

Konjenital Tetik Parmak Hastalarında Cerrahi Sonuçlarımız

Surgical Results of Congenital Trigger Finger Patients

Okan ÖZKUNT *, Gökhan POLAT **, Kerim SARIYILMAZ *, Ali ERŞEN **, Turgut AKGÜL **, Fatih DİKİCİ *

* Acıbadem Atakent Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, ** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Pediatrik yaş grubundaki konjenital tetik parmak hastalarındaki cerrahi tedavi sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: 2011-2013 yılları arası Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniğine başvuruyla opere edilen 27 hastaya ait 37 konjenital tetik parmak retrospektif olarak incelendi. Hastaların 15'i kız, 12'si erkekti. Ameliyat edilen hastaların 10'unda her iki elde de tetik parmak saptandı. Hastaların tamamına tek bir merkezde, tek bir cerrah tarafından transvers insizyon kullanılarak A1 pulley gevşetme operasyonu uygulandı. Çalışmada hastalar cinsiyet, yaş, dominant taraf dağılımı, başvuru yaşı, eşlik eden anomaliler, aile öyküsü, semptom ve bulgular, cerrahi sonuç ve postoperatif komplikasyonlar yönünden incelendi.

Bulgular: Opere edilen hastalar incelendiğinde, en sık yakınma olarak parmağın tam olarak ekstansiyona gelmediği belirtildi. Beş olguda takılma, 3 olguda nodül 1 olguda ağrı yakınmaları görüldü. Hastaların ilk başvurusu sırasında yapılan muayenelerinde en sık olarak fleksiyon deformitesi ve metakarpofalangeal eklem üzerinde nodül saptandı. Takılma bulgusu ise yalnızca % 7 olarak saptandı. Bir yaşını geçen ve konservatif tedaviye rağmen, yakınmaları düzelmeyen hastalar opere edildi. Hastalar ortalama 5 ay takip edildi. Takipler sonucunda olguların 35'inde tam hareket açıklığı, 2 olguda rezidüel fleksiyon deformitesi, 1 olguda hipertrofik skar görüldü.

Sonuç: Konjenital tetik parmakta bir yaşını doldurmuş ve konservatif tedaviden yarar görmemiş hastalara daha ileriki dönemde sekel kalmaması açısından biran önce cerrahi tedavi uygulanmasını öneriyoruz.

Anahtar kelimeler: tetik parmak, konjenital, cerrahi

SUMMARY

Objective: To assess surgical treatment results of congenital trigger finger in pediatric age group.

Material and Methods: Between 2011-2013, 37 congenital trigger finger of 27 patients were evaluated retrospectively in Kanuni Sultan Süleyman Hospital Department of Orthopaedics and Traumatology. 15 patients were female 12 patients were male. 10 patients had bilateral involvement. All surgeries were performed by single surgeon in a single institution. Surgical technique was A1 pulley release with a transvers incision. Patients were evaluated according to gender, age, dominant side involvement, admission age, family history, concomitant anomalies, symptom and signs, surgical results and complications.

Results: Most common complaint of the patients was extension deficit of the finger. 5 patients had triggering and 3 patients had nodule 1 patient had pain complaint. In first physical examination most common sign was flexion deformity, MCP nodule. The patients whose conservative treatment failed older 1 year of age were surgically treated. Mean follow up was 5 months. We determined full range of motion in 35 fingers, 2 residual flexion deformity and 1 hypertrophic scar.

Conclusion: We recommend early surgical release to prevent further sequel whose conservative therapy failed after 1 year old.

Key words: trigger finger, congenital, surgery

Alındığı tarih: 08.01.2014

Kabul tarihi: 06.03.2014

Makaleleşme adresi: Uzm. Dr. Okan Özkunt, Halkalı Merkez Mah. Turgut Özal Bulvarı No:16, 34303-İstanbul

e-posta: drdeto@gmail.com

GİRİŞ

Tetik parmak, fleksör tendonların içinde hareket ettikleri kılıfın makara sistemi olarak bilinen A-1 pulley yapıları içinde, tünelin çeşitli nedenlerle daralmasına bağlı olarak tendonun sıkışması sonucu ortaya çıkan bir rahatsızlıktır ⁽¹⁾. Sıkışma sonucu hareketteki süreçgenlik kaybolur ve parmak aynen bir tetik atma hareketi gibi üzerine bir kuvvet uygulanıyor olmasına rağmen, bir süre hareket etmez ancak bu sürenin sonunda ani bir hareketle durumunu değiştirir ⁽²⁾. Tüm parmaklarda tetik parmak rahatsızlığı görülebilse de en sık etkilenen başparmaktır. Tetik parmak çocuklarda sık görülen bir patoloji değildir. İki bin canlı doğumdan birinde görülebilen bir patoloji olup, başparmakta tetik parmak olma olasılığı ise diğer parmaklara oranla daha yüksektir (1000 canlı doğumda 3.3) ⁽³⁾. Konjenital tetik parmak tedavisinde ilk bir yaşta spontan gerileme oranı yüksek olduğundan gözlem ve konservatif tedavi etkindir. Fakat 12. aya kadar düzelmeyen olgularda A1 pulleyin gevşetilmesi gereklidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

2011-2013 yılları arası kliniğimize başvurup opere edilen 27 hastaya ait 37 konjenital tetik parmak retrospektif olarak incelendi. Hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında 15'i kız (% 55.5) 12'si erkek (% 44.5) olarak belirlendi. Ameliyat edilen 27 hastanın 10'unda her iki elde de tetik parmak rahatsızlığı saptandı. Hastaların yaş ortalaması 2.33 idi (en küçüğü 1, en büyüğü 7 yaşında). Hastaların tamamına tek bir merkezde, tek bir cerrah tarafından transvers insizyon kullanılarak A1 pulley gevşetme operasyonu uygulandı (Resim 1). Operasyonların tamamı genel anestezi altında uygulandı. Operasyonun hemen

öncesinde ve sonrasında profilaktik dozda antibiyotik uygulandı. Çalışmada hastalar cinsiyet, yaş, dominant taraf dağılımı, başvuru yaşı, eşlik eden anomaliler, aile öyküsü, semptom ve bulgular, cerrahi sonuç ve postoperatif komplikasyonlar yönünden incelendi.



Resim 1.

BULGULAR

Onu bilateral olmak üzere 27 hastaya ait 37 konjenital tetik parmak olgusu incelendi. Cinsiyet dağılımında % 55,5'e karşın % 44,5 oranla kız popülasyonunun daha yüksek olduğu görüldü. Opere edilen hastalar incelendiğinde 25 birinci parmak (% 67.56), 8 üçüncü parmak (% 20.62), 2 dördüncü parmak (% 5.4), birer adet de ikinci ve beşinci parmak tutulumu (% 3.21) saptandı. Bilateral tüm olgularda başparmak (birinci parmak) tutulumu mevcuttu. Bilateral hastalar dışarıda bırakıldığında geride kalan 17 hastanın 10'unda sağ el (% 58.8), 7'sinde sol elde (% 41.2) tetik parmak rahatsızlığı görüldü.

Hastaların başvuru zamanı incelendiğinde ortalama başvuru yaşı ay olarak 19 ay olarak saptandı (2 ay-84 ay). Hastaların yalnızca % 20'sinde 1 yaşından önce başvuru olup, tanı konulabildiği görüldü. Aile anamnezi alındığında hiçbir hasta-



Resim 2.

da doğumda rahatsızlık olmadığı öğrenildi.

Hastaların birçoğunda eşlik eden anomalinin olmadığı saptandı. Yalnızca 4 hastada (% 10.81) eşlik eden konjenital rahatsızlık saptandı. İki hastada cerebral palsi, bir hastada tortikolis ve bir hastada ventriküler septal defekt (VSD) olduğu görüldü. Hiçbir hastada pozitif aile öyküsü alınmadı.

Başvuru sırasında hastaların semptom ve bulguları incelendiğinde en sık olarak interfalangeal eklemden fleksiyon deformitesinin görüldüğü, takılmanın veya tetik bulgusunun çocuklarda daha az sıklıkta görüldüğü saptanmıştır (Resim 2). Hastaların başvuru semptomları aile ile görüşüldüğünde en sık yakınma olarak parmağın tam olarak ekstansiyona gelmediği belirtildi (33 hasta-% 90). Beş olguda takılma (% 13.51), yalnızca 3 olguda nodül yakınmaları görüldü. Ağrı yakınması ise yalnızca 1 hastada saptandı. Semptomların dağılımı Tablo 1’de verildi.

Hastaların ilk başvurusu sırasında yapılan muayenelerinde en sık olarak fleksiyon deformitesi (% 80) ve metakarpofalangeal eklem üzerinde nodül saptandı (% 92). Takılma bulgusu ise yalnızca % 7 olarak saptandı. Muayene bulguları-

Tablo 1. Semptomların olgulara göre dağılımı.

Semptom	Olgu sayısı (%)
Ekstansiyon kısıtlılığı	33 (% 90)
Nodül	5 (% 13,5)
Takılma	3 (% 8.1)
Ağrı	1 (% 2.7)

Tablo 2. Muayene bulgularının olgulara göre dağılımı.

Muayene bulgusu	Olgu sayısı (%)
Fleksiyon deformitesi	30 (% 80)
MKP eklemden nodül	34 (% 92)
Takılma	3 (% 7)

nın dağılımı Tablo 2’de verildi.

Kliniğimize başvuran 1 yaşın altındaki tüm hastalar fizyoterapi verilerek konservatif olarak takip edildi. Bir yaşını geçen ve konservatif tedaviye rağmen, yakınmaları düzelmeyen tüm hastalar opere edildi. Operasyon tekniği olarak MKF ekleminden volar tarafında transvers insizyon kullanılarak damar-sinir paketi korunarak A1 pulley longitudinal olarak gevşetildi. Tüm hastalar ameliyatı yapan cerrah tarafından ortalama 5 ay (3 ay-21 ay) takip edildi. Takipler sonucunda olguların 35’inde (% 94) tam hareket açıklığı sağlanmış olup, herhangi bir takılma, ağrı ve yara yeri enfeksiyonu bulgusuna rastlanmadı. İki olguda rezidüel fleksiyon deformitesi, 1 olguda yara yerinde hipertrofik skar görüldü. Rezidüel fleksiyon deformitesi olan 2 hastaya fizyoterapi ile düzelme sağlandı. Hiçbir hastada tekrar operasyon gerekmedi. Cerrahi sonuçlar Tablo 3’te verildi.

Tablo 3. Muayene bulgularının olgulara göre dağılımı.

Cerrahi sonuçları	Olgu sayısı (%)
Tam hareket açıklığı	35 (% 94)
Rezidüel fleksiyon deformitesi	2 (% 5.4)
Hipertrofik skar	1 (% 2.7)

TARTIŞMA

Tetik parmak rahatsızlığında parmağın fleksiyon-ekstansiyon hareketinde fleksör sistemden kaynaklanan bir hareket kısıtlılığı mevcuttur. Metakarpofalangeal eklem düzeyinde A1 pulley sisteminde daralma sonucu fleksör tendonun hareketinde kesintiye uğrama görülmektedir ⁽⁴⁾.

Terminolojide konjenital tetik parmak olarak adlandırılrsa da doğumda tetik parmak tanısı konulduğuna dair literatür bulunamamıştır ^(3,5,6). En erken konulan konjenital tetik parmak tanısı doğumdan 1 ay sonra konulabilmiştir. Gene literatürde ve olgu serimizde aile öyküsünün de negatif olması, hastalığın konjenital değil de gelişimsel olduğunu düşündürmektedir ^(6,7).

Olgu serimizde literatüre paralel olarak kız popülasyonda yükseklik saptandı. Yirmi yedi hastanın 10'unda bilateral tutulum olması (% 37) yine literatürde belirtilen % 25-40 bilateral tutulum oranıyla benzeşmektedir ^(5,8). Hastalarımızda ayrıca en sık olarak % 67.56 başparmak tutulumu ve % 58.8 ile sağ elin etkilendiği saptandı. Wood ve ark. ⁽⁹⁾ yaptığı çalışmada, 37 tetik parmak 32 adet başparmak tutulumu ve % 52 sağ el tutulumu bildirilmiştir. Yetişkinlerin aksine başvuru yakınmalarında ve yapılan muayenede fleksiyon deformitesinin daha sıklıkla görüldüğü, takılmanın ve ağrının daha arka planda kaldığı görüldü.

Tetik parmak tedavisi konusunda hem tedavi seçeneği hem uygulanan tedavinin uygulanış biçimi açısından literatürde farklı yöntemlere yer verilmiştir ^(6,9,10). Tedavi edilmeden yalnızca takip edilen hastalarda ilerde fleksiyon kontraktürü gelişmesi olasılığı yüksektir ⁽¹²⁾. Tedavi seçeneği olarak lokal kortikosteroid uygulama-

sını öneren çalışmalar var olsa da birçok çalışmada pulleyin cerrahi olarak gevşetilmesinin steroid enjeksiyonuna sonuç olarak üstünlük sağladığını göstermiştir ^(12,13). Cerrahi zamanlaması göz önüne alındığında yaşamın ilk bir yılında hastalığın spontan gerileme şansı yüksektir. Ayrıca ilk bir yaşta yapılan cerrahi girişim sonrası komplikasyon oranının yüksek olduğu, cerrahinin tedavinin 1 yaşından sonra planlanması gerektiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir ^(10,13,14). Kendi hastalarımızda konservatif tedaviden yarar görmeyen 1 yaşını geçmiş tüm hastalarımıza cerrahi tedavi uyguladık.

Cerrahi yöntem olarak açık olarak transvers insizyonla pulleyin gevşetilmesi uygulandı. Bazı otörler dijital sinir yaralanma riski daha az olduğu gerekçesiyle longitudinal insizyonu tercih ettiği bilinmektedir ⁽¹⁵⁾. Fakat transvers insizyonun daha fizyolojik olduğu ve kozmetik olarak daha iyi sonuçlar verdiği literatürde de ortaya konmuştur ^(6,14). Kesisi yapılmadan da perkutan olarak gevşetmenin yapıldığı bazı teknikler ortaya konmuştur ⁽¹⁷⁾. Ancak çocuk hastalarda damar ve sinir yapıların daha kırılgan ve çalışılan alanın daha küçük unutulmamalıdır. Biz kendi çalışmamızda komplikasyon riskinin daha az olduğunu düşündüğümüz için açık teknikle cerrahi uyguladık. Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadık.

Tetik parmak cerrahisi sonrası en sık görülen komplikasyonlar yara yerinde hassasiyet, cerrahi skar gelişmesi, hastalığın nüks etmesi ve rezidüel fleksiyon deformitesidir ⁽¹⁸⁾. Yapılan çalışmalarda cerrahinin 1 yaşından sonra ilk 4 yıl içinde gerçekleştirilmesinin rezidüel fleksiyon deformitesi görülme riskini anlamlı olarak azalttığı gösterilmiştir ^(6,15,16). Hastalarımızın cerrahi sonuçları incelendiğinde, % 94 oranında

hastada takiplerde tam hareket açıklığının korunduğu herhangi bir yakınmanın var olmadığı saptandı. Hiçbir hastada nükse rastlanmadı. Yalnızca 2 hastada rezidüel fleksiyon deformitesi saptandı ve bu hastalara uygulanan fizyoterapi sonrası tekrar operasyona gerek kalmadığı görüldü.

SONUÇ

Konjenital tetik parmak, erken dönemde tanısı zor konulan fakat çocuğun ilerideki el fonksiyonları açısından tanı ve tedavisi önem arzeden bir hastalıktır. Bu yüzden tanı konulması önemlidir ve bir yaşını doldurmuş ve konservatif tedaviden yarar görmemiş hastalara daha ileriki dönemde sekel kalmaması açısından biran önce cerrahi tedavi uygulanmasını öneriyoruz.

KAYNAKLAR

1. **Ty JM, James MA.** Failure of differentiation: Part II (arthrogryposis, camptodactyly, clinodactyly, madelung deformity, trigger finger, and trigger thumb). *Hand Clin* 2009;25:195-213. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hcl.2008.12.003>
2. **Yenidünya MO.** Tetik başparmak: Doğumsal gelişimsel ve geç bir sağlık sorunu olarak. *Yenitp Dergisi* 2010; 27:33-6
3. **Kikuchi N, Ogino T.** Incidence and development of trigger thumb in children. *J Hand Surg Am* 2006;31: 541-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2005.12.024>
4. **Van Laveren M, Van der Biezen JJ.** The Congenital trigger thumb: Is release of the first annular pulley alone sufficient to resolve the triggering. *Ann Plast Surg* 2007;58(3):335-7. <http://dx.doi.org/10.1097/01.sap.0000238336.30617.72>
5. **Rodgers WB, Waters PM.** Incidence of trigger digits in newborns. *J Hand Surg Am* 1994;19:364-8. [http://dx.doi.org/10.1016/0363-5023\(94\)90046-9](http://dx.doi.org/10.1016/0363-5023(94)90046-9)
6. **Leung OY, Ip FK, Wong TC, Wan SH.** Trigger thumbs in children: results of surgical release. *Hong Kong Med J* 2011;17:372-5.
7. **Slakey JB, Hennrikus WL.** Acquired thumb flexion contracture in children: congenital trigger thumb. *J Bone Joint Surg Br* 1996;78:481-3.
8. **Sprecher EE.** Trigger thumb in bebes. *J Bone Joint Surg Am* 1949;31A:672-4.
9. **Wood VE, Sicilia M.** Congenital trigger digit. *Clin Orthop Relat Res* 1992;(285):205-9.
10. **Dinham JM, Meggitt BF.** Trigger thumb in children. A review of the natural history and indications for treatment in 105 patients. *J Bone Joint Surg Br* 1974; 56(1):153-5.
11. **Watanabe H, Hamada Y, Toshima T, Nagasawa K.** Conservative treatment for trigger thumb in children. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001;121:388-90. <http://dx.doi.org/10.1007/s004020000249>
12. **Park J, Dumanian GA.** Shower emboli and digital necrosis after a single corticosteroid injection for trigger thumb: case report. *J Hand Surg [Am]* 2009;34: 313-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2008.10.006>
13. **Lange-Rieß D, Schuh R, Hönle W, Schuh A.** Long-term results of surgical release of trigger finger and trigger thumb in adults. *Arch Orthop Trauma Surg* 2009;129:1617-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00402-008-0802-8>
14. **Han SH, Yoon HK, Shin DE, Song DG.** Trigger thumb in children: results of surgical treatment in children above 5 years of age. *J Pediatr Orthop* 2010; 30:710-4. <http://dx.doi.org/10.1097/BPO.0b013e3181edef8d>
15. **Ger E, Kupcha P, Ger D.** The management of trigger thumb in children. *J Hand Surg Am* 1991;16:944-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0363-5023\(10\)80165-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0363-5023(10)80165-0)
16. **Chao M, Wu S, Yan T.** The effect of miniscalpel-needle versus steroid injection for trigger thumb release. *J Hand Surg Eur* 2009;34:522-5. <http://dx.doi.org/10.1177/1753193408100961>
17. **Dierks U, Hoffmann R, Meek MF.** Open versus percutaneous release of the A1-pulley for stenosing tendovaginitis: a prospective randomized trial. *Tech Hand Up Extrem Surg* 2008;12:183-7. <http://dx.doi.org/10.1097/BTH.0b013e31817f289a>
18. **Medina J, Lorea P, Marcos A, Martin F, Reboso L, Foucher G.** Flexion deformities of the thumb: clasped thumb and trigger thumb. *Chir Main* 2008;27:35-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.main.2008.07.012>