

Romatizmal Hastalıklarda Rehabilitasyon

Yrd.Doç.Dr.Ömer KURU*

Romatizmal hastalıklarda sık görülen ağrı, yorgunluk, eklem hareket açıklığında (ROM) azalma, eklemde instabilite, zayıflık ve depresyon gibi semptomlar hastaların günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa yol açarlar. Bunların tedavisinde sıklıkla farmakolojik ve cerrahi yöntemlerle, fizik tedavi uygulanır. Tedavinin başarısı tüm bu yöntemlerin akıllı ve bilinçli olarak kullanılmasına bağlıdır. Bu makalede cerrahi ve farmakolojik tedavi dışındaki yöntemler ve gelişmeler gözden geçirilmiştir.

FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME

Rehabilitasyonun ilgi alanı hastalığın günlük hayat üzerindeki etkileridir. Geçtiğimiz yıllarda romatizmal hastalıkların günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir (1-3). Bu yöntemlerle hastalığın hastanın günlük işleri, bakımı, iş hayatı ve ilişkileri üzerindeki etkileri değerlendirilmektedir.

Araştırılan konuya göre kullanılan yöntemlerde çeşitli farklılıklar olabilmektedir. Örneğin, romatizmal hastalıklarda global fonksiyonel değerlendirmede kullanılan AIMS (Arthritis Impact Measurement Scale) gibi ölçekler uygulanan bir rehabilitasyon programı veya ilaç tedavisinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini göstermektedir (4,5). Total eklem replasmanından önce ve sonra uygulanan yürüyüş, biomekaniği protokolleri ise yürüme ve dengedeki defisitleri belirlemektedir (6). Fonksiyonel değerlendirme hastalarda hastalığın belirli dönemlerinde uygun rehabilitasyon yöntemlerinin seçilmesinde ve uygulanmasında anahtar rolü oynamaktadır.

Romatizmal hastalıklarda görülen semptom ve bulgular (Tablo 1) standart bir anamnez ve fizik muayene formuyla araştırılabilir. Ancak yine de her hastalığa özgü anahtar soruları sormak, ihmal edilmelidir. Örneğin, osteoartriti hastaların fonksiyonel kapasitesi düşüktür (7,8). Çünkü hasta ağrı nedeniyle alt

ekstremitelerine yük bindirici hareketlerden kaçınmakta ve bunu diğer kondüsyon artırıcı egzersizlerle kompanse etmesi gerekirken bu yola gitmemektedir. Osteoartriti hastalardan anamnez alınırken yorulma ve dayanıklılık ile ilgili sorular hastalardaki kondüsyonsuzluğu ortaya koyacaktır.

Hastalan tam anlamıyla değerlendirmek için mutlaka standart formların ötesine gidilmeli ve dikkatli bir anamnezden sonra eklem hareket açıklıkları, kas gücü, dayanıklılık ve koordinasyonu içeren iyi bir fizik ve nörolojik muayene yapılmalıdır.

Merkezi Sinir Sistemini (MSS) tutan romatizmal hastalıklarda hafif kognitif defisitler yatak kenarındaki nörolojik muayenede gözden kaçabilir. Sistemik Lupuslu hastalarda formel nöropsikolojik testlerin uygulanması MSS'li aktivasyonunun izlenmesi açısından son derece yararlıdır (9,10). Bu testler kognitif defisitlerin belirlenmesinde ve kompensatuar davranışların öğretilmesinde son derece yol göstericidir.

Rehabilitasyon bir ekip işidir ve iyi bir sonuç elde etmek için bütün ekip birbiriyle uyumlu çalışmalıdır (11). Örneğin bir hastanın tuvalet transferini bağımsız olarak yapabilmesi için fizyoterapist (FT) ve meşguliyet tedavisi (MT) beraberce çalışmalıdır. MT deforme ve zayıf olan, dolayısıyla transferi engelleyen üst ekstremiteler üzerinde yoğunlaşır ve çözümler üretirken (tutanakların yerleştirilmesi, uygun ekipmanın temini gibi), FT alt ekstremité gücü ve ROM kısıtlılıkları üzerinde duracaktır. Sonuçta hasta üzerinde beraberce çalışmak, transferin bağımsız olarak yapılmasını sağlayacaktır. Tablo 2 romatizmal hastalıklardan bazı problemler, amaçlar ve yöntemler arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

EGZERSİZ

Romatizmal hastalıklarda uygulanan egzersiz programları yoğunluk ve süre olarak değişebilirler. Çeşitli egzersiz tipleri ve endikasyonları Tablo 3'de görülmektedir.

* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, SAMSUN

Tablo 1. Romatizmal hastalıklardaki karakteristik bulgular

Romatizmal Hastalık	Bulgular
Romatoid Artrit	Artrit (ağrı, ROM'de kısıtlılık, eklemlerde Instabilité, deformite), kas zayıflığı, nöropati, kondüsyonsuzluk ve halsizlik
Osteoartrit	ROM'de kısıtlılık, ağrı, kondüsyonsuzluk, uyku bozukluğu ve kas ağrısı
Skleroderma	Artrit, ROM'de kısıtlılık, deride sertleşme, disestezi, halsizlik (kondüsyonsuzluğa, kardiyak ve pulmonertutuluma bağlı), kötü beslenme
S LE	Artrit, felç, nöropati, myelopati, halsizlik steroid myopatisi, pulmoner ve kardiyak tutulum, amputasyon, avasküler nekroz
Pollmyozit	Myozit, kas zayıflığı, kontraktür, ağrı, artrit, halsizlik, kalsinozis
Fibromyalji	Yorgunluk, uyku bozukluğu, ağrı
Osteoporoz	Ağrı, yorgunluk, kondüsyonsuzluk
Séronégatif Spondilartropati	Artrit, spinal ankiroz, göğüs ekspansiyonunda azalma, kondüsyonsuzluk, kaudaekina sendromu

Romatizmal hastalıklarda egzersiz uygulamasında son 20 yılda radikal değişiklikler olmuştur. 1970'lerden önce romatizmal hastalıklarda genellikle istirahat önerilir ve sadece ROM egzersizleri yaptırılırdı (12). Her ne kadar inflamatuvar hastalıkların tedavisinde istirahat önemli bir role sahipse de, uzun süreli istirahat, hastaları dekonduzyone etmekte ve günlük fonksiyonları üzerinde son derece olumsuz etkilere neden olmaktadır. Hastaların halsizliğinin en büyük sebeplerinden birisi de budur. Romatoid Artritli hastalar bile aerobik kondüsyon egzersizlerini tolere edebilir ve bundan genel durumlarında düzelme, güç ve dayanıklılıklarında artma

gibi kazançlar elde edebilirler (7,8,13-16). Egzersiz programlarının sürpriz bir yararı ise hastalık aktivitesinde azalmadır. Artritli hastalar yürüme, pedal çevirme ve akuatik gibi düşük darbeli, eklemlerde fazla hasar yapmayan egzersiz programlarını tolere ederler. Bunlardan en iyi tolere edileni akuatiktir, ancak artritli hastalar için uygun sıcaklıkta (>20°C) bir havuz bulmak her zaman mümkün değildir.

Hareket açıklığını devam ettirmede ROM egzersizleri oldukça önemlidir. Ankilozan Spondilitli hastalarda spinal mobilite için uygulanan eğitim ve egzersiz programı hem hareket açıklığında hem de hastanın genel fonksiyonlarında düzelmeye sebep olur (17). Total eklem replasmanından sonra sürekli pasif hareket (CPM) makinalarının rehabilitasyonda kullanılmasıyla son derece iyi sonuçlar alınmıştır. CPM kartilaj hasarlarının tedavisinde de oldukça etkilidir (18).

Romatizmal hastalıklarda yoğun İzotonik kuvvetlendirme egzersizlerinin uygulanması, artrit bulgularını alevlendirebilir (11). Bu hastalarda kas güçsüzlüğü önemli bir problemdir ve inaktivite ve İmmobilizasyondan, uygulanan tedaviden ve bizzat hastalığın kendisinden kaynaklanabilir. Steroid myopatisi yüksek doz steroid alan hastalarda görülebileceği gibi, düşük doz steroid verilenlerde de görülebilir. Danneskiold-Samsoe ve Grimby (19) steroid verilen romatoid artritli hastaların kas gücünde ve yürüme hızlarında kullanmayanlara göre %30-40 azalma saptamışlar ve bunun hastaların karşıdan karşıya geçmelerinde ve toplu taşıma araçlarından yararlanmalarında güçlükler sebebi olduğunu tesbit etmişlerdir. Steroid kullanımının sebep olduğu kas güçsüzlüğünün bazı yöntemlerle azaltılması mümkündür. Harber ve arkadaşları (20), 20 mg/gün veya daha düşük doz steroid kullanan transplant hastalarında uygulanan izokinetik egzersiz programının normal kas gücünü idame ettirebileceğini göstermişlerdir, inflamatuvar romatizmal hastalıklarda böyle bir çalışma henüz yapılmamıştır. Romatizmal hastalıklarda izometrik kuvvetlendime egzersizlerinin uygulandığı ve bunların etkili olduğu bilinmektedir (21).

Tablo 2. Problemler, amaçlar ve yöntemler

Problem	Amaç	Yöntem
Yorgunluk	iyi bir dinlenme sağlamak Dayanıklılığı artırmak Davranış modifikasyonu Yorgunluğun medikal nedenlerinin tedavisi	Uyku sürelerinde düzenleme Uyku kalitesini artırmak için öneriler (Yatağın düzenlenmesi, ılık duş) Kondüsyon egzersizleri MT tarafından enerji kullanma eğitimi Kronik obstrüktif akciğer hastalığının ve konjestif kalp yetmezliğinin tedavisi, inflamasyonun giderilmesi
Osteoartrite bağlı diz ağrısı	Ağrının giderilmesi Fleksiyon kontraktürünün önlenmesi Normal yürüyüş mekaniğinin kazandırılması Dize binen yükün azaltılması	Analjezik, sıcak, buz Sıcak, ROM egzersizi izometrik ve izotonik egzersizler, yürüme eğitimi Dizin korunması için eğitim, baston kullanımı

Tablo 3. Romatizmal hastalıklarda egzersiz endikasyonları

Egzersiz	Endikasyon
Relaksasyon	Ağrı
ROM	Artrit, immobilité
Germe	Kontraktür
Kuvvetlendirme	Kas güçsüzlüğü
izometrik	Artrit
izotonik	Kuvvetlendirme
izokinetik	Özel vakalar
Kondüsyon	Yorgunluk
Koordinasyon	Apraksi, inkoordinasyon
Re-edükasyon	Fibromyalji, donuk omuz
Denge	Düşmeler
Postür	Bel ağrısı, osteoporoz, ankilozan spondilit

Tablo 4. Sık kullanılan ortezler ve endikasyonları

Ortez	Endikasyon
El bileği istirahat ateli	Ağrı, şişme
Voler el bileği desteği	Aktiviteyle oluşan bilek ağrısı
Plastizot tabanlık	Ayak ağrısı
Metatars yastıkçıkları	Metatarsofalengeal ağrı
Arka-ayak ortezi	Subtalar ağrı ve instabilité
Halka splintler	Erken kuğu boynu ve düğme iliği deformiteleri

inflamatuar myopatilerde hastalara egzersiz uygulanması sakıncalı olabilir. Çünkü aktif inflamasyon döneminde güçlü kontraksiyonlar kas liflerinde hasara yol açabilirler. Klasik olarak bu hastalar akut dönemde istirahat ettirilirlir ve bu dönemde kontraktürleri önlemek amacıyla sadece ROM egzersizleri verilebilir (22). Hastada hangi aşamada kuvvetlendirme egzersizlerine

başlanması gerektiği kararını vermek oldukça güçtür. En iyisi tedaviyle inflamasyonun gerilediği dönemde tedricen bu egzersizlere başlamaktır. Uzun süreli steroid tedavisi gören hastalarda spontan tendon rüptürlerinin olabileceği gözönüne alınarak maksimal egzersizlerde dikkatli olunmalıdır (23).

Romatizmal hastalıklarda egzersiz programı çizilirken, hastanın çalışma ve aile hayatı da dikkate alınmalı ve rehabilitasyon eğitim programlarında egzersiz prensipleri de anlatılmalıdır (24).

ORTEZLER

Romatizmal hastalıklarda splint ve ortezler instabil eklemlerin stabilizasyonunda, ağrının giderilmesinde, fonksiyonun düzeltilmesinde ve eklemlerin istirahate alınmasında son derece yararlıdır (25). Sık kullanılan ortezler ve endikasyonları Tablo 4'de gösterilmiştir.

inflamatuar artitlerde görülen subtalar ağrı için geliştirilen arka-ayak ortezi ağrının giderilmesinde oldukça etkili olmuştur (26). Bu yeni ortez, standart ayak bileği-ayak ortezine veya patellar tendon destekli ayak bileği-ayak ortezine göre daha hafiftir ve ayak bileğinde daha fazla mobiliteye izin vermektedir.

Kuğu boynu ve düğme iliği deformiteleri için geliştirilen parmak splintleri ise hem fonksiyonu düzeltmekte ve hem de bazı olgularda deformiteleri azaltmaktadır. Bunlar altın veya gümüş gibi materyalden yapıldıklarında mücevhere benzedikleri için hastalar tarafından daha rahatlıkla kabul edilmekte ve kullanılmaktadır (27).

Rehabilitasyonun başarısı hastanın ve rehabilitasyon ekibinin birbiriyle uyumlu çalışmasına bağlıdır. Uygun hastada doğru zamanda, doğru yöntemlerin uygulanmasıyla romatizmal hastalıklarda hastaların daha rahat bir yaşam sürmesi sağlanabilmektedir.

KAYNAKLAR

- Gerber LH. Outcome measures in rheumatic disease. In: Hicks JE, Nicholas JJ, Swezey RL, eds. Atlanta: American Rheumatism Association, 1988:9-19.
- Melvin JL. Hand pathodynamics and assesment. In: Melvin JL, ed. Rheumatic Disease in the Adult and Child: Occupational Therapy and Rehabilitation. Philadelphia: FA Davis, 1989:261-339.
- Melvin JL. Evaluation of activities of daily living at home, work, and leisure. In: Melvin JL, ed. Disease In the Adult and Child: Occupational Therapy and Rehabilitation. Philadelphia: FA Davis, 1989:357-75.
- Liang MH, Robb-Nicholson C. Health status and utility measurement viewed from the right brain: Experience from the rheumatic diseases. J Chronic Dis 1987; 40:579-83.
- Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Health status as a predictor of mortality In rheumatoid arthritis: A five-year study. J Rheumatol 1990; 17:609-13.
- Laughman RK, Stautier RN, Ilstrup DM, Chao EYS. Functional evaluation of total knee replacement. J Orthop Res 1984; 2:307-313.
- Beats CA, Lapman RM, Banwell BF, Braunstein EM, Albers JW, Castor CW. Measurement of exercise tolerance in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. J Rheumatol 1985; 12:458-61.
- Minor MA, Hewett JE, Webel RR, Anderson SK, Kay DR. Efficacy of physical conditioning exercise In patients with rheumatoid arthritls and osteoarthritis. Arthritis Rheum 1989; 32:1396-1405.
- Carbotte RM, Denburg SD, Denburg JA. Prevalence of cognitive impairment in systemic lupus erythematosus. J Nerv Ment Dis 1986; 174-357-64.
- Denburg SD, Carbotte RM, Denburg JA. Cognitive Impairment In systemic lupus erythematosus: A neuropsychological study of individual and group deficitts. J Clin Exp Neuropsychol 1987; 9:323-39.

11. Hicks JE. Rehabilitation goals and comprehensive team management. In: Hicks JE, Nicholas JJ, Swezey RL, eds. Atlanta: American Rheumatism Association, 1988:1-7.
12. Smith RD, Polley HF. Rest therapy for rheumatoid arthritis. *Mayo Clin Proc* 1978; 53:141-5.
13. Harkom TM, Lampman RM, Banwell BF, Castor CW. Therapeutic value of graded aerobic exercise training in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1985; 28:32-9.
14. Danneskiold-Samsoe B, Lynberg K, Risum T, Telling M. The effect of water exercise therapy given to patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rehab Med* 1987; 19:31-5.
15. Ekblom B, Nordemar R. Rheumatoid arthritis. In: Sinner JS, ed. *Exercise Testing and Exercise Prescription for Special Cases: Theoretical Basis and Clinical Application*. Philadelphia: Lea&Febiger, 1987:101-4.
16. Ekdahl C, Andersson SI, Moritz U, Svensson B. Dynamic versus static training in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1990; 19:17-26.
17. Kraag G, Stokes B, Groh J, Helewa A, Goldsmith C. The effects of comprehensive home physiotherapy and supervision on patients with ankylosing spondylitis-A randomized controlled trial. *J Rheumatol* 1990; 17:228-33.
18. Salter RB. The biologic concept of continuous passive motion of synovial joints: The first 18 years of basic research and its clinical application. *Clin Orthop* 1989; 242:12-25.
19. Danneskiold-Samsoe B, Grlmby G. The relationship between leg muscle strength and physical capacity in patients with rheumatoid arthritis, with reference to the influence of corticosteroids. *Clin Rheumatol* 1986; 5:468-74.
20. Horber FF, Scheidegger JR, Grünig BE, Frey FJ. Evidence that prednisone-induced myopathy is reversed by physical training. *J Clin Endocrinol Metab* 1985; 61:83-88.
21. Machover S, Sapecky AJ. Effect of isometric exercise on the quadriceps muscle in patients with rheumatoid arthritis. *Arch Phys Med Rehabil* 1966; 47:737-41.
22. Ansell BM. Management of polymyositis and dermatomyositis. *Clin Rheumatol Dis* 1984; 10:205-13.
23. Potasman I, bassan HM. Multiple tendon rupture in systemic lupus erythematosus: Case report and review of the literature. *Ann Rheum Dis* 1984; 43:347-9.
24. Perlman SG, Connell KJ, Clark A. Dance-based aerobic exercise for rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1990; 3:29-35.
25. Merritt JL. Advances in orthotics for the patient with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1987; 14 (Suppl 15): 62-7.
26. Hunt GC, Frombherz WA, Gerber LH, Hurwitz SR. Hindfoot pain treated by a leg-hindfoot orthosis: A case report. *Phys Ther* 1987; 67:1384-8.
27. Melvin JL. Orthotic treatment for arthritis of the hand. In: Melvin JL, ed. *Rheumatic Disease in the Adult and Child: Occupational Therapy and Rehabilitation*. Philadelphia: FA Davis, 1989:414-7.