

Õlaliigese adhesiivne kapsuliit – külmunud õlg

Leho Rips – TÜ Kliinikumi traumatoloogia ja ortopeedia kliinik

Võtmesõnad: adhesiivne kapsuliit, külmunud õlg, õlaliigese kontraktuur

Mõisteid adhesiivne kapsuliit ja külmunud õla sündroom või külmunud õlg (inglise k frozen shoulder) kasutatakse tähistamiseks erinevaid haigusseisundeid, mida iseloomustavad valud ja valulik liikuvuse piiratus õlaliigeses nii aktiivsetel kui passiivsetel liigutustel. Seisundit diagnoositakse juhtudel kui sümptomid on esinenud ühe kuu vältel ja püsivad muutumatuna või süvenevad.

Esmakordselt on sellist seisundit kirjanduses mainitud aastal 1872 Duplay poolt skapulohumeraalse periartriidina (1). 1934. aastal tõi Godman esmakordselt kirjandusse termini „külmunud õlg“ (2). 1945 aastal on kirjeldatud seda seisundit Neviaseri poolt adhesiivse kapsuliidina (3). Vaatamata ulatuslikele uuringutele on haiguse täpne etioloogia senini ebaselge. Protsess laheneb enamikel juhtudel 1–3 aasta jooksul iseeneslikult. Samas sõltuvalt patsiendi kaebustest on raviskeemides kasutusel füsioteraapia, analgeetikumid, hormoonpreparaatide süsteravid, õlaliigese manipulatsioonid narkoosis ja kirurgiline ravi.

Haiguse esinemissagedus populatsioonis on 2–5%, sealjuures sagedamini naistel vanuses 40–60 eluaastat. Mõlema liigese haaratust esineb erinevate allikate andmetel 6–34% juhtudest. Harva haigusprotsess kordub.

Külmunud õla sündroomi jaotatakse primaarseks ja sekundaarseks. Primaarset e idiopaatilist vormi on kirjeldatud ka mõistega adhesiivne kapsuliit. Haigusele on iseloomulik aeglane algus ja kolmefaasiline kulg (valufaas, liigese jäikuse faas ja paranemisfaas). Klassikalise vormi korral ei ilmne ei haiguse anamneesis, ei kliinilisel ega radioloogilisel uuringul muutusi, mis selgitaksid valu ja liikuvuse piirangu põhjust.

Sekundaarse külmunud õla sündroomi diagnoositakse juhtudel kui varemalt on esinenud eelnev õlaliigese piirkonna trauma, rootormanseti (**Õige oleks "rotaatormanseti"**) vigastused või operatsioonid ülajäseme piirkonnas. Seda täheldatakse sageli selgroo kaelaosa spondolüartroosi ja erinevatest põhjustest tingitud õlaliigese immobilatsiooni või piiratud liikuvuse korral.

Etioloogia

Külmunud õla etioloogia on siiani ebaselge. Varasemalt on peetud kontraktuuride tekkepõhjusteks põletikulisi protsesse õlaliigese piirkonnas (3, 7, 8, 9). Mikroskoopiliselt on leitud põletikuline ja fibroseeruv reaktsioon liigesekapslis. Samas spetsiifilist rakulist tekkepõhjust ei ole leitud. Paljude uurijate arvates ei ole siiski tegemist põletikulise protsessiga, vaid kapsulaarse fibroosiga, sarnaselt Dupuytreni haigusega (4).

Lundbergi järgi on liigesekapslis tõusnud glükoosamiinglütkaani ja langenud hüoluroonhappe sisaldus (5). Rodeo on leidnud seoseid kasvufaktor Beta ja trombotsüütide kasvufaktori osalemises põletikulises ja fibrootilises protsessis. Immunoloogilised uuringud otsimaks seoseid HLA-B27 esinemisega antud patsientidel ei ole suudetud leida (6).

Anatoomiliselt on haaratud korakohumeraalligamendi ja rotaatorintervalli struktuurid. Kontraktuurid antud piirkondades põhjustavad liigutusulatuse vähenemise ja valu. Korakohumeraalligamendi kontraktuur ja paksenemine on külmunud õlale patognoomiline. Intraartikulaarne sünoviit akuutses faasis samas ei korreleeru selgelt fibrootiliste haigustega, mis on tavapäraselt haiguse algstaadiumites valuvabad. On võimalik, et etioloogia ja histoloogia ei ole sarnased erinevatel haigetel.

Adhesiivse kapsuliidi diagnoosimine

Haiguse esmaseks tunnuseks on õlaliigese liikuvuse piiratus ja valu. Valu on sageli arsti poole pöördumise põhjuseks. Iseloomulik on öövalu ja magamine ipsilateraalsel poolel on raskendatud. Valu piirab ka igapäevast tegevust ning õla vähenenud liikuvus häirib tööga toimetulekut.

Oluliselt on piiratud (**ning valulik - jätaks välja**) välisrotatsioon õlaliigeses ja käe abduktsioon üle 90° nii aktiivsetel kui passiivsetel liigutustel. Valu võib kiirguda ka kaela, piki kätt distaalsele. Ka abaluu biomehaanika on düskineetiline (8,9).

Diferentsiaaldiagnostikas tuleb tähelepanu pöörata õlapiirkonna muudele haigusseisunditele. Kontraktuur põhjusteks võivad olla luumurrud, rotaatormanseti rebendid, glenohumeraalne või akromioklavikulaarne artriit, postoperatiivne artrofibroos, tuumorid.

On leitud adhesiivse kapsuliidi seoseid mitmete erinevate kaasuvate haigustega. Diabeedihaigetel on selle esinemissagedus kuni neli korda kõrgem võrrelduna normaalse populatsiooniga. See võib esineda 10–36 %-l diabeedihaigetest. Sellist tugevat seost ei osata kahjuks seletada. Insuliinsõltuva diabeedi korral on täheldatud kapsuliidi halvemat kulgu ning tugevat resistentsust ravile. Selge seos on ka adhesiivse kapsuliidi seos ülajäseme

traumadega. Kirjeldatud on ka hüpo- ja hüpertüreoidismi, osteopeeniat, kirurgilisi manipulatsioone rindkere ja kaelapiirkonnas, parkinsonismi kui adhesiivsele kapsuliidile predisponeerivaid faktoreid. Ka erinevad südamehaigused võivad olla selle riskitegurid. Külmunud õlaga sarnast patoloogiat on samas väga harva kirjeldatud teistel liigestel (7).

Adhesiivse kapsuliidi korral on diagnoosi täpsustamiseks vajalikud röntgenogrammid õlapiirkonnast AP ja külgsuunas. Ultraheli (UH) võib anda kogenud kätes hea ülevaate õlaliigest ümbritsevatest kudedest. Magnetresonantstomograafia (MRT) koos artrograafiaga näitab täpsemalt õlaliigese võimalikke haigusseisundeid ning võimaldab hinnata liigeseõõne mahtu. Samas puudub vajadus MRT uuringuks enamikel juhtudel. Kliiniline uurimine koos röntgenogrammidega annab kogenud arsti kätes õige diagnoosi valdaval enamikel juhtudest.

Ajalise kulu järgi jagatakse adhesiivne kapsuliit klassikaliselt kolme faasi:

Algfaasis süvenevad valuepisoodid õlaliigese piirkonnas mõnest nädalast kuni 9 kuuni. Selles faasis kaotab õlaliigese oma aktiivse ja passiivse liikuvuse.

Teist faasi, kestvusega 4–9 kuud, iseloomustab ulatuslik liigese liikuvuse piirang ning mõõdukas valu.

Kolmandas e finaalfaasis, kestvusega 5–26 kuud, toimub järkjärguline paranemine kuni õlaliigese funktsiooni täieliku taastumiseni.

Samas kirjeldatakse residuaalsümptoome, mille hulka kuuluvad liigese liikuvuse piirangud ja vähene valu, millega ei kaasne olulisi funktsionaalselt piiranguid igapäeva elus.

Liigeseümbrise koe muutuste alusel eristatakse 4 adhesiivse kapsuliidi staadiumi:

I Preadhesiivne – sünoviaalmembraani kapillaaride hüperemia – põletikuline reaktsioon.

II Adhesiivne – sünoviaalkelme hüpertroofia koos liigese ja liikuvuse piiratusega.

III Armistumine – sünoviaalkelme tihenemine ja liigesekapsli kootumine

IV Väljakujunenud kontraktuur.

Ravi

Külmunud õla sündroomi korral on esmavalikuks konservatiivne ravi. Füsioteraapia, valu- ja põletikuvastased ravimid, miniinvasiivsed protseduurid – kelnalog (kenaloog)-lidokaiini blokaadid peri- ja intraartikulaarselt – on enamkasutatavad meetodid. Enamkasutatavaks kirurgiliseks meetodiks on viimasel ajal artroskoopiline kapsli vabastamine. Lahtised

kirurgilised protseduurid on oluliselt harvemini kasutusel. Kirjeldatud võimalused on kasutusel monoterapiana või kombineerituna. Efektiivsust on hinnatud kuni 90 %-ni.

Põletikuvastased ravimid ja valuvaigistid on laialdaselt kasutusel haiguse ägedas faasis, kuid nende efekt on tavaliselt tagasihoidlik ja lühiajaline. Kortikosteroidi süstimine intra- või periartikulaarselt on samuti rutiinselt kasutusel. Randomiseeritud uuringutel annab selline meetodika lühiajalist efekti. Võrreldes platseebogrupiga (süstimine füsioloogilise lahusega) on 16 nädala möödudes on mõlema grupis ravitulemused võrdsed (9). Samas tuleb meenutada, et ka kogunud kätes on süstimise täpsus subakromiaalruumi u. 70% ja intraartikulaarselt 27%. (10) Seega võib ravi efektiivsus sõltuda ka süstija kompetentsist. Kasutusel on süstimine koos UH kontrolliga.

Füsioteraapia on külmunud õlaliigese ravis kasutusel nn. „kuldse standardina”. Erinevate programmidega on saadud häid ja väga häid tulemusi. Ravi kestvus on samas pikk, sageli üle 1–2 aasta. Vaatamata headele tulemustele on näidatud siiski u. 30% patsientidest õlaliigese piirkonnas liikuvuse häirete püsimist. Eriti iseloomulik on välisrotatsiooni piiratuse püsimine. Hea tulemuse üheks määravaks eelduseks on patsiendi koostöövõime. Samas võib haiguse protsess olla ravile resistentsem ning vaatamata mõlemapoolsetele pingutustele ei ole nähtavaid edusamme. Samas ravi pikkus ja haiguse paranemine võib olla seoses haiguse loomuliku kuluga. Ehk siis vaatamata füsioteraapiale võivad ka ilma ravita patsiendid sama ajaga terveneda.

Manipulatsioonid üldanesteesias võivad anda häid tulemusi õlaliigese liikuvuse taastamisel. Manipulatsioonide abil püütakse saavutada liigese normipärane liikuvus. Sageli järgneb sellele aktiivne füsioteraapiasessioon. Kasutatakse ka manipulatsioonijärgset kortikosteroidi-lokaalanestetikumi viimist liigese ümber või liigesesse. Ravi efektiivsust on hinnatud mitmete uuringutega. On leitud kuni 90% paranemist. Samas peale manipulatsioone on artroskoopial täheldatud u 50% patsientidest akuutseid õlaliigese seesmisi kahjustusi – eesmise kapsli ja glenohumeraalligamendi rebendit, SLAP vigastust, eesmise labrumi vigastust, osteokondraalseid vigastusi ning subskapulaarkõõluse rebendit kinnituskohalt.(9)

Operatiivne ravi. Kasutusel on nii lahtine kui ka artroskoopiline tehnika. Mõlemad meetodikad on aktsepteeritud ning kaugtulemustes olulist erinevust ei ole. Eesmärgiks

mõlemal juhul liigesekapsli eesosa struktuuride vabastamine. Toimub rotaatorintervalli ja korakohumeraalligamendi ekstsissioon.

Operatiivne ravi on vajalik konservatiivse ravi ebaõnnestumise ja kaebuste pikaajalise püsimise korral.

Idiopaatilise geneesiga külmunud õla patsientide ravitulemused on selgelt paremad. Sekundaarse geneesiga patsientide tulemused on kehvemad. Selgelt eristuvad diabeedi fooniga patsiendid, kelle raviefekt on kõige kehvem.

Puuduvad selged andmed, et operatiivne ravi suudab muuta haiguse loomulikku kulgu ning kiirendada paranemist.

Kokkuvõte

Valdav enamik idiopaatilise adhesiivse kapsuliidi (külmunud õla) diagnoosiga patsiente on konservatiivselt ravitavad. Raviskeemis on määravad põletikuvastased ravimid ning mõõdukas füsioteraapia, vajadusel subakromiaalne süsteravi. Kirurgiline ravi ei ole esmavalik. Sekundaarse protsessi korral tuleb diagnoosida algpõhjus. Ka sel korral kuulub raviskeemi kindlalt füsioteraapia ning vajadusel kirurgilised protseduurid. Manipulatsioonid liigese liikuvuse taastamiseks on kasutusel valikmeetodina ning annavad häid kaugtulemusi.

Patsiendile peab selgitama protsessi olemust ning ravi pikaajalisust. Selgitustöö ja ka vähestele paranemismärkidele osutamine on sageli eduka ravitulemuse võtmeks. Liigese liikuvuse täielik taastamine ei ole kõigi patsientide puhul esmatähtis. Enamik patsiente rahuldub valuvaba liigesega, millel esineb väike või mõõdukas kontraktuur.

Kirjandus

1. Duplay S. De la peri-arthritis scapulo-humerale et des raideurs de L'épaule qui en sont la consequence. Arch Gen Med 1872;20:513–4.
2. Codman E. Rupture of the supraspinatus tendon and lesions in or about the subacromial bursa. The shoulder. Boston: Thomas Todd; 1934.
3. Neviaser J. Adhesive capsulitis of the shoulder: a study of the pathological findings in periarthritis of the shoulder J Bone Joint Surg 1945;27:211–22.
4. Lundberg B. Glycoaminoglycans of the normal and frozen shoulderjoint capsule. Clin Orthop 1970;69: 279–84.
5. Bulgen D, Binder A, Hazelman B, Park J. Immunological studies in frozen shoulder J Rheumatol 1982;9:893–8.

6. Bunker T, Reilly J, Braid K, et al. Expression of growth factors, cytokines and matrix metalloproteinases in frozen shoulder. *J Bone Joint Surg (Br)* 2000;82_B:768–73.
7. A.F.W Chamblor, A.J.Carr The role of surgery in frozen shoulder *Jbone Joint Surg (Br)* 2003;85:B:789–95.
8. Joseph P. Iannotti, Gerald R. Williams, Jr. *Disorders of the Shoulder* 2007; 158–9.
9. Adam M. Smith. Frozen shoulder orthopaedic knowledge update shoulder and elbow 3 *AAOS* 2008; 53:577–83.
10. Yamakado K: The targeting accuracy of subacromial injection to the shoulder: An arthrographic evaluation. *Arthroscopy* 2005;21:77–80.

Summary KONTROLLIMATA

PEALKIRI

Key words:

Frozen shoulder is a common disorder affecting 2–5% of the general population. Characterized by pain and loss of movement in the region of shoulder, rarely bilateral. Divided to the two groups – idiopathic as a primary and secondary mostly after rotator cuff tears or trauma. The aethiology remains unknown, although some aspects of the pathophysiology have recently documented. The symptoms are generally self-limiting over one to three years. Treatment includes physiotherapy, analgesics, injection of cortisone, manipulation under anesthesia and surgical release.