

# Doğum sonrası De Quervein Tenosinovit Tanısı Konulan Hastalarda İki Farklı Tedavi Biçimi Olan Steroid Enjeksiyonu ile Cerrahi Dekompresyonun Bir Yıllık Takiplerin Karşılaştırmalı Klinik Sonuçları

## Comparative Clinical Results of one-year Follow-up of Surgical Decompression and Steroid Injection in Patients Diagnosed With De Quervain Tenosynovitis in The Postpartum Period

Sibel Mutlu<sup>1</sup>, Tansel Mutlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Karabük, Türkiye

<sup>2</sup>Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Karabük, Türkiye

### ÖZ

**GİRİŞ ve AMAÇ:** De Quervain tenosinoviti en sık gebelik ve doğum sonrası dönemdeki hastaları etkilemektedir. Genellikle nonsteroidal antiinflamatuar ilaç tedavisi ve splint uygulama tedavisi yeterli olmakla birlikte tedaviye yanıt alınamayan hastalarda öncelikle tendon etrafına steroid enjeksiyonu veya cerrahi dekompresyon tercih edilmektedir. Çalışmamızda cerrahi dekompresyon ile steroid enjeksiyonu tedavileri arasındaki etkinlik farkının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM ve GEREÇLER:** 2014-2020 yılları arasında Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde retrospektif olarak yapılan araştırmaya göre 31 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta seçimi; belirlenen tarihler arasında De Quervain tendiniti nedeniyle öncelikle naproksen sodyum ilaç tedavisi ve splint uygulanıp fayda görmeyen gebe hastalardan oluşturuldu. Bunlardan 16 hastaya steroid enjeksiyonu (grup I), 15 hastaya cerrahi dekompresyon yapılmıştı (grup II). Hastaların klinik değerlendirilmesi hasta bazlı memnuniyet skorlaması ve visüel analog skalaya (VAS) göre yapıldı ve tedavi sonrası rahatlamaya olana kadar geçen süre incelenerek iki grup arasında karşılaştırma yapıldı.

**BULGULAR:** Her iki grupta uygulanan tedaviler hasta memnuniyeti açısından tatmin edici fayda sağlamıştı. İki grup arasında memnuniyet göstergesi benzer bulundu ( $p > 0,276$ ). VAS yönünden her iki grupta anlamlı azalma görüldü. İki grup arasında azalma yönünden anlamlı fark yoktu ( $p > 0,43$ ).

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Doğum sonrası dönemde nonsteroidal antiinflamatuar ilaç tedavisi ile birlikte splint kullanımından fayda görmeyen hastalarda tendon ile kılıfı arasında uygulanan steroid enjeksiyonu, daha invazif olan cerrahi tedavinin alternatifi olarak uygulanabilir. Hızlı bir şekilde şikayetlerinin azalmasını isteyen hastalarda cerrahi tedavinin ön planda uygulanması gerektiği görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** De quervain, splint, tenosinovit, dekompresyon, steroid, gebelik

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** De Quervain tenosynovitis most often affects patients in pregnancy and postpartum period. Nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy and splinting treatment is sufficient, but steroid injection or surgical decompression is preferred around the tendon in patients who do not respond to treatment. In our study, it was aimed to determine the difference in efficacy between surgical decompression and steroid injection treatments

**METHODS:** 31 patients were included in the retrospective study conducted in Karabük University Education and Research Hospital between 2014-2020. Patient selection was made from pregnant patients who did not benefit from naproxen sodium treatment and splinting due to De Quervain tendinitis between these dates. Sixteen of them had been given steroid injection (group I), and 15 had surgical decompression (group II). Clinical evaluation of the patients was made according to patient-based satisfaction scoring and visual analog scale (VAS), and the time to relaxation after treatment was examined and a comparison was made between the two groups.

**RESULTS:** The treatments applied in both groups provided satisfactory benefits. Patient satisfaction was similar between the two groups ( $p > 0.227$ ). There was a significant decrease in VAS in both groups. There was no significant difference in terms of decrease between the two groups ( $p > 0.43$ ).

**DISCUSSION AND CONCLUSION:** In patients who do not benefit from the use of splinting with nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy in the postpartum period, steroid injection between the tendon and the sheath can be used as an alternative to the more invasive surgical treatment. Surgical treatment should be applied firstly in patients who want their symptoms to decrease rapidly.

**Keywords:** De quervain, splint, tenosynovitis, decompression, steroid, pregnancy

### İletişim / Correspondence:

Dr. Öğrt. Üyesi Sibel Mutlu

Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Karabük, Türkiye,

E-mail: drsibelmutlu@yahoo.com.tr

Başvuru Tarihi: 28.03.2020

Kabul Tarihi: 09.03.2021

## GİRİŞ

De quervein tendinitini en sık 5. dekattaki kadın ve peripartum dönemdeki hastalarda görülmektedir (1,2). Başparmağı hareket ettiren 1. kompartman kas grubu olan abdükör policis longus ve ekstansör pollicis brevis tendonlarının tenosinovitidir. Yaklaşık olarak radial stiloid seviyesinde bu iki kas tendon kılıfları ile tendon çapı arasındaki orantısız ilişki sonucu meydana gelmektedir. Klinik tabloda başparmağın hareketi sırasında ortaya çıkan ağrı şeklindedir. Bu tendonların gerilmesi ile yapılan Finkelstein testi ve tendonlarının üzerindeki hassasiyet tanıyı büyük ölçüde desteklemekle birlikte manyetik rezonans veya yüzeysel ultrasonografi ile tanı konulmaktadır.

Başparmağı etkileyen bu patoloji günlük yaşam kalitesini oldukça düşürmektedir. El başparmağı kavrama, tutma gibi fonksiyonlarda neredeyse %70'e yakın rol alması nedeniyle günlük işlerin idamesi ve konforunda oldukça önemli yere sahiptir. Gebelik sonrası dönemde anne adayları kendi ihtiyaçlarının yanında, bebek bakımı ve beslenmesi gibi zorunlu ve artmış fiziksel aktivitelere maruz kalmaktadırlar. Bu patolojinin özellikle bu dönemde eşlik etmesi hastaların günlük aktivitelerini önemli derecede kısıtlamaktadır ayrıca bu yoğun fiziksel ve aktivite özellikle yanlış pozisyonda emzirme patolojinin meydana gelmesini tetiklemektedir (1).

Peripartum dönemindeki hastaların tedavisinde konservatif yaklaşımın birçok hastanın tedavisi için yeterli olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (1,2,7,8,9). Tedavi için nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar, başparmağı tespit eden splintlerin öncelikle uygulanması önerilir (1,7). Fayda görmeyen hastalara patolojik bölgeye ödemin azalması için tendon üzerinde steroid enjeksiyonu yapılmaktadır (3,4). Her iki tedaviyi öneren çalışmalar olmakla birlikte her iki tedaviden hangisinin daha üstün olduğu konusunda fikir birliği yoktur (4).

Peripartum dönemindeki hastalarda patolojinin temel sebebi ödem artışıdır. Gebelik sonrası azalan ödem ile birlikte patolojide gerilemektedir. Steroid uygulaması ödem azaltıcı mekanizması nedeniyle patolojinin çözülmesinde önemli rol oynamaktadır. Diğer taraftan cerrahi tedavi ile tendon kılıfının direk gevşetilmesi problemi daha hızlı çözmektedir ancak daha invaziv bir tedavidir (5). Çalışmamızda bu iki tedaviyi kıyaslayarak hangi tedavinin daha

etkili olduğunu ve semptomları giderme hızlarının tespit edilmesi amaçlandı.

## METOD

Çalışma 2014 Eylül-2020 Şubat ayları arasında Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi; kadın hastalıkları ve doğum polikliniği ile ortopedi polikliniğine ağırlı el başparmak hareketleri nedeniyle başvuran hastalar retrospektif incelenerek yapıldı. Toplam 63 hasta tespit edildi. 25 hasta kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinden ortopedi hekimine konsülte edilmişti. 38 hasta ise doğrudan ortopedi polikliniğine başvurmuştu. Başparmakta ağrı şikayeti ile başvuran hastalar retrospektif olarak incelendi. Başparmak patolojisi nedeniyle başvuran hastaların dosya taraması sonrasında; Ronaldo kırığı olan 1 hasta, romatoid artiriti olan 2 hasta, tetik parmak tespit edilen 5 hasta ve non spesifik artralji tanısı konan 6 hasta çalışmamızdan çıkarıldı. Tüberküloz, romatolojik hastalığı olan, nefropati, diabetes mellitus, başparmak ve el bileğine komşu bölgelerde geçirilmiş travma, artrit ve enfeksiyon tanısı konulmuş hastalar çalışmaya alınmadı. 18 hastaya De quervein tendinit tanısı konmuş ve konservatif olarak takip edilmişlerdi; hastalara tedavi olarak naproksen sodyum günde tek doz ve spika splinti önerilmişti. Bu tedavilerden fayda görüp ağrıları ve semptomları gerileyen hastalar çalışmamıza dahil edilmedi. Tedavilerden fayda görmeyen 31 hastaya steroid enjeksiyonu ve cerrahi dekompresyon uygulanmıştı. Bu hastalar çalışmaya alındı ve steroid uygulananlar 1. Grup, cerrahi dekompresyon yapılanlar 2. Grup şeklinde oluşturuldu. Operatif dekompresyon sadece ciddi ağrı ve fonksiyon kaybı olan hastalara uygulandı.

Çalışmamızın etik kurulu; Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan onay alınarak yapılmıştır.

Hastaların tanıları, başparmak eklem hareketlerinin özellikle flexionda ağırlı olması, finkelstein testinin pozitif olması ve radial stiloid etrafında abdükör pollicis longus ve externus pollicis brevis tendonun üzerinde hassasiyetin olması ile konulmuştu. Tüm hastalara kemik patolojilerini ekarte etmek için direk grafi çekilmişti. Kesin tanı ultrasonografi ve fizik muayene ile tendinit tespit edilerek konmuştu.

Birinci gruba steroid uygulaması aynı hekim tarafından yapılmıştı. Farklı hekimler tarafından steroid enjeksiyonu yapılan 4 hasta deneyim ve uygulama farklılıklarına bağlı klinik sonuçların etkilenmemesi amacı ile çalışma dışı bırakıldı. Uygulama en ağırlı tendon bölgesi üzerinde olacak şekildeydi. Uygulama 1 cc betametazon ampul ve 0,3 cc lokal anestetik prilokain tek enjektöre çekilerek uygun cilt temizliği yapıldıktan sonra tendon kılıfı geçilerek tendonların etrafına uygulanmıştı. Uygulama tek hekim tarafından palpasyonda en ağırlı nokta tespiti ile ultrasonografi kullanılmadan yapılmıştı.

İkinci gruba cerrahi dekompresyon aynı cerrah tarafından ameliyathanede yapılmıştı. Farklı cerrahi tekniklerin sonuçları etkileme olasılığı nedeniyle farklı hekimler tarafından uygulama yapılan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Turnike uygulamadan uygun cilt temizliği yapılarak radial stilode yakın ilgili tendonlar üzerinden yaklaşık 3,5 cm sadece cilt üzerine insizyon yapılmıştı. Cilt altına insizyon hattının distalinden moskito ile künt olarak girilip. Moskito ile proksimale ilerleterek cilt ile cilt altı künt olarak disseke edilip ve pens çıkarılmadan cilt insizyonu cilt üzerinden cilt altına kadar tamamlanmıştır. Bu prosedür yüzeysel radial siniri korumak amacıyla uygulanmıştır. Abdüktör pollicis longus tendon kılıfı bulunarak cilt, tendon üzerinden proksimal ve distale doğru hareket ile tendon kılıfı vizüalize edilip 5cmlik alanda gevşetme yapılmıştı. Kanama olamaması için otomatik ekartör kullanılıp, otomatik ekartörün cilt gerginliği sayesinde kanama önlenmişti. Abdüktör pollicis longus ve extansör pollicis brevis tendonları genellikle aynı kılıf içindedirler. Gevşetme yapıldıktan sonra her iki tendon vizüalize edilip baş parmağa yaptırdıkları hareketler kontrol edilerek sağlımlıkları teyit ediltilerek insizyonu primer sütürasyon ile kapatılmıştı.

1. gruptaki 16 hastaya peritendinöz steroid enjeksiyonu (diprospan ampul®) uygulanmıştı. 2.gruptaki 15 hastaya cerrahi dekompresyon yapılmıştı. 1. grubun ortalama yaşı 26,7±0,21, doğum sayısı 1,3±0,15, takip süresi 9,3±0,11 ay, semptomların başlangıcından steroid enjeksiyonuna kadar geçen süre 10,3±0,43 hafta idi. 12 hastada patoloji sağ taraftaydı, bu hastaların 10'unda dominant extremitte sağ taraftı.

İkinci grupta ortalama yaş 25,1±0,16, doğum sayısı 1,1±0,12, takip süresi 10,1±0,18 ay,

semptomların başlangıcından cerrahi tedaviye kadar geçen süre 9,5±0,9 haftaydı. On hastada patoloji sağ tarafta ve bu hastalardan 9'u sağ taraf dominanttı. Her iki grup emzirme yönünden sorgulandı.

Hastaların değerlendirilmesinde memnuniyet seviyesini belirleyen bir skora sistemi kullanıldı; 1 = normal baş parmak aktivitesi, semptom yok; 2 = normal baş parmak aktivitesi, hafif ağrı; 3 = azalmış baş parmak aktivitesi orta derecede ağrı ve 4 = baş parmak aktivitesinin olmaması, şiddetli ağrı varlığı. Ağrının değerlendirmesine ise Scott-Huskinson tarafından tarif edilen görsel analog skala (VAS) kullanıldı. Hastaların değerlendirmelerinde tedavi öncesi ve rahatladıkları dönemdeki skorlar dikkate alındı.

İstatistiksel analiz parametrik veriler için Student'in t-testi, parametrik olmayan veriler için Mann-Whitney testi kullanıldı. Ticari istatistiksel paket (Excel 2019) kullanıldı. Anlamlılık p<0.05 olarak belirlendi.

## BULGULAR

Birinci grupta tedavi sonrası memnuniyet derecesi 1,82±0,02, ikinci grupta 1,76±0,06 olarak tespit edilip iki grup arasında anlamlı fark yoktu (p>0,418). Birinci grupta tedavi öncesi memnuniyet derecesi 6,89±0,34 iken ikinci grupta 7,01±0,15'ti iki grup arasında homojen dağılım mevcut olup anlamlı fark yoktu (p>0,694). Her iki grup hasta memnuniyet decesine göre; tedavi öncesi ve tedavi sonrası kendi içlerinde karşılaştırıldığında birinci grupta anlamlı azalma (p<0,01), benzer şekilde ikinci grupta anlamlı azalma vardı (p<0,01).

Tedavi sonrası VAS yönünden incelendiğinde birinci grupta 1,56±0,11, ikinci grupta 0,98±0,18 olarak her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmedi (p>0,09). Her iki grup tedavi öncesi VAS yönünden değerlendirildiğinde birinci grup; 7,13±0,43, ikinci grupta 7,89±0,33 olup iki grup arasında anlamlı fark yoktu (p>0,715).

Tedavi sonrası rahatlama süresi birinci grupta 3,79±0,14(hf) iken cerrahi uygulanan ikinci grupta 1,46±0,6(hf) olup belirgin daha kısa idi bu değer istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,025).

İki grubun hasta yaş ortalamaları (p>0,679), doğum sayıları (p>0,324) ve takip süreleri benzerdi (p>0,214), etkilenen taraf ve dominant taraf benzerdi (p>0,445) böylece her iki grup homojen olarak kıyaslanmıştı.

Her iki grupta bulunan tüm hastaların anne sütü ile bebeklerini emzirdiği görülmüştür. Birinci grupta emzirme periodu ortalama  $26,8 \pm 2,67$ (ay) ikinci grupta  $32,1 \pm 2,2$ (ay) ile benzer bulundu ( $p > 0,224$ ). Hastalarda takip edilen süre boyunca rekkürens vakaya rastlanmamıştır.

## TARTIŞMA

Gebelik döneminde hormonların artan etkisi ile dokularda ödem meydana gelmesi bu tür patolojilere predispozan zemin hazırlamaktadır (1,2,8). Gebelik sonrası özellikle lohusalık döneminde; bebek bakımı emzirme gibi faaliyetlerden dolayı başparmağın daha sık kullanımı patolojinin tetiklenmesi açısından önemli predispozan faktör oluşturmaktadır (1). Konservatif tedavilerden fayda görmeyen hastalarda cerrahi dekompresyon mu yoksa patolojinin oluşma mekanizmasına yönelik lokal steroid uygulamasının daha etkili olduğu yapılan bilimsel çalışmalarda halen tartışmalıdır.

Yaptığımız çalışmada hem tendon etrafına steroid uygulaması hemde cerrahi dekompresyon tedavilerinde hasta memnuniyetinin oldukça tatmin edici olduğu görülmektedir. Her iki tedaviyi birbirleri ile karşılaştırdığımızda aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Cerrahi tedavinin; enfeksiyon riski, yüzeysel radial sinir yaralanması, yetersiz dekompresyon, rekkürens, hipertrofik skar ve cilt altı adhezyonları gibi komplikasyon riskleri vardır (4,6). Ayrıca maliyeti daha yüksektir. Steroid enjeksiyonu bu riskleri almak istemeyen hastalar için alternatif tedavi olarak yer alabilir. Ancak steroid enjeksiyonu; depigmentasyon, tendonların zayıflaması ve enjeksiyonun patolojik bölge dışına uygulanması gibi riskleri barındırmaktadır (4,7). Benzer memnuniyet etkisine sahip bu iki tedavinin hastalara riskleri anlatılarak birbirine alternatif olarak sunulabileceği görülmektedir. Steroid enjeksiyonun normal popülasyona göre gebelerde daha etkili olması ve cerrahi tedavi kadar yüz güldürücü olmasının olası mekanizması; gebelerdeki patolojinin önemli sebeplerden biri olan ödemin ve enflamasyonu azaltmasıdır. Steroid enjeksiyonu ile tedavi özellikle patolojinin gelişmesinde rol alan prolaktinin proinflatuar etkiyi azaltmasına bağlıdır (11,12). Doğum sonrası dönemde proinflatuar hormonlarda hızlı bir düşüş olmaktadır, ancak emziren kadınlarda artan prolaktin hormonu nedeniyle bu düşüş

gerçekleşmez ve emzirme periodu boyunca sürer. Yaptığımız çalışmada steroid enjeksiyonu yapılma zamanı postpartum doğumdan sonra ortalama 10.3. hafta, emzirme periodu ortalama 26,8 haftadır. Steroid uygulandıktan sonra yaklaşık 16 hafta etkisinin devam ettiği görülmektedir. Emzirme periodu bitiminde proinflatuar hormonların azalması nedeniyle patoloji spontan azalmıştır. Bu durum steroidler ile uzun dönem başarılı sonuçlar alınmasının muhtemel sebebidir. Bu sayede klinik tablo, steroid etkisi geçmiş olsa bile tekrar kötüleşmemektedir.

İki tedavi karşılaştırıldığında uygulama sonrası klinik rahatlama için geçen süre cerrahi dekompresyonda daha kısa olduğu görülmektedir. Steroid uygulama sonrası klinik tablonun tam olarak düzelmesi 3-4 haftayı bulmaktadır, steroidin ödem ve enflamasyonu ancak bu zaman aralığında tam olarak azalmasını sağladığı anlaşılmaktadır. Cerrahi dekompresyonda basıncın hemen azaltılmasından dolayı, rahatlama dönemi daha kısa sürmüştür.

Cerrahi tedavi lokal steroid enjeksiyonu ile benzer etki sağlamanın yanında hastayı daha kısa sürede rahatlatması yönünden üstündür. Steroid uygulamasına göre; daha fazla enfeksiyon riski, yetersiz dekompresyon, ve maliyetinin daha yüksek olması gibi dezavantajları barındırmaktadır. Diğer taraftan peritendinöz bölgeye steroid enjeksiyonu uygulaması; daha ucuz, ofis ortamında uygulanabilir, daha pratik ve cerrahi tedavideki komplikasyonları barındırmaması avantaj olmakla birlikte, gebe hastalarda ciltte depigmentasyon, tendonların zayıflaması ve buna bağlı tendon rüptür riskleri, rekkürens ve patolojik bölgeye tam uygulanamaması gibi dezavantajları içerir.

Yaptığımız çalışmada hastaların sadece semptomlarına göre değerlendirmenin yapılması, daha objektif ölçülerin kullanılmaması önemli kısıtlılığdır. Her iki tedavinin daha çok vaka serileri ile daha uzun takiplerinin yapılması mümkünse patolojik inceleme ile desteklenmesi daha değerli verilere ulaşılmasını sağlayacağı görüşündeyiz.

## SONUÇ

Her iki tedavi türünün benzer tedavi sonuçları vardır. Steroid uygulamasının cerrahiye nazaran daha az komplikasyon içermesi, uygulamasının

daha kolay olması ve daha az invaziv olması nedeniyle gebelik sonrası dönemde cerrahi tedaviden daha avantajlıdır. Steroid enjeksiyonu ile tedavi sonrası semptomlarda tam rahatlama ortalama 4 haftayı bulabilir, bu nedenle ağrı eşiği düşük ve hızlı bir şekilde şikayetlerinin azalmasını isteyen hastalarda cerrahi tedavinin tercih edilmesi gerektiği görülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Johnson C. A. Occurrence of de Quervain's disease in postpartum women. *Journal of Family Practice*. 1991; 32(3): 325-328.
2. Turgut F, Cetinsahin M, Turgut M, Bolukbasi O. The management of carpal tunnel syndrome in pregnancy. *Journal of clinical neuroscience*. 2001; 8(4): 332-334.
3. Bing J. H, Choi S. J, Jung S. M, Ryu D. S, Ahn J. H, Kang C. H et al. Ultrasound-guided steroid injection for the treatment of de Quervain's disease: an anatomy-based approach. *Skeletal radiology*. 2018; 47(11): 1483-1490.
4. Weiss A. P. C, Akelman E, Tabatabai M. Treatment of de Quervain's disease. *The Journal of hand surgery*. 1993; 19(4): 595-598.
5. Skoff H. D. " Postpartum/newborn" de Quervain's tenosynovitis of the wrist. *American journal of orthopedics*. 2001; 30(5): 428-430.
6. Capasso G, Testa V, Maffulli N, Turco G, Piluso G. Surgical release of de Quervain's stenosing tenosynovitis postpartum: can it wait? *International orthopaedics*. 2002; 26(1): 23-25.
7. Tallia A.F, Cardone D. A. Diagnostic and therapeutic injection of the wrist and hand region. *American family physician*. 2003; 67(4); 745-750.
8. Avci S, Yilmaz C, Sayli U. Comparison of nonsurgical treatment measures for de Quervain's disease of pregnancy and lactation. *The Journal of hand surgery*. 2002; 27(2); 322-324.
9. Thabah M, Ravindran V. Musculoskeletal problems in pregnancy. *Rheumatology international*. 2015; 35(4); 581-587.
10. Menendez M.E, Thornton E, Kent S, Kalajian T, Ring D. A prospective randomized clinical trial of prescription of full-time versus as-desired splint wear for de Quervain tendinopathy. *International orthopaedics*. 2015; 39(8); 1563-1569.
11. Berczi I. The role of prolactin in the pathogenesis of autoimmune disease. *Endocrine Pathology*. 1993; 4(4); 178-195.
12. Buskila D, Sukenik S, Shoenfeld Y. The possible role of prolactin in autoimmunity. *Am J Reprod Immunol*. 1991; 26(3): 118-23.