



OMUZ AĞRISI YAKINMASI OLAN YAŞLI OLGULARIN TANILARINA GÖRE DAĞILIMI*

DISTRIBUTION OF THE ELDERLY CASES WITH SHOULDER PAIN ACCORDING TO THEIR DIAGNOSIS

Dr. Kenan AKGÜN
Dr. İlknur AKTAŞ
Dr. Bahar ÇAKMAK
Dr. Filiz Yıldız AYDIN
Dr. Merih ERYAVUZ

ÖZ

Omuz ağrısı yaşlılarda sık görülen tanı ve tedavisinde çoğu zaman zorluklar yaşanan bir yakınmadır. Bu amaçla, omuz polikliniğimize başvuran yaşlı olguların tanıları araştırıldı.

Omuz polikliniğimizin rutin değerlendirmesine girmiş olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

Değerlendirilen 382 olgunun 61'ü (%15.9) geriatric yaş grubundaydı. Yaş aralığı 60-84 arasında değişen olguların 38'i kadın 23'ü erkekti. Ağrı yakınmaları 15 gün ile 10 yıl arasında (ort: 11.6 ± 6.2 ay) değişmekteydi. Bu olguların tanılarına göre dağılımında 32 (%52.4) olgu subakromial sıkışma sendromu(SSS), 16 (%26,2) olgu donuk omuz, 5 (%8,1) olgu proksimal humerus kırığı, 3 (%4,9) olgu kanat skapula (1 olgu aksesuar, 1 olgu uzun torasik sinir ve 1 olgu SSS nedenli), 2 (%3,2) olgu polimiyalji romatika, 1 (%1,6) olgu kompleks bölgesel ağrı sendromu, 1 olgu kalsifik tendinit, 1 olgu aksiller sinir nöropatisi, tanı ile yer almaktaydı.

Yaşlı olgularımızda SSS altında topladığımız rotator kaf lezyonları omuz ağrısının en sık görülen nedenidir. Donuk omuzlu olgular ikinci sırada yer almaktadır. Ancak tanıların çeşitliliği nedeniyle yaşlı olgularda iyi bir ayırıcı tanı yapılması gereklidir.

Anabtar sözcükler: Omuz ağrısı, Geriatri, Kas-iskelet sistemi, manyetik rezonans görüntüleme.

ABSTRACT

Shoulder pain is a common symptom seen in the elderly and causes some difficulties usually in diagnosis and treatment. For this reason, the diagnosis of the elderly cases who admitted to our shoulder policlinic were investigated.

Cases who have been evaluated routinely in our shoulder policlinic were evaluated retrospectively.

Sixty one from 382 evaluated cases (15.9%) were in geriatric age group. 38 female and 23 male cases ranged 60 to 84 years. Duration of pain symptoms was 15 days to 10 years (mean: 11.6 ± 6.2 months). The distribution of these cases according to their diagnosis was as following: 32 (52.4%) cases with subacromial impingement syndrome (SIS), 16 (26.2%) cases with frozen shoulder, 5 (8.1%) cases with proximally humerus fracture, 3 (4.9%) cases with winging scapula (caused by accessory nerve in 1 case and long thoracic nerve in 1 case and SIS in 1 case), 2 (3.2%) case with polimyalgia rheumatica, 1 (1.6%) case with complex regional pain syndrome, 1 case with calcific tendinitis, and 1 case with axillary neuropathy.

Rotatory cuff lesions which gathered under SIS title were the most common causes of shoulder pain in our elderly subjects. Cases with frozen shoulder came in second. But, a complete differential diagnosis should be made in elderly subjects owing to variety of the diagnosis'.

Key words: Shoulder pain, Geriatrics, Musculoskeletal system, Magnetic resonance imaging.

Geliş: 11/4/2004

Kabul: 19/7/2004

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
İletişim: Doç Dr. Kenan Akgün, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
Tel: (0212) 588 48 00 / 2261 • Fax: (0216) 348 48 78 • G.S.M.: (0532) 661 73 43 • E-mail: akgunkenan@hotmail.com

* GERIATRİ 2004 I. Ulusal Yaşlı Sağlığı kongresinde poster olarak sunulmuştur.



GİRİŞ

Kas iskelet sistemi bozuklukları yaşlıları en fazla etkileyen kronik hastalık grubudur (1). Yaş artmasıyla birlikte prevelansı artmaktadır. Yaşları 65 ile 75 arasında değişen tüm erkeklerin yarısından fazlası kadınların ise üçte ikisinde ağrı yakınması ve kas-iskelet sistemi fonksiyonlarında sınırlanma vardır (2). Omuz ağrısı da oldukça yaygındır. Yaşlı nüfusun % 20-25'inde görülmektedir (3,4).

Omuz ağrısına neden olan patolojilerin büyük bir kısmı konservatif tedaviden yarar görmektedir. Tanısal testlerin sınırlı olmasına rağmen dikkatli bir hikaye ve fizik muayene bu hastaların büyük bir kısmında tanı için çok önemlidir (5).

Omuz ağrısı yaşlılarda sık görülen tanı ve tedavisinde çoğu zaman zorluklar yaşanan bir yakınma olması nedeniyle omuz polikliniğimize başvuran yaşlı olguların hangi tanılarla izlendiği araştırıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Omuz polikliniğimizin rutin değerlendirmesine girmiş 60 yaşın üzerindeki olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Bu değerlendirme tüm olgular için ayrıntılı omuz muayenesinin yanısıra tanısal amaçla yapılan subakromiyal lidokain enjeksiyon testi, direkt omuz radyolojik görüntülemesi, tam kan sayımı, açlık kan şekeri ve biokimyasal analizi içermekteydi. Başvuru sırasında omuz MRG'si olmayan olgulardan sadece klinik tanıda güçlük çekilenler ve konservatif tedaviye yanıt veremeyenlerden bu inceleme istendi. Nörojen kaynaklı patoloji düşünülen olgularda tanıyı doğrulamak için de EMG (Elektromiyografi) istendi.

Sıkışma testleri ve subakromiyal enjeksiyon testi (SET) pozitif olan olgulara subakromiyal sıkışma sendromu (SSS), aktif ve pasif omuz hareket açıklığı kısıtlı olan ve SET ile düzelmeyen olgulara donuk omuz, direkt radyografilerinde kalsifik lezyonu olan olgulara kalsifik tendinit tanısı konuldu. Kanat skapulası olan, belirgin kas kuvvetsizliği ve atrofi izlenen olgularda ise EMG sonucuna göre kanatlaşmanın etyolojisi belirlendi.

MRG'de rotator kafdaki patolojik değişiklikler Zlatkin değerlendirmesine göre sınıflandı (6). Evre 0:Tendon morfolojisi ve sinyal intansitesi normal. Evre 1: Herhangi bir inceleme ve devamlılıkta bozulma olmaksızın tendonda artmış sinyal intansitesi. Evre 2: Tendonda inceleme ve düzensizlikle birlikte artmış sinyal intansitesi. Evre 3: Supraspinatus tendonun komplet yırtığı.

BULGULAR

Değerlendirilen 382 olgunun 61'i (%15.9) geriatrik yaş grubundaydı. Yaş aralığı 60-84 arasında değişen bu olguların 38'i kadın 23'ü erkekti. Ağrı yakınmaları 15 gün ile 10 yıl arasında (ort: 11.6 ± 6.2 ay) değişmekteydi. Bu olguların tanılarına göre dağılımında 32 (% 52.4) olgu ile subakromial sıkışma sendromu (SSS) ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırada ise 16 (% 26.2) olgu ile donuk omuz bulunmaktadır. Olguların tanılarına göre dağılımı tablo 1'de gösterilmiştir. Kanat skapula tanısı konulan 3 (% 4.9) olguda etyoloji olarak 1 olgu aksesuar sinir lezyonu, 1 olgu uzun torasik sinir lezyonu ve 1 olguda ise SSS bulundu.

MRG si olan 31 olguda supraspinatus tendon lezyonu: 4 olguda evre 1, 16 olguda evre 2, 9 olguda evre 3 idi. Bir olguda SLAP lezyonu ve subskapuler tendonda yırtık, 1 olguda ise evre 3 supraspinatus lezyonu ve SLAP lezyon bulunmaktaydı.

TARTIŞMA

Omuz ağrısının en sık nedeni rotator kaf lezyonlarıdır (7). Asemptomatik parsiyel yırtıktan semptomatik rotator kaf artropatiye kadar geniş bir yelpazeyi içerir. Bu patolojinin temelinde intrinsik dejeneratif değişiklikler, ekstrinsik mekanik etkenler ve hipovaskülarite rol oynar. Tendonun bu yırtıklara bağlı yetmezliği nedeniyle humeral başın yukarı eleve olur. Sıkışma sendromunun ve artrozun düzeyi artarak bilinen rotator kaf artropatiye neden olur. Rotator kaf lezyonu akut, kronik veya kronik zemin üzerinde akut olarak oluşabilir. Akut olaylar genç hastalarda daha sıktır. Yaşlılarda ise genellikle dejeneratif değişikliklere sekonder geliştiği için daha çok kronik seyirlidir. Hastalar uzun zamandır devam eden hareketle artan son zamanlarda şiddetlenen ağrıdan yakınır (8,9).

SSS, rotator kaf patolojisini tanımlayan jenerik bir terimdir (10,11,12). Omuz ağrısı olan olguların yaklaşık % 60-70'inde görülür (7). Olgularımızın tanılarına göre dağılımına baktığımızda SSS altında topladığımız rotator kaf lezyonu olan olguların oranı % 52.4 ile ilk sırada yer almaktadır.

SSS, subakromiyal boşluktaki yapıların özellikle de supraspinatus tendonu, subakromiyal bursa ve bisipital tendonun, humerus ile korakoakromiyal ark arasında sıkışmasından meydana gelir. SSS, Neer tarafından progresif ödem, fibrozis ve bunun sonucu rotator kafa yırtıklarının olduğu 3 evreye bölünmüştür (13,14,15). Evre 3'de özellikle de yaşlı olgularda ayırıcı tanıda servikal radikülopatiler ve tümörler çok önem taşımaktadır (14).

Tablo 1. Olguların tanılarına göre dağılımı (toplam 61 olgu)

Tanılar	Sayı	Yüzde (%)
Subakromial sıkışma sendromu (SSS)	32	52.4
Donuk omuz	16	26,2
Proksimal humerus kırığı	5	8,1
Kanat skapula	3	4,9
Polimiyaljiya romatika	2	3,2
Kompleks bölgesel ağrı sendromu	1	1,6
Kalsifik tendinit	1	1,6
Aksiller sinir nöropatisi	1	1,6



MRG'nin anatomopatolojik bulguları gösterme yeteneğinin çok iyi olduğu diğer tanısal testlerle doğrulanmıştır (16). Bununla birlikte bu anatomopatolojik bulgular asemptomatik omuzlarda da mevcut olabilmektedir. Omuz ağrısı yakınması olmayanlarda yapılan MRG değerlendirmesinde rotator kaf tendonlarında % 30 oranında anormal sinyal değişiklikleri bulunmuştur (17). Bir çalışmada ise asemptomatik omuzlarda özellikle de yaşlılarda komplet yırtıklar bile gösterilmiştir (18).

Bizim değerlendirmeye aldığımız 61 olgudan 31'inin MRG incelemesi vardı. Bu yöntemin ülkemizde çok yaygın kullanımını nedeniyle polikliniğimize gelen hastaların büyük çoğunluğunda önceden MRG incelemesi yapılmıştı ve hepsinde rotator kaf lezyonu izlenmekteydi. Ancak SSS tanısında MRG'nin duyarlılığının yüksek ancak özgüllüğünün düşük olması nedeniyle SET yapılarak konulan klinik tanı esas alınmıştır (19). MRG'den daha çok ayırıcı tanıda faydalanılmıştır.

Rotator kaf patolojileri dışında donuk omuz (adeziv kapsülit), kalsifik tendinit, instabilite, akromiyoklaviküler eklem ve omuz ekleminin dejeneratif hastalıkları, akciğer apeks tümörleri, kristal ve romatoid artropatiler, servikal radikülopatiler gibi birçok patoloji omuz ağrısı ve fonksiyon kısıtlılığı yapabilmektedir (20).

Adeziv kapsülit olarak da isimlendirilen donuk omuz, ağrı da artma ve eklem hareket açıklığında progresif azalma ile karakterize bir hastalıktır. En önemli nedeni herhangi bir nedenle omuzun hareketsiz kalmasıdır. Tüm planlarda omuz hareketleri aktif ve pasif olarak kısıtlanmıştır. Daha çok orta ve ileri yaşta görülür. Diabetes mellitus ve tiroid hastalıkları ile beraberliği sıktır (21,22). Kesin tanının artrografi ile doğrulanması gerekir (23). Ancak tanı genellikle diğer patolojilerin ayırıcı tanısı da yapılarak klinik olarak konur. SET rotator kaf lezyonları ve donuk omuz patolojisi ayırıcı tanısında uygulanabilir (14). Biz de SET yaparak hareket açıklığında düzelme olmayan olgularımıza donuk omuz tanısını doğruladık. SSS'dan sonra da en sık gördüğümüz patoloji de % 26.2 oranıyla donuk omuzdu.

Yaşlılarda kalça kırıkları ve distal radius kırıklarından sonra üçüncü sıklıkla proksimal humerus kırıkları görülür. Kırıkların % 85'i nondeplasedir. Tipik olarak kol üzerine düşme gibi minör bir travma ile oluşabilir (8). Bize ortopedi kliniğinden gönderilen hastalar nedeniyle yaşlı olgularımızın % 8.1 oranında proksimal humerus kırığı vardı. Erken başlanan fizik tedavi rehabilitasyon programı ile uygulanan basit immobilizasyon tercih edilen bir yöntemdir (24).

Kompleks bölgesel ağrı sendromu yaşlılarda da görülebilen bir durumdur (25). Deri ve kemiklerde distrofik değişiklikler ve nörovasküler düzensizlikle beraber görülen kronik ağrılı bir durumdur. Bu sendrom otonomik, sempatik instabiliteye bağlanmaktadır. Ancak sempatik hiperaktivitenin nedeni bilinmemektedir. Üst ekstremitede de kompleks bölgesel ağrı sendromuna neden faktörler arasında inme, travma, torasik cerrahi, servikal radikülopati ve miyokart enfarktüsü sayılabilir. Bazı hastalarda bilinen bir neden olmadan da oluşabilir (26,27).

Polimyalji romatika (PMR) genellikle 50 yaş üstü insanlarda görülen nedeni bilinmeyen omuz ve kalça kuşağında ağrı, sabah sertliği ile karakterizedir. Genellikle eritrosit sedimentasyon düzeyi 40 mm saat üzerindedir. Omuz kuşağında ağrı ve kuvvetsizlikle gelen yaşlı hastalarda mutlaka düşünülmelidir. Çünkü PMR, yaşlıları en sık etkileyen kronik enflamatuvar

hastalıklar arasındadır. Yaşlılarda genellikle fonksiyonel kısıtlamalar yaparak yaşam kalitesini bozar (28). PMR'lı olguların % 90'ı 60 yaşın üzerindedir ve üçte ikisinden daha fazlası kadındır (29). Tanı koyarken yaşlı başlangıçlı romatoid artrit ile karışabileceği unutulmamalıdır (30). Ayrıca yaygın ağrıya neden olan fibromiyalji sendromu da akılda bulundurulmalıdır. Çünkü bazı kliniklerde 60 yaş üzerinde ki olgularda % 26 oranında görüldüğü bildirilmektedir (31).

Bazı çalışmalarda olguların % 20'sinde eritrosit sedimentasyon hızının normal olduğu gösterilmiştir (32). PMR tanılı 2 olgumuzun birinde de eritrosit sedimentasyon düzeyi normal düzeydeydi.

Omuz ağrısının nedenlerinden biri de kalsifik tendinitler olabilir. Hidroksi apatit ve kalsiyum pirofosfat depolanmasına bağlıdır. Kalsiyum depositleri primer dejeneratif bir süreçte ya da diabetes mellitus ve kronik renal yetmezlik gibi sekonder nedenlere bağlı olarak oluşabilir. Radyolojik olarak bu kalsifik depositlerin görülmesi ile tanı konulur (33). Bu nedenle konvansiyonel radyografilerin omuz problemlerinin değerlendirilmesinde vazgeçilmez bir önemi vardır.

Kanat skapula ve ya skapululer kanatlaşma skapulanın gövdeden uzaklaşması, yer değiştirmesidir (genellikle inferior ve medial köşesi). Skapulanın kanatlaşması istirahatte olabilir fakat genellikle omuzun hareketleri ile belirginleşir (34,35). Skapululer kanatlaşma, nöromuskuler, muskuloiskeletal veya yapısal nedenlerle oluşabilir. Skapululer kanatlaşmanın iyi bilinen 3 nedeni serratus anterior, trapez ve romboid kaslarının disfonksiyonu yanında diğer bazı nedenler de vardır. Yapısal nedenlere sekonder skapululer kanatlaşma, kolun pozisyonu ile değişmez özellikle kemik ve bursal patolojilere bağlı olanlarda skapululer krepitasyon ile birlikte olabilir (36). Hastaların soyunuk olarak değerlendirilmesi kanat skapulanın tanısında esastır. Bizimde olgularımızın % 5.4'ünde farklı etyolojilere bağlı kanat skapula bulunmuştur.

Yaşlılara özgü olmasada tuzak nöropatileri de görülebilmektedir. Bu patolojinin değerlendirmesi için iyi bir kas-iskelet ve nörolojik muayenenin yanısıra elektrofizyolojik çalışmalar çok önemlidir.

Sonuç olarak, yaşlı olgularımızda SSS altında topladığımız rotator kaf lezyonları omuz ağrısının en sık görülen nedeni olarak bulunmuştur. Donuk omuzlu olgular ikinci sırada yer almaktadır. Ancak tanıların çeşitliliği nedeniyle yaşlı olgularda iyi bir ayırıcı tanı yapılması gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Reynolds DL, Chambers LW, Badley EM, et al. Physical disability among Canadians reporting musculoskeletal diseases. *J Rheumatol* 1992;19:1020-1030.
2. Berman A, Studenski S. Musculoskeletal rehabilitation. *Clin Geriatr Med* 1998;14:641-659.
3. Chakravarty KK, Webley M. Disorders of the shoulder: An often unrecognized cause of disability in elderly people. *BMJ* 1990;300:848-54.
4. Chard MD, Hazleman R, Hazleman BL, et al. Shoulder disorders in the elderly: A community survey. *Arthritis Rheum* 1991;34:766-72.
5. Daigneault J, Cooney LM. Shoulder pain in older people. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1144-51.
6. Zlatkin MB, Ianotti JP, Roberts MC, Esterhai JL, Dalinka ML, Kressel HY, et al. Rotator cuff tears: diagnostic performance of MRG imaging. *Radiology* 1989;172:223-229.



7. Vecchio PC, Kananagh RT, Hazleman BL, et al. Community survey of shoulder disorders in the elderly to assess the natural history and effects of treatment. *Ann Rheum Dis* 1995;54:152-57.
8. Goldstein J, Zuckerman JD. Selected orthopedic problems in the elderly. *Rheum Dis Clin North Am* 2000;26:593-616.
9. Matsen FA, Arntz CT, Lippitt SB. Rotator cuff. In Rockwood CA, Matsen FA (eds). *The shoulder*. Philadelphia. WB Saunders 1998; pp 755-831.
10. Çalış M, Akgün K, Birtane M, Karacan İ, Çalış H, Tüzün F. Diagnostic values of clinical diagnostic tests in subacromial impingement syndrome. *Ann Rheum Dis* 2000; 59:44-47.
11. Hodler J. Diagnosis of shoulder impingement syndrome. *Radiology* 1996;36:944-50.
12. Masciocchi C, Barile A, De Bac S, Fascetti E, Gallucci M, Beomonte ZB et al. Magnetic resonance in the assessment of critical points of impingement of the shoulder. *Radiol Med* 1993;85 (suppl 1):213-9.
13. Butters KP, Rockwood CA. Office evaluation and management of the shoulder impingement syndrome. *Orthop Clin North Am* 1988;19:755-765.
14. Neer CS. Impingement Lesions. *Clin Orthop* 1983;173:70-77.
15. Neer CS. Anterior acromioplasty for chronic impingement syndrome of shoulder. *J Bone Joint Surg* 1972;54A:41-50.
16. Nelson MC, Leather GP, Nirschl RP, Pettrone FA, Freedman MT. Evaluation of the painful shoulder. A prospective comparison of magnetic resonance imaging, computerized tomographic arthrography, ultrasonography and operative findings. *J Joint Surg Am* 1991;73:707-16.
17. Chandnani V, Ho C, Gerharter J, Neumann C, Kursunoglu-Brahme S, Sartoris DJ et al. MR findings in asymptomatic shoulders: a blind analysis using symptomatic shoulders as controls. *Clin Imaging* 1992;16:25-30.
18. Sher JS, Uribe JW, Posada A, Murphy BJ, Zlatkin MB. Abnormal findings on magnetic resonance imaging of asymptomatic shoulders. *J Bone Joint Surg (Am)* 1995;77:10-15.
19. Birtane M, Calis M, Akgun K. The diagnostic value of magnetic resonance imaging in subacromial impingement syndrome. *Yonsei Med J* 2001;42:418-424.
20. Zuckerman JD, Mirabello SC, Newman D. The painful shoulder: Part II. Intrinsic disorders and impingement syndrome. *Am Fam Physician* 1991;43: 497-512.
21. Hulstyn MJ, Weiss AC. Adhesive capsulitis of the shoulder. *Orthop Rev* 1993;22:425-432.
22. Reeves B. Natural history of the frozen shoulder syndrome. *Scand J Rheumatol* 1975;4:193-97.
23. Neviasser TJ. Adhesive capsulitis. *Orthop Clin North Am* 1987;18:439-443.
24. Zuckerman JD, Spivak JM. Orthopedic surgery in the elderly. In Katlic MR (ed). *Geriatric Surgery*. Baltimore, Urban and schwarzenberg 1990; pp 597-666.
25. Ameratunga R, Daly M, Caughey D. Metastatic malignancy associated with reflex sympathetic dystrophy. *J Rheumatol* 1989;16:406-409.
26. Davis SW, Petrillo CR, Eichberg RD, et al. Shoulder-hand syndrome in a hemiplegic population:A 5 year retrospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 1977;58:353-356.
27. Subbarao J, Stillwell GK. Reflex sympathetic dystrophy syndrome of the upper extremity: Analysis of total outcome of management of 125 cases. *Arch Phys Med Rehabil* 1981;62:549-554.
28. Evans JM, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2000;26:493-515.
29. Hunder GG, Michet CJ. Giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica. *Clin Rheum Dis* 1985;11:471-483.
30. Yazici Y, Paget SA. Elderly-onset rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2000;26:517-526.
31. Yunus MB, Holt GS, Masi AT, et al. Fibromyalgia syndrome among the elderly:Comparison with younger patients. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:987-91.
32. Helfgott S, Kieval R. Polymyalgia rheumatica in patients with a normal erythrocyte sedimentation rate. *Arthritis Rheum* 1996;39:304-307.
33. McKendry RJ, Uhthoff HK, Sarkar K, et al. Calcifying tendonitis of the shoulder;prognostic value of clinical, histologic and radiologic features in 57 surgically treated cases. *J Rheumatol* 1982;9:75-79.
34. Hammond SR, Danta G. A clinical and electrophysiological study of neurogenically induced winging of the scapula. *Clin Exper Neurol* 1981;17:153-166.
35. Saeed MA, Gatens PF, Singh S. Winging of the scapula. *Am Fam Physician* 1981;24:139-143.
36. Kuhn JE, Hawkins RJ. Evaluation and treatment of scapular disorders. In Warner JJP, Iannotti JP, Gerber C (eds). *Complex and Revision Problems in Shoulder Surgery*. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997; pp 357-375.