

DONUK OMUZ KLİNİK DEĞERLENDİRME

KLİNİK BULGULAR

Codman, ilk kez donuk omuzu kesin sınırlarıyla tanımlayabilmiş ve bu hastaların sahip oldukları on iki ortak özellik belirlemiştir.

1. Durumun yavaş bir şekilde gelişmesi
2. Ağrının deltoid kasının insersiyosu üzerinde hissedilmesi
3. Etkilenen taraf üzerine yatılamaması
4. Ağrılı ve kısıtlı elevasyon
5. Ağrılı ve kısıtlı eksternal rotasyon
6. Spazma bağlı hareketlerde kısıtlılık
7. Yapışıklığa bağlı hareketlerde kısıtlılık
8. Atrofi
9. Lokal hassasiyet
10. Kemik atrofisi dışında X-ray bulgusu olmaması
11. Her biri için ağrının zorlayıcı olması
12. Ağrı zorlamasına rağmen günlük aktivitelerine ve rutinlerine devam edebiliyor olmaları

Her koşulda omuz muayenesinde ilk aşama iyi bir anamnez alınmasıdır daha sonra izlenecek adımlar şu şekilde olmalıdır:

1. İnspeksiyon
 2. Palpasyon
 3. Pasif yapıların muayenesi
 4. Aktif yapıların muayenesi
 5. Nörolojik muayene
- **İnspeksiyon:** Omuz muayenesi hastanın odaya girmesiyle başlar. Baş boyun duruşu, kifoz veya skolyozun olup olmadığı, omuzun düşük mü yoksa yukarıda mı olduğu, der- matom ve segment içinde bir yükselti, skar dokusu veya her hangi bir alanda atrofinin olup olmadığı ve omuzu oluşturan eklemlerin seviyelerine bakılır. Omuz segmenti içinde olabilecek skar dokuları, aşı skarları, renk değişiklikleri araştırılmalıdır.
 - **Palpasyon:** Palpasyon omuz bölgesindeki farklılıklarla birlikte bu bölgede yer alan miyofasiyal trigger noktalarının aranması için önemlidir. Palpasyon yüzeyden derine hastanın canı yanmayacak şekilde bir akışla yapılmalıdır. Palpasyon ile tespit edeceğimiz disfonksiyonlar donuk omuzun tedavisinde başarılı olmamızın ön koşullarındandır.
 - **Pasif Yapıların Muayenesi:** Bu bölgede yer alan kemik, kıkırdak, kapsül, tendon ve ligamanların değerlendirilmesidir. Abduksiyon, adduksiyon, içe ve dışa rotasyon ile omuzun pasif hareketleri karşılaştırmalı olarak kontrol edilmelidir. Bu değerlendirme sorunun nerede olabileceğini gösterir. Komşu eklemleri de birlikte değerlendirmek önemlidir.

- **Aktif Yapıların Muayenesi:**

Abduksiyon kısıtlılığında ve ağrı yansımalarında, *M. Supraspinatus*

Dışa rotasyon kısıtlılığında ve ağrı yansımalarında, *M. infraspinatus* ve *M. teres minor*

İçe rotasyon kısıtlılığında ve ağrı yansımalarında *M. subscapularis* ve *M. teres major*

Retroversiyon kısıtlılık halinde, *M. triceps brachii*

Anteversiyon kısıtlılığında ve ağrı yansımalarında ise *M. biceps brachii* ve *M. brachioradialis*'in

değerlendirilmesi gerekir. Bu adale üzerinde aktif bir trigger noktasının bulunup

bulunmadığına da bakılmalıdır. Dışa rotasyon kısıtlılığında I. kosta başta olmak üzere I-IV

kosta blokajını da hatırlamak gerekir.

NEH AÇIKLIKLARI DEĞERLENDİRMESİ

Fleksiyon: 180°

Ekstansiyon: 45°

Abduksiyon: 180°

Adduksiyon: 45°

Eksternal rotasyon: 90°

İnternal rotasyon: 90°

KAS KUVVETİ DEĞERLENDİRMESİ

İzometrik direçli test, manuel kas test, hand-held dinamometre kullanılabilir. Rotator cuff kasları, deltoid ve skapular kaslar değerlendirilmelidir.

C1-C2: Üst servikal fleksiyon

C2 ve 5. Kranial sinir: Üst servikal ekstansiyon

C3 ve 11. Kranial sinir: Servikal lateral fleksiyon

C4: Omuz kuşağı elevasyonu

C5: Omuz abduksiyonu

C6: Dirsek fleksiyonu

C7: Dirsek ekstansiyonu

C8: Başparmak ekstansiyonu

T1: Parmak abduksiyonu

T6-T12, L1: Torakal bölge fleksiyonu

T1-T12: Torakal bölge lateral fleksiyonu

T1-T12, L1: Torakal bölge rotasyonu

- Skapula hareketleri değerlendirilmelidir.

REFLEX MUAYENESİ

Biceps: C5-C6

Brachioradialis: C6

Triceps: C7-C8

DUYU MUAYENESİ

-Omuz bölgesi dermatomlarına bakılır.

-Hafif dokunma, sivri-künt, sıcak soğuk testleri simetrik olarak yapılır.