

*Dr. Bahar DERNEK¹,
Dr. Tuğba AYDIN²,
Dr. Fatma Nur KESİKTAŞ³,
Dr. Cihan AKSOY⁴*

*¹ İstanbul Kanuni Sultan Süleyman
Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel
Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul*

*² Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
Kliniği, İstanbul*

*³ İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Hastanesi, İstanbul*

*⁴ İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp
Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
Anabilim Dalı, İstanbul*

*Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:*

*Dr. Bahar Dernek
İstanbul Kanuni Sultan Süleyman
Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel
Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul*

*Tel/phone: +90 212 404 15 00
E-mail:bahardernek@gmail.com*

Anahtar Kelimeler:

Omuz, hastalık,

Keywords:

shoulder, Disease

Geliş Tarihi - Received

06/01/2019

Kabul Tarihi - Accepted

07/02/2019

Omuz Hastalıkları ve Tedavisi *Disease and Treatment of the Shoulder*

Öz

Omuz ağrısı birinci basamak sağlık sorunları içerisinde en sık rastlanılan şikayetlerden biridir. En sık karşılaşılan omuz sorunları rotator manşon hastalığı, adeziv kapsülit, akromiyoklavikular eklem artrit ve glenohumeral eklem artritidir (1).

Sık görülen omuz sorunları özellikle 40 yaş üzerinde ortaya çıkar. Gençlerde ise özellikle geçirilmiş cerrahi veya travma öyküsü varlığında görülür.

Bu yazıda, sık görülen omuz hastalıkları ve tedavisi güncel yaklaşımlarla birinci basamak sağlık hizmetine uygun olacak şekilde özetlenmiştir.

Abstract

Shoulder pain is one of the most common complaints in primary health problems. The most common shoulder problems are rotator cuff disease, adhesive capsulitis, glenohumeral and acromioclavicular joint arthritis (1). As common shoulder problems arise particularly over the age of 40, young people may have shoulder problems in the presence of previous surgery or trauma. In this article, the current approach and treatment of common shoulder diseases are summarized as to be appropriate for primary health care services

Anamnez ve Fizik Muayene

Anamnez

Rotator manşon hastalığı (RMH) genellikle etkilenen taraf üzerine düşme veya tekrarlayan ya da ani baş üstü aktiviteler gibi travmatik olaylardan sonra ani ağrı ile ortaya çıkar. Ayrıca başlangıcında bir travma olmadan zamanla artan bir ağrı şeklinde de ortaya çıkabilir (1).

Omuz artrit, adeziv kapsülit veya akromiyoklavikular eklem artritinde ise ağrı daha kademeli olarak başlar. Ağrıyı artıran ve azaltan nedenler sorgulanarak etiyojide fikir sahibi olunabilir. RMH'da özellikle baş üstü aktivitelerde ağrı ortaya çıkarken, adeziv kapsülitte veya omuz eklem artritinde her yönde ağrı ve hareket kısıtlılığı görülür. Akromiyoklavikular eklem (AK) artritinde ise ters taraf omuza doğru yapılan hareketlerde ortaya çıkar (2).

RMH'da hasta omuzdan çok kolun üst 1/3 lateralinde ağrı hisseder. Ayrıca tekrarlayan baş üstü aktivitelerde ağrısı artar. Adeziv kapsülitte ise ağrı genellikle gün boyu ve gece hissedilir, istirahatle geçmez. Glenohumeral artrit veya adeziv kapsülitte ağrının lokalizasyonu için spesifik bir bölge yoktur, omuz hareketleri ile ağrı artar. AK artritte ağrı omuzun tam tepe kısmında, AK eklemde hissedilir.

Fizik Muayene İnspeksiyon

Omuz bölgesinin fizik muayenesi de inspeksiyon, palpasyon, eklem hareket açıklığı ve özel testleri kapsamaktadır. Muayenenin her aşaması iki taraflı omuz bölgesi karşılaştırılarak yapılmalıdır. Tek taraflı asimetri olup olmadığı önemlidir. Özellikle infraspinatus kasında atrofi varsa bu durum infraspinatus fossada tipik olarak seçilebilir. Supraspinatus kas atrofisi, trapez kasının supraspinatus kasının üzerinde yer alması nedeniyle genellikle tam olarak anlaşılabilir. Deltoid kas atrofisi varlığı da başta aksiller nöropati olmak üzere nörolojik problemleri gösterebileceğinden mutlaka incelenmelidir (1).

Eğer omuz hareketleri esnasında belirgin skapular kanatlanma oluyorsa nörolojik bir problem olduğunu düşünebiliriz.

Eklem Hareket Açıklığı

Omuz eklem hareket açıklığı (EHA) fleksiyon, eksternal ve internal rotasyon, ekstansiyon ve abduksiyon hareketlerini kapsamaktadır. EHA, hem aktif (hastanın kendi başına) hem de pasif (yardımla) açılardan mutlaka değerlendirilmelidir. RMH'da aktif hareketlerde kısıtlılık olurken, pasif hareketler açık olur. Adeziv kapsülite ve glenohumeral eklem artritinde ise hem aktif hem de pasif hareketlerde kısıtlılık olur. Pasif olarak forward fleksiyon, eksternal ve internal rotasyonda kısıtlılık olması eklemde bir problem olduğunu veya kontraktür varlığını gösterebilmektedir. Pasif ekstrenal rotasyon kaybı glenohumeral artrit veya adeziv kapsülitin tipik bulgularındandır (1).

Testler

Çapraz Vücut Testi

AK eklem osteoartritinin varlığını test etmek için kullanılır. Hastanın omuz eklemi pasif olarak fleksiyona getirilir ve hemen ardından pasif olarak horizontal adduksiyon yaptırılır. Eğer hasta AK eklem etrafında ağrı hissederse test pozitif kabul edilir.

Neer Testi

Hastanın omuzu pasif olarak hastanın baş üstü seviyesine kadar fleksiyona getirilir. Böylelikle rotator manşon grubu kaslar akromionun altında sıkışır. Impingement sendromu varlığında test esnasında hastanın omuz bölgesinde ağrı ortaya çıkar.

Hawkins Testi

Hastanın omuzu pasif olarak abduksiyona getirilir ardından internal rotasyona getirilir. Impingement sendromu varlığında test esnasında hastanın omuz bölgesinde ağrı ortaya çıkar.

Supraspinatus Testi

Hastanın omuzu pasif olarak forward fleksiyona getirilir ardından hastanın baş parmağı yeri gösterecek şekilde ön

kola pronasyona getirilir. Bu pozisyonda iken hastanın ön koluna aşağıya doğru direnç uygulanır. Hasta ağrı hissederse test pozitif kabul edilir.

Tanı

Xray Görüntüleme

Standart anteroposterior (AP), outlet ve aksiller radyografik serilerin yapılması önerilmektedir. Rotator manşon hastalıklarında x-ray görüntüleme genellikle normaldir. Nadiren akromionun anteriorunda veya lateralinde osteofitler görülebilir. Büyük rotator manşon yırtıklarında humerus başı superiora yer değiştirebilir. AP x-ray ile ayrıca AK eklem artritinde de AK eklemde dejeneratif değişiklikler görülebilir (1).

Manyetik Rezonans Görüntüleme

Manyetik rezonans (MR) ile özellikle rotator manşon yırtıkları, bursit varlığı tespit edilebilir. Ayrıca RMS'deki kas yırtıklarının özellikleri (komplet, parsiyel, vs.) tespit edilebilir. Özellikle girişimsel tedavinin ön görüldüğü hastalarda uygulama öncesi MR'ın yapılması tedavi takibi açısından önemlidir.

Tedavi

Omuz hastalıkları ve tedavisinde en önemli yaklaşımlar düzgün postürün sağlanması, tüm omuz kaslarında fleksibilitenin artırılması ve güçlendirme yapılması, egzersiz reçetesinin her hasta için planlanması ve bu egzersizlerin düzgün yapıldığının kontrol edilmesidir (3).

Egzersizler ile beraber subakromiyal steroid enjeksiyonları, kinesitaping, akupunktur ve çeşitli fizik tedavi yöntemleri (elektroterapi, ultrason, lazer, vs.) kombine edilebilir (4).

Konservatif yöntemlerden fayda görmeyen olgularda cerrahi yöntemler tercih edilmektedir. Cerrahi teknik olarak artroskopik subakromiyal dekompresyon cerrahisi sıklıkla tercih edilmektedir (4).

Kaynaklar

1. Armstrong A. Evaluation and management of adult shoulder pain: a focus on rotator cuff disorders, acromioclavicular joint arthritis, and glenohumeral arthritis. *Med Clin North Am.* 2014 Jul;98(4):755-75
2. Buchberger DJ. Introduction of a new physical examination procedure for the differentiation of acromioclavicular joint lesions and subacromial impingement. *J Manipulative Physiol Ther* 1999;22(5):316-21.
3. Ronai, P. ACSM Current Comment: Exercise and Shoulder Pain. <http://www.acsm.org/docs/current-comments/exandshouderpaintemp.pdf>
4. Giphart JE, Brunkhorst JP, Horn NH, et al. Effect of plane of arm elevation on glenohumeral kinematics: a normative biplane fluoroscopy study. *J Bone Joint Surg Am* 2013;95(3):238-45.