

**الف: بیماری‌های غیرالتهابی و جنب مفصلی
(Degenerative or Overused)**

پری آرتريت هيپ

دکتر نوشين بيات، دکتر ثريا شادمان فر

مقدمه

درد هيپ يک شكايت شايع با علل متفاوت است اما اکثراً با يک شرح حال و معاینه خوب و ارزیابی رادیولوژیک مناسب تشخيص داده می‌شود.

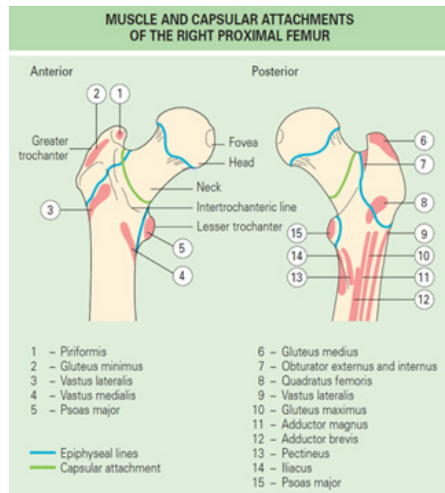
در يک بررسی از ۶۵۹۶ فرد ۶۰ سال و بالاتر ۱۴/۳ درصد درد هيپ شديد در اکثر روزها طی ۶ هفته اخير گزارش کردند.^۱

بورسيت تروکانتریک و گلوتهوس مديوس، اوستئوآرتريت و شکستگی فمور از علل شايع درد هيپ هستند. خصوصيات و محل دقيق درد، حرکات و پوزيشن هائی که سبب توليد درد می‌شوند و اثر روی حرکت، سبب تشخيص وضعيت هائی می‌شود که بافت نرم لگن، مفصل لگن يا استخوان مجاور را درگير می‌کند.

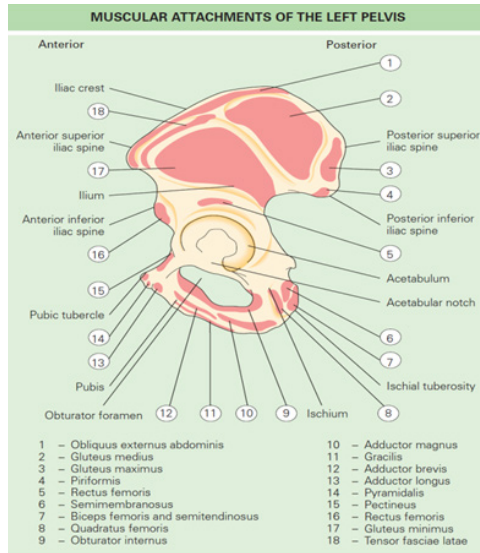
آناتومی

مفصل هيپ از سر گرد فمور که با استابولوم مفصل می‌شود تشکيل می‌گردد. استابولوم از اتصال ایلئوم، ایسکیوم و پوبیس تشکيل می‌شود.

مفصل هیپ یک مفصل گوی و کاسه است که توسط کمربند لگنی نسبتاً به بدن فیکس می‌باشد. بخاطر این بی حرکتی نسبی، اختلالات اولیه هیپ یا لگن می‌تواند سبب علائم در مهره‌های کمری یا زانو و اختلالات اولیه در مهره‌های کمری یا زانو می‌تواند سبب اختلال ثانویه در لگن شود. گردن فمور تقریباً ۱۰-۸ سانتی‌متر طول دارد. دو برجستگی استخوانی بالا و خارج و پائین و داخل (به ترتیب تروکانتریک بزرگ و کوچک) گردن فمور قرار دارد. تروکانتر بزرگ محل چسبیدن عضلات ابداکتور (گلوئتوس مدیوس و مینیوس) و روتاتورهای خارجی لگن است. اکستنسور اصلی، گلوئتوس ماگزیموس و هامسترینگ‌ها هستند. اولی به پروگزیمال فمور درست دیستال به تروکانتر بزرگ می‌چسبد. تروکانتر کوچک نیز محل چسبیدن فلکسورهای اصلی هیپ و عضله ایلیوپسواس است.^۱ منشاء و محل چسبیدن عضلات هیپ در تصویر شماره ۱ و ۲ و ۳ نشان داده شده است.^۲



(تصویر شماره ۱- محل چسبیدن عضلات و کپسول در انتهای پروگزیمال فمور راست نشانه داده شده است.)



(تصویر شماره ۲- محل چسبیدن عضلات لگن چپ- نمای خارجی)

فلکسورهای اصلی هيپ ایلئوپسواس، رکتوس فموريس و سارتوریوس است. اکستنسورهای اصلی هيپ گلوٹئوس ماگزیموس و عضلات هامسترینگ (سر بلند بی سپس فموريس، سمی ممبرانو و سمی تاندینوز) هستند.

ابداکشن هيپ با گلوٹئوس ماگزیموس و گلوٹئوس مینیموس است. گروه اداکتور شامل اداکتور لانگوس، اداکتور ماگنوس، اداکتور برويس و و پکتینئوس است.

روتاتورهای خارجی کوتاه شامل ایتوراتور داخلی و خارجی، ژلموس فوقانی و تحتانی، کوادراتوس فموريس و عضلات پریفورميس است. هيپ روتاتور داخلی اولیه ندارد، اما ممکنست بعضی عضلات مانند الیاف قدامی گلوٹئوس مدیوس به طور ثانویه سبب روتیشن داخلی شود.

به طور اولیه بورسیت و تاندنیت اطراف هيپ توسط تروما یا میکروتروماهای مکرر ایجاد می شود. تقریباً ۱۸ بورس در ناحیه هيپ وجود دارد. بورس تروکانتریک عمقی (همچنین به عنوان بورس گلوٹئوس مدیوس شناخته می شود) بین تاندون گلوٹئوس ماگزیموس و برجستگی خلفی خارجی تروکانتر بزرگ و علت شایع التهاب و درد هيپ است. یک بورس سطحی تر مستقیماً روی تروکانتر بزرگ قرار می گیرد که ممکنست ملتهب و تندر شود. سایر بورس هائی که می تواند منشاء پاتولوژی هيپ شود شامل بورس ایلئوپسواس که بین تاندون پسواس و کپسول هيپ قرار دارد و بورس

ایسکیوگلوئوتال که بین گلوٹئوس ماگزیموس و توپروزیتة ایسکیال قرار دارد. خونرسانی اصلی به سر و گردن فمور معمولاً با شریان سیرکومفلکس فمورال داخلی است که یک شاخه از شریان فمورال مشترک است. شکستگی گردن فمور سبب قطع جریان خون و اوستئونکروز می‌شود.^۱

بورسیت تروکانتریک

بورسیت تروکانتریک، شایع‌ترین علت درد هیپ می‌باشد. بیماران با بورسیت تروکانتریک احساس درد عمقی گاهی به صورت سوزش در کناره خارجی هیپ دارند که با فعالیت تشدید می‌شود و همراه با لنگیدن می‌باشد. درد به طور تیبیک، با استراحت کاهش می‌یابد و اغلب در شب‌ها، خصوصاً اگر بیمار روی مفصل مبتلا بخوابد تشدید می‌شود. در معاینه تندرینس در ناحیه تروکانتر بزرگ وجود دارد. بورس تروکانتریک معمولاً قابل لمس نمی‌باشد، مگر این که متسع یا ملتهب شود. ابداکسیون Resisted هیپ، هنگامی که بیمار روی مفصل مقابل خوابیده است، موجب تشدید درد می‌شود. ROM (Range of Motion) هیپ معمولاً حفظ می‌شود، مگر در موارد شدید که محدودیت حرکت پیدا می‌کنند. نامنظمی خفیف تروکانتر بزرگ یا کلسیفیکاسیون پری تروکانتریک، گاهی در عکس رادیوگرافی دیده می‌شود. دوره بورسیت تروکانتریک متغیر می‌باشد. مرحله حاد، ممکن است چند روز طول بکشد، و به تدریج علایم کاهش می‌یابد، البته احساس درد خفیف ممکن است هفته‌ها تا ماه‌ها باقی بماند.

درمان، شامل استراحت، درمان‌های طب فیزیکی برای بهبود کار ابدوکتورهای لگن و کشش می‌باشد.^۲ از NSAID می‌توان استفاده کرد، تزریق بی حسی موضعی و یک کورتیکواستروئید طولانی اثر در تأیید تشخیص و بهبود طولانی مدت مؤثر می‌باشد و این روش از نظر بسیاری از پزشکان مهمترین و موثرترین روش درمانی می‌باشد.^۳

Dry Needling روش جدیدی است که توسط فیزیوتراپیست‌ها در بافت نرم انجام می‌شود تا درد را کاهش دهد و بازگشت به عملکرد قبلی را تسهیل می‌کند. در مطالعه انجام شده توسط Pavkorich در سال ۲۰۱۵ مشخص شد که این روش بهبود معنی دار در درد و ناتوانی بیماران با درد هیپ ایجاد کرده است و نیز بهبود خواب و بهبود حرکات با این روش مشاهده شده است.^۴

سندرم درد تروکانتریک بزرگ یا سندرم ایلئوتیبیال باند، به‌طور شایع توسط پزشکان طب فیزیکی درمان می‌شود.

روش dry needling یک روش توسط فیزیوتراپیست‌ها می‌باشد که سوزن داخل بافت نرم قرار داده

می‌شود تا درد را کاهش دهد و ROM را بهبود دهد و اختلال موتور را اصلاح کند که این روش منجر به تسهیل برگشت به عملکرد اولیه می‌شود.

قبل از استفاده سوزن، باید از الکل ۷۰٪ برای تمیزی محل استفاده کرد.

طب سوزنی عضله گلوئئوس ماگزیموس و مدیوس با عمق ۵ سانتی‌متر سوزن استفاده می‌شود. سوزن‌ها در ندول‌های تندر در بافت در حین لمس گذاشته می‌شوند.

عوارض جانبی شامل کبودی و اکنش وازوواگال می‌باشد. عوارض نادر شامل عفونت و شکستن سوزن می‌باشد. کنتراندیکاسیون آن شامل عفونت موضعی، کانسراجعه، تاریخچه بیماری ایمونوسپرسیو، بیماری خون‌ریزی دهنده، استفاده از آنتی‌کواگولان و حاملگی، می‌باشد.^۵

در مقایسه بین درمان‌های کانسرواتیو جهت درمان سندرم درد تروکانتریک در ۲۰۱۶ نشان داده است که تزریق کورتیکواستروئید نتایج درمانی بهتری نسبت به آموزش ورزش‌ها، استفاده از shock wave و درمان‌های معمول دارد.^۶

در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۶ نشان داده شد که درمان بورسیت تروکانتریک با کورتیکواستروئید تزریقی و متعاقباً درمان‌های طب فیزیکی در ۴۹٪ بیماران در مقابل تزریق کورتیکواستروئید تنها در ۳۹٪ بیماران مؤثر بوده است.^۷

درمان‌های کانسرواتیو شامل کرایوتراپی، لیزر درمانی، مصرف آنالژژیک ورزش و آموزش بوده است. ورزش‌ها شامل ورزش‌های کششی هیپ و خصوصاً ابداکتورهای هیپ و کنترل دینامیک اداکسیون می‌باشد. شدت ورزش بتدریج در حد تحمل بیمار تا بهبود حداکثری در قدرت و عملکرد عضله افزایش می‌یابد.^۸

فیزیوتراپی موجب کاهش درد التهاب در محل درد، بهبود درد و حرکات پاسیو فلکسیون واکستانسیون مفصل و بهبود روند ترمیم می‌شود.

تزریق کورتیکواستروئید خصوصاً تحت‌گاید سونوگرافی در موجب کاهش التهاب در ناحیه، بهبود درد، کاهش تورم، بهبود عملکرد و حرکت می‌شود^۹ و تزریق کورتیکواستروئید بهبودی از چند هفته تا چند ماه ایجاد می‌کند.

در مقایسه با درمان‌های طب فیزیکی کورتیکواستروئید اثر قوی‌تر و طولانی مدت تر دارد.^{۱۰}

با توجه به اینکه درمان کافی و مناسب برای بورسیت تروکانتریک وجود دارد مؤلف مقاله ترکیبی از درمان‌های تزریق کورتون و طب فیزیکی را در درمان پیشنهاد می‌کند که شامل:

(۱) درمان‌های خانگی شامل داروهای آنالژژیک و درمان‌های دارویی موضعی

۲) داروها و درمان‌های طب فیزیکی شامل اولتراسوند کم انرژی و لیزر که گاه با رژیم‌های کاهش وزن ادامه می‌یابد.

۳) تزریق کورتیکواستروئید و بی‌حسی موضعی یک بار و با تکرار بعد از ۶-۳ هفته همراه با ورزش قدرت عضله می‌باشد.^۷

در متاآنالیز بررسی درمان‌های بورسیت تروکانتریک در ۲۰۱۱ نشان داده است که در بعضی موارد مقاوم، علاوه بر تزریق کورتون موضعی سایر روش‌ها چون فیزیوتراپی اولتراسوند و NSAID ضروری می‌باشد و در بین روش‌ها،

shock wave از روش‌های فیزیوتراپی دیگر مؤثرتر بوده است و در موارد مقاوم بورسکتومی آندوسکوپیک و استئوتومی باز انجام می‌شود.^{۱۱}

روش‌های جراحی متنوعی مانند بورسکتومی، در موارد مقاوم و نادر توصیه شده است.^{۱۲} روش‌های درمانی آندوسکوپیک نیز در زمانی که درمان‌های غیر جراحی ناموفق است، نیز توصیه شده است.^{۱۳}

تاندینوپاتی گلو تئال

تاندینوپاتی گلو تئال یا سندروم درد تروکانتریک بزرگ، یک وضعیت ناتوان کننده می‌باشد که با درد در اطراف تروکانتریک بزرگ هیپ و تندرینس در لمس آن مشخص می‌شود. اگر چه به طور سنتی، به عنوان بورسیت تروکانتریک تلقی می‌شود، در روش‌های تصویربرداری پیشرفته‌تر و روش‌های جراحی در افراد با درد جانبی هیپ مشخص شده است که، پاتولوژی اولیه در منشاء تاندون گلو تئوس مدیوس یا مینیموس، با اتساع بورسیت به عنوان یک یافته بالینی همراه می‌باشد. MRI یک وسیله مؤثر در تشخیص پارگی کامل و نسبی تاندینوپاتی گلو تئال مدیوس یا مینیموس، کلسیفیکاسیون تاندون و آتروفی عضله می‌باشد.^۸

این وضعیت اغلب در زنان ۴۰-۶۰ سال اتفاق می‌افتد و شیوع آن بین ۲۵-۱۰ درصد جمعیت می‌باشد. یک مطالعه اخیر نشان داده است که تاندینوپاتی گلو تئال، بیشترین شیوع در تاندینوپاتی‌های اندام تحتانی را دارد. به علت تشدید درد در حالت خوابیدن روی آن اندام، اختلالات خواب بوجود می‌آید و به علت اینکه درد با راه رفتن و بالا رفتن از پله‌ها تشدید می‌شود منجر به کاهش فعالیت فیزیکی و کاهش سلامت عمومی فرد می‌شود.

اختلالات بیومکانیکال هیپ منجر به تاندینوپاتی گلو تئال می‌شود و در افراد چاق بیشتر است. لیکن در دوندها نیز شایع است و به علت Impingment (گیرافتادن) این ساختمان‌ها روی تروکانتریک

بزرگ بوسیله بانداپلیوتیبیال، هنگام اداکسیون هیپ می‌باشد. در حالت ایستاده و راه رفتن، قسمت ابدانکوره‌های هیپ، منجر به خم شدن لگن روی پای مقابل می‌شود. به نظر می‌رسد که فوکوس روی عملکرد ابدانکوره‌های هیپ و اجتناب از اثر فشاری روی تاندون‌ها، اثر درمانی خوبی دارد. درمان تاندینوپاتی شامل مصرف داروهای ضد التهابی، استراحت، یخ، گرما، کشش، اولتراسوند، درمان با Shockwave و تزریق موضعی کورتیکواستروئید می‌باشد. اثرات کوتاه مدت تزریق کورتون بسیار خوب است ولی در دراز مدت با گروه کنترل با روش انتظار و عدم فشار بر تاندون یکسان است^{۱۴}.

در مطالعه انجام شده توسط Mellor در استرالیا در ۲۰۱۶، به مقایسه بررسی درمانی تزریق کورتیکواستروئید، فیزیوتراپی و اصلاح حرکات و روش مشاهده و عدم فشار اضافی روی تاندون جهت درمان تاندینوپاتی گلوتهال پرداخته است. بیماران به مدت یک سال پیگیری شدند و از طریق بررسی میزان درد، حرکات، فونکسیون و اندازه گیری فاکتورهای روانی و کیفیت زندگی و فعالیت فیزیکی ارزیابی شدند. ۷۰ درصد افراد با تزریق کورتون، ۷۰ درصد با فیزیوتراپی و ۴۰٪ به روش مشاهده بهبودی پیدا کردند. بنابراین تزریق کورتون و فیزیوتراپی درمان ارجح می‌باشند^۸.

برنامه توان بخشی تاندینوپاتی گلوتهال:

فاز ۱ حد: (RICE: rest, ice, compression and elevation)

شامل استراحت، یخ، کمپرس و بلند کردن اندام است و در طی ۴۸ ساعت اول بعد از تروما انجام می‌شود.

- ماساژ، NSAID، TENS، اولتراسوند.
- کشش گلوتهال بدون درد از زانو در مقابل شانه مخالف می‌باشد و ROM پاسیو می‌باشد.
- ورزش‌های مقاومتی پیشرونده هیپ غیر متحمل وزن می‌باشد و انقباضات ایزومتریک تحت ماگزیمال که به سمت ورزش‌های ایزومتریک ماگزیمم می‌رسند.
- اکستانسیون زانو، اکستانسیون هیپ
- تنفس دیافراگماتیک
- ورزش‌های پایدار کننده Core (تیلت لگنی)
- Strengthening کنترالاترال، تنه، قسمت فوقانی بدن
- برنامه انعطاف برای عضلات غیر درگیر
- اداکسیون هیپ مرکزی علی‌رغم جاذبه

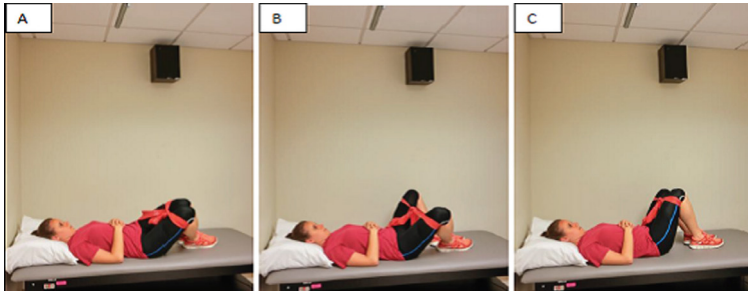
فاز ۲ (تحت حاد)

- دوچرخه سواری - شنا کردن
- Bridges (پیشرفت ۲ طرفه به یک طرفه)
- اکستانسیون هیپ
- ورزش‌های تحمل‌کننده وزن بدن از نوع Concentric به Eccentric
- برنامه انعطاف‌پذیری عمومی

فاز ۳: ورزش‌های مخصوص آموزش

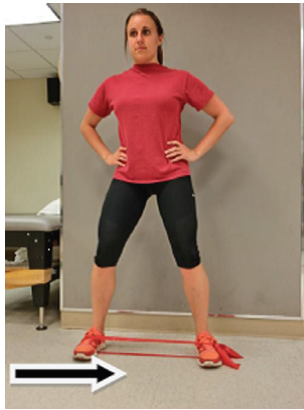
- اجرای ورزش‌های فاز ۲ با افزایش بارو شدت و سرعت و حجم
- ورزش‌های اکستانسیون هیپ و ابداکسیون
- ورزش‌های تعادلی پیشرفته

ورزش‌های مقاومتی باتردمیل مثل ورزش‌های آموزشی eccentric گلوتنال شامل short lever supine می‌باشد که در حالیکه تنه بیمار به سمت درگیری چرخد و سپس از خارج به سمت غیر درگیری می‌چرخد و فشار را به سمت درگیر منتقل کند، سپس به آهستگی به موقعیت اولیه بر می‌گردد.^{۱۵}



(تصویر شماره ۴)

ورزش ایستاده eccentric بوسیله یک باندکشی اطراف هر دو پا می‌باشد که فرد پا را به سمت غیر درگیر می‌کشد و فشار را روی اندام درگیر می‌گذارد، سپس آهسته به وضعیت اولیه بر می‌گردد.^{۱۶}



(تصوير شماره ۵)

بورسيت ايليوپسوآس

بیماری های ایلئوپسوآس می تواند علت عمده درد کشاله ران در ورزشکاران باشد. به طور شایع، بورسیت ایلئوپسوآس، تاندونیت، سندرم snapping و impingment توصیف شده است^{۱۷}، بورسیت ایلئوپسوآس تقریباً در ۱۵ درصد بالغین با درگیری مفصل هیپ، دیده می شود. می تواند به همراهی با سایر بیماری های مفصل هیپ مثل استئوآرتريت، آرتريت روماتوئید، کندروماتوز سینوئال، سینوویت، ویلدنولر پیگمانته، استئونکروز و آرتريت سپتیک دیده شود. بورسیت ایلئوپسوآس در زنان فعال جوان، در حین ورزش اکثراً اتفاق می افتد که به صورت درد کشاله ران در قدام که با فعالیت، فلکسیون هیپ و نشستن طولانی بدتر می شود، بروز می نماید. مسیر و درجه بزرگی بورس، علائم را ایجاد می کند. بیماران ممکنست توده دردناک در ناحیه انگوینال داشته باشند و یا درد ناحیه کشاله ران یا واریس ثانویه به فشار روی ورید فمورال یا احساس پارسستی به علت فشار روی عصب فمورال داشته باشند. CT اسکن بهترین تست تشخیصی برای تشخیص بورسیت ایلئوپسوآس می باشند^۲.

خط اولیه درمان، شامل درمان کانسرواتیو، تعدیل فعالیت های فیزیکی، فیزیوتراپی، مصرف NSAID و تزریق کورتون می باشد. گاهاً علائم بعد از درمان های غیر جراحی مانند NSAID و فیزیوتراپی، باقی می ماند. در این موارد برداشت جراحی بورس، توصیه می شود^۲. درمان جراحی شامل کشیدن واحد عضلانی تاندونی توسط آرتروسکوپ و درمان اختلالات داخل مفصلی همراه می باشد.

در درمان تاندونیت ها، آزادسازی تاندون در کمپارتمان مرکزی، کمپارتمان محیطی و تروکانتر

کوچک شرح داده شده است.^{۱۷}

بورسیت ایسکیوگلو تئال

بورسیت ایسکیوگلو تئال، خصوصاً در بیمارانی که به واسطه شغلشان مدت‌های طولانی می‌نشینند، اتفاق می‌افتد. بیماران از درد شدید ناحیه ایسکیوم که با نشستن و خوابیدن تشدید می‌شود، شاکی هستند. معمولاً تندرns موضعی در لمس توپروزیته ایسکیال وجود دارد. استفاده از حلقه‌های نرم لاستیکی با ضخامت ۸-۱۰ سانتی متر که با برجستگی‌های ایسکیوم تطابق داشته باشند در بهبود علائم کمک کننده است.

ورزش‌های کششی تنه و زانو به قفسه سینه، در حالت درازکش روی سطح نرم باید انجام شود. از تزیق موضعی کورتون، در موارد مقاوم می‌توان استفاده کرد، اما از آسیب به عصب سیاتیک، که از مجاورت خارجی بورس می‌گذرد، باید اجتناب شود.^۲

تاندونیت Adductor

شایع‌ترین علت درد حاد کشاله ران در ورزشکاران است. (ورزش فوتبال، اسکیت، هاکی روی یخ) ممکن است به شکل حاد یا مزمن ظاهر یابد. عضلات اداکتور در اداکشن و فلکشن هیپ نقش دارند. این عارضه ممکن است با پارگی نسبی یا کامل تاندون یا عضلات اداکتور همراه باشد. در موارد مزمن بیماران فقط در هنگام فعالیت‌های ورزشی درد دارند.

تظاهرات بالینی: بیماران با تاندونیت اداکتور از درد در ناحیه کشاله ران که ممکنست به قسمت قدامی داخلی ران انتشار یابد شاکی هستند. درد با اداکشن و فلکشن هیپ بدتر می‌شود. (مثلاً سوار شدن یا پیاده شدن از اتومبیل)^{۱۸}.

درد کشاله ران با منشاء عضلانی تاندونی معمولاً از محل چسبیدن پروگزیمال اداکتور لونگوس منشاء می‌گیرد. پزشک باید درگیری پروگزیمال تاندون (محل چسبیدن تاندون به پریوست) را از درگیری دیستال (محل اتصال عضله به تاندون) افتراق دهد. افتراق محل دقیق درگیری مهم است، زیرا درگیری پروگزیمال تاندون ممکنست نیاز به جراحی داشته باشد، در حالیکه ضایعات دیستال با فیزیوتراپی به تنهایی درمان می‌شود.

معاینه: در معاینه تندرns در لمس ناحیه کشاله ران وجود دارد. راه رفتن Antalgic می‌باشد و علامت ترندلنبرگ مثبت است. تست فابر نیز مثبت می‌باشد. اداکشن و فلکشن هیپ دردناک است.

تشخیص: رادیوگرافی AP ایستاده لگن برای ارزیابی ساختار استخوان، سمفیز پوبیس، فضای مفصلی کوکسوفمورال ضروری است.

عضله اداکتور لونگوس و محل چسبیدن آن (تاندون حدود یک سانتی متر طول دارد) توسط سونوگرافی دیده می‌شود، به علت وجود واریاسیون‌های آناتومیک نرمال متعدد، هر اختلال باید با سمت مقابل مقایسه شود.

MRI مدالیتی استاندارد طلائی برای رد سایر علل می‌باشد.

درمان: استراحت، یخ، NSAID در درمان کمک کننده است. در مراحل اولیه فیزیوتراپی کمک کننده می‌باشد. در موارد تاندینوپاتی با هیپرمی تزریق مشتقات کورتیزون مؤثر است گرچه چنین درمانهایی اغلب با تزریق PRP تحت گاید سونوگرافی جایگزین شده است. معمولاً چنین تزریقاتی در بیماران با پارگی تاندون در مرحله قبل از جراحی پیشنهاد می‌شود. اما اکنون اغلب طی مراحل اولیه به کار می‌رود. تزریق PRP سبب التیام تاندون شده و با خطر خاصی همراه نیست. PRP سبب تحریک تولید فیبروپلاست ها و کلاژن شده و اثر طولانی تری از تزریق کورتون دارد^{۱۹}.
درمان: پارگی کامل تاندون اداکتور نیاز به جراحی دارد^{۱۸}.

کپسولیت چسبنده هیپ

با کاهش دردناک حرکات اکتیو و پاسیو هیپ مشخص می‌شود، به طوری که التهاب سینوویال در مراحل اولیه بیماری به تدریج به سمت فیبروز کپسول پیشرفت می‌کند. از آنجائی که کاهش محدوده حرکتی در هیپ اغلب بهتر از شانه تحمل می‌شود، این تشخیص اغلب نادیده گرفته می‌شود.
کپسولیت چسبنده هیپ می‌تواند اولیه (ایدیوپاتیک) یا ثانویه (جراحی یا تروما) باشد. اگر ترومای واضح یا اختلال ساختاری پیدا نشود، باید دیسفانکشن هیپ، مهره‌های کمری، مفصل ساکروایلیاک و اندام‌های تحتانی به عنوان یک علت میکروتروماتیک کپسولیت، جستجو شود.

علائم و نشانه‌ها

تظاهرات بالینی بر اساس مرحله بیماری متفاوت است. در مرحله حاد علائم و نشانه‌های التهاب وجود دارد. بیماران شروع تدریجی درد را ذکر می‌کنند. در مرحله حاد و مزمن علائم می‌تواند شامل درد شبانه، اشکال در خوابیدن به سمت مبتلا و درد با فعالیت‌های تحمل کننده وزن وجود داشته باشد. در مرحله مزمن کاهش دامنه حرکات اکتیو و پاسیو در تمام جهات در مفصل هیپ وجود دارد.

در این مرحله درد کمتر و بیشتر محدودیت حرکت وجود دارد. بیماران در بعضی کارها مانند جوراب پوشیدن، ناخن گرفتن، سر دستشوئی نشستن مشکل دارند. معاینه: در مرحله حاد محدودیت حرکات به علت درد و محدودیت در مرحله مزمن به علت فیبروز کپسول مفصلی است.

تشخیص:

معمولاً تست‌های آزمایشگاهی و بیوشیمی و روماتولوژی در کپسولیت چسبنده هیپ نرمال است. رادیوگرافی معمولاً نرمال است. به غیر از مختصر اوستئوپنی که به علت کاهش دامنه حرکت می‌باشد.

اسکن استخوانی غیر اختصاصی است و افزایش جذب را در منطقه اوستئوپنی نشان می‌دهد، CT و MRI برای رد سایر علل مفید است. MRI در مراحل مزمن شواهد فیبروز کپسولی، ضخامت قدام کپسول را نشان می‌دهد. CT یا MR آرتروگرافی به تشخیص کمک می‌کند که بوسیله آن حجم کم مفصل و کاهش Recess طبیعی دیده می‌شود. کپسول مفصلی ضخیم و افزایش فشار داخل کپسول وجود دارد.

درمان: شبیه کپسولیت شانه احتمال بهبود خودبخودی وجود دارد. در مواردی که بهبود خودبخودی وجود ندارد، درمان شامل درمان‌های دارویی، فیزیکیال تراپی و جراحی است. در مرحله حاد هدف کاهش التهاب و درد است. می‌توان از NSAID، تزریق کورتون و آنالژزیک استفاده کرد.

در مرحله مزمن هدف کاهش پیشرفت روند فیبروتیک است. درمان‌های physical شامل ورزش و تکنیک‌های manual در حد تحمل بیمار است. درمان‌های physical باید بر اساس مرحله‌ی بیماری باشد. در مرحله حاد درمان معطوف بر روی کاهش درد و التهاب از طریق درمان‌های ضد التهاب، اصلاح فانکشنال، اصلاح بیومکانیک مفصل هیپ و سایر مفاصل وابسته و اصلاح توازن عضلانی می‌باشد.

به بیمار برنامه در مورد خود درمانی و درمان در منزل داده می‌شود. در مرحله حاد از ورزش‌های اگرسیو دامنه حرکتی مفصل باید اجتناب شود زیرا سبب افزایش علائم التهابی خواهد شد. مرحله مزمن بیماری نیاز به تکنیک‌های فیزیکیال تراپی بیشتری دارد تا سبب کاهش پیشرفت فیبروز کپسول شود. این تکنیک‌ها شامل افزایش دامنه حرکتی از طریق حرکت مفصل، حرکت

بافت نرم، انبساط و انقباض و تقویت عضلات اختصاصی (ابداكتور ها و اکستانسور های هيپ) و آموزش انجام برنامه‌های ورزشی در منزل است.

هدف بازتوانی برای کپسولیت چسبنده هيپ مزمن، برگشت به عملکرد قبلی و فعالیت‌های تفریحی است. ارزیابی و درمان مفاصل مجاور به مهره مهم است.

اگر مکانیک هيپ، مهره‌های کمری، مفصل ساکروایلیاک و مفاصل اندام‌های تحتانی ارزیابی و اصلاح نشود برنامه‌های درمانی فیزیکی کپسولیت هيپ مؤثر نخواهد بود.

اگر درمان‌های فوق بعد از سه ماه مؤثر واقع نشد، جراحی مدنظر قرار می‌گیرد. (مانیپولاسیون مفصل تحت بیهوشی، سینوکتومی، کپسولکتومی)

مانیپولاسیون تحت بیهوشی با آزادسازی کپسول توسط آرتروسکوپی توصیه می‌شود.^{۲۰}



(تصویر شماره ۳- محل چسبیدن عضلات اداكتور)

References:

1. Uptodate 2016
2. S. Gortz, KB. Ferica, WD. BugBee, The hip. In: MC. Hochberg, Rheumatology.Sixth ed. Philadelphia. Elsevier: 2015; P 626-632
3. Mulligan EP¹, Middleton EF², Brunette M². Evaluation and management of greater trochanter pain syndrome. *Phys Ther Sport*. 2015 Aug;14-205:(3)16
4. Pavkovich R¹. Effectiveness of dry needling, stretching, to reduce pain and improve function in subjects with chronic lateral hip and tight pain: a retrospective case series. *Int J Sports Phys Ther*. 2015 Aug;51-540:(4)10.
5. Ron Pavkovich, PT, et al, CASE REPORT, THE USE OF DRY NEEDLING FOR A SUBJECT WITH CHRONIC LATERAL HIP AND THIGH PAIN: A CASE REPORT. *The International Journal of Sports Physical Therapy | Volume 10, Number 2 | April 2015 | Page 246*
6. Barratt PA^{1,2}, Brookes N²-Br. Conservative treatments for greater trochanteric pain syndrome: a systematic review. *J Sports Med*. 2016 Nov 10. pii: bjsports-2015-095858. doi: 10.1136/bjsports-2015-095858. [Epub ahead of print]
7. Nurkovic J¹, Jovasevic L, et al. Treatment of trochanteric bursitis: our experience. *J Phys Ther Sci*. 2016 Jul;81-2078:(7)28;
8. Mellor R¹, Grimaldi A², et al. Exercise and load modification versus corticosteroid injection versus 'wait and see' for persistent gluteus medius/minimus tendinopathy (the LEAP trial): a protocol for a randomised clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016 Apr 17:196;30.
9. Ki Deok Park, MD, PhD¹, Woo Yong Lee. Factors Associated with the Outcome of Ultrasound-Guided Trochanteric Bursa Injection in Greater Trochanteric Pain Syndrome: A Retrospective Cohort Study. *Pain Physician* 2016; 19:E547-E557 • ISSN 2150-1149
10. Barratt PA, et al. Conservative treatments for greater trochanteric pain syndrome: a systematic review *Br J Sports Med* 2016;0:1–9. doi:10.1136/bjsports-2015-095858
11. Lustenberger DP¹, Ng VY, Best TM, Ellis TJ. Efficacy of treatment of trochanteric bursitis: a systematic review. *Shoc Clin J Sport Med*. 2011 Sep;53-447:(5)21. doi: 10.1097/JSM.0b013e318221299c.
12. J. Cush approach to articular and musculoskeletal disorders. In: kasper fauci, harrison's principles of Internal medicine 2015, 2222-2223. (19 th Ed)
13. Redmond JM¹, Chen AW, Domb BG. Greater Trochanteric Pain Syndrome. *J Am Acad Orthop Surg*. 2016 Apr;40-231:(4)24.
6. Anderson CN¹. Iliopsoas: Pathology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Sports Med*. 2016 Jul;33-419:(3)35
14. Alexander Scott, et al. Common Tendinopathies in the Upper and Lower Extremities. *Current Sports Medicine Reports* 2006, 5:233–241. Current Science Inc. ISSN 1537-890x
15. Timothy F, et al. REHABILITATION OF SOFT TISSUE INJURIES OF THE HIP AND PELVIS *The International Journal of Sports Physical Therapy | Volume 9, Number 6 | November 2014 | Page 785*
16. Antonio Frizziero[†], Sabina Trainito, et al, The role of eccentric exercise in sport injuries rehabilitation, *British Medical Bulletin*, 2014, 110:47–75, doi: 10.1093/bmb/ldu006
17. Anderson CN¹. Iliopsoas: Pathology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Sports Med*. 2016 Jul;33-419:(3)35

- 18-R. Colberg, Hip Adductor Strain. In: WR. Frontera. Essential of physical Medicine and Rehabilitation. Third ed. Philadelphia. Elsevier: 2015; P 276-280
- 19-L.Pesquer, G.Reboul, A.Silvestrc, et al. Imaging of Adductor-related groin pain. Diag interv Imaging 2015; 96(9) : 861-869
- 20-C.Looney, B.Raynor. Adhesive capsulitis of the hip. J Am Acad orthop surg 2013; 21: 749-755

