

KALSİFİYE BURSİTLERDE İNTRABURSAL KORTİKOSTEROİTLERLE TEDAVİ

Dr. Feyza Boneval (*) - Dr. Atillâ Atalay (**)

Omuz bursalarından bir veya bir kaçının kalsium birikmesi ile müterafik enflamasyonuna kalsifiye bursitis denir. Etiolojisinde bazen hiç bir sebep bulunmaz. İkliminde büyük bir rolü olmaz. Yeteri kadar şiddetli bir travma lezyonun ortaya çıkmasına sebep olur. En sık rastlanan sebep bir kolun devamlı olarak ve bilhassa abduksiyon halinde kullanılmasıdır. Bu yüzden oturarak çalışan devamlı olarak aynı işleri, aynı hareketleri tekrarlayan, bilhassa omuz faaliyetini gerektiren iş ve meslek mensublarında hastalık daha sık görülür. Terzilerde, daktilolarda, diş tabiblerinde, şoförlerde ve büro memurlarında kalsifiye bursitise çok rastlanır. (Mikrotravma tesiri)

Patogenez : Hastalığı husule getiren sebepler bursa çevresindeki yumuşak dokularda, hiperemi ve ödemle müterafik enflamasyon meydana getirirler. Sebebin devamı enflamasyonun genişlemesine münce olur. Lökosit ve histiosit infiltrasyonu teessüs eder. Nekrotik dokuya doğru bir dejenerasyon ve akabinde fibrinoid kitle meydana gelir. Bu fibrinoid kitle üzerine henüz izah edilemeyen bir neden ve mekanizma ile kalsium depolanır. Bazan da aynı şekilde, civar bir tendonda husule gelmiş kalsium deposu, bursa içine açılır.

Klinik : Ana belirtiler: Ağrı, hassasiyet ve hareket mahdudiyetidir. Akut, subakut ve kronik olur. Akut vakalarda hareket mahdudiyeti bilhassa çok fazladır. Şiddetli ağrı sebebi ile hasta kolunu adduksiyon halinde tutar. Ağır vakalarda boyuna, oksipitale ve kola yayılır. En önemli teşhis vasıtası radiolojik tetkiktir. Rotation intern ve rotation ekstern'de röntgen çekilmesi uygun olur.

Akromionun altında (sub akromial bursa) veya humerus başında (sub deltoid bursa) bir kalsifiye mihrak tesbit edilir. Mihrak muhtelif büyüklükte olabilir. (Piring tanesinden fasülye tanesine kadar) Ekseriya düzensizdir. Bazen küçük parçalar halinde görülebilir. Ten-

(*) Şişli Çocuk Hast. Fiziktedavi şefi.

(**) Şişli Çocuk Hast. Fiziktedavi şef muavini

don kalsifikasyonunun bursaya boşalması halinde diffuz bir opasite görülür.

Tedavi : Hastalığın tedavisi çok muhtelif yollarda yapılır. Radioterapist radioterapi ile çok iyi netice aldığını, Fizyoterapist Fizik tedavi ile iyi netice aldığını söyler, Anesteziist sinir blokajı yapılmasını, ortopedist kolun askıya alınmasını hiç biri olmazsa cerrahi bir müdahaleye gidilmesini tavsiye eder. Bazı romatologlar ve ortopedistlerde bursanın prokain solusyonu enjeksiyonları ile yıkanmasını tavsiye ederler.

Şurası muhakkaktır ki tendon veya bursadaki enflamasyonunu provoke ettiği kalsifikasyon reversibldir. Büyüklüğü ne olursa olsun akut hiperemi hasil edilen hallerde absorbe olurlar. Hatta hiç bir tedavi yapılmadan kaybolan vakalarda vardır. Tedavideki ilk gaye ağrıyı kesmek, en kısa zamanda fonksionu iade etmek, sub akut veya kronik safhaya geçmekten hastayı korumaktır. Bunun için sırasıyla şunlar yapılmalıdır.

1 — O, ekstremiteyi bilhassa ağırlı safhada kullanmamak lâzımdır. Bunun için kol omuza asıldığı gibi bir yastık üzerine konarak da yükseltilir. Bu, akut ve subakut safhada daha çok kullanılır.

2 — Ağrı için analjezik ve sedatifler kullanılır. : Salisilatlar, Fenilbutazon grubu ilaçlar kodein, barbitürat v.s.

3 — Fizik Tedavi: Her türlü sathi sıcak tatbikat, başlangıçta bazen çok ağırlı iken soğuk tatbikatta kullanılır. Daha sonra derin tesirli diatermi ve Ultrason tatbiki ve subakut safhada egzersizler yapılır. Bunlar konservatif metodlardır.

Akut safhada bir veya birkaç çeşit tedavi tatbik edilir. Bunlardan herhangi birini seçmek o andaki ahvale ve şartlara bağlıdır. Bunları şöyle sıralıyabiliriz :

- a) Radioterapi
- b) Lokal hidrokortizon veya kortikosteroid enjeksiyonu.
- c) Yüzde yarım prokain ile kalsifiye bursitin irigasyonu (yıkanması)
- d) Sistemik kortikosteroid tatbikatı (oral yoldan)
- e) Kalsifiye bursaya muhtelif enjeksiyonlarla kalsifikasyonu aspire edilmesi.

Sub akut safhada : Radioterapi tatbikatı ve kalsifikasyonunu aspirasyonu iyi netice vermediğinden diğer tedavilere baş vurulur.

Kronik vakalarda ise ancak son çare olarak cerrahi müdahaleyi düşünmek lazımdır. Bu da akut safhadaki bütün tedavilere cevap vermeyen, sık sık tekrarlayan vakalarda düşünülebilir. Biz kliniğimizde lokal Kortikosteroid enjeksiyonu tatbik ettik.

Metod ve materyel: Vakalar genellikle ya akut safhada ki yahut daha evvel bilinen fakat akut bir alevlenme gösteren hastalardan seçildi. Radiolojik olarak kalsifiye bursitis tesbit edilen vakalarda omuzun hareketleri goniometrik olarak ölçülüp tesbit edildi. Aynı işlem sağlam taraftada mukayeseli olarak yapıldı. Hastanın anamnezinde Steroid verilmesi yönünde bir kontrendikasyonu olmadığı tesbit edildi. Hastaya genel bir Fizik muayene yapıp sistemik veya lokalize başka bir hastalığı olup olmadığı araştırıldı. Radiolojik olarak kalsifikasyon gösteren bursanın yeri tesbit ediliip Subdeltoid veya sub akromial bölge enjeksiyon için lokalize edildi 12 numara hipodermik iğne kullanıldı ilaç olarak Metilprednizon asetat (Depo medrol) I cc. verildi. Akut ve çok ağrılı vakalarda Klordetil sprey, bazende yarım cc. Citanest tatbik edildi. Hastaya başkaca medikal veya fizik tedavi tatbik edilmedi. En az iki haftalık bir süreden sonra tekrar radiolojik kontrol yapıldı.

Vaka 1 —

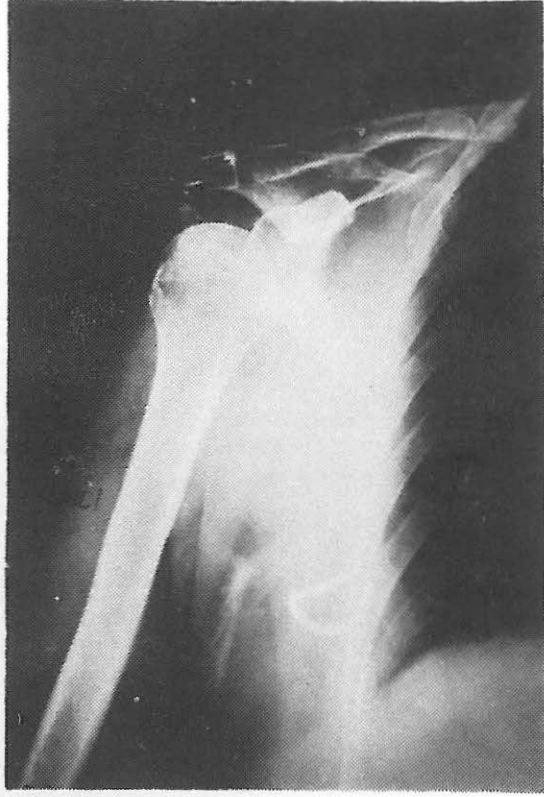
F.S. 55 yaşında kadın. 9/10/1974 de sağ omuzda şiddetli ağrı ve hareket mahdutiyeti ile müracaat etti. Bir sene evvelde omuz ağrısı şikayetleri varmış. Nörolojik bulgular normal, boyun hareketleri normal. Radiolojik tetkikte sağ kalsifiye bursitis mevcut. I cc depo medrol lokal olarak enjekte edildi. 11/10/1974 deki kontrol filminde kalsifikasyon hemen hemen kaybolmuş hareketler serbest ve ağrı yok.

Vaka 2 —

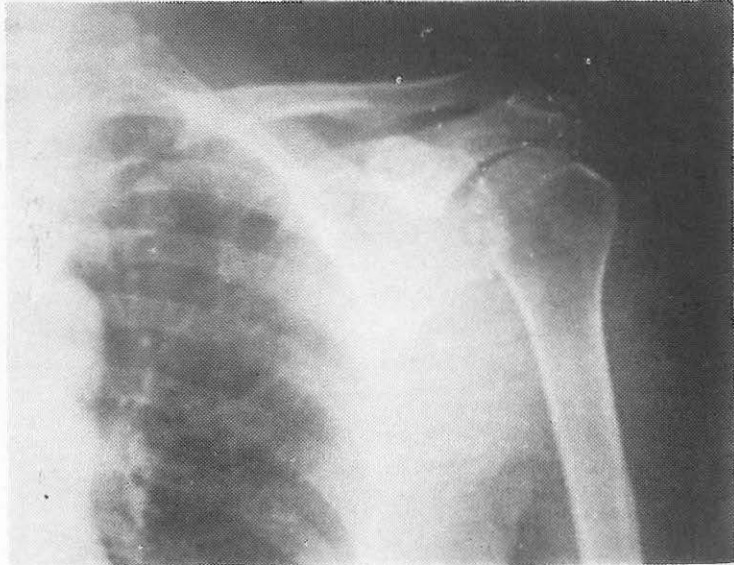
R.T. 50 yaşında erkek. 21/10/1974 tarihinde iki gün önce başlayan şiddetli bir sağ omuz ağrısı ile müracaat etti. Omuzun bütün hareketleri ağrılı ve tutuk. Kol fikse edilmiş. Nörolojik muayene ve sistemik muayene normal. Radiolojik muayenede sağ kalsifiye bursitis tesbit edildi. I cc Depo medrol lokal olarak yapıldıktan sonra 6/11/1974 te kontrol filmi alındıkta kalsifikasyon çok azalmış bulundu, ağrı yok hareketler serbest.

Vaka 3 —

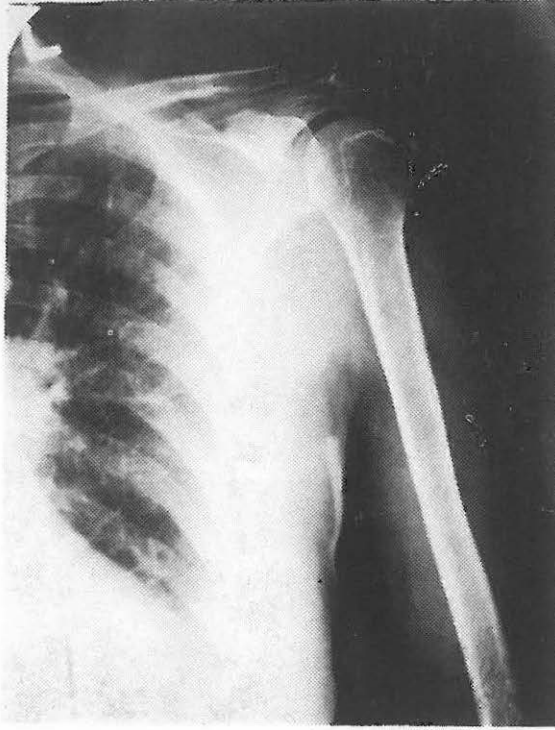
İ.G. 69 yaşında kadın. 28/5/1974 tarihinde sol omuzda üç gün evvel meydana gelen çok şiddetli ağrı ve hareket mahdutiyeti. Sol omuz



Resim 1. Vak'a tedaviden evvel.



Resim 2. Vak'a tedaviden sonra.



Resim 3. Vak'a tedavi sırasında

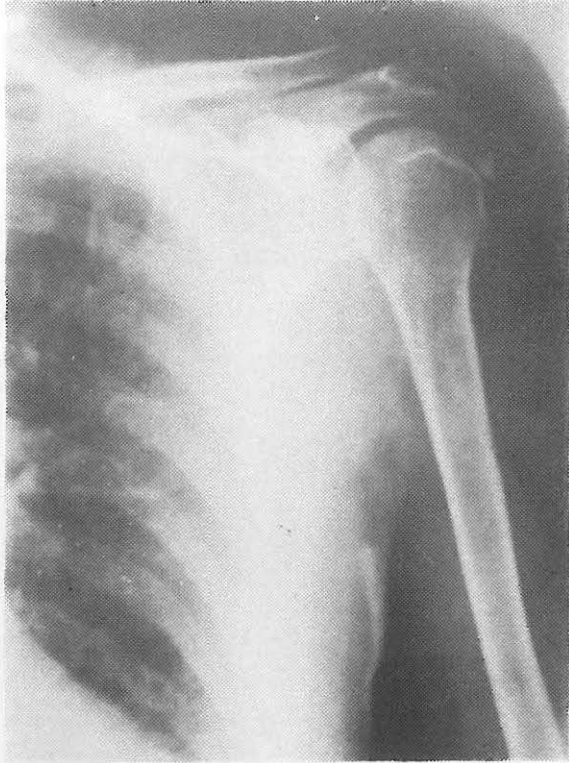
hareketleri fikse ve çok ağrılı. Sistemik ve nörolojik muayene normal. Radiolojik muayenede kalsifiye bursitis bulundu. Lokal yoldan I cc. depo medrol yapılarak 10/6/1974 tarihinde kontrol grafisinde kalsifikasyon azalmış bulundu, hareketler serbest ve ağrı yoktu.

Vaka 4 —

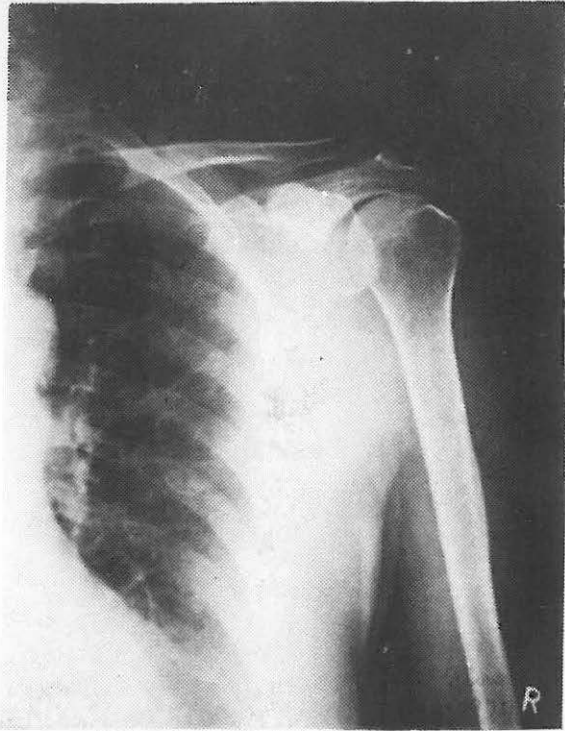
H.M. 55 yaşında kadın. 12/8/1974 tarihinde kuvvetli bir sol omuz ağrısı ile müracaat etti. Bir hafta önce başlamış. Sol omuz hareketleri kısmen mahdut. Nörolojik bulgular normal. Radiolojik olarak sol kalsifiye bursitis bulundu. Lokal I cc. Depo medrol enjekte edildi. 30/9/1974 deki kontrol grafisinde kalsifikasyon çok azalmış, klinik bulgular normal bulundu.

Vaka 5 —

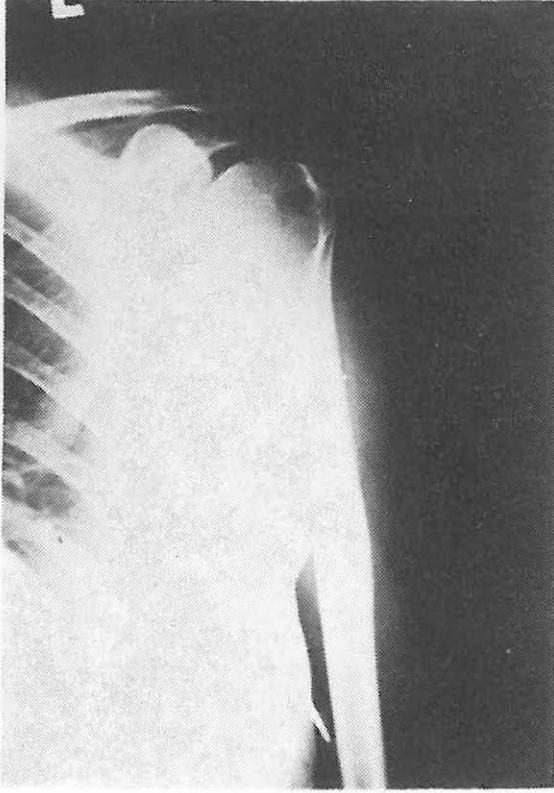
İ.A. 56 yaşında erkek. 3/6/1974 tarihinde bir hafta evvel başlayan sağ omuz ağrısı ile müracaat etti. Daha evvelde ağrısı olurmuş



Resim 4. Vak'a 3. tedaviden evvel



Resim 5. Vak'a 3 tedaviden sonra



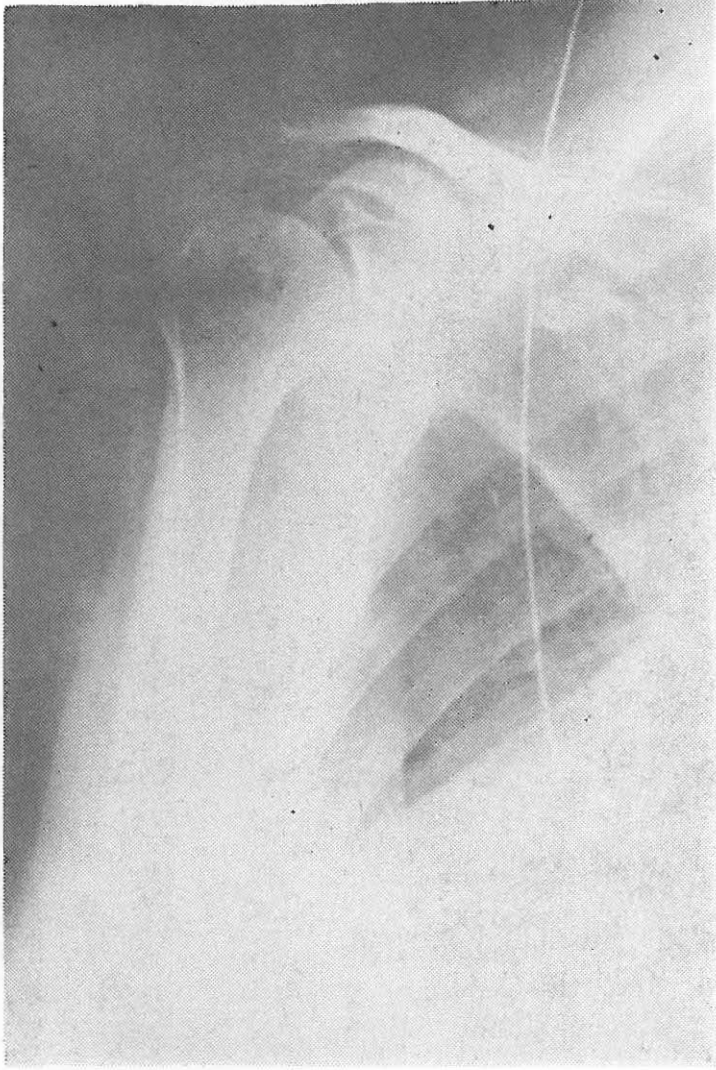
Resim 6. Vak'a 4 tedaviden evvel

sağ omuz hareketleri ağırlı ve tutuk bulundu. Nörolojik bulgular normal. Radiolojik olarak kalsifiye bursitis tesbit edildi. Lokal I cc. Depomedrol enjekte edilerek 29/7/1974 tarihinde kontrol filminde kalsifikasyon çok azalmış ve omuz hareketleri serbest olarak bulundu.

Sonuç :

Yaşları 50 nin üzerinde üçü kadın ikisi erkek beş vaka ele alındı. İki ve dört numaralı vakalarda omuz travması mevcuttu, diğerlerinde yoktu. Bütün vakalarda palpasyon ile lokal olarak omuz çok ağırlı olup hastalar bu omuzun fonksiyonel bir durumda tesbit etmişlerdi.

Bunlardan üçüncü vakada on iki gün sonra çekilen grafide kalsifikasyon tamamen absorbe olmuştu. Diğer vakalarda daha uzun kontrollerde kalsifikasyon çok azalmış olmasına mukabil kısmi absorpsiyon görüldü. Mamafî bütün vakalarda yüzde yüz klinik şifa temin edildi.



Resim 7. Vak'a 4 tedaviden sonra

Özet

Kalsifîe Bursit'lerde İntra bursal yapılan Kortikosteroid'lerle alınan neticeler gösterilmiştir.

Summary

Intrabursal Corticosteroid treatment of Calcific bursitis was discussed.

LİTERATÜR :

- 1 — Bernhard, G.c.: Bursitis and calcific tendinitis, Current Therapy, 1973-739
- 2 — Brainerd, H. Marger, S., Chatter, M.J.: Current Diagnosis and treatment. 1969-508
- 3 — Lewell, J.D.: Current concept in Therapy: Management of bursitis New Eng. j. Med. 269: 798-9/1963
- 4 — Crawford, J.A.: Outline of Orthopedics. 1967-231
- 5 — Hollander, J. Lee.: Arthritis: Painful shoulder 1966-1246