



## Minimal Açık İnsizyonla Gevşetme Yapılan Tetik Parmaklı Hastalardaki Cerrahi Tedavi Sonuçlarımız

Kadir Ertem\*, Muharrem İnan\*, Hasan Coşkun\*, Arslan Bora\*

\*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, Malatya

**Amaç:** Konservatif tedaviye cevap vermeyen, tetik parmak tanısıyla mini açık cerrahi tekniği ile tedavi edilen hastaların klinik sonuçlarını değerlendirmek.

**Gereç ve Yöntem:** Biz bu çalışmamızda tetik parmak tanısıyla lokal anestezi altında minimal açık insizyon kullanarak A1 pulley gevşetmesi uyguladığımız hastaların sonuçlarını değerlendirdik. 14 hastanın ( 10 kadın, 4 erkek; ort yaş 44.78; dağılım 7-58 ) 17 tetik parmağına minimal açık insizyonla tedavi uygulandı. Hastalar ortalama 18.17 ay ( 3-33 ) izlendi. İlave patolojiler bakımından, hastaların dördünde(%24) hipertansiyon(HT) öyküsü ve bunlardan birinde ilaveten karpal tünel sendromu(KTS) bulguları vardı, bir hastada tip 2 Diabetes Mellitus(DM), bir hastada el-bilek dorsalde kistik higrom bulunmaktaydı.

**Bulgular:** Hastaların memnuniyet dereceleri sorgulandığında %93 çok iyi sonuçlar alındı. İki olguda geçici skar hassasiyeti dışında, olguların biç birinde dikkate değer bir komplikasyona rastlanmadı.

**Sonuç:** Tetik parmak tedavisinde konservatif tedavi ile sonuç alınmayan olgularda, mini açık cerrahi tekniği güvenli ve uygun bir tedavi yöntemidir. Ayrıca bu olgular değerlendirilirken, ilave patolojiler bakımından özellikle endokrin hastalıklar, HT,KTS, Higroma açısından gözden geçirilmelerinde yarar olacağı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** El, El Parmağı, Tendon, Tenosinovit

### The Results of Treatment of Patients with Trigger Finger Released by Minimal Open Surgery

**Objectives:** To evaluate results of the patients with trigger finger refractory to all conservative treatment modalities who are treated by mini open surgery method

**Material and Method:** In this study 17 triggered fingers of 14 patients (10 female,4 male; mean age 44.78 years; range 7,58 years) who did not respond to any conservative treatment modalities were treated with releasing of A1 pulley by mini open surgery method. The mean follow-up was 18.17months(range 3-33 months). As associated pathologies, there were HT in four (%23) with a concomittant CTS in one; DM-II in one; dorsal wrist cystic ganglion in one.

**Results:** According to patient satisfaction, %93 very good results were obtained. There were two transient scar sensitivity, with no significant complications.

**Conclusion:** The patients with trigger finger refractory to any conservative treatment modalities can be treated by mini open surgery method effectively and safely. The patients should thoroughly be evaluated for concomittant pathologies.

**Key Words:** Hand, Hand Fingers, Tendon, Tenosynovitis

Tetik parmak, fleksör tendon kılıfının enflamasyonu nedeniyle tendonların metakarp başları düzeyinde sıkışmasıdır. El cerrahi kliniklerinde en sık karşılaşılan hastalıklardan biridir. Tedavide atel uygulaması, NSAİ ilaçlar, lezyona steroid enjeksiyonu gibi konservatif yöntemlerin başarılı olmadığı durumlarda, metakarp başı hizasında A1 pulleyin cerrahi kesilerek gevşetilmesi önerilmektedir.<sup>1</sup> Kılıfta meydana gelen kalınlaşma içinden geçen tendonun fleksiyon ve ekstansiyon hareketini engeller. Parmak fleksiyonda, ekstansiyonda veya ortada bir yerde kilitlenebilir. Kılıfta meydana gelen bu kalınlaşmayı avuç içerisinde palpasyonla hassas bir nodül şeklinde hissedebiliriz. Biz bu çalışmamızda tetik parmak tanısıyla lokal anestezi altında minimal açık insizyon kullanarak cerrahi tedavi uyguladığımız hastaların sonuçlarını klinik ve fonksiyonel açıdan değerlendirdik.

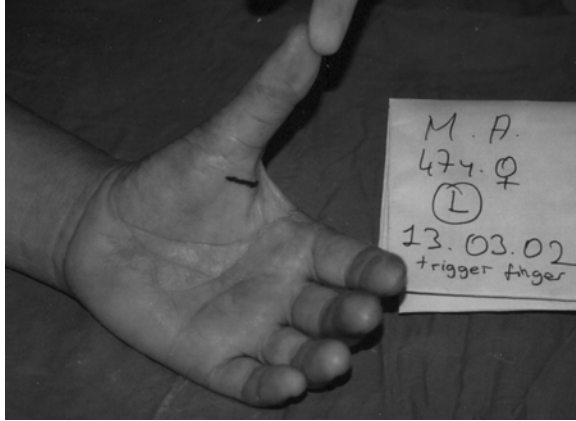
## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Eylül 1999 ile Şubat 2002 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji El Cerrahisi Polikliniğine elinde ağrı ve işlev bozukluğuyla başvuran, klinik muayenede tetik parmak tanısı konan 14 hastanın (10 kadın, 4 erkek; ort. Yaş 44.78 yıl; dağılım 7-72 yıl) 17 parmağına A1 pulley gevşetmesi uygulandı. Dört hastada (%29) birden fazla parmakta takılma vardı. Tetik parmakların 11'inde (%65) başparmak tutulumu, dördünde (%24) üçüncü parmak, birinde ikinci parmak, birinde dördüncü parmak tutulumu görüldü.

İlave patolojiler bakımından, hastaların dördünde (%24) hipertansiyon(HI) öyküsü ve bunlardan birinde ilaveten karpal tünel sendromu(KTS) bulguları vardı, bir hastada tip 2 Diabetes Mellitus(DM), bir hastada el-bilek dorsalde kistik higrom, birinci parmağını opere ettiğimiz bir hastanın aynı el beşinci parmağında tetik parmak erken dönem bulguları vardı.

Gevşetme minimal açık insizyon kullanılarak , başparmakta damar ve sinir eksplere edilerek yapıldı (Resim1-2). Bol pamuk, sargı ve flasterden yapılan sargıyla yapılan tespit, ort 14.14 gün ( 7-21) tutulmuştur. Hastalar ortalama 18.17 ay (dağılım 3 – 33 ay) takip edildi.

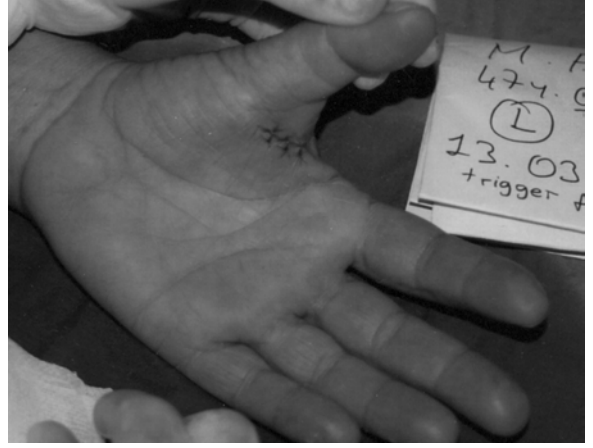
**Resim 1.** Ameliyat öncesi insizyonun sınırlarının ve yerinin gösterilmesi



Klinik değerlendirmede, hastaların günlük aktivitelerine dönüşü yanında; memnuniyet derecelerine göre: kötü, orta, iyi ve çok iyi olarak 1-4arası derecelendirildi. Semmes Weinstein Monofilaman(SWM) duyu testi; iki nokta duyarlılık testi; Pulpa Avuç Mesafesi(PAM), ekstansiyon

kısıtlılığı, tendonda bowstring fenomeni<sup>2</sup> muayeneleri dışında, ameliyat yeri skarı; Refleks Sempatik Distrofi(RSD); deforme, tetiklenmenin tekrarlaması, ağrı veya hassasiyet, insizyon yerinde nodül olup olmadığı kontrol edildi.

**Resim 2.** Ameliyat sonrası görüntüsü



## BULGULAR

Olguların birinde iyi, 13'ünde(%93) ise çok iyi sonuç alınmıştır. Tüm hastalarda SWM testi f 2.83 bulundu ve normal olarak değerlendirildi. Statik 2 nokta ayırım(S2NA) testi 4 parmakta 3 mm, 13 parmakta ise 2 mm olarak ölçüldü ki bu değerler de normal sınırlarda olarak kabul edildi.<sup>3</sup> Hastaların tümünde PAM tamdı;hiçbir olguda ekstansiyon kısıtlılığı, tendonda bowstring fenomeni, ulnar deviasyon, tetiklenmenin tekrarlamasına rastlanmadı. İki olgumuzda geçici olan skar hassasiyeti kaydedilmiştir. Hiçbir hastamızda insizyon yerinde nodül ele gelmiyordu.Olguların hiçbirinde sinir yaranması, enfeksiyon veya RSD, gibi herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. Hastaların tümü, tespit sonlandırıldıktan sonra eski aktivitelerine döndüler.

## TARTIŞMA

Tetik parmak tedavisinde steroid ve lokal anestetik enjeksiyonu, atel uygulanması gibi konservatif yöntemler ve bunların başarısızlığı durumunda da açık cerrahi girişim yapılır. Cerrahi müdahalede literatürde daha çok geleneksel açık cerrahi gevşetme önerirken<sup>4,5</sup>, son dönemlerde Eastwood ve ark.nın geliştirdikleri perkütan gevşetmenin, muayenelerinde de kolay uygulanabilir olması, düşük maliyeti ve komplikasyon oranı düşük olduğu ileri sürülerek yaygınlaştığı görülmüştür.<sup>6-8</sup> Ancak Kılıç

## Minimal Açık İnsizyonla Gevşetme Yapılan Tetik Parmaklı Hastalardaki Cerrahi Tedavi Sonuçlarımız

ve arkadaşları perkütan gevşetme ile ilgili çalışmalarında, uygulama sonrası az da olsa tendonda abrasyon tipi zedelenme olduğu belirtilmişlerdir.<sup>8</sup> Pope ve ark. ise kapalı gevşetmelerde gevşetmenin pulleyin distaldeki %10-15'lik kısmının kesilmemiş olabileceğini bildirmişlerdir.<sup>9</sup>

Konservatif tedaviye cevap vermeyen olgularda uyguladığımız lokal anesteziyi takiben mini açık insizyon tekniğiyle A1 pulley gevşetmesi neticesinde %93 oranında çok iyi sonuç elde ettik. Sadece iki olgumuzda geçici skar hassasiyeti dışında hiçbir olguda tetiklenmenin tekrarı, deformite, sinir yaralanması, enfeksiyon gibi komplikasyonlara rastlanmamıştır. Yara iyileşme süresinin sonunda olgular gündelik aktivitelerine dönmüşlerdir.

İlave patolojiler açısından Lockshin<sup>10</sup> beraberinde endokrin hastalıkların (diyabet, hipertiroidi, hipotiroidi, hiperparatiroidi, hipoparatiroidi, hiperadrenokortisizm, ve akromegali) sıklığını vurgularken, Ohtani ve ark.<sup>11</sup> sistemik lupus eritematosus'un varlığını bildirmişlerdir. Olgularımız içinde %24'ünde eşlik eden HT yanında, K'TS, Tip II DM, ve Bilekte kistik higroma varlığı gözlenmiştir.

Uyguladığımız mini açık insizyon tekniğiyle A1 pulley gevşetmesi, perkütan gevşetmeye göre; A1 pulleyinin tam kesilebilmesine olanak vermesi, tendona zarar vermeme, ve nörovasküler yapılara zarar vermeme bakımından daha güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi

olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca bu olgular değerlendirilirken, ilave patolojiler bakımından özellikle endokrin hastalıklar, HT, K'TS, Higroma açısından gözden geçirilmelerinde yarar olacağı görüşündeyiz.

## KAYNAKLAR

1. Benson LS, Ptaszek AJ. Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. *J Hand Surg* 1997;22A:138-44
2. Bell-Krotoski JAQ: Sensibility testing: state of the art. 1990; P. 575. In Hunter JM, Schneider LH, Mackin EJ, Callahan AD (eds): Rehabilitation of the hand: Surgery and Therapy. 3rd Ed. CV Mosby, St Louis,
3. Callahan AD. Sensibility testing: clinical methods. 1990; P. 521. In Hunter JM, Schneider LH, Mackin EJ, Callahan AD (eds): Rehabilitation of the Hand Surgery and Therapy. 3rd Ed. CV. Mosby, St. Louis
4. Patel MR, Bassini L. Trigger fingers and thumb: when to splint, inject, or operate. *J Hand Surg* 1992;17A:110-13
5. Turowski GA, Zdankiewicz PD, Thompson TH. The results of surgical treatment of trigger finger. *J Hand Surg* 1997;22A:145-49
6. Eastwood DM, Gupta KJ, Johnson D P. Percutaneous release of the trigger finger: an office procedure. *J Hand Surg* 1992;17A:114-17
7. Gihantimur B, Akın S, Özcan M. Percutaneous treatment of trigger finger. 34 fingers followed 0.5-2 years. *Acta Orthop Scand* 1998;69:167-21
8. Kılıç BA, Kiter E, Selçuk Y. Tetik parmak tedavisinde perkütan cerrahi girişimin normal anatomik yapılara etkisi ve uzun dönem sonuçları. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2002;36:256-58.
9. Pope DF, Wolfe SW. Safety and efficacy of percutaneous trigger finger release. *J Hand Surg (Am)* 1995;20:280-5.
10. Lockshin MD. Endocrin origins of rheumatic disease: Diagnostic clues to interrelated syndromes. *Postgraduate medicine* 2002; 111(4):87-90
11. Ohtani K, Fukuda K, Hamanishi C. A case of systemic crythematosus associated with trigger wrist. *Mod Rheumatol* 2002;12:69-71

## Yazışma adresi:

Yrd. Doç. Dr. Kadir Ertem  
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Ortopedi ve Travmatoloji AD, Malatya  
Tel : 422 341 0660-5110  
Faks : 422 341 0728  
E-posta : karterem@inonu.edu.tr