler: Omuz ağrısı, demografik sonuç, klinik sonuç

GİRİŞ

Omuz ağrıları, kas-iskelet sisteminden köken alan ağrılar içinde 3. sıklıkta karşılaşılan bir semptom olup prevalansı % 7-10 oranındadır^{1,2}.

Sık rastlanan omuz ağrısı sebepleri; bicipital tendinit, adezif kapsülit, omuz eklem osteoartriti, subakromiyal sıkışma sendromu ve kalsifik tendinittir. Yapılan bir çalışmada omuz ağrısına yol açan sebepler içinde rotator manşon lezyonlarının

% 65 olduğu bildirilmiştir³. Omuz ağrısı önemli bir medikal ve sosyoekonomik problemdir. Omuzdaki ağrı ve tutukluluğun olması iş gücü kaybına ve bu da ekonomik kayba neden olmaktadır^{4,5}. Hastaların % 40'dan fazlasının hekime başvurduklarında ağrılarının 12 aydan daha uzun bir süredir var olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir⁶. Ayrıca çoğu omuz muayenesi sonrası patoloji ve fiziksel testler hastalığı spesifikleştirememekte ve non-spesifik omuz ağrısı olarak adlandırılmaktadır⁷. Genel olarak şikayetlerin 6 aydan daha fazla sürmesi durumunda olayın kronikleştiği kanaatine varılır ki omuz ağrılarını; omuz eklemin devamlı kullanılması gerektiği için kronikleşmeye meyillidir⁸.

MATERYAL ve METOD

Bu çalışmada 01.01.2011 – 31.06.2011 yılının ilk 6 ayında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine, omuz ağrısı yakınmaları ile kabul edilen 68 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenmiş olup, dosya verileri yeterli görülen 42 hasta değerlendirilmeye alınmıştır.

Hastaların kişisel demografik bilgileri, şikayetleri, süresi, konulan tanı, uygulanan tedavi ve komorbidite gözden geçirilmiştir. Çalışmaya alınan hastalar ile ilgili herhangi bir dışlama kriteri belirlenmemiş olup, sadece dosyalarında, ilgili konulara ait bilgilerin yeterli olmasına özen gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastaların Demografik Bilgileri

	n	%
Yaş	53,45 (16-76)	
Cinsiyet (k/e)	27/15	64,3/35,7
Meslek (ev hanımı/Memur/diğer)	23/8/11	54,8/19,0/26,2

BULGULAR

Çalışmaya 27'si kadın 15'i erkek toplam 42 hasta dahil edildi. Hastaların yaşı ortalaması 53,45 ± 9.7 yaş (16-76 yaş) (min-max:16-76) idi. Hastalar mesleklerine göre irdelendiğinde 23 (%55)'ünün ev hanımı, 8 (%18.6)'inin memur, 11 (%25.5)'inin ise değişik işlerde çalıştığı belirlendi. Bu veriler sedanter bir iş hayatı süren mesleklerde omuz problemlerinin daha fazla olduğunu göstermekte idi. Tutulan omuzların tarafa göre değerlendirilmesinde; 16 (%38) olguda sağ, 21 (%50) olguda sol omuz, 5 (%12)'inde ise bilateral olduğu saptandı..

Hastaların en önemli yakınmalarının ağrı ve kısıtlılık olduğu görüldü. 42 hastanın 24 (%57.1)'ünde hem ağrı hem ROM kısıtlılığı, 10 (%23.8)'unda ağrı, 8 (%19)'inde ise ROM kısıtlılığı kısıtlılığı vardı. Komorbidite durumu irdelendiğinde en fazla diyabetes mellitus (n: 13) ve hipertansiyon

(n:10) en dikkat çekici sistemik hastalıklar idi. Tiroid disfonksiyonuna bağlı hastalıklar daha az oranda (n:5) bulundu. Yakınmalarının başlangıç süreleri 6 aydan daha uzun olup bu olayın kronikleştiğini göstermekte idi.

Hastalara daha çok kombine medikal sağaltımlar verildiği fizik tedavinin hemen yapılmadığı, diğer tedavilerden yanıt alınmadığı durumlarda uygulandığı belirlendi.

Tanıların değerlendirilmesinde; tek tanı değil değişik vizitlerde değişik tanıları verildiği görüldü. Bu durum birçok omuz lezyonunun diğer omuz lezyonlarıyla birlikte görüldüğünü ifade etmekte idi. Hastaların en sık rotator kaf tendinopatisi ve adezif kapsülit tanıları aldığı gözlemlendi. Çalışmada testlerin oranları değerlendirildiğinde apley kaşıma, hawkins-kennedy, neer testlerinin oldukça yüksek oranlarda pozitif olduğu görüldü. Bu durum tanıları doğru orantılı idi.

Tablo 2. Hastaların Klinikleri ile İlgili Veriler

	n	%
Şikayet (ağrı/kısıtlılık/diğer)	34/26/7	81/62/17*
Ek Hastalık (dm/ht/tiroid/diğer)	13/10/4/20	31/24/9/47*
Süre (1 ay/3 ay/6 aydan fazla)	3/13/26	7/31/62
Tutulan omuz (sağ/sol/bilateral)	16/21/5	38/50/12

Kriterler beraber görülebileceği için yüzde toplamı 100'ü geçebilir.

Tablo 3. Omuzla İlgili Testler ve Oranları

Test Adı	n	%
Hawkins	23	54,8
Apley	19	45,2
Neer	21	50,0
Speed	12	28,6
Ant endişe	0	0,0
Yergason	1	2,4

TARTIŞMA

İnatçı omuz ağrısına en sık neden olan faktörler sıklık sırasına göre rotator kaf hastalıkları (%10), adezif kapsülit (%6) ve glenohumeral osteoartrit (%2-5) tir. Her üç tabloda da etyoloji karışıktır, tanı anamnez, temel fizik muayene ve direk grafiler ile konulur⁹. Kliniğimizde omuz ağrısı ile kabul edilen olguların en sık olarak rotator kaf tendinopatisi ve adezif kapsülit tanılarını aldığı belirlenmiştir. Bu durum literatür verileri ile de örtüşmektedir. Genel olarak rotator kaf tendinopatilerinin görülme oranları daha yüksek olmakla beraber ileriki dönemlerinde omuzda adezyon gelişmesi adezif kapsülit görülme sıklığını arttırmaktadır.

Yaş omuz ağrıları için önemli bir faktördür. 40 yaşın altındakilerde instabilite ve rotator kaf tendinopatileri daha sık iken 40 yaş üstündekilerde adezif kapsülit, osteoartrit ve rotator kaf yırtıkları daha sık görülmektedir^{10,11,12}. Bizim hastalarımızın yaş ortalamaları 53,45 ± 9.7 yaş (16-76 yaş) olup rotator kaf hastalıkları, adezif kapsülit ve glenohumeral osteoartrit oranlarını açıklamaktadır.

Omuz ağrısı ile gelen hastaların anamnezlerinde uğraştıkları işler, hobiler ve yaptıkları mesleklerde önemlidir. Mücadeleci spor yapan ve ağırlık kaldırma ile ilgili mesleklerde instabilite, akromiyoklaviküler eklem osteoartriti sık görülürken elin başın üstünde olması ile yapılan spor ve işlerde rotator kaf patolojisi daha sık görülmektedir¹³. Bu durum bizim sonuçlarımızla örtüşmemektedir. Çünkü serimizde omuz ağrısı ile başvuran hastaların en sık ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Bu tablo ülkemizde kadınların daha çok ev işleriyle uğraşması, spor yapma oranlarının batılı ülkelere göre rölatif olarak daha az düşük olması gibi sosyolojik olgularla açıklanabilir.

Omuz ağrısı ile başvuran hastaların muayenesinde spesifik testler oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Günlük pratikte bazı testler bazı tanımlar için spesifik gibi görülmekle beraber bu durum her zaman doğru değildir. Yapılan bir çalışmada rotator kaf lezyonları ve impingement sendromu için hassas bir test olarak kabul edilen Hawkins testinin aynı tanı için sensitivitesi % 72, spesifitesi % 66 olarak rapor edilmiştir¹⁴. Ayrıca empty- can ve eksternal rotasyon testlerinin sensitivite sırasıyla % 44 ve 42, spesifite %

90-90 olarak bildirilmiştir. 440 omuz ağrılı hastanın prospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada bu 3 testin pozitif olduğu durumlarda rotator kaf yırtığı oranının % 98 olduğu belirlenmiştir¹². Bu veriler fizik muayenede spesifik testlerin tek başına çok büyük anlam ifade etmediği, testlerin kombine uygulanması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca her hastalıkta olduğu gibi omuz ağrısı olan hastalarda da anamnezin oldukça önemli olduğu unutulmamalıdır.

Omuz ağrıları birçok hastalıkta birlikte görülebilmektedir. Özellikle adezif kapsülitin diyabet ve tiroid hastalıklarıyla ilişkisi oldukça iyi bilinmektedir^{15,16}. Non-diyabetiklerde adezif kapsülit prevalansı tahmini olarak %2-10 iken diyabetlilerde % 11-30' a kadar çıkmaktadır¹⁶. Çalışmamızda en sık diyabet ve hipertansiyon komorbiditesi saptanmıştır. Daha geniş seriler ile yapılacak komorbidite çalışmaları eşlikçi hastalıkların net olarak ortaya konulmasında yol gösterici olacaktır.

Sonuç olarak omuz ağrıları günlük pratiğimizde sıkça karşılaşılan problemlerden biri olup topluma dayalı etyolojik nedenlerin ve komorbid durumların belirlenmesi erken tanı ve tedavi kadar koruyucu hekimlik açısından da önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Marinko LN, Chacko JM, Dalton D, Chacko CC. The effectiveness of therapeutic exercise for painful shoulder conditions: a meta analysis. *J Shoulder Elbow Surg.* 2011; 20:1351-9.
2. Pope DP, Craft PR. The frequency of restricted range of movement in individuals with self-reported shoulder pain: Result from a population based survey. *Br J Rheumatol.* 1996; 35:1137-41.
3. Vecchio P, Cavanagh R. Shoulder pain in a community-based rheumatology clinic. *Br J Rheumatol.* 1995; 34:440-2.
4. Luime J, Koes B, Hendriksen I. Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. *Scand J of Rheum.* 2004; 33:73-81.
5. Kuijpers T, van Tulder M, van der Heijden G et al. Costs of shoulder pain in primary care consultants: a prospective cohort study in the Netherlands. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006; 7:83.
6. van der Heijden G. Shoulder disorders: a state-of-the-art review. *Bailliere's Clin Rheum.* 1999; 13:287-309.
7. Miranda H, Viikari-Juntura E, Heistaro S et al. A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorders versus nonspecific shoulder pain without clinical findings. *Am J Epidemiol.* 2005; 161:847-55.
8. Burbank KH, Stevenson JH, Czarniecki GR, Dorfman J. Chronic shoulder pain: part I. Evaluation and diagnosis. *Am Fam Physician.* 2008; 77:453-60.
9. Meislin RJ, Sperling JW, Stitik TP. Persistent shoulder pain: epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. *Am J Orthop (Belle Mead NJ).* 2005; 34:5-9.
10. Self EB. Clinical guidelines for shoulder pain. In *Orthopaedic Knowledge Update: Shoulder and Elbow 2*. 2nd ed (Ed Norris TR American Academy of Orthopaedic Surgeons). Rosemont, Ill. 2002; 443-467.
11. Iannotti JP, Kwon YW. Management of persistent shoulder pain. a treatment algorithm. *Am J Orthop.* 2005; 34:16-23.
12. Murrell GA, Walton JR. Diagnosis of rotator cuff tears. *Lancet.* 2001; 357:769-70.
13. Litaker D, Pioro M, El Bilbeisi H, Brems J. Returning to the bedside: using the history and physical exam to identify rotator cuff tears. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48:1633-37.
14. Park HB, Yokota A, Gill HS, El Rassi G, McFarland EG. Diagnostic accuracy of clinical tests for the different degrees of subacromial impingement syndrome. *J Bone Joint Surg Am.* 2005; 87:1446-55.
15. Cakir M, Samanci N, Balci N, Balci MK. Musculoskeletal manifestations in patients with thyroid disease. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2003; 59:162-67.
16. Smith LL, Burnet SP, McNeil JD. Musculoskeletal manifestations of diabetes mellitus. *Br J Sports Med.* 2003; 37:30-5.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Bayram Kelle
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Tel: 0322 3386060/3161-3162
Faks: 0322 3386429
e-mail: bayramkelle@yahoo.com

geliş tarihi/received : 12.10.2012

kabul tarihi/accepted: 15.11.2012