

232 TETİK PARMAK OLGUSUNUN AÇIK CERRAHİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

THE EVALUATION OF 232 TRIGGER FINGER PATIENTS' OPEN SURGERY RESULTS

İsmail Aksu, Selçuk Akın, Burak Ersen, Orhan Tunalı, Mehmet Can Şaki

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif, Estetik Cerrahi ve El Cerrahisi Anabilim Dalı, BURSA

ÖZET

Giriş: El parmaklarının stenoza tenosinoviti el cerrahları tarafından değerlendirilen en sık patolojilerden biridir. Steroid tedavisi öncelikli olmakla beraber steroid tedavisine dirençli ya da ciddi hastalığı olanlarda cerrahi ilk seçenek olarak akla gelir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 232 hastada 289 parmakta tetik parmak cerrahi serbestleştirilmesi sonrası sonuçları değerlendirmek amaçlı yapılmıştır. Kullanılan verilere tıbbi kayıtlardan ulaşılmıştır.

Bulgular: En çok etkilenen parmaklar sırasıyla 1. parmak (166) %57, 3. parmak (54) %19, 4. parmak (34) %12, 2. parmak (20) %7, 5. parmak (15) %5 olarak görüldü. Hastaların 20 tanesinde tetik parmak cerrahisine eş zamanlı olarak karpal tünel sendromu için serbestleştirme cerrahisi de uygulanmıştır.

Sonuçlar: Hastalarda yara yeri enfeksiyonu, sinir hasarı, yarada açılma, fleksör tendonda ok-yayı deformitesi, eklem hareket açıklığında kısıtlanma komplikasyonları değerlendirilmiştir. Hastaların hiçbirinde cerrahiye bağlı gelişen komplikasyon ve yineleyici tetiklenme olmamıştır. Açık teknikle tetik parmak cerrahisinin güvenli ve etkili bir metot olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar sözcükler: tetik, parmak, açık, cerrahi, sonuç

ABSTRACT

Introduction: Stenosing tenosynovitis of the fingers is one of the most evaluated pathology of the hand. Even though steroid treatment is the primary choice, in case of resistance to steroid treatment or in severe cases surgery comes to mind as a first choice.

Material and Methods: The aim of this study is to evaluate the results of 289 trigger finger releases in 232 patients. The data were collected from patients' medical records.

Results: The most common affected fingers were thumb (166) %57, middle finger (54) %19; ring finger (34) %12; index finger (20) %7; and small finger (15) %5. In twenty of patients carpal tunnel releasing was performed simultaneously with trigger finger surgery.

Conclusion: Surgery related complications such as wound infection, nerve damage, wound dehiscence, bowstringing deformity and range of motion decrease on joints were evaluated. There were no surgery related complications or recurrence was seen. Open trigger release seems to be a safe and effective choice.

Keywords: trigger, finger, open, surgery, results

GİRİŞ

El parmaklarının stenoza tenosinoviti el cerrahları tarafından değerlendirilen en sık patolojilerden biridir. Komplike olmamış vakalarda öncelikli tedavi olarak tendon kılıfı içerisine steroid enjeksiyonu yaygındır.¹ Steroid enjeksiyonunu yaygınlığının yanında bu tedavi rejimi sonrasında spontan fleksör tendon rüptürü, nekrotizan fasiit, parmaklar dolaşım bozukluğu, spontan pulley rüptürü gibi komplikasyonlar bildirilmiştir.²⁻⁵ Cerrahi serbestleştirme steroide refrakter hastalarda ve parmakta fleksiyon deformitesi gelişmiş hastalarda gündeme gelmekte ve bu tedavi çoğu vakada kesin ve kalıcı bir çözüm sağlamaktadır. Tetik parmak sık görülen bir durum olmasına rağmen, cerrahi olarak tetik parmak serbestleştirilmesi sonuçlarının değerlendirildiği geniş vaka serilerini inceleyen sınırlı sayıda yayın bulunmaktadır.⁶⁻⁹

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Aralık 2009 – Şubat 2014 tarihleri arasında kliniğimizde tetik parmak cerrahi serbestleştirilmesi uygulanmış 232 hastadaki 289 parmakta postoperatif dönemdeki sonuçlar retrospektif olarak tıbbi kayıtlardan elde edilen verilere dayanılarak incelenmiştir.

Polikliniğe başvuran hastalar yaş, cinsiyet, etkilenen parmak, diğer elinde tutulumu, başka el patolojisi birlikteliği ve cerrahi sonrası komplikasyon açısından değerlendirildi. Polikliniğe başvuran tetik parmak hastalarının hastalık derecesi Wolfe sınıflandırmasına göre belirlendi.¹⁰

Hastaların %21,1'i (49 hasta) dış merkezde cerrahi dışı tedavi (steroid tedavisi, fizik tedavi vs.) uygulanmış ancak başarı sağlanamamış hastalardan oluşmaktaydı.

Hastaların geriye kalan %78,9'u (183 hasta) polikliniğimize başvurup cerrahi serbestleştirme planlanmış hastalardan oluşmakta idi. El cerrahisi polikliniğimize başvuran ve Wolfe sınıflamasına göre Evre 1 tetik parmak olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi ve konservatif tedaviyle takip altına alındı.¹⁰ Polikliniğimizde değerlendirdiğimiz ve opere ettiğimiz hastaların tümünde Evre 2 (123 parmak) ve Evre 3 (176 parmak) tetik parmak mevcut idi.

Erişkin hastalarda standart prosedür olarak lokal ya da bölgesel anestezi ve turnike altında çalışıldı. Başparmak için parmak fleksör çizgisinden proksimale doğru, diğer parmaklar için distal palmar çizginin distalinden distale doğru uzanan 'C' şeklinde insizyonlardan girilerek A1 pulley ekspozite edilip serbestleştirilip hemostaz sonrası cilt kapatıldı. Lokal anestezi altında opere olan hastalarda hastanın aktif fleksiyon ve ekstansiyonu ile tetiklenmenin tamamen giderildiğinden emin olundu. Genel anestezi altında çalışılan pediatrik hastalarda ve bölgesel anestezi altında çalışılan erişkinlerde serbestleştirme sonrası pasif fleksiyon ve ekstansiyon ile tetiklenmenin giderildiğinden ve tendonun hareketlerinin rahatlamış olduğundan emin olundu. Postoperatif erken dönemde (1. gün) hastaların pansumanları parmak hareketlerine rahatlıkla izin verecek şekilde küçültüldü ve eklem hareket açıklığını tam korumak için sık mobilizasyon ile ilgili hasta ve hasta yakınlarına ciddi eğitim verildi. Bu eğitimde analjezik ile desteklenerek postoperatif özellikle erken dönemde hastanın parmağını tam fleksiyon – ekstansiyon ve pasif olarak hiperekstansiyona getirmesi üzerinde duruldu.

Hastalar postoperatif 2. haftalarında sütürleri alındığında, 6. haftada, 12. haftada ve 24. haftada görüldü. Çalışmada kullanılan veriler postoperatif 6. hafta ve sonrasına yöneliktir.

BULGULAR

Çalışma grubu 232 hastadan oluşmakta ve toplam 289 parmakta cerrahi olarak tetik parmak serbestleştirilmesi yapılmıştır. Hastaların %64,6'sı (150 hasta) kadın, %35,4'ü (82 hasta) erkektir. Hastaların yaşlara göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastalarda en çok etkilenen parmaklar sırasıyla; 1. parmak (166) %57, 3. parmak (54) %19, 4. parmak (34) %12, 2. parmak (20) %7, 5. parmak (15) %5 olarak hesaplanmıştır (Tablo 2).

Kırk yedi hastada 1 den fazla parmağa operasyon yapılmış olup (toplam 104 parmak); 185 hastada tek

parmakta serbestleştirme işlemi yapılmıştır. Hastaların 30'unda bilateral ellerde çalışılmış olup bunların 14 ü erkek (28 parmak), 16'sı kadındır (34 parmak). Bilateral elde tetik parmak olan 14 erkek hastanın 11 inde ve 16 kadın hastanın 8 inde 1. parmaklar etkilenmiştir. Hastaların 20 tanesinde tetik parmak cerrahisine eş zamanlı olarak karpal tünel sendromu için serbestleştirme cerrahisi de uygulanmıştır.

Operasyon sonrası 6. ayda değerlendirilen tüm parmaklarda (%100) tetiklenmede tam düzelme görüldü ve rekürrens görülmeydi. Hastaların hiçbirinde postoperatif eklem hareket açıklığında azalma, dijital sinir hasarı, yara enfeksiyonu, yarada açılma, fleksör tendonda ok yayı deformitesi, ekstansiyon kısıtlılığı, eklem sertliği gibi komplikasyonlar görülmeydi.

TARTIŞMA

Birçok yazar tetik parmak tedavisinde fleksör tendon kılıfı içerisine steroid enjeksiyonunun etkinliğini vurgulayarak ilk tedavi seçeneği olarak önermiştir.^{1,11} 2006 yılında yapılan bir çalışmada, 118 tetik parmağa yapılan steroid enjeksiyonu sonrası 5 yıllık süreçte cevap oranları diyabetik olmayanlarda %57, diyabetiklerde %32 olarak rapor edilmiştir. Bu yazarlar özellikle diyabetik olmayan tetik parmak hastalarında steroid tedavisini ilk seçenek olarak önermektedirler.¹ Literatürde tetik parmak tedavisi için yapılan steroid enjeksiyonunun olgu sunumu şeklinde rapor edilen spontan fleksör tendon rüptürü, spontan pulley rüptürü, parmaklarda dolaşım bozulması ve nekrotizan fasiit gibi nadir ancak can sıkıcı komplikasyonları da olabildiği belirtilmektedir.²⁻⁵ Çalışmamızda cerrahi uyguladığımız vakaların %21,1 başka hastanelerde yapılan steroid enjeksiyonundan fayda görmemiş ve cerrahi gereksinimi olmuş hastalardır.

Cerrahi tetik parmak serbestleştirilmesi sonrası sonuçları inceleyen sınırlı sayıda çalışmalardan birinde cerrahi tetik parmak serbestleştirilmesi sonrası düşük başarı oranları ve yüksek komplikasyon oranları bildirilmiştir. Bu çalışmada cerrahi sonrası ortalama 47 hafta izlenen 43 hastada başarı oranı sadece %60 olarak rapor edilmiştir. Opere olan 43 hastanın 26'sında (%60,4) semptomlar düzelmemiş yada tekrarlamıştır ve 3 hastada majör komplikasyon olarak enfeksiyon ve dijital sinir hasarı gelişmiştir.⁶

Buna rağmen cerrahi tetik parmak serbestleştirilmesi ile ilgili güncel çalışmalarda bizim çalışmamıza

Tablo 1. Yaş Aralıklarına Göre Hasta Sayısı. Dekadlar şeklinde yaş aralıklarına göre hasta sayısının dağılımı görülmektedir.

Yaş aralığı	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
Hasta sayısı	56	3	6	13	32	72	42	8

Tablo 2. Müdahale Edilen Parmak Dağılımı. Olguların etkilenen parmaklara göre sayı ve yüzdelerinin dağılımı görülmektedir.

Parmak	Başparmak	İşaret	Orta	Yüzük	Küçük	Toplam
n	166(%57)	20(%7)	54(%19)	34(%12)	15(%5)	289(%100)

benzer olarak düşük komplikasyon oranları ve yüksek başarı oranları rapor edilmiştir.^{7-9,12} 1997 yılında yapılan bir çalışmada incelenen 59 hastada cerrahi serbestleştirme sonrası %97 başarı oranı bildirmiştir. İki hastada rekürrens olmuş ve bunlardan birinin yeniden operasyon ihtiyacı olmuştur. Bu yazarlar tetik parmak tedavisinde steroid enjeksiyonunun yeri olduğunu ancak cerrahi dışı tedavilerin yetersiz kaldığı durumlarda ya da hastanın hızlı ve kesin sonuç beklediği durumlarda cerrahi müdahalenin yapılması kanaatinde olduklarıdır.[1]. Finsen ve ark. 72 hastadaki 84 cerrahi tetik parmak serbestleştirme sonrası yaptıkları incelemede bir hasta semptomların devam etmesi üzerine yeniden opere edilmiş ve 2 hastada geçici nöropraksi görülmüş. Bu cerrahi işlem minör bir müdahale olarak görülse de; gelişebilecek komplikasyonlar olduğu ve bunların akılda tutulması gerekliliği vurgulanmaktadır.⁷ Moriya ve ark. başparmak ve diğer parmaklardaki cerrahi tetik parmak serbestleştirilmesi sonrası sonuçları karşılaştırmak için yaptıkları çalışmada 110 parmağı (71 başparmak, 39 parmak) incelemişlerdir.⁸ Cerrahi sonrası hastaların hiçbirinde bizim çalışmamıza benzer şekilde dijital sinir yaralanması, fleksör tendonda ok-yay deformitesi ya da yara enfeksiyonu gibi komplikasyonlar olmamış ancak 39 parmağın 25 inde (%64) 3 haftadan uzun süren proksimal interfalangeal eklemden fleksiyon kontraktürü gelişmiş ve 110 vakanın 11 inde (%10) proksimal interfalangeal eklemden ağrısız ancak persistan kontraktür 6 haftadan sonra bile sebat etmiş. Cerrahi sonrası fleksör tendonda meydana gelebilecek adezyonların kontraktürlerin sebebi olabileceğini belirtmektedirler.⁸ Lim ve ark. bir yıllık bir süreçte 373 hastada opere edilen 483 parmağı değerlendirmişler ve 6 aylık izlem sonunda tüm hastalarda tetiklenmenin tamamen ortadan kalktığını rapor etmişlerdir.⁹ Hastalarda enfeksiyon, sinir hasarı, fleksör tendonda ok-yay deformitesi olmamış ancak bir hastada erken dönemde yara yeri ayrılması, 2 hastada proksimal interfalangeal eklemden 5-15 derece ekstansiyon kaybı, 4 hastada eklemlerde donukluk gelişmiş ve bu problemler yoğun el terapisi ile düzelmiş.⁹ Bu problemlerin fleksör tendon adezyonuna bağlı olabileceğini belirtmişlerdir.⁹ Bu yazarlar da komplike ve ciddi olmayan tetik parmak tedavisinde ilk seçenek olarak steroid tedavisini önermişlerdir. Cerrahi dışı tedaviden fayda görmeyen ciddi (Evre 4) tetik parmaklarda cerrahi tedavinin iyi bir tedavi seçeneği olduğunu savunmuşlardır.⁹

SONUÇLAR

Bu çalışmada 232 hastada mevcut 289 tetik parmağın cerrahi olarak serbestleştirilmesinin postoperatif sonuçları değerlendirilmiştir. Hastalar en az 4 ay izlenmiş olup tüm hastalarda tetiklenme şikayeti tamamen ortadan kalkmıştır. Hastaların hiç birinde yarada açılma, yara enfeksiyonu, sinir hasarı, fleksör tendonda ok yayı deformitesi, eklemlerde donukluk, ekstansiyon kısıtlılığı gibi komplikasyonlar gözlenmemiştir. Kliniğimizde açık tetik parmak cerrahisi, tetik parmak tedavisinde ilk seçenek olarak Evre 2 ve üstü hastalığı olan olgularda tercih edilmektedir. Günümüzde cerrahi aletlerin daha

iyi olması, operasyonlarda büyüteçli gözlük kullanımının yaygınlaşması gibi gelişmeler göz önüne alındığında mevcut literatürde yayınlanan komplikasyon oranlarının zaman geçtikçe azalması olağan bir sonuçtur. Çalışmamızda cerrahi geçiren 232 hastanın hiçbirinde komplikasyon gelişmemiştir.

Literatürde belirtilen proksimal interfalangeal eklemden ekstansiyon kısıtlılığı ve eklemden donukluk gibi komplikasyonların fleksör tendon adezyonuna bağlı olabileceği düşünülürse; hastalara ameliyat sonrası verilen iyi bir postoperatif eğitim ve etkin fizik tedavi uygulamaları ile bu gibi komplikasyonların ortadan kaldırılabilceğini düşünmekteyiz.

Dr. İsmail AKSU

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Plastik Rekonstrüktif, Estetik Cerrahi ve El Cerrahisi AD, BURSA

E-posta: drismailaksu@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Nimigan AS, Ross DC, Gan BS (2006). Steroid injections in the management of trigger fingers. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85: 36-43.
2. Fitzgerald BT, Hofmeister EP, Fan RA, Thompson MA (2005). Delayed flexor digitorum superficialis and profundus ruptures in a trigger finger after a steroid injection: a case report. *Journal of Hand Surgery*, 30: 3:479-82.
3. Yam A, Teoh LC, Yong FC (2009). Necrotising fasciitis after corticosteroid injection for trigger finger: a severe complication from a "safe" procedure. *J Hand Surg Eur*, 34:689.
4. Park J, Dumanian GA (2009). Shower emboli and digital necrosis after a single corticosteroid injection for trigger thumb: Case Report. *J Hand Surg*, 34:313-6.
5. Gyuricza C, Umoh E, Wolfe SW (2009). Multiple pulley rupture following corticosteroid infection for trigger digit: case report. *J Hand Surg*, 34:1444-8.
6. Thorpe AP (1988). Results of surgery for trigger finger. *Journal of Hand Surgery*, 13B: 199-201.
7. Finsen V, Hagen S (2003). Surgery for trigger finger. *Hand Surgery*, 8:201-3.
8. Moriya K, Uchiyama T, Kawaji Y (2005). Comparison of the surgical outcomes for trigger finger and trigger thumb: preliminary results. *Hand Surgery*, 10: 83-6.
9. Lim MH, Lim KK, Rasheed MZ, Narayanan S, Beng-Hoi Tan A (2007). Outcome of open trigger digit release. *Journal of Hand Surgery*, 32E:4:457-9.
10. Wolfe SW. Tenosynovitis. In: Green DP (ed). *Operative hand surgery*, 5th edition. New York, Churchill Livingstone, 2005:2137-59.
11. Murphy D, Failla JM, Koniuch MP (1995). Steroid versus placebo injection for trigger finger. *Journal of Hand Surgery*, 20A: 628-31.
12. Turowski GA, Zdankiewicz PD, Thomson JG (1997). The results of surgical treatment of trigger finger. *Journal of Hand Surgery*, 22A:145-9.