

التهاب محفظة الكتف اللاصق: معدل الانتشار بين السكريين من النمط 2 في دمشق، سورية: دراسة حالة-شاهد

ريما السيد حسن¹، زينب العرفي¹

Shoulder adhesive capsulitis prevalence among patients with type 2 diabetes mellitus in Damascus, Syrian Arab Republic: a case-control study

ABSTRACT Diabetes mellitus is a known risk factor for shoulder adhesive capsulitis which causes disability and affects quality of life. This study determined the prevalence of shoulder adhesive capsulitis in 208 type 2 diabetes patients and 200 age- and sex-matched patients without diabetes, and with a case-control method investigated the clinical features of the diabetes patients with or without this complication. The sample was drawn from in- and outpatients at Al-Mouassat and Al-Assad university hospitals during November 2009–2010. The prevalence of shoulder adhesive capsulitis in diabetes patients was significantly higher than in those without diabetes (13.0% and 1.5% respectively, $P < 0.01$). Of the patients with the condition, those with diabetes were younger than those without diabetes. Shoulder adhesive capsulitis in the diabetes group was associated with diabetes duration and poor diabetes control ($P < 0.05$).

الخلاصة: يعدّ السكري من عوامل خطر الإصابة بالتهاب محفظة الكتف اللاصق الذي يسبب الإعاقة ويؤثر على جودة الحياة. وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على معدل انتشار التهاب محفظة الكتف اللاصق لدى 208 من السكريين من النمط 2 و200 من غير السكريين المتوافقين معهم بالعمر وبالجنس. وقد درست الباحثان الملامح السريرية لدى السكريين المصابين بهذه المضاعفة ولدى غير المصابين بها. وقد استمدت الباحثتان عينة الدراسة من المرضى الداخليين والخارجيين في مستشفى المواساة ومستشفى الأسد الجامعيين خلال الفترة تشرين الثاني/نوفمبر 2009، وتشرين الثاني/نوفمبر 2010. واتضح أن معدل انتشار التهاب محفظة الكتف اللاصق أعلى عند السكريين (13%) مما هو لدى غير السكريين (1.5%)، و($P > 0.01$)؛ ومن بين المرضى المصابين بالتهاب محفظة الكتف اللاصق كان السكريون منهم أصغر عمراً من غير السكريين. فالتهاب محفظة الكتف اللاصق ترتبط لدى السكريين بمدّة الإصابة بالسكري وبتدهور ضبط السكر ($P > 0.05$).

Prévalence de la capsulite rétractile de l'épaule chez des patients atteints d'un diabète de type 2 à Damas (République arabe syrienne) : étude cas-témoin

RÉSUMÉ Le diabète est un facteur de risque connu de capsulite rétractile de l'épaule, à l'origine d'une incapacité et d'une détérioration de la qualité de vie. La présente étude a déterminé la prévalence de la capsulite rétractile de l'épaule chez 208 patients atteints d'un diabète de type 2 et 200 patients non diabétiques appariés pour l'âge et le sexe. Une méthode cas-témoin a été adoptée pour étudier les caractéristiques cliniques des patients atteints de diabète touchés ou non par cette complication. L'échantillon a été sélectionné parmi des patients hospitalisés ou en consultation externe dans les hôpitaux universitaires Al-Mouassat et Al-Assad entre novembre 2009 et 2010. La prévalence de la capsulite rétractile de l'épaule était significativement supérieure chez les patients diabétiques par rapport aux patients non diabétiques (13,0 % et 1,5 % respectivement, $p < 0,01$). Parmi les patients affectés, ceux souffrant de diabète étaient plus jeunes que ceux exempts de diabète. La capsulite rétractile de l'épaule dans le groupe touché par le diabète était associée à une maladie diabétique de longue durée et mal contrôlée ($p < 0,05$).

قسم الأمراض الباطنة، كلية الطب، جامعة دمشق، دمشق، سوريا (البريد الإلكتروني: zaynabarfi@hotmail.com).

الاستلام: 12/12/15، القبول: 13/02/05

R. Sayed-Hassan & Z. Alourfi. Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Damascus University, Damascus, Syrian Arab Republic.

المقدمة

تُعد إصابات الجهاز العضلي الهيكلي من الاختلالات الهامة للداء السكري [2،1]، لكن أليتها الإراضية مازالت غير مفهومة تماماً [4،3]، ويعتقد أن فرط سكر الدم المزمن وتثبيت المنتجات النهائية لعملية الارتباط بالجليكوزيل glycosylation على جزيئات الغراء لا سيما في الجلد والأوتار وحول المفاصل، ونقص التروية الناجم عن اعتلال الأوعية الدقيقة، والاعتلال العصبي، تشارك في إحداث الارتكاس التليفي وزيادة ثخانة النسيج الضام وحدوث التقرحات وقد ينتج التنسج الليفي وتفتت المحفظة عن حديثة تليفية والتهابية تتواسطها السيتوكينات [9-1].

من التظاهرات العضلية الهيكلية التي تحدث إعاقة في سياق الداء السكري التهاب محفظة الكتف اللاصق ويُعرف باسم "الكتف المتجمدة" أو "التهاب ما حول مفصل الكتف" [9،8]، وتتميز هذه الإصابة بألم (غالباً ليلاً)، وتحديد تدريجي في حركة الكتف خاصة الدوران الوحشي والتبعيد. يعقبه استعادة بطيئة وتدرجية لكامل حركات المفصل خلال 2-3 سنوات، حيث تؤدي ثخانة المحفظة المفصالية والتصاقها مع رأس العضد لنقص واضح في حجم الجوف المفصلي [10-8، 5-3، 1].

بيّنت دراسات عدّة أنّ هذه الإصابة أكثر شيوعاً لدى السكري منها لدى باقي السكان [18-10]. ففي عام 1972 وجد Bridgman أن 10.8% من السكريين مقابل 2.3% من غير السكريين لديهم التهاب محفظة الكتف [11]. وفي عام 2003 أظهر كل من. أنّ معدّل الانتشار يتراوح بين الـ 7-32% في الداء السكري من النمط 2 مقابل 0-10% في الشاهد [5،4]. وفي المقابل أكدت دراسة Tighe et (2008). الارتفاع الوبائي بين المرضين (38.6% من مرضى التهاب محفظة الكتف مصابون بالداء السكري و32.9% لديهم ما قبل الداء السكري) [19]. وفي دراسات أخرى تبين ارتباط الإصابة بالعمر ومدّة الداء السكري [5،4، 12، 20].

قد تترافق إصابة الكتف مع أذيات اليد في الداء السكري مثل متلازمة المفاصل متحددة الحركة limited joint mobility وداء دوبيرتران Dupuytren disease، ممّا يشير لاحتمال وجود آلية مرضية مشتركة سببها أذية النسيج

الضام التالية لاعتلال الأوعية الدقيقة [1، 2، 4]، كما أن ترافق التهاب محفظة الكتف اللاصق مع اعتلال الأعصاب الذاتي قد يشير لآلية مرضية محتمة أخرى [1، 4، 12]. ويبدو أن الإصابة لدى السكريين مختلفة عنها في غيرهم فهي تظهر في أعمار أصغر وتستمر فترة أطول، وهي أقلّ ألماً، وكذلك أقلّ استجابة للمعالجة [4، 5، 12]. تشهد الإصابة ثنائية الجانب في المرضى السكريين في 10% من الحالات مقابل 3% في الشاهد [12].

يسبب التهاب محفظة الكتف اللاصق إعاقة كما ذكرنا وتأتي أهمية دراسته في سياق الداء السكري من النمط 2 بسبب شيوع هذا الداء في سورية، ففي دراسة أجريت في حلب ثاني أكبر المدن السورية بعد العاصمة دمشق، تبين أنّ حوالي ربع البالغين فوق الخامسة والعشرين من العمر لديهم إما داء سكري (15.6%) أو اضطراب في تحمّل السكر (8.6%) [21].

تهدف دراستنا الحالية لتحري انتشار التهاب محفظة الكتف اللاصق في مرضى الداء السكري من النمط 2، مقارنةً مع مجموعة شاهد متوافقة بالجنس والعمر من غير السكريين، ولدراسة الخصائص السريرية للمرضى السكريين مع أو بدون التهاب المحفظة.

المواد والطرائق

تمت هذه الدراسة الوصفية (حالة-شاهد) على المرضى السكريين المراجعين للعيادات الخارجية أو المقبولين في شعب الغدد والمفاصل في مستشفى المواساة والأسد الجامعيين بدمشق ما بين تشرين الثاني 2009 وتشرين الثاني 2010.

اعتُمدت في تشخيص الداء السكري معايير منظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للداء السكري [24-22]. كذلك أُعتبر المرضى مصابين بالداء السكري من النمط 2 إذا كانوا معالجين بأحد الأدوية الفموية الخافضة لسكر الدم أو حوّلوا للأنسولين بعد خافضات سكر الدم الفموية ولم يكن لديهم قصة حماس خلوني، أو نقص وزن شديد [12].

شخص التهاب المحفظة اللاصق بناءً على وجود ألم ذو بدء خلصي ومستمر ويوقظ ليلاً، مع عدم القدرة على الاستلقاء على الكتف

المصابة منذ ثلاثة أشهر على الأقل، مع تحدد في حركات المفصل الفاعلة والمنفعلة خاصة حركة الدوران الوحشي لأقل من الـ 50% بالمقارنة مع الكتف غير المصابة. وشخصت الإصابة المزوجة، بناءً على الفقد الكامل للدوران الوحشي الفاعل والمنفعّل، مع عدم القدرة على تجاوز الإلية والوصول إلى الخط المتوسط في العمود الفقري أثناء الدوران الأنسي في الجهتين. وفي حال الشك بوجود حديثة مرضية مرافقة أو اعتلال مفصلي آخر كالفصال العظمي (osteoarthritis) أو متلازمة الكفة المدورة (rotator cuff)، أُجريت صورة شعاعية بسيطة أو تصوير بالرنين المغناطيسي [8 - 20].

استبعدت كلّ حالات الداء السكري مع إصابة مفصلية التهابية مرافقة (كالداء الروماتويدي أو التهاب المفاصل الصدافي وغيرها)، أو المترافق مع إصابات غذية (كقصور الدرق أو غيرها)، أو المترافق مع القصور الكلوي المزمن، كما استبعد المرضى مع قصة رض سابق على الكتف. أمّا مجموعة الشاهد فقد كانت متطابقة بالعمر والجنس مع مجموعة المرضى، من مراجعي العيادة الداخلية ولكن ليس لديهم داء سكري، وطُبقت عليهم معايير الاستبعاد نفسها. أُخذت الموافقة المستنيرة من جميع المشاركين في الدراسة.

تمت مشاهدة وفحص المريض والشاهد من قبل نفس الاختصاصي بأمراض المفاصل لمرة واحدة مع تدوين كافة المتغيرات المراد دراستها في استرارة خاصة. جُمعت المعلومات التالية: العمر، الجنس، مدّة الداء السكري، الاختلالات العينية، الكلوية، العصبية والقلبية الوعائية. تمت معايرة سكر الدم على الريق أمّا تقييم درجة ضبط الداء السكري خلال الثلاثة أشهر السابقة فقد كانت بمعايرة الخضاب الغليكوزي (HbA_{1c}).

تم تأكيد اعتلال الشبكية السكري من قبل أخصائي عينية. واعتبر أنّ لدى المريض اعتلالاً قلبياً وعائياً بوجود ألم صدري ختافي، أو سوابق ختاق صدر معالج، أو سوابق احتشاء عضلة قلبية، أو فرط توتر شرياني، أو سوابق إجراء مجازات اكليلية.

وتم تشخيص الاعتلال الكلوي بوجود بيلة الألبومين المجهرية، أو بيلة بروتينية سواء في عينة واحدة أو بول 24 ساعة. مع التأكيد على استبعاد مرضى القصور الكلوي. كما أُجري للمرضى

± 7.72 سنة) أقل من المصابين في مجموعة الشاهد (7.76 ± 67.33 سنة) وبفارق إحصائي هام ($P = 0.01$) (المخطط 1).

شوهدت إصابة اليد أو الكتف في ثلث مرضى الداء السكري (70 مريضاً: 33.7%)، وهي أعلى بشكل جلي مقارنة مع مجموعة الشاهد (18 حالة: 9.0%) ($P < 0.0001$) (الجدول 1). توزعت أذيات اليد مع أو بدون التهاب محفظة الكتف كما يلي: 23 حالة متلازمة المفاصل متحدة الحركة، 20 حالة التهاب أغماد الأوتار العاطفة، وست حالات متلازمة نفق الرسغ، وحالتي تقفع دوبيتران فقط (المخطط 2). علماً أنّ ثمان حالات (29.6%) اشترك فيها التهاب محفظة الكتف اللاصق مع أذية مرافقة في اليد (ست حالات مع متلازمة المفاصل متحدة الحركة، وحالة مع التهاب أغماد الأوتار العاطفة، وحالة مع متلازمة نفق الرسغ).

كان التهاب المحفظة اللاصق في جميع حالات السكري والشاهد وحيد الجانب. ذكر 22 مريضاً سكرياً (10.57%) وجود قصة مماثلة في السوابق.

قُورنت الخصائص السريرية لمرضى الداء السكري مع أو بدون التهاب محفظة الكتف اللاصق و/أو أذية اليد، ودرست علاقتها بالعمر ومدة ودرجة ضبط الداء السكري، وترافقها باختلافات أخرى (الجدول 2).

من أجل هذه المقارنة تمّ توزيع مرضى الدراسة

Microsoft Excel الإصدار 2010، والتحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS (الإصدار الخامس عشر). أجري حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، وتمّ تحري الفروقات الإحصائية بين المجموعات باستخدام chi-square و independent-sample t-test و ANOVA و logistic regression و one-way. وعدت P -value ذات أهمية إحصائية إذا كانت أقل من 0.05.

النتائج

تضمّنت الدراسة 208 مريضاً سكرياً من النمط الثاني ممن حققوا معايير الاشتغال، 112 أنثى (53.8%)، مقابل 96 ذكراً (46.2%). متوسط أعمارهم (54.53 ± 9.63 سنة). أما مجموعة الشاهد فكانت 200 شخصاً غير سكري حققوا معايير القبول والاستبعاد، 104 إناث (52.0%)، و 96 ذكراً (48.0%). متوسط أعمارهم (56.99 ± 10.60 سنة) (الجدول 1).

شُخص التهاب محفظة الكتف اللاصق عند 27 مريضاً من السكريين (13.0%)، وعند ثلاث حالات في مجموعة الشاهد (1.5%) ($P < 0.0001$). بالنسبة للجنس كان ثلثا المصابين بالتهاب محفظة الكتف اللاصق إناثاً سواء في المرضى أو الشاهد (الجدول 1). أما متوسط أعمار المرضى السكريين مع التهاب محفظة الكتف اللاصق فكان (54.29)

تخطيط أعصاب في حال وجود شكّ سريري باعتلال أعصاب محيطية وحيد أو متعدد.

شخصت متلازمة المفاصل متحددة الحركة بعدم قدرة المريض على اتخاذ "وضعية الصلاة" أو على بسط راحة اليد على سطح الطاولة (اختبار الطاولة) [2-4].

تمّ تشخيص داء دوبيتران بناءً على وجود ثخانة غير مؤلمة في الوتر وتليّف مجسوس في اللقافة الراحية، مع وجود تشوّه بالانعطاف للمفصل السعني السلامي مع غياب البسط والعطف الكامل للإصبع المصاب، (وخاصة في الإصبع الثاني والثالث والرابع أو الخامس). وكذلك تجعد الجلد فوق الوتر، وإن البسط المنفعل للإصبع فوق الوتر القابض يزيل التجعد فوق رأس السنعية السلامية مع ملاحظة عقيدات مجسوسة ومرئية على مسير الأوتار العاطفة [4، 13].

أما تشخيص التهاب أغماد الأوتار العاطفة flexor tenosynovitis فكان بوجود ألم مع إحساس بالفرقة بالإصبع عند عطفه والإنعقال، مما يضطّره إلى إجراء البسط القسري للإصبع (الإصبع القافر trigger finger) وذلك بسبب ثخانة الغمد وتشكل العقيدات الالتهابية المجسوسة [4، 13]. كما تمّ تشخيص حالات متلازمة نفق الرسغ بتخطيط العصب الناصف.

معالجة الليبانات وتحليلها: كانت معالجة الليبانات باستخدام برنامج

الجدول 1 المعطيات الديمغرافية للمرضى السكريين وللمجموعة الشاهد

المعطيات	الداء السكري (العدد = 208)	الشاهد (العدد = 200)	P-value
الذكور	96 (46.2%)	96 (48%)	
الإناث	112 (53.8%)	104 (52%)	
متوسط العمر بالسنوات	54.53 ± 9.63	56.99 ± 10.60	
الذكور	54.77 ± 9	56.33 ± 9.57	
الإناث	54.33 ± 10.17	57.57 ± 11.45	
التهاب محفظة الكتف اللاصق	27 (13.0%)	3 (1.5%)	< 0.0001
الذكور	9/27 (33.3%)	1/3 (33.3%)	
الإناث	18/27 (66.7%)	2/3 (66.7%)	
أذيات اليد	51 (24.5%)	15 (7.5%)	< 0.0001
الذكور	24/51 (47.0%)	6/15 (0.40%)	
الإناث	27/51 (52.9%)	9/15 (0.60%)	
إصابة اليد أو الكتف	70 (33.7%)	18 (9.0%)	< 0.0001
الذكور	31/70 (44.3%)	7/18 (38.9%)	
الإناث	39/70 (55.7%)	11/18 (61.1%)	

الجدول 2 المعطيات السريرية لمرضى الداء السكري مع إصابة الكتف أو الكتف واليد أو بدونها

التظاهرات	جميع مرضى الداء السكري نمط 2 (العدد = 208)	المجموعة الأولى: سكري نمط 2 مع التهاب محفظة الكتف اللاصق وأذيات اليد (العدد=70)	المجموعة الثانية: سكري نمط 2 مع التهاب المحفظة اللاصق (العدد = 27)	المجموعة الثالثة: سكري نمط 2 بدون التهاب محفظة الكتف اللاصق أو أذيات اليد (العدد = 138)
ذكور/ إناث	96/ 112	31/ 39	9/18	65/ 73
متوسط العمر بالسنوات	54.53 ± 9.63	55.88 ± 8.08	54.29 ± 7.72	53.85 ± 10.28
متوسط مدة المرض بالسنوات	7.35 ± 6.37	9.41 ± 7.57	9.22 ± 8.15	6.30 ± 5.41
متوسط سكر الدم الصباحي ملغ/ دل	212.85 ± 81.69	225.65 ± 81.62	235 ± 89.04	206.35 ± 81.25
متوسط الحضاب السكري. %	7.56 ± 1.24	7.85 ± 1.32	7.98 ± 1.28	7.41 ± 1.18
اعتلال الشبكية	63 (30.3%)	25 (35.7%)	8 (29.6%)	38 (26.5%)
اعتلال الكلية	32 (15.4%)	16 (23.0%)	6 (22.2%)	16 (11.6%)
الاعتلال العصبي	131 (63.0%)	54 (77.1%)	18 (66.7%)	77 (55.8%)
الآفات القلبية الوعائية	56 (26.9%)	21 (30.0%)	5 (18.5%)	35 (25.4%)

ذلك متوسط HbA_{1c} والذي كان (7.98 ± 7.41) (%/1.18)، على التوالي (P = 0.028). أما بالنسبة للجنس فإن 16.07% من السكريات أصبن بالتهاب محفظة التصاقى مقابل 9.4% من السكريين (P > 0.05) باستخدام (chi-square) (الجدول 2).

المناقشة

أجريت هذه الدراسة في أكبر مركزين للرعاية الطبية في دمشق. شوهدت إصابة اليد أو الكتف في ثلث مرضى الداء السكري النمط 2، وكانت مقارنة مع مجموعة الشاهد، أكثر شيوعاً عند السكريين بفارق هام إحصائياً وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية [3، 13-15].

متوسط الحضاب الغلوكوزي فيها أعلى (P = 0.016) (الجدول 2).

الجدول رقم (2) المعطيات السريرية لمرضى الداء السكري مع إصابة الكتف أو الكتف واليد أو بدونها

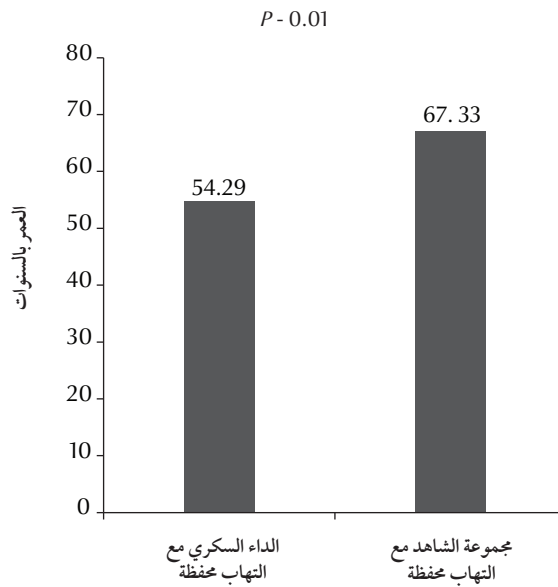
وعند مقارنة المجموعة ذات التهاب محفظة الكتف اللاصق (27 حالة) مع المجموعة بدون أية إصابة مفصلية في اليد أو الكتف (138 حالة) باستخدام logistic regression، كان الفارق الإحصائي مهماً أيضاً بالنسبة إلى مدة ودرجة ضبط الداء السكري. فمتوسط مدة الداء السكري أطول مع وجود الإصابة بالتهاب محفظة الكتف اللاصق (9.22 ± 8.15 سنة) مقارنة معه في حال عدم وجودها (6.30 ± 5.41 سنة) بفارق إحصائي مهم (P = 0.023). وكان ضبط الداء السكري أسوأ في مجموعة إصابة الكتف. عبّر عن

السكريين في مجموعتين: مجموعة أولى شملت 70 حالة سكري مع إصابة في الكتف أو اليد (متلازمة المفصل متحددة الحركة أو تقفع دويتران أو التهاب أغداد الأوتار أو متلازمة نفق الرسغ) من ضمنها 27 حالة سمينها المجموعة الثانية وفيها الإصابة بالتهاب محفظة الكتف اللاصق، علماً أنّ ثنائي حالات منها كانت الأذية فيها مشتركة في الكتف واليد، ومجموعة ثالثة (138 حالة) دون أية إصابة بالتهاب محفظة الكتف اللاصق أو بأذيات في اليد.

قُورنت المجموعتان الأولى (السكري مع إصابة في اليد والكتف) مع الثالثة (دون إصابة في الكتف أو اليد) بالنسبة للجنس والعمر ومدة ودرجة ضبط الداء السكري، وترافقها باختلاطات أخرى. كان الفارق الإحصائي مهماً بالنسبة لطول مدة ودرجة ضبط الداء السكري. فمدة المرض كانت أطول في المجموعة الأولى (P = 0.001)، وكذلك كان

الجدول 3 مقارنة نتائج دراستنا مع الدراسات العالمية من حيث انتشار التهاب محفظة الكتف اللاصق

التهاب محفظة الكتف اللاصق في الدراسات العالمية (%)	التهاب محفظة الكتف اللاصق في دراستنا: العدد (%)
مجموعة الشاهد	الداء السكري
10 (0.5%)	10 (4.3%)
11 (2.3%)	11 (10.8%)
-	12 (22.4%)
13 (0%)	13 (7.0%)
-	14 (14.7%)
14 (3.9%)	15 (39.0%)
15 (2.0%)	16 (16.5%)
-	17 (12.8%)
17 (10.8%)	18 (19.0%)
18 (5.0%)	20 (29.0%)



الشكل 1 متوسط أعمار المرضى السكريين والشاهد مع التهاب الكتف المحفوظة اللاصق

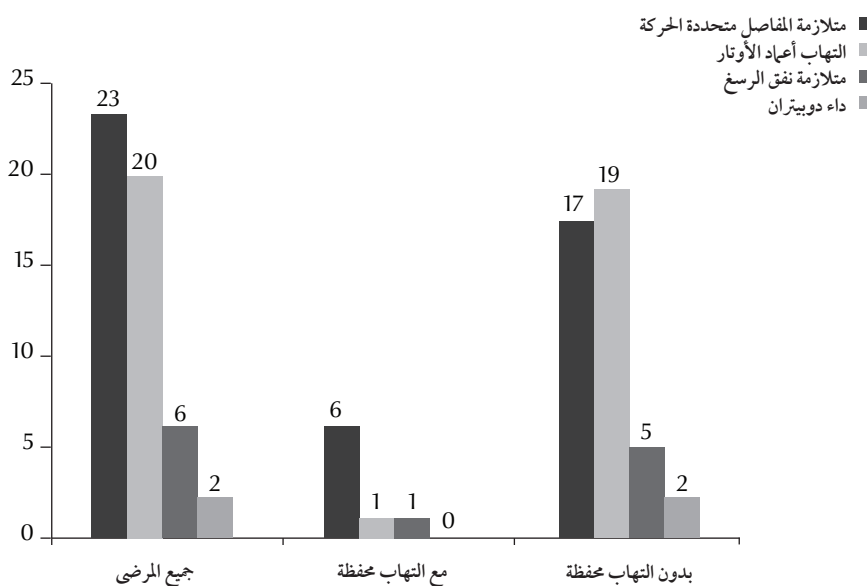
كان التهاب الكتف محفظة الكتف اللاصق أشيع بشكل مهم إحصائياً لدى السكريين مقارنة مع الشاهد، وهذا أيضاً يتوافق مع الدراسات العالمية والتي قدرت حدوثها بعض الدراسات بـ 4-5 أضعاف مقارنة مع عموم السكان [1، 4، 13، 20]. و13.3 مرة أكثر من الشاهد في دراسة. (2008) [14]. يوضح الجدول (3) نسب الانتشار وفق مختلف الدراسات العالمية مقارنة مع دراستنا. يمكن إرجاع التباين في نتائج هذه الدراسات إلى الاختلاف في حجم العينة، ومدّة الإصابة بالداء السكري ومتوسط أعمار المرضى في هذه الدراسات، ودرجة ضبط المرض، رغم أنها وكذلك دراستنا اعتمدت على التشخيص السريري للإصابة بالتهاب محفظة الكتف اللاصق وفق المعايير السريرية التي وضعها [18]. بعض الدراسات جمعت عينة شاهد منتقاة من قسم التأهيل والمعالجة الفيزيائية، لهذا كانت نسب الإصابات المفصليّة في الشاهد أعلى منها في دراستنا [17].

كان ضبط الداء السكري لدى مرضانا أسوأ في مجموعة التهاب الكتف المحفوظة اللاصق سواء كانت معها إصابة اليد أو بدونها، حيث أن متوسط قيم الخضاب الغليكوزي كان أعلى مما هو عليه عند المجموعة التي لا يوجد فيها إصابة كتف أو يد، وهذا ما يتناسب ومقالة التي أظهرت أنّ الخضاب الغليكوزي أعلى في المرضى السكريين مع إصابة اليد وإصابة الكتف ثنائية الجانب [1]. وكذلك مع تلك

عديدة بيّنت ارتباط الإصابة بمدّة الداء السكري نمط 2 [5، 10، 11، 13، 15، 16، 20]، ربّما يشير ذلك لأهميّة فرط سكر الدم المزمن ودوره في إحداث هذه الإصابة. ولتأكيد ذلك اعتمدنا على معرفة درجة ضبط السكري بعيار الخضاب السكري الذي يعطي وسطي غلوكوز الدم خلال الأشهر الثلاثة السابقة للتحليل.

الجدول رقم (3): مقارنة نتائج دراستنا مع الدراسات العالمية من حيث انتشار التهاب الكتف اللاصق

شوهدت الإصابة في كلا الجنسين من السكريين بدون تمييز، متوافقة بذلك مع بعض الدراسات [10، 14، 20]. أمّا في دراسة فقد تمّ إجمال نتائج نمطي الداء السكري وإصابات اليد والكتف معاً ولذلك كانت الغلبة للنساء السكريات بشكل بسيط، وبالتالي قد تكون النتائج غير دقيقة تماماً فيها يخصّ التهاب الكتف [13].



الشكل 2 تفاصيل أذيات اليد في المرضى السكريين سواء مع أو بدون التهاب الكتف محفوظة اللاصق

وجدنا أنّ متوسط أعمار المرضى السكريين مع التهاب الكتف أصغر مقارنة مع متوسط أعمار مجموعة الشاهد وهذا يتوافق مع عدّة دراسات [4، 5، 12]. لا يمكن تفسير هذا الترافق العالي بين الداء السكري من النمط 2 والتهاب محفظة الكتف اللاصق بالعمر المتقدّم للمرضى وحده، لا سيما وأنّه لم يكن هناك فارق هام إحصائياً في متوسط أعمار المرضى السكريين أنفسهم مع أو بدون التهاب الكتف المحفوظة، وهذا يتوافق أيضاً مع نتائج بعض الدراسات [10، 13].

ظهر ارتباط الإصابة بالتهاب محفظة الكتف اللاصق بمدّة الداء السكري فكانت أطول في المرضى مع التهاب الكتف محفظة الكتف مقارنة مع المرضى بدونها، بفارق إحصائي مهم ($P = 0.023$). تتوافق نتائجنا مع دراسات

الدراسات التي تناولت بالدراسة إصابات اليد السكرية والكتف المتجمدة معاً [1، 2، 4، 5، 14-16].

هذه النتيجة عاكست ما خلصت إليه عدّة دراسات من أنّه لا دور لضبط الداء السكري في إصابات الكتف واليد في السكري نمط 2 [10، 12، 13، 20]. ولكن ربّما يلعب الضبط السيء للداء السكري دوراً في شدّة الألم وتحدّد الحركة في الكتف على المدى الطويل كما أشارت دراسة [25].

لم يترافق التهاب محفظة الكتف اللاصق في الداء السكري نمط 2 في دراستنا بزيادة تواتر الاختلالات الوعائية في الأوعية الدقيقة أو الكبيرة وربما يعود ذلك

لقصر مدة الداء السكري نسبياً، فهذه الاختلالات ذات علاقة وثيقة بمدة المرض [12، 13].

إنّ الإصابة ثنائية الجانب شائعة (33%-) في المرضى السكريين مقابل (5-20) في الشاهد [2]. أما في دراستنا، فقد كان التهاب المحفظة اللاصق في جميع حالات السكريين والشاهد وحيد الجانب، رغم أنه في (10.57%) من السكريين ذُكرت قصّة مماثلة في السوابق، ولكننا لم نعتمدها لعدم التأكد من صحّة تشخيصها.

المخطط (1): متوسط أعمار المرضى السكريين والشاهد مع التهاب المحفظة اللاصق

المخطط (2): تفاصيل أذيات اليد في المرضى السكريين سواء مع أو بدون التهاب محفظة الكتف.

الخلاصة

أكدت هذه الدراسة أهميّة التقييم السريري المفصلي في سياق الداء السكري ذلك أنّ الإصابة بالتهاب محفظة الكتف اللاصق أكثر شيوعاً لدى السكريين من النمط 2 وتظهر بعمر مبكر نسبياً مقارنة مع مجموعة الشاهد. وهي مرتبطة بالضبط الاستقلابي السيء وبطول مدّة الداء السكري. ينطبق ذلك أيضاً على إصابات اليد والكتف.

References

المراجع

- Lebiedz-Odrobina D, Kay J. Rheumatic manifestations of diabetes mellitus. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 2010, 36:681-699.
- Crispin JC, Alcocer-Varela J. Rheumatologic manifestations of diabetes mellitus. *American Journal of Medicine*, 2003, 114:753-757.
- Cagliero E. Rheumatic manifestations of diabetes mellitus. *Current Rheumatology Reports*, 2003, 5:189-194.
- Arkkila PE, Gautier JF. Musculoskeletal disorders in diabetes mellitus: an update. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 2003, 17:945-970.
- Smith LL, Burnet SP, McNeil JD. Musculoskeletal manifestations of diabetes mellitus. *British Journal of Sports Medicine*, 2003, 37:30-35.
- Browne DL, McCrae FC, Shaw KM. Musculoskeletal disease in diabetes. *Practical Diabetes International*, 2001, 18:62-64.
- Kim RP, Edelman SV, Kim DD. Musculoskeletal Complications of Diabetes Mellitus. *Clinical Diabetes*, 2001, 19:132-135.
- Dias R, Cutts S, Massoud S. Frozen shoulder. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 2005, 331:1453-1456.
- Hsu JE et al. Current review of adhesive capsulitis. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 2011, 20:502-514.
- Thomas SJ et al. Prevalence of symptoms and signs of shoulder problems in people with diabetes mellitus. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 2007, 16:748-751.
- Bridgman JF. Periarthritis of the shoulder and diabetes mellitus. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 1972, 31:69-71.
- Arkkila PE et al. Shoulder capsulitis in type I and II diabetic patients: association with diabetic complications and related diseases. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 1996, 55:907-914.
- Cagliero E et al. Musculoskeletal disorders of the hand and shoulder in patients with diabetes mellitus. *American Journal of Medicine*, 2002, 112:487-490.
- Aydeniz A, Gursay S, Guney E. Which musculoskeletal complications are most frequently seen in type 2 diabetes mellitus? *Journal of International Medical Research*, 2008, 36:505-511.
- Ramchurn N et al. Upper limb musculoskeletal abnormalities and poor metabolic control in diabetes. *European Journal of Internal Medicine*, 2009, 20:718-721.
- Mathew AJ, Nair JB, Pillai SS. Rheumatic-musculoskeletal manifestations in type 2 diabetes mellitus patients in south India. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 2011, 14(1):55-60.
- Ardic F et al. The musculoskeletal complications seen in type II diabetics: predominance of hand involvement. *Clinical Rheumatology*, 2003, 22:229-233.
- Pal B et al. Limitation of joint mobility and shoulder capsulitis in insulin- and non-insulin-dependent diabetes mellitus. *British Journal of Rheumatology*, 1986, 25:147-151.
- Tighe CB, Oakley WS Jr. The prevalence of a diabetic condition and adhesive capsulitis of the shoulder. *Southern Medical Journal*, 2008, 101:591-595.
- Balci N, Balci MK, Tüzüner S. Shoulder adhesive capsulitis and shoulder range of motion in type II diabetes mellitus: association with diabetic complications. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 1999, 13:135-140.
- Albache N et al. Epidemiology of type 2 diabetes mellitus in Aleppo, Syria. *Journal of Diabetes*, 2010, 2:85-91.
- World Health Organization/International Diabetes Federation. *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia: report of a WHO/IDF Consultation*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2011. *Diabetes Care*, 2011, 34(Suppl. 1):S11-S61.
- International Expert Committee. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*, 2009, 32:1327-1334.
- Laslett LL et al. Predictors of shoulder pain and shoulder disability after one year in diabetic outpatients. *Rheumatology (Oxford, England)*, 2008, 47:1583-1586.