

# Multipl Tetik Parmak: Olgu Sunumu

## Multiple Trigger Fingers: A Case Report

**Pelin Yıldırım<sup>1</sup>, Elif Aydın<sup>2</sup>, Apdullah Yıldırım<sup>3</sup>, İsmail Murat Onyedi<sup>4</sup>**

1Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli, Türkiye  
2Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye  
3Özel Konak Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kocaeli, Türkiye  
4Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Türkiye

### ÖZET

Tetik parmak, fleksör tendonda ve tendon kılıfında inflamasyon ve hipertrofi sonucu meydana gelir. A1 pulley seviyesindeki bu daralma neticesinde, etkilenen parmakta ağrı, takılma ve fonksiyon kaybı olur. Orta yaşlı kadınlarda veya predispozan bir faktör varlığında daha sık ortaya çıkar. Burada, altta yatan bir patoloji olmaksızın, 7 parmağında eş zamanlı olarak başlamış tetik parmağı bulunan, ve kortikosteroid enjeksiyonu ve cerrahi girişim ile tedavi ettiğimiz genç bir olguyu sunmaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** Tetik parmaklar, daraltıcı tenosinovit, parmaklar, enjeksiyonlar

**Türkçe Kısa Makale Başlığı:** Multipl Tetik Parmak

### ABSTRACT

Trigger finger occurs as a result of inflammation and hypertrophy in flexor tendon and tendon sheath. It results pain, triggering and loss of function at the affected finger resulting narrowing at the level of A1 pulley. This condition is more common in middle-aged women and patients who have a predisposing factor. Here, we present a case who have seven trigger finger that begun simultaneously without any underlying pathology and who was treated with corticosteroid injection and surgery.

**Key words:** Trigger digits, stenosing tenosynovitis, fingers, injections

**İngilizce Kısa Makale Başlığı:** Multiple Trigger Fingers

### İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Pelin Yıldırım

Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli, Türkiye  
Tel: 05323801078/ E-Mail: drpeliny@gmail.com

## GİRİŞ

Tetik parmak, fleksör tendonda ve tendon kılıfında inflamasyon ve hipertrofi sonucu meydana gelir. A1 pulley seviyesindeki bu daralma neticesinde, etkilenen parmakta ağrı, takılma ve fonksiyon kaybı ortaya çıkar (1).

Prevalansının genel popülasyonda %3 olduğu, el cerrahisi kliniklerine başvuru nedenleri arasında ise 4. sırada yer aldığı tahmin edilmektedir (2). Orta yaşlı kadınlarda veya predispozan bir faktör varlığında daha sık görülmektedir. Diabetes mellitus, kollajen doku hastalıkları, hipotirodizm, de Quervain hastalığı, karpal tünel sendromu ve renal hastalık varlığı, tetik parmakla ilişkilendirilmektedir (3,4,5). Tanısı, eşlik eden semptomlar ve fizik muayene ile konur.

Bu raporda, altta yatan bir patoloji olmaksızın, 7 parmağında eş zamanlı olarak başlamış tetik parmağı bulunan, ve kortikosteroid enjeksiyonu ve açık cerrahi girişim ile tedavi edilen genç bir olgu sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

Yirmi yaşında erkek hasta, her iki el parmak hareketleri sırasında takılma, kilitleme ve ağrı yakınmaları ile başvurdu. Lise öğrencisi olan hasta, yaz tatilinde ailesinin geçimini sağlamak için 2 ay önce inşaat işçiliğine başlamıştı. Günde 10-12 saat çalışıyordu. Şikayetlerinin başlangıcından itibaren 1 ay geçmiş ve bu süre zarfında steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar kullanmış, ancak fayda görmemişti.

Fizik muayenede sağ el 2, 3, 4, 5. parmaklarda ve sol el 3, 4, 5. parmaklarda, ekstansiyon sırasında ortaya çıkan ve aktif olarak düzeltilebilen takılma mevcuttu (Resim 1). Tetik parmak açısından aile öyküsü yoktu. Palmar yüzde palpe edilebilen belirgin bir nodül yapısına rastlanmadı. Yapılan radyolojik incelemede, her iki el x-ray görüntülerinde herhangi bir patoloji yoktu. Hastanın, altta yatan olası predispozan bir hastalığı tespit edebilmek amacıyla diabetes mellitus, kollajen doku hastalığı, tiroid ve renal fonksiyonlar açısından yapılan laboratuvar incelemelerinin normal sınırlarda olduğu görüldü. Quinell sınıflamasına göre, hastanın her iki elde tutulum

gösteren 7 parmağı, ikinci derece tetik parmak olarak sınıflandırıldı (6). Ağrı düzeyi, görsel analog skala (VAS-ağrı) ile; tetiklenme sıklığı (TS) ise yine görsel analog skala kullanılarak (VAS-TS) değerlendirildiğinde, her iki skorunun da 6 olduğu tespit edildi. Etkilenen parmakların tümüne Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanı tarafından lokal kortikosteroid enjeksiyonu uygulandı. Palmar yüzdeki ağrılı bölge üzerine A1 pulley seviyesinden 45° açıyla girilerek, 0,5 cc lidokain %2 + 0,5 cc betametazon dipropiyonat enjeksiyonu yapıldı. (7). Tedavi sonrasında bilateral 5. parmaklardaki ağrı ve takılma tamamen ortadan kalktı. Sağ 2, 3, 4. ve sol 3, 4. parmaklardaki semptomların devam etmesi üzerine (VAS-ağrı: 6; VAS-TS: 6) üç hafta sonra, hastanın fayda görmeyen 5 parmağına ikinci kez lokal kortikosteroid enjeksiyonu uygulandı. Şiddeti azalmakla birlikte şikayetlerin devam etmesi üzerine (VAS-ağrı: 5; VAS-TS: 3) hastaya cerrahi girişim önerildi. Plastik rekonstruktif ve estetik cerrahi uzmanı tarafından açık cerrahi girişim ile longitudinal insizyonla A1 pulley gevşetme yapıldı. Girişim sonrası hastada semptomatik rahatlama sağlandı ve yakınmalar ortadan kalktı. Cerrahi uygulandıktan 1 ay sonra yapılan değerlendirmede VAS-ağrı ve VAS-TS skorları 0 olarak tespit edildi.

## TARTIŞMA

Tetik parmak, etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, fleksör tendon ile kılıfı arasındaki uyumsuzluktan kaynaklandığı düşünülen, elde disabiliteye neden olan bir durumdur. Parmak fleksiyonu ve ekstansiyonu sırasında ağrı ve rahatsızlık hissi ile ortaya çıkar. Tedavi edilmediği takdirde bu tabloya parmaklarda takılma ve kilitleme yakınmaları eklenir. Quinell, hastalığı 4 evrede incelemektedir: Evre 1'de parmak hareketlerindeki akıcılık kaybolur. Evre 2'de parmaktaki kilitleme yardımsız açılabilirken, evre 3'de kilitleme ancak diğer elin yardımıyla açılabilir. Evre 4'de ise fleksiyon kontraktürü ortaya çıkar (6). Bizim hastamız Quinell evrelemesine göre evre 2 idi. Hastalar kliniğe evre 1'de başvurabileceği gibi, bizim hastamızda olduğu gibi başvurular çoğunlukla ikinci evrede olmaktadır.

Tetik parmakta önerilen tedavi yaklaşımları; immobilizasyon splintleri, konvansiyonel fizik tedavi uygulamaları, lokal kortikosteroid enjeksiyonları, perkutanöz gevşetme ve açık cerrahi girişimlerdir (8-11). Kortikosteroid enjeksiyonları, tetik parmakta tedavinin başlangıç seçeneklerinden biri olarak kabul edilmektedir. Tedavi başarısı oranlarının, yaklaşık olarak %57 civarında olduğu gösterilmiştir (12). Bu raporda sunulan vakaya, ilk tedavi seçeneği olarak etkilenen parmaklara kortikosteroid enjeksiyonu uygulanması iki parmakta cerrahi gereksinimini ortadan kaldırmıştır. Bu konu ile ilgili kanıtlar kesin olmamakla birlikte, lokal kortikosteroid enjeksiyonunun tedavi başarısının, palpabl nodülün olmadığı ve birden fazla parmak tutulumunun olduğu durumlarda daha düşük olduğu kabul edilmektedir (7). Bu vakada da etkilenen 7 parmağın 2'si enjeksiyon ile 5'i cerrahi olarak tedavi edilmiştir. Tedavi seçenekleri değerlendirilirken bu durum göz önünde bulundurulabilir.

Treizes ve ark.'nın, idiyoPATİK tetik parmağı olan 178 kişinin dahil edildiği çalışmada, hastaların çalıştıkları işe ait özelliklerin, genel popülasyona göre hastalığın ortaya çıkma sıklığı üzerine bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir (13). Literatürde bizim vakamızla benzerlik gösteren bir başka vaka ise Yavari ve ark.'nın cerrahi olarak tedavi ettiği, 6 parmağında eş zamanlı olarak ortaya çıkan tetik parmağı bulunan, genç bir erkek hastadır. Bizim vakamıza benzer şekilde, bu hastanın da iş öyküsünden gitar çaldığı, yani tekrarlayıcı parmak fleksiyonu gerektiren bir işi olduğu anlaşılmaktadır (14).

Predispozan bir faktör olmaksızın 7 parmağın eş zamanlı olarak etkilendiği bu vaka ile, tekrarlayan ve zorlayıcı parmak fleksiyonu gerektiren işlerin, hastalığa yatkınlık oluşturabileceğini vurgulanmıştır.

#### KAYNAKLAR:

1. Makkouk AH, Oetgen ME, Swigart CR et al. Trigger finger: etiology, evaluation, and treatment. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2008; 1:92-6.

2. Strom L. Trigger finger in diabetes. *J Med Soc N J.* 1977; 74:951-4.
3. Chammas M, Bousquet P, Renard E et al. Dupuytren's disease, carpal tunnel syndrome, trigger finger, and diabetes mellitus. *J Hand Surg [Am]* 1995; 20:109-14.
4. Koh S, Nakamura S, Hattori T et al. Trigger digits in diabetes: their incidence and characteristics. *J Hand Surg Eur Vol.* 2010; 35:302-5.
5. Akhtar S, Bradley MJ, Quinton DN et al. Management and referral for trigger finger/thumb. *BMJ* 2005; 331:30-3.
6. Quinnell RC. Conservative management of trigger finger. *Practitioner.* 1980; 224:187-90.
7. Akhtar S, Burke FD. Study to outline the efficacy and illustrate techniques for steroid injection for trigger finger and thumb. *Postgrad Med J.* 2006; 82:763-6.
8. Salim N, Abdullah S, Sapuan J, Hafilah NH. Outcome of corticosteroid injection versus physiotherapy in the treatment of mild trigger fingers. *J Hand Surg Eur Vol.* 2012; 37:27-34.
9. Benson LS, Ptaszek AJ. Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. *J Hand Surg [Am]* 1997; 22:138-44.
10. Peters-Veluthamaningal C, Winters JC, Groenier KH et al. Corticosteroid injections effective for trigger finger in adults in general practice: a double-blinded randomised placebo controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:1262-6.
11. Guler F, Kose O, Ercan EC et al. Open versus percutaneous release for the treatment of trigger thumb. *Orthopedics.* 2013; 36:1290-4.
12. Fleisch SB, Spindler KP, Lee DH. Corticosteroid injections in the treatment of trigger finger: a level I and II systematic review. *J Am Acad Orthop Surg* 2007; 15:166-71.
13. Trezies AJ, Lyons AR, Fielding K et al. Is occupation an aetiological factor in the development of trigger \_nger. *J Hand Surg.* 1998; 23:539-40.
14. Yavari M, Hassanpour SE, Mosavizadeh SM. Multiple trigger fingers in a musician: a case report. *Arch Iran Med.* 2010; 13:251-2.