



# Bilek kanalı seviyesinden kaynaklanan tetik parmak: Üç olgu sunumu

Fatih PARMAKSIZOĞLU<sup>1</sup>, Eren CANSÜ<sup>2</sup>, Mehmet Bekir ÜNAL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul;

<sup>2</sup>Özel Yüzyıl Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Kocaeli;

<sup>3</sup>Medipol Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Tetik parmak genellikle A1 pulley seviyesindeki sorun nedeni ile ortaya çıksa da, literatürde farklı nedenler de bildirilmiştir. Çalışmamızda, tetiklenme nedeni olarak karpal tünel seviyesinde tümör saptanan ve bu tümörlerin lokal eksizyonu ile tedavi edilen üç hastayı sunuyoruz.

**Anahtar sözcükler:** A1 pulley; karpal tünel; stenozan tenosinovit; tetik parmak.

Tetik parmak el cerrahisinde sık karşılaşılan bir durumdur. Fleksör tendonlarda gelişen stenozan tenosinovit sonucunda tendon hareketlerinin A1 pulley tarafından engellenmesi ile karakteristik semptomlar ortaya çıkar. Ancak, nadir de olsa, görülen farklı etiyolojik sebepler benzer klinik tabloları oluşturabileceği için tanı ve tedavi açısından dikkatli olunmalıdır. Cerrahi tedavisi A1 pulleyin gevşetilmesidir. Karpal tünel seviyesinde yumuşak doku kitleleri de tetik parmağa yol açabilir.

Çalışmamızda karpal tünel seviyesinde yumuşak doku kitlesine rastlanan ve tedavileri bu kitlelerin cerrahi eksizyonu ile gerçekleştirilen üç hasta sunuyoruz.

## Olgu Sunumu

### Olgu 1

28 yaşında kadın hasta, 2 ay önce başlayan dominant sağ el 5. parmağında tetiklenme ve ağrı, ayrıca parmağın fleksiyon ve ekstansiyonu ile bilekte ağrı olması şikayetleri ile başvurdu. Karpal tünelin eksplorasyonunda 5. derin fleksör tendon üzerinde 1x0.6x0.3 cm boyutlarında kitle saptandı (Şekil 1). Kitle 5. parmağın tam fleksiyon-

da fleksör retinakulum altında takılarak kilitlenmesine neden olmaktadır. Tümör kitle zorlama ile retinakulum altından geçebilmekteydi. Kitlenin rezeksiyonu ile takılmanın giderildiği, tendon hareketinin sorunsuz olduğu görüldü. Ameliyat sonrası hastanın şikayetleri tekrarlamadı. Histopatolojik incelemede kitlenin miks tip hemanjiom olduğu saptandı.

### Olgu 2

52 yaşında kadın hasta, sağ el 3. parmağında 7 aydır süregelen takılma şikayeti ile başvurdu. Hastanın A1 pulley üzeri basmakla hassastı. Fizik muayenede ek patoloji saptanmadı. A1 pulleyin gevşetilmesi önerilen hastaya lokal anestezi altında gevşetme uygulandı. Ameliyat esnasında aktif parmak hareketleri istendiğinde patolojinin devam ettiği gözlemlendi. Bunun üzerine, hastanın onayı alındıktan sonra aksiller blok ile pnömomatik turnike hemostazında karpal tünelin eksplorasyonu yapıldı. Üçüncü parmağın derin tendonundan köken alan 2.5x2x1 cm boyutlarındaki kitlenin saptanarak eksize edilmesini takiben takılmanın ortadan kalktığı gö-

**Yazışma adresi:** Dr. Eren Cansü, Mehtap Sok. 34/7, Caddebostan, İstanbul,

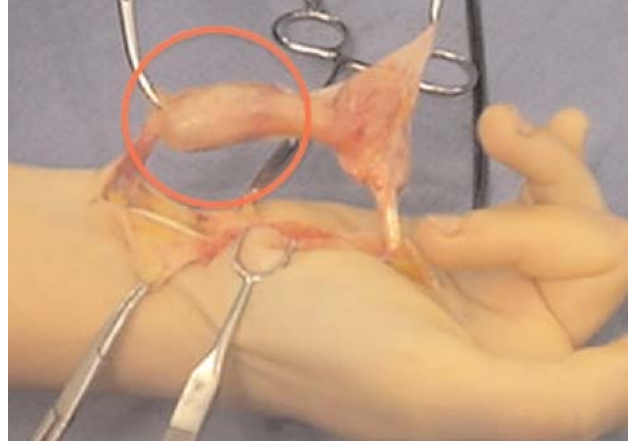
Tel: 0532 - 274 25 56 e-posta: erencansu@hotmail.com

**Başvuru tarihi:** 20.03.2011 **Kabul tarihi:** 22.12.2011





**Şekil 1.** Beşinci parmağın derin fleksör tendonundan köken alan kitlenin cerrahi görünümü. [Bu şekil, derginin [www.aott.org.tr](http://www.aott.org.tr) adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir]



**Şekil 2.** Daire içinde görülen kitleye ek olarak saptanan tenosinovit alanlarının cerrahi görünümü. [Bu şekil, derginin [www.aott.org.tr](http://www.aott.org.tr) adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir]

rüldü (Şekil 2). Kitlenin histolojik muayenesi ganglion kisti ile uyumlu idi.

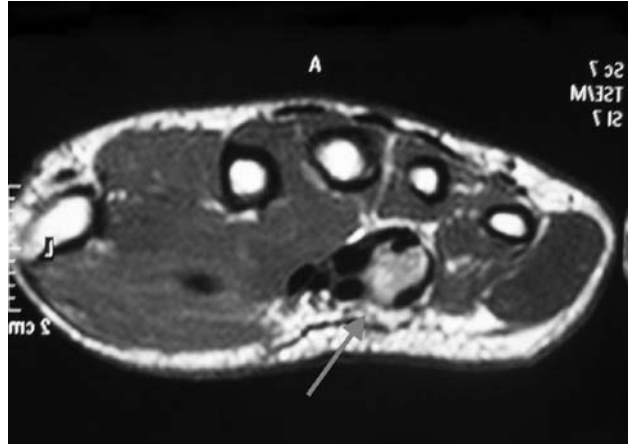
### Olgu 3

55 yaşında erkek hasta, 4 aydır süren non-dominant sol el 4. parmağın hareketlerinde takılma, ani ağrı olan tetik parmak tablosu ve parmak hareketleri ile birlikte, bilekte hareket eden kitle şikayetleri ile başvurdu. Manyetik rezonans (MR) incelemede, görülen kitlenin 4. parmağın derin fleksör tendonundan köken aldığı saptanarak hastaya ameliyat önerildi (Şekil 3). Aksiller blok, pnömatik turnike altında karpal tünelin eksplorasyonu ile ulaşılan 4x1.5x1 cm boyutlarındaki kitlenin eksize edilmesini takiben hastanın şikayetleri geçti (Şekil 4). Kitlenin histopatolojik inceleme sonucu schwannoma olarak belirtildi. Hastanın ameliyat sonrası yapılan muayenesinde medyan sinire ait duysal veya motor kusur saptanmadı.

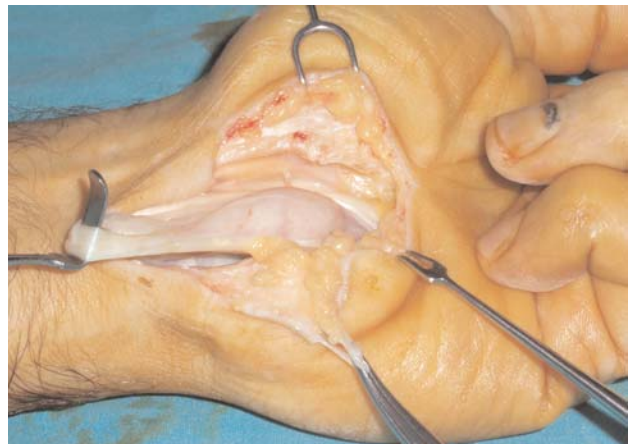
Hastaların sırası ile dokuz, dört ve üç yıllık takip sürelerinde şikayetleri tekrarlamadı.

### Tartışma

Tetik parmak üst ekstremitenin en sık karşılaşılan problemlerinden biridir.<sup>[1]</sup> Fleksör tendonların genellikle stenozan tenosinovit sonucunda dejenerasyon ve kalınlaşmaya uğrayan A1 pulley tarafından tuzaklanması ile kendini gösterir. Fleksör tendon ile üzerindeki pulley arasındaki boyut uyumsuzluğu en önemli ve sık nedenidir.<sup>[2]</sup> A1 pulleyin kalınlaşması ve sekonder olarak tendon kılıfının enflamasyonu, fleksör tendonda şişmeye neden olmaktadır.<sup>[2]</sup> Muayenede A1 pulley üzerinde hassasiyet, palpe edilen nodül, tetiklenme ve kilitlenme tipik bulgulardır. Tanısı klinik olarak rahatlıkla konulsa da, tetiklenmenin nedenleri arasında A1 pulley haricindeki diğer olası sorunlar da akılda bulundurulmalıdır. Literatürde



**Şekil 3.** Aksiyel MR kesitinde bilek seviyesinde saptanan yer kaplayan lezyonun fleksör tendonlardan köken aldığı görülmüştür.



**Şekil 4.** Dördüncü parmağın derin fleksör tendonundan köken alan kitlenin karpal tünelin eksplorasyonu takiben görünümü. [Bu şekil, derginin [www.aott.org.tr](http://www.aott.org.tr) adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir]

tetik parmak nedeni olarak sesamoid kemik,<sup>[3]</sup> parmakta ekzostoz,<sup>[2]</sup> kalsifik tendonit,<sup>[4]</sup> lumbrikal kasların anormal insersiyonu<sup>[5]</sup> ve post-travmatik lezyon<sup>[6]</sup> gibi vakalar bildirilmiştir. Fizik muayenede A1 pulley üzerinde ağrı ve/veya nodül olmaması diğer patolojileri akla getirmeli, bunların tanınması için de radyografi, bilgisayarlı tomografi (BT), MR gibi ek tetkikler yapılmalıdır.

Lee ve Pho<sup>[2]</sup> tarafından bildirilen bir olgunun A1 pulley muayenesinde özellik bulunmamış ancak proksimal falanks üzerinde lokal hassasiyet saptanması üzerine yapılan radyografik ve BT incelemesinde fleksör tendon yatağında ekzostoz teşhis edilmiş ve bunun eksizyonu ile hastanın şikayetinin kaybolduğu belirtilmiştir.

Karpal tünel seviyesindeki bazı patolojiler de fleksör tendonların hareketi sırasında fleksör retinakulumu takılarak parmakların tetiklenmesine neden olur. Patolojinin bilekte olduğu bu durum bazı yazarlar tarafından “tetik bilek” olarak tanımlansa da, Giannikas ve ark.’na<sup>[7]</sup> göre bu tartışmalı bir ifadedir. Sadece bilek hareketleri ile olan tetiklenmenin mi, yoksa patolojinin bilekte olduğu parmak tetiklenmesi olgularının da mı tetik bilek olarak tanımlanacağı konusunda fikir birliği oluşmamıştır. Desai ve ark.’na<sup>[8]</sup> göre “tetik bilek” terimi ancak bilek hareketleri ile meydana gelen tetiklenme varsa kullanılmalıdır. Lemon ve Engber<sup>[9]</sup> ve daha sonra Koob ve Steffens<sup>[10]</sup> de “gerçek” tetik bilek olguları bildirmişler ve her iki makalede de, yazarlar, tetik bilek kavramının parmakların bilek seviyesinde tetiklenmeleri durumunu ifade edecek şekilde hatalı kullanıldığını belirtmişlerdir. Tetiklenme bilek hareketleri ile değil ama parmak hareketleri ile ortaya çıktığından, bu tür olgular için daha doğru bir tanımlama “bilekte tetiklenen parmak” olacaktır.<sup>[9]</sup> Bildirdiğimiz olgularda da bilek değil parmaklar tetiklenmekte, ancak tetiklenme bilek seviyesindeki patoloji nedeni ile olmaktadır.

Lemon ve Engber<sup>[9]</sup> “gerçek” bir tetik bilek olgusu bildirmiştir. Yazarlar ekstansör karpi radialis longus tendonundaki nodülün bilek hareketleri ile 2. dorsal kompartmana girmesi sırasında gelişen bilek tetiklenmesini nodülün eksizyonu ile tedavi etmişlerdir. El bileği hareketlerinin kısıtlanması ve ağrılı ‘klik’e sebep olan birçok eklem içi patoloji olduğu gibi eklem dışı patolojilerin de benzer semptomlara yol açabileceğinden dikkatli olunması gerektiğini belirtmişlerdir. Parmaklardaki tetiklenmenin stenoza tenosinovit dışındaki nedenlerinden biri de blok oluşturarak tendonların kaymasını engelleyen tümöral kitlelerdir. Çeşitli yazarlar tarafından farklı histopatolojik karakterli tümörler bildirilmişse de, bu tümörler nadiren tetik parmağa yol açarlar.<sup>[11-15]</sup> Yerleşimleri genellikle A1 pulleyin proksimalinde (avuç içi ve karpal tünelde) olsa da, bu tümörler fizik muayenede her zaman saptanamayabilir ve tipik tetik parmaktan ayırt edilemezler.

Özellikle klasik belirti ve bulgularla başvurmayan muhtemel olguları atlamamak için ameliyat öncesinde tetik parmağın nadir görülen diğer nedenleri de mutlaka göz önüne alınmalı, şüpheli durumlarda ileri inceleme yapılmalıdır.

A1 pulley muayenesi sonucunun pozitif olduğu hastalarda dahi avuç içi ve karpal tünel gibi daha proksimaldeki bölgelerin de muayenesi yapılmalıdır. İkinci olgumuzda olduğu gibi, her ne kadar A1 pulleyin stenoza tenosinoviti tanısı konulsa da, buna proksimalde, örneğin karpal tünelde, eşlik eden bir başka patolojinin olabileceği konusunda dikkatli olmak gerekir.

Stenoza tenosinovit nedeniyle A1 pulley gevşetme kararı alındığında ise ameliyatın lokal anestezi ile yapılmasını öneriyoruz. Böylece, hastaya yaptırılacak aktif parmak hareketleri ile takılmanın devam edip etmediğinin ameliyat sırasında görülmesi, eğer varsa daha proksimaldeki başka bir patolojinin de farkına varılması ve aynı seansta tedavi edilmesi mümkün olabilecektir.

**Çıkar Örtüşmesi:** Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

## Kaynaklar

1. Wolfe SW. Tenosynovitis. In: Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, Wolfe SW, editors. Green's operative hand surgery. Vol. 2, 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p. 2137-58.
2. Lee SJ, Pho RW. Report of an unusual case of trigger finger secondary to phalangeal exostosis. *Hand Surg* 2005;10:135-8.
3. Brown M, Manktelow RT. A new cause of trigger thumb. *J Hand Surg Am* 1992;17:688-90.
4. Hansen U, Battista V. Pediatric trigger finger from calcific tendonitis. *J Hand Surg Am* 2007;32:1558-9.
5. Bartel TH, Shehadi SI. Trigger finger secondary to anomalous lumbrical insertion: a case report and review of the literature. *Plast Reconstr Surg* 1991;87:354-7.
6. Kalms SB, Højgaard AD. Trigger finger: report of an unusual case. *J Trauma* 1991;31:582-3.
7. Giannikas D, Karabasi A, Dimakopoulos P. Trigger wrist. *J Hand Surg Eur Vol* 2007;32:214-6.
8. Desai SS, Pearlman HS, Patel MR. Clicking at the wrist due to fibroma in an anomalous lumbrical muscle: a case report and review of literature. *J Hand Surg Am* 1986;11:512-4.
9. Lemon RA, Engber WD. Trigger wrist: a case report. *J Hand Surg Am* 1985;10:61-3.
10. Koob E, Steffens K. True trigger wrist (a case report). [Article in German] *Handchir Mikrochir Plast Chir* 1988;20:288-90.
11. Oni OO. A tendon sheath tumour presenting as trigger finger. *J Hand Surg Br* 1984;9:340.
12. Stockley I, Norris SH. Trigger finger secondary to soft tissue chondroma. *J Hand Surg Br* 1990;15:468-9.
13. Laing PW. A tendon tumour presenting as a trigger finger. *J Hand Surg Br* 1986;11:275.
14. Rankin EA, Reid B. An unusual etiology of trigger finger: a case report. *J Hand Surg Am* 1985;10:904-5.
15. Suematsu N, Hirayama T, Takemitsu Y. Trigger wrist caused by a giant cell tumour of tendon sheath. *J Hand Surg Br* 1985;10:121-3.