

Primer Adeziv Kapsülitli Olgularda Fizik Tedavi Sonuçları[¶]

THE RESULTS OF THE PHYSICAL THERAPY IN THE PATIENTS WITH PRIMARY ADHESIVE CAPSULITIS

Hüseyin DEMİR*, Asiye Pınar Çelik MENKÜ*, Yasemin Tacettin ŞİGAN*, Osman ÖZSOY*, Cengiz ESER*, Solmaz ALTUNDAĞ*

* Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, KAYSERİ

Özet

Primer adeziv kapsülitli olgularımızda fizik tedavi sonuçlarını sunmak amacıyla, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR Anabilim Dalı'na başvuran 21 primer adeziv kapsülitli hasta çalışmaya alındı. Hastaların tedavi öncesi ve 3 haftalık fizik tedavi programı sonrası görsel ağrı skalası (VAS) ve omuz hareket açıklıkları ölçüldü ve istatistiksel karşılaştırılması yapıldı. Fizik tedavi programı olarak; hot-pack, ultrason, analjezik modalite ve egzersiz uygulandı.

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası eklem hareket açıklığı parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşme olduğu saptandı ($p<0,001$). Yine tedavi öncesi ve sonrası ağrıyı karşılaştırdığımızda fizik tedavi ile ağrı da anlamlı bir iyileşme saptandı ($p<0,001$).

Sonuçta, primer adeziv kapsülitte hem hareket kısıtlılığı ve hem de ağrının giderilmesi bakımından fizik tedavinin oldukça başarılı bir tedavi yöntemi olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Adeziv kapsülit, Fizik tedavi, Egzersiz

T Klin Tıp Bilimleri 1999, 19:337-340

Summary

Twenty one patients with primary adhesive capsulitis, who admitted to Erciyes University Medical Faculty Department of Physical Medicine and Rehabilitation, included in the study, in order to present the results of physical therapy in our patients with primary adhesive capsulitis. At the beginning and end of the physical therapy lasting three weeks, visual analogue scale and range of motion of the patients shoulder were evaluated and compared statistically. Hot-pack, ultrasound, analgesic modality and exercise were applied to the patients as physical therapy programme.

Statistically significant improvement was found in the parameters of range of motion before and after treatment. When we compared the pain before and after treatment, significant improvement was also found.

As a result, it was seen that physical therapy was an available method for improvement of the pain and limitation of motion in primary adhesive capsulitis.

Key Words: Adhesive capsulitis, Physical therapy, Exercise

T Klin J Med Sci 1999, 19:337-340

Adeziv kapsülit, eklem kapsülünde fibröz kalınlaşma ve kontraksiyon, sinoviyal yapılarda yapışıklık ve eklem boşluğunda daralma sonucu omuzda ağrı ve hareket kısıtlılığına neden olan bir hastalıktır (1,2). Omuz hareketleri her planda ağrılı ve kısıtlıdır. Olguların çoğunda başlangıç sinsi ve idiyoaptiktir (3,4).

Geliş Tarihi: 14.06.1999

Yazışma Adresi: Dr.Hüseyin DEMİR
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD
38039 KAYSERİ

[¶]Bu çalışma, XVII. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kongresi, 16-21 Mayıs 1999-Antalya' da sunulmuştur.

T Klin J Med Sci 1999, 19

Adeziv kapsülitin şiddetli ağrı nedeniyle uyku bozukluğuna ve ruhsal gerilime yol açması, omuzdaki hareket kısıtlılığının kişinin günlük yaşam aktivitelerini ve çalışma hayatını olumsuz yönde etkilemesi tedavi edilmesini zorunlu hale getirmektedir.

Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bu hastalığın tedavisinde de tam bir fikir birliği yoktur. Ağrının ve eklem hareket açıklığındaki kısıtlılığın giderilmesi ve immobilizasyona bağlı omuz kaslarında gelişen zayıflığın rehabilitasyonu amacıyla non-steroidal antiinflatuar ilaçlar, lokal ve sistemik kortikosteroid tedavisi, Codman egzersizleri, manipulasyon, yüzeysel ve derin ısı veren fiziksel ajan-

337

lar gibi değişik tedavi şekilleri uygulanmaktadır (5-7).

Primer (idiyopatik) adeziv kapsülit, herhangi bir intrinsek anomali olmadan omuzda ağrı ve sertlik ile karakterize bir durumdur. Bununla birlikte travma, koroner arter hastalığı, kronik akciğer hastalığı, pulmoner tüberküloz, tirotoksikozis, diabetes mellitus (DM) ve servikal spinal sendromları takiben gelişebilir. Primer adeziv kapsülitin gelişmesinde rol oynayan esas etken kolun uzamış immobilizasyonudur (8-13).

Sıklıkla kadınlar erkeklere oranla bu hastalığa daha fazla yakalanmakta ve genellikle 40-60 yaşları arasında görülmektedir (4,9,12).

Biz de bu çalışmada, primer adeziv kapsülitli hastalarımızda uygulanan fizik tedavi programının sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'na başvuran ve primer adeziv kapsülit tanısı konan 21 hasta alındı. Hasta seçerken, hastalığın başlangıcının 6 aydan daha az olmamasına ve idiyopatik olmasına özen gösterildi. Ağrılı ve tutuk omuz şikayeti, aktif-pasif eklem hareket kısıtlılığı ve uyku düzensizliği yaratan gece ağrısı olan hastalar çalışmaya alınırken; hemipleji, hemiparezi gibi nörolojik hastalığı, DM, kronik bronşit, iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, safra kesesi hastalıkları, tirotoksikoz, alkolizm, depresyon ve etkilenen omuzda inflamatuvar tipte artritli olanlarla, kolda kırık-çıkık oluşturacak kadar büyük travma geçirenler ve daha önce ağrı-tutukluk bulunan kola fizik tedavi veya rehabilitasyon programı uygulanan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastaların tedavi öncesi ve 3 haftalık fizik tedavi programı sonrası görsel ağrı skalası (VAS) ve omuz hareket açıklıkları ölçüldü ve istatistiksel karşılaştırılması yapıldı.

Fizik tedavi programı olarak; 20 dakika hot-pack, 1.5 watt/cm² dozda 5 dakika ultrason, 10 dakika analjezik modalite olarak diadinami ve 30 dakika egzersiz programı uygulandı. Tedavi programı 3 hafta süreyle ve haftada 5 seans olmak üzere toplam 15 seans uygulandı. Egzersiz programı; Codman egzersizleri, omuz kuşağı kaslarına izometrik egzersiz, pasif germe ve eklem hareket-

Tablo 1. Olguların Demografik Özellikleri

Olgu sayısı	21
Kadın/erkek	19/2
Ortalama yaş (yıl)	55.38±10.98
Ortalama hastalık süresi (ay)	4.40+1.52
Tutulmuş omuz	sağ 10 sol 11

leri, parmak merdiveni, omuz tekerleği, omuz çevresi adaleleri için progresif rezistif egzersizlerini içeriyordu. Hastalardan, verilen egzersizleri günde 3 defa olmak üzere her hareketi 10 kez yapmalarını istendi.

Eklem hareket açıklığını değerlendirmek için, omuzun fleksiyonu, abduksiyonu, iç ve dış rotasyonlarının tedavi öncesi ve sonrası ölçümleri yapıldı. Omuzun pasif ve aktif eklem hareket açıklıkları gonyometri ile 3 kez ölçülerek ortalamaları kaydedildi. Omuzun normal eklem hareket açıklıkları; abduksiyon 0-180°, adduksiyon 0-45°, fleksiyon 0-180°, ekstansiyon 0-60°, iç rotasyon 0-90° ve dış rotasyon 0-90° olarak kabul edildi (9).

Ağrıyı değerlendirmek için 10 cm'lik yatay VAS kullanıldı. VAS, aktivite ile ortaya çıkan ağrı ve gece ağrısı olarak gruplandırıldı.

Tedavi öncesi ve sonrası parametrelerin istatistiksel karşılaştırılmasında Student-t testi kullanıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan 21 hastanın 19'u kadın (%90.4), 2'si erkek (%9.6) olup yaş ortalaması 55.38±10.98 (34-75) yıl idi. Hastalıktan yakınma süresi ortalaması ise 4.40+1.52 ay idi (Tablo 1).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası eklem hareket açıklığı parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşme olduğu saptandı. Yine tedavi öncesi ve sonrası ağrıyı karşılaştırdığımızda fizik tedavi ile, gece ağrısı ve aktivite ile gelişen ağrı da anlamlı bir iyileşme saptandı (Tablo 2).

Tartışma

Primer adeziv kapsülitte gelişen en önemli sorun ağrı ve omuz eklemine kısıtlılıktır. Hastalığın süresi ne kadar uzunsa tedaviye yanıt süresi o oranda artmakta ve zorlaşmaktadır.

Tablo 2. Tedavi öncesi ve sonrası eklem hareket açıklığı ve ağrıdaki değişikliğin dağılımı

PARAMETRE	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	t	p
Omuz fleksiyonu	109.05+32.74(40-150)	137.38+35.76(40-180)	7.75	<0.001
Omuz abduksiyonu	97.38+32.23(40-150)	133.33+15.03(110-165)	7.98	<0.001
Omuz iç rotasyonu	49.05+16.02(20-80)	77.38+8.31(60-90)	11.46	<0.001
Omuz dış rotasyonu	53.81+18.23(20-80)	76.20+7.66(40-90)	5.35	<0.001
VAS Gece ağrısı	5.95+1.36(4-8)	1.76+0.94(0-4)	11.61	<0.001
Aktivite ağrısı	6.95+1.75(4-10)	2.19+1.44(0-6)	9.65	<0.001

Tedavide ilk basamağı medikal tedavi ve fizik tedavi oluşturur (9,10,14).

Uygun teknik ve modalitelerin uygulanması ile adeziv kapsülitin düzelme derecesi ve hızı artırılabilir. Adeziv kapsülit tedavisinde değişik tedavi yöntemleri gerek tek başına gerekse kombine olarak değişik çalışmalarda ele alınmış, farklı sonuçlar bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda çalışmaya alınan hastaların yaş ve cinse göre dağılımı literatürlerle benzerlik göstermektedir (4,9,12). Çalışmalarda dominant olmayan kolda daha sık geliştiği ve bilateral görülme sıklığının ortalama %12 oranında görüldüğü bildirilmektedir (15,16). Bizim çalışmada ise her iki omuz tutulumu birbirine yakın oranda bulundu. Hasta sayısının artırılması durumunda literatürle uyumlu sonuçlar elde edilebileceği düşünüldü. Olgularımızda ortalama semptom süresi 4.40+1.52 ay idi ve bu da literatür ile uyumlu idi (16,17).

Bulgen ve arkadaşları (14), yaptıkları çalışmada Codman egzersizleri uygulanan 42 olguyu 4 gruba ayırmışlar. Pendulum egzersizlerine ilave olarak birinci gruba intraartiküler steroid enjeksiyonu, ikinci gruba Maitland'ın mobilizasyonu, üçüncü gruba proprioseptif nöromusküler fasilasyon için buz paketleri uygulanmış, dördüncü gruba ise ilave tedavi vermemişlerdir. Bütün gruplarda tedaviden 4 hafta sonra ağrıda iyileşme ve omuz hareketlerinde gelişme kaydetmişlerdir. Tedaviden 6 hafta sonra gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir.

Dacre ve arkadaşları (18), 62 olguyu 3 gruba ayırmışlar. Birinci gruba fizik tedavi programı, ikinci gruba lokal steroid enjeksiyonu ve üçüncü gruba da her ikisinin kombinasyonunu uygulamışlar. Tüm gruplarda ağrıda anlamlı bir azalma ve omuz hareketlerinde gelişme kaydetmişler, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir.

Bilgiç ve arkadaşları (19), NSAI+fizik tedavi ile NSAI+lokal steroid enjeksiyonunu karşılaştırmışlar ve NSAI+fizik tedavi yöntemini daha başarılı bulmuşlardır.

Büket ve arkadaşları (20) da fizik tedavi+egzersiz ile lokal steroid enjeksiyonu+egzersiz yöntemlerini karşılaştırmışlar ve ağrı bakımından fark bulunmazken omuz abduksiyonunda artışı lokal steroid enjeksiyonu yapılan grupta daha fazla bulmuşlardır.

Kırnap ve arkadaşları (21)'nin yaptıkları bir çalışmada ise, lokal kortikosteroid enjeksiyonunun fizik tedavi ile kombine edilmesinin tedavi sonucunu anlamlı şekilde etkilemediğini gözlemişlerdir.

Bizim çalışmamızda hastaların yaş ve cinsiyet dağılımı benzerlik göstermektedir. Yan etkisi az olan tedavilerden olan fizik tedavi ile kendi olgularımızda alınan sonuçları sunmayı amaçladığımız bu çalışmada, literatürdeki diğer çalışmalardakine benzer şekilde başarılı sonuç alınmıştır. Hastalığın erken döneminde başlanan fizik tedavi ve egzersiz programının başarısının daha fazla olduğu ve daha erken sonuç alındığı görülmüştür.

Literatürdeki çalışmalar gözden geçirildiğinde, tek veya kombine tedavi yöntemleri ve bunların karşılaştırılması sözkonusudur. Genellikle çalışmaların çoğunda fizik tedavi yöntemleri temel alınmaktadır. Karşılaştırmalı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ağrının azaltılması ve eklem hareket açıklığında düzelme bakımından fizik tedavi ajanları ve egzersizin önemi vurgulanmıştır.

Sonuç olarak bu çalışmada, adeziv kapsülitte hem hareket kısıtlılığı ve hem de ağrının giderilmesi bakımından fizik tedavinin oldukça başarılı bir tedavi yöntemi olduğu görüldü. Ancak, adeziv kapsülit tedavisinde farklı tedavi yöntemlerinin karşılaştırılması ve bunun için daha fazla hasta

üzerinde, çok merkezli ve çift-kör çalışmalara ihtiyaç olduğu sonucuna varıldı.

KAYNAKLAR

1. Jeraticano D, Cooper RG, et al. Abnormal temperature control suggesting sympathetic dysfunction in the shoulder skin of patients with frozen shoulder. *Br J Rheumatol* 1992; 47:120-4.
2. Wasser MR. Suprascapular nerve block; a new approach for the management of the frozen shoulder. *Anesthesia* 1992; 47:120-4 .
3. Rizk TE, Christopher RP, Pinals RS, et al. Adhesive capsulitis (frozen shoulder). A new approach to its management. *Arch Phys Med Reh.* 1983; 64:29-33.
4. Rizk TE, Pinals RS. Frozen shoulder. *Semin Arthritis Rheum* 1982; 11:440-52 .
5. Kitchen SS, Partridge CJ. A review of therapeutic ultrasound. *Physiotherapy* 1990; 76:593-8.
6. Nitz AJ. Physical therapy management of the shoulder. *Phys Ther* 1986; 66:1912-7.
7. Rizk TE, Pinals RS, Talaiver AS. Corticosteroid injections in adhesive capsulitis Investigation of their value and site. *Arch Phys Med Rehabil* 1991; 72:20-2.
8. Jayson MI. Frozen shoulder: adhesive capsulitis. *Br Med J* 1981; 283:1005-6.
9. Kozin F. Painful shoulder and the reflex sympathetic dystrophy syndrome. In: Mc Carty DJ, Koopman WJ, eds. *Arthritis and Allied Conditions*. Philadelphia:Lea and Febiger, 1993:1655-56.
10. Neviasser JS. Adhesive capsulitis and the stiff and painful shoulder. *Orthop Clin North Am* 1980; 11:327-33.
11. Thornhill TS. Shoulder pain. In: Kelley WN, Jr Harris ED, Ruddey S, eds. *Textbook of Rheumatology*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1989:503.
12. Warsworth CT. Frozen shoulder. *Phys Ther* 1986; 66:1878-83.
13. Wright V, HAQ Ammm. Periarthritis of the shoulder. I. Aetiological consideration with periarticular reference to personality factors. *Ann Rheum Dis* 1976;35:213-9.
14. Bulgen DY, Binder AI, Hazleman BL, et al. Frozen shoulder: prospective clinical study with on evaluation of three treatment regimens. *Ann Rheum Dis* 1984; 43:353-60.
15. Kırnıp M, Güler M. Adhesiv kapsülitli vakalarda fizik tedavi ile alınan sonuçlar. *Dirim* 1992; 3-4: 124-6.
16. Sivri A, Çeliker R, İnanıcı F. Adhesiv kapsülitte etiyolojik değerlendirme ve rehabilitasyon sonuçları. *Romatizma* 1994; 9 (4): 231-5.
17. Durmaz B, Buket F, Cüreklibatır F. Ağrılı ve tutuk omuzda etiyolojik görüşler. *Ege Tıp Dergisi* 32 (3-4): 429-431,1992.
18. Dacre JE, Beeney N, Scott DL. Injections and physiotherapy for the painful stiff shoulder. *Ann Rheum Dis* 1989; 48:322-5.
19. Bilgiç A, Evci G, Ataman Ş, Arasil T . Ağrılı ve tutuk omuzda NSAİ+FTR ve NSAİ+omuz enjeksiyon tedavilerinin etkinliklerinin karşılaştırılması. *Romatol Tıp Rehabil* 1990;1(3):168-72.
20. Buket F, Ekin A, Durmaz B, ve ark. Tutuk omuzda geleneksel fizik tedavi ve lokal kortikosteroid enjeksiyonunun etkinliği. *Ege Fiz Tıp Reh Der* 1995;1(1):17-20.
21. Kırnıp M, Köse B, Özügül Y, ve ark. İdyopatik adeziv kapsülitli olgularda lokal kortikosteroidlerin fizik tedavi ve rehabilitasyon programına katkısı. *Fizik Ted Rehabil Derg* 1995;19(3):136-40.