

Adesif Kapsülit

Orhan ÖZCAN *
Merih YURTKURAN **

ÖZET

Donuk omuz ya da periartirit olarak da bilinen adesif kapsülit sık karşılaşılan bir hastalıktır. Patogenezi konusunda çok az bilgi vardır. Başlangıç çoğu kez spontandır ancak travma, miyokart infarktüsü, hemipleji ve tüberkülozla birlikte olabilir. Sendrom, iş sığası kısıtlaması ve tedaviye direnç göstermesinden ötürü önemlidir.

SUMMARY

Adhesive Capsulit

Adhesive capsulitis, also known as frozen shoulder of periartthritis of the shoulder, is a common disorder. Little is known about the pathogenesis of this condition. The onset is commonly spontaneous, but can be associated with variety of conditions including trauma, myocardial infarction, hemiplegia and tuberculosis. This syndrom important because of, its limiting effect on work capacity, its frequent resistance to treatment.

Adesif kapsülit omuzda yaygın ağrı ile başlayan, öncelikle omuzun dış rotasyon ve abduksiyonunda kısıtlanmaya yol açan, süregen, omuz ekleminin işlevini bozan, nedeni bilinmeyen bir sendromdur.

Sendrom adesif kapsülit dışında periartirit, donuk omuz, Dupley hastalığı olarak da adlandırılmaktadır. Ancak adesif kapsülit deyimini yaygın olarak benimsenmektedir.

Etyopatogenez:

Sendromun oluş nedeni bilinmemekle birlikte travma, pulmoner tüberküloz, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, tirotoksikoz servikal omur lezyonları, he-

* Doç. Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi.

** Uzm.Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.

mipleji, epilepsi gibi hastalıklar sendromun oluşumuna katkıda bulunabilir ya da bu hastalıklardan sonra adesif kapsülite ortaya çıkar. Ancak bu durumlar adesif kapsülitin oluş nedenini yeterince açıklayamamakta, sendromun oluş nedeni konusunda başka etmenler üzerinde durulmaktadır.

Psikolojik etmenler; Sendromun oluşumunda periartritik kişilik yapısı üzerinde durulmuştur. Periartritik kişiler pasif, apatik, anksiyöz, sürekli gergin, içe dönük, ağrı eşiği düşük kişiler olarak tanımlanmaktadır^{1.2}. Bu kişilik değişikliklerini ağrının ortaya çıkarması da olasıdır. Sendromun somatik anksiyetesi olan kadınlarda daha sık görülüşü bu görüşü desteklemektedir³.

Yaşla ilişkili görülen süregen travma da periartritit oluş nedenleri arasında sayılmaktadır⁴.

İmmunolojik etmenler; Son yıllarda adesif kapsülitin oluş nedeni immunolojik yaklaşımla açıklanmaktadır.

IgA'nın adesif kapsülitli hastalarda anlamlı olarak düşük oluşu ve HLA B27 nin de adesif kapsülitli hastalarda yüksek oranda pozitif bulunuşuyla ilişkin çalışmalar immunolojik etyopatogenez görüşünü destekler niteliktedir^{5.6}.

Bu inceleme ve araştırmalar adesif kapsülitin oluş nedenine şimdilik kesin bir açıklama getirememekte ve hastalığın oluşumunda birçok etmenin yeri olduğu izlenimi vermektedir.

Adesif kapsülitin patolojisi; Makroskopide eklem kapsülü kalınlaşmış humerus başına gevşek olarak yapışmıştır. Normal kapsüller katlar silinmiştir. Mikroskopik incelemede ise, sinoviyal destek gözelerin proliferasyonu, fibrozis ve orta derecede süregen inflamatuvar göze infiltrasyonu görülür. Ancak bu bulgular sürekli değildir. Olguların % 20 sinde normal histolojik görünüm vardır. Kapsülün biyokimyasal incelenmesi sonucu glycosomino-glycans ve su içeriğinde azalma olduğu belirlenir.

Adesif kapsülit çoğu kez 40-60 yaş arasında, özellikle menapoz sonrası dönemdeki kadınlarda görülür. Kadın erkek oranı 1.52:1 dir. Hastaların öyküsünde omuzun zorlanması ya da aşırı kullanımı bulunabilir. Çoğunluklu bir omuz, özellikle sağ omuz hastalığa daha sık yakalanır. Bununla birlikte her iki omuzda da adesif kapsülit gelişebilir.

Hastalar omuzda yaygın ve sinsi bir biçimde başlayan ağrı ve tutukluktan yakınırlar. Ağrı özellikle eklem ön ve yan yüzünde duyulur. Ağrı kimi kez kol-ökol ön yüzüne oradan parmaklara yayılabildiği gibi, kimi kez de boyuna, oksipital yöreye ve trapezius kası alanına da yansıyabilir. Ağrı genellikle dirsek alt bölümünü geçmez.

Ağrı zamanla nitelik değiştirerek hastayı uykudan uyandıracak şiddete dönüşür. Hasta çoğu kez anksiyöz ve iritabldır. Palto ya da ceket giyerken ve saçlarını tararken omuzdaki ağrının artmasından yakınır. Omuz eklemi çevresinde yaygın duyarlılık vardır. Bu duyarlılık giderek humerus başı ve biceps kası oluşuna yerleşir. Başlangıçta omuz eklemine dış rotasyon, abduksiyon ve iç rotasyon hareketleri kısıtlanır⁷. Adduksiyon, ön ve arkaya salınım hareketleri serbest kalır. Zamanla omuzun tüm hareketleri giderek kısıtlanır. Harekete zorlandığında ağrı artar.

Akut dönemde, özellikle subskapularis ve pektoralis majorda olmak üzere tüm omuz kuşağı kaslarında spazm oluşur. Ağrıyı uyandırmamak için kol adduksiyon ve iç rotasyonda bedene bitişik olarak tutulur. Skapular kaslarda kullanılmamaya

bağlı olarak atrofi gelişir. Bunun sonucu skapula dikenli belgin bir görünüm alır.

Sendromun gelişim sürecinde üç evre vardır: İlk evre birincil olarak ağrı ve giderek artan tutuklukla karakterizedir. İkinci evrede, hasta çoğunlukla omuzda belli belirsiz sızıdan yakınır, ancak tutukluk belirgindir. Son evrede ağrı tümten geçer ve omuz ekleminin hareketleri kısıtlanır.

Laboratuvar Bulguları:

Özgül bir bulgu bulunmama birlikte kullanılmama ya da hareketsizlikten ötürü 1-2 ay sonra omuzda osteoporoz gelişir⁸. Kimi kez akut dönemin başlangıcında da humerus üst ucunda demineralizasyon görülür. Bu demineralizasyon sendrom iyileştikten uzun bir süre sonra bile geriye dönmeyebilir⁹. Bunun dışında adesif kapsülitte dikkatli yumuşak doku radyogramları ile kalsifikasyonlar saptanabilir. Ayırıcı tanıda artogramdan yararlanılabilir.

Son yıllarda omuz sintigrafisinin adesif kapsülitin ayırıcı tanısında ve yerel kortizon enjeksiyonlarına verilen yanıtı izlemede kullanılabileceği ileri sürülmektedir¹⁰.

Tedavideki amaç, ağrı ve kas spazmın giderilmesi, hareketin geriye döndürülmesi ikincil değişiklikleri önlemedir. Hastalığın akut döneminde yatak dinlendisi öngörülür, analjezik-antiinflamatuar ve kas gevşetici ilaçlar verilir. Kol uygun durumda askıya alınır. Kol ağırlığı ile yerçekimi dengelenir. Dinlenme pozisyonunda aksilla altına bir yastık konularak abduksiyon pozisyonu sağlanmış olur. Bazı yazarlar adesif kapsülitin akut döneminde ağız yoluyla kortikosteroid kullanımını salık vermektedirler⁹. Eklem içi ya da çevresine uygulanan yerel anestezi ve kortikosteroid enjeksiyonlarından oldukça iyi sonuçlar alınmaktadır^{11.12.13}.

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon:

Çok ağırlı durumlarda 3 gün süreyle buz, 3 üncü günden sonra düşük dozda diatermi, özellikle ultrason diatermi uygulanır¹⁴⁻¹⁷. Tedavide seçilmiş terapötik egzersizlerin uygulanmasının çok önemli bir yeri vardır. Başlangıçta ağrı sınırında pasif egzersizler yapılır. Bunu sarkaç egzersizleri izler. Daha sonra gelişim aşamalarına göre aktif yardımcı-aktif ve yitirilen kas gücünün kazanılması, dayanıklılığın artırılması için giderek artan dirençli egzersizler uygulanır. Ritmik stabilizasyon egzersizleri adesif kapsülitin tedavisinde oldukça etkilidir.

Manipulasyon; Özenle yapılan manipulasyonla hastalık süresi kısaltılabilir ve cerrahi girişim zorunluluğu azalabilir^{18.19}. Akut ağırlı dönemde bile yerel anestezi altında manipulasyon yapılabilir²⁰. Ancak manipulasyonun yapışıklıkları ve normal dokuları parçalayabildiği her zaman gözönünde bulundurulmalıdır²¹. Ayrıca manipulasyondan sonra uygun egzersiz izlenmesinin düzenli bir biçimde sürdürülmesi gerekir.

Bu yöntemlerin tümü yeterince uygulanmadığında kapsülit yineleyebilir ya da omuzda hareket kısıtlılığının yerleşmesi kaçınılmaz olur.

KAYNAKLAR

1. BRAUTIGAM, W., CHRISTIAN, P.: Psikosomatik Tıp (Çev. Özbek, A. ve Odağ, C.) Ankara, Yargıcıoğlu Matbaası, 1979, s. 272.

2. CAILLIET, R.: *Shoulder Pain*, Philadelphia, F.A. Davis Comp., 1975, p. 64.
3. FLEMING, A., DODMAN, S., BEER, T.C., CROWN, S.: Personality in frozen shoulder. *Ann. Rheum. Dis.* 35: 456, 1976.
4. WRIGHT, V. HAO, A.M.N.: Periarthritis of the shoulder. I. Aetiological considerations with particular reference to personaly factor. *Ann. Rheum. Dis.*, 35: 213, 1976.
5. BULGEN, D.Y., HAZLEMAN, B.L., VOAQ, D.: HLA — B27 — Frozen shoulder, *The Lancet*, 1: 1042, 1976.
6. BULGEN, D., HAZLEMAN, B., WARD, M., MC CALLUM, M.: Immunological studies in frozen shoulder. *Ann. Rheum. Dis.* 37: 135, 1978.
7. CURREY, H.L.F.: *Klinik Romatoloji* (Çev. Akoğlu, T. ve Akoğlu, E.) 3. Basım, Adana, Kemal Matbaası A.Ş., 1980, s. 258.
8. WARREN, A.K.: *Rheumatic Diseases Diagnosis and Management*, Philadelphia, Toronto, J.B. Lippincott Comp., 1977, p. 620.
9. MOSELEY, H.F.: *Shoulder Lesions*. Edinburgh, London, E.S. Livingstone LTD, 1969, p. 288.
10. STEINBROCKER, O.: *Arthritis and Allied Conditions a Textbook of Rheumatology* (ed. Hollander, J.L. ve Mc Carty, D.J.) 9. Basım, Philadelphia, Lea-Febiger, 1979, p. 1462.
11. ROY, S., ODLHAM, R.: Management of painfull shoulder. *The Lancet*, 1: 1322, 1976.
12. STEINBROCKER, O., ARGYROS, T.G.: Frozen shoulder: Treatment by local injections of depot Corticosteroids. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 55: 209, 1974.
13. WILLIAMNS, N.E., SCIFERT, M.H., CUDDIGAN, J.H.P., WISE, R.A.: Treatment of capsulitis of the shoulder. *Rheum. and Rehabil.* 14: 236, 1975.
14. BERKER, E.: *Romatizmal Hastalıklar* (Ed. Tuna, N.) Ankara, Ayyıldız Matbaası A.Ş., 1982, s. 609.
15. DICKSON, J., CROSBY, E.: Periarthritis of the shoulder. *Jama*, 31: 2252, 1972.
16. LEHMAN, J.F., DE LATEUR, B.J.: *Arthritis and Physical Medicine* (ed. Licht, S.) New Haven, Connecticut, Elizabeth Licht, Publisher, 1969, p. 349.
17. LEHMAN, J.F.: *Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation* (ed. Kru-sen, F.) 2. basım, Philadelphia, London, Toronto, W.B. Saunders Comp. 1971 p. 317.
18. MOSKOWITZ, R.W.: *Clinical Rheumatology*, Philadelphia, Lea-Febiger, 1975 p. 747.
19. TUREK, L.S.: *Ortopedi* (Çev. Ege, R.) 2. cilt. Ankara, Yargıcioğlu Matbaası, 1980, s. 874.
20. WEISER, H.I.: Painfull primary frozen shoulder under local anesthesia, *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 58: 406, 1977.
21. BOYLE, J.A., BUCHANAN, W.W.: *Clinical Rheumatology*. Oxford and Edin-burg, Blackwell Scientific Publications, 1971, p. 438.