

De Quervain Tenosinovit Cerrahisinde Longitudinal İnsizyon mu? Transvers İnsizyon Mu?

Longitudinal Incision Versus Transverse Incision in De Quervain's Tenosynovitis Surgery

Erdinç Acar¹, Alper Gültekin²

1 SBÜ Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, El Cerrahisi Bölümü, Kocaeli, Türkiye

2 SBÜ Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye

ÖZ

GİRİŞ ve AMAÇ: Cerrahi uygulanan De Quervain tendinitli hastalarda, longitudinal insizyon ile transvers insizyon arasında fark olup olmadığı değerlendirildi.

YÖNTEM ve GEREÇLER: Çalışmaya, Aralık 2017 ile Mayıs 2019 tarihleri arasında De Quervain tenosinovit cerrahisi yapılan 17 hasta (12 bayan, 5 erkek) dahil edildi. Birinci gruba longitudinal insizyon (7 bayan, 2 erkek), ikinci gruba transvers veya oblik insizyon (5 bayan, 3 erkek) uygulandı. Bu hastalarda yineleme oranı ve memnuniyet oranları değerlendirildi. Cerrahi sonrası damar-sinir hasarı, yara yeri enfeksiyonu, yarada belirgin skar dokusu gelişimi ve eklem hareket açıklığında kısıtlanma gibi komplikasyonlar değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 41,2 (22-69). Hastaların 12'si (%70,6) bayan, 5'i (%29,4) erkek idi. Hastalar ortalama 10 ay (8-14) takip edildi. Her 2 grupta da yineleme izlenmedi. Hastaların tamamı, cerrahi tedaviden memnun kaldıklarını belirtti. Her 2 grupta da ciddi komplikasyon görülmedi. İkinci gruptaki bir hastada belirgin skar dokusu gelişimi izlendi (p=0.03)

TARTIŞMA ve SONUÇ: De Quervain tenosinovit cerrahisi; cerrahi deneyimin ön planda olduğu, nüks ve komplikasyon gelişmemesi açısından yararlı bir yöntem olmakla birlikte, uygulanan iki ayrı cerrahi insizyon arasında hipertrofik skar dokusu gelişimi olan bir hasta dışında fark olmadığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: cerrahi tedavi, DeQuervain tenosinovit, longitudinal insizyon, transvers veya oblik insizyon

ABSTRACT

INTRODUCTION: In this study, we aimed to compare longitudinal incision versus transverse incision in surgical treatment of De Quervain's tenosynovitis.

METHODS: Between December 2017 and May 2019, a total of 17 patients who were operated for De Quervain's tenosynovitis were included. The patients were divided into two groups as Group 1 (n=9) undergoing longitudinal incision and as Group 2 (n=8) undergoing transverse incision. The recurrence rate and patient satisfaction were recorded. Postoperative complications including vessel and nerve damage, wound infection, scar formation, and limited range of motion of the joint were evaluated.

RESULTS: Of the patients, 12 (70.6%) were females and five (29.4%) were males with a mean age of 41.2 (range, 22 to 69) years. There were seven females and two males in Group 1 and there were five females and three males in Group 2. The mean follow-up was 10 (range, 8 to 14) months. No recurrence was observed in any of the patient groups. The rate of patient satisfaction was 100% in both groups. No significant surgery-related complication was seen. An evident scar formation was observed in only one patient in Group 2 (p=0.03).

DISCUSSION AND CONCLUSION: Surgical treatment of De Quervain's tenosynovitis is an effective and safe method without recurrence or postoperative complications in experienced hands. Our study results suggest no significant difference between the longitudinal incision and transverse incision, except for hypertrophic scar formation through the transverse incision.

Keywords: Surgical treatment, De Quervain's tenosynovitis, longitudinal incision, transverse incision, oblique incision.

İletişim / Correspondence:

Erdinç Acar

SBÜ Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, El Cerrahisi Bölümü, Kocaeli, Türkiye

E-mail: erdal240@gmail.com

Başvuru Tarihi: 16.02.2020

Kabul Tarihi: 17.11.2020

GİRİŞ

De Quervain tenosinoviti; ilk kez Fritz de Quervain (1) tarafından tanımlanan, abduktör pollicis longus (APL) ve ekstensor pollicis brevis (EPB) tendonlarının birinci ekstensor kompartmanda sıkışması ile oluşan bir tablodur (2). Konservatif tedavi uygulanmış olup 6 aydan uzun süredir şikayetleri devam eden ve steroide dirençli hastalarda cerrahi tedavi sıklıkla kesin ve kalıcı bir çözüm sağlamaktadır (3). Cerrahi olarak günümüzde sıklıkla longitudinal ve/veya transvers insizyonlar tercih edilmektedir (4). Bu çalışmada cerrahi olarak longitudinal insizyon ile transvers veya oblik insizyonlar uygulanan hastalar arasında damar-sinir hasarı, yara yeri enfeksiyonu, yarada belirgin skar dokusu gelişimi ve eklem hareket açıklığında kısıtlanma gibi cerrahi sonrası komplikasyonlar açısından ve hastaların memnuniyetleri açısından fark olup olmadıkları değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEMLER:

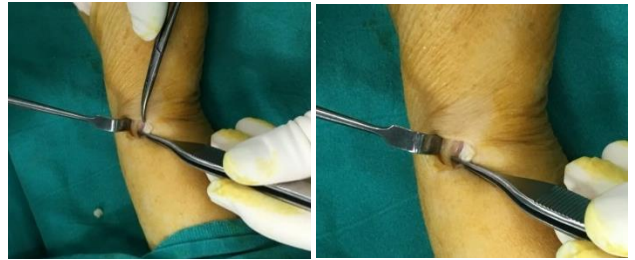
Kliniğimizde Aralık/2017 ile Mayıs/2019 tarihleri arasında cerrahi uygulanan 17 hasta (12 bayan, 5 erkek) retrospektif (geriye dönük) olarak değerlendirilip, homojen olarak 2 eşit gruba bölündü. 1.grupta 9 hasta (7 bayan, 2 erkek), 2.grupta 8 hasta (5 bayan, 3 erkek) olarak belirlendi. Cerrahi uygulanan 1.gruptaki hastalara longitudinal insizyon, 2.gruptaki hastalara ise transvers veya oblik insizyon uygulanmıştı. Bütün hastalardan aydınlatılmış onam formu alınmıştır. Çalışma; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2019-56 no'lu karar izniyle yapıldı. Hastalardan alınan anamnez ve fizik muayenede yapılan Finkelstein testinin (+) olması ile hastalara tanı koyulmuştur. Finkelstein testi; başparmak avuç içinde kilitlenirken el bileği ulnar deviasyona getirildiğinde oluşan ağrıyı göstermek için yapılan bir testtir ve hastalığın tanı kriterlerinden biridir (5,6).

Hastaların memnuniyet dereceleri 10 üzerinden verdikleri puanlara göre VAS (Vizüel analog skala) skoru kullanılarak değerlendirildi (7). 1-3 arası puan çok kötü, 4-5 puan kötü, 6-7 iyi ve 7 üzeri çok iyi şeklinde puanlandırıldı. Hastalarda damar-sinir hasarı, yara yeri enfeksiyonu, yarada belirgin skar dokusu gelişimi ve eklem hareket açıklığında kısıtlanma gibi komplikasyonlar değerlendirilmiştir.

Pediyatrik hastalar çalışma dışında tutulmuştur. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 & PASS (Performance Analysis of Systems and Software) 2008 software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar kullanıldı. $p < 0.05$ olması anlamlı kabul edildi.

Cerrahi Teknik

Cerrahi uygulanan hastalarda standart prosedür olarak reyonel anestezi (blok) ve turnike altında çalışıldı. Ameliyatlar tek bir cerrah (EA) tarafından gerçekleştirildi. 1.gruptaki hastalara radial stiloid çıkıntının yaklaşık 1 cm proksimalinde olacak şekilde longitudinal insizyon, 2.gruptaki hastalara ise transvers veya oblik insizyon uygulanmıştı. Birinci ekstensor kompartman üzerinde seyreden radial sinir sensöryel dallarının (Şekil 1) ayrımını yapmak amacıyla, cildin derin katmanları longitudinal olarak nazik bir biçimde disseksiyonla geçildi.



Şekil 1: İntrooperatif radial sinirin duyu dalı

Cilt ve cilt altı geçildikten sonra anüler ligaman bistüri ile ince bir şekilde insize edildi. Abduktör pollicis longus (APL) ve ekstensor pollicis brevis (EPB) tendonlarının proksimal ve distalde serbestleştiğinden emin olundu (Şekil 2).



Şekil 2: İntrooperatif abduktör pollicis longus (APL) ve ekstensor pollicis brevis (EPB) tendonlarının serbestleşmiş hali

Başka bir septal oluşum (aksesuar EPB tendonu) varsa o da gevşetildi (Şekil 3).



Şekil 3: Intraoperatif aksesuar ekstensor pollicis brevis (EPB) tendonunun serbestleşmiş hali

Hemostaz sonrası cilt 4/0 prolenle anatomik bir şekilde kapatıldı. Pansuman yapılıp, Bulky (baskılı ve kalın) bandaja alındı. Postoperatif erken dönemde (1. gün) hastaların pansumanları el bilek 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 el bileğini tam fleksiyon – ekstansiyona getirmesi üzerinde duruldu.

Ameliyat sonrası dönemde 1 hafta süreyle steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç ve oral antibiyotik (sefazol tablet 1 gram günde 2 kere/oral) tedavisi verildi. Üç günde bir pansumanları yapıldı. Hastaların postoperatif 3. haftalarında sütürleri alındı ve 6. haftada, 12. haftada ve son kontrol olarak görüldü.

BULGULAR

Hastalar ortalama 10 ay (8-14) takip edildi. Her 2 grupta da yineleme izlenmedi. Hastaların yaş ortalaması 41,2 (22-69) idi. Hastaların 12'si (%70,6) bayan, 5'i (%29,4) erkek idi. Hastaların demografik ve klinik verileri tabloda gösterilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik verileri

	Longitudinal insizyon	Transvers veya oblik insizyon
Yaş, ortalama (dağılım)	40.6 (22-68)	41.8 (23-69)
Cinsiyet, Sayı (%)		
Bayan	7 (77.7)	5 (62.5)
Erkek	2 (22.3)	3 (37.5)
Taraf, Sayı		
Sağ/Sol	6/3	6/2
Dominant/Nondominant	8/1	6/2

Her 2 gruptaki hastaların tamamı cerrahi tedaviden çok iyi ve/veya iyi bir şekilde memnun kaldıklarını belirttiler (Tablo 2). 2.gruptaki bir hastada hipertrofik skar dokusu gelişmiş olup ($p=0.03$) diğer hastalarda başka bir ciddi komplikasyon görülmemiştir.

Tablo 2. Hasta memnuniyeti

Memnuniyet seviyesi	1.grup	2.grup
Çok iyi (8 ile 10)	8	7
İyi (6 ile 7)	1	1
Kötü (4 ile 5)	0	0
Çok kötü (1 ile 3)	0	0

TARTIŞMA

De Quervain tenosinovitinin genellikle kadınlarda, üçüncü ve beşinci dekatlar arasında sık görüldüğünü belirten seriler mevcuttur (8). Literatürde bazı raporlarda dominant elde bu durumun gözlemlendiğinin bildirilmesine rağmen bu hastalıkla ilişkisi tam olarak açıklanamamıştır. Ancak hastalığın erkeklerde daha az sıklıkta görülmesi ve dominant kullanılan ellerin bu durumla bağlantısının olmaması bu hastalığın etyolojisindeki belirsizliğin nedenidir (9). Çalışmamız; literatürdeki yayınlara benzer olarak, De Quervain tenosinoviti bayanlarda ve dominant elde sık olarak görülmektedir.

De Quervain tenosinovit cerrahisinde, yapılan çalışmaya göre hasta memnuniyetsizliğinin cerrahi sonrası uzun dönem komplikasyonlarla ilişkili olduğu, uzun süreli semptomları olan (10 ay ve üzeri) hastalarda ameliyatın daha tatmin edici olduğu ve cerrahi müdahalenin kesin tedavi olarak etkili olduğu gösterilmektedir (10). Çalışmamızda cerrahi uyguladığımız hastaların semptomları 6 ay ve üzeri şeklinde olup; ciddi bir komplikasyon

görülmediğinden dolayı, hastaların tamamı cerrahiden memnun kaldıklarını belirttiler.

De Quervain tenosinovit cerrahisinde günümüzde uygulanan insizyon şekilleri, transvers ve/veya longitudinal şekilde karşımıza çıkmaktadır (11). Literatürle uyumlu olarak cerrahi insizyonlarımızı 1.gruptaki hastalara longitudinal şekilde, 2.gruptaki hastalara ise transvers veya oblik şekilde planladık. Literatürde uygulanan her 2 insizyonun da birbirlerine karşı avantaj ve dezavantajları oldukları görülmektedir. 48 vakalık yapılan bir çalışmada, longitudinal insizyon sonrası 1 hastada hipertrofik skar oluşumu, transvers insizyon sonrası ise 12 hastada aynı durum gerçekleşmiştir (12). Diğer bir çalışmada ise longitudinal insizyonla yapılan cerrahilerde, kompartmanların daha iyi tanımlanabilmesi, peritendinöz yapışıklıkların daha az olması ve tendonların volar subluksasyonunun daha az görülmesi nedeni ile tercih edilebileceği bildirilmiştir (13). Abrisham ve arkadaşları ise 5 yıllık takip sonrası; longitudinal insizyonun, transvers insizyondan daha iyi olduğunu belirtmişlerdir (14). 6 yıllık takip sonrası, 33 De Quervain tenosinoviti olan hastalarda ise transvers insizyon uygulanmış olup, herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir (15). Çalışmamızda ise her 2 insizyonla da uyguladığımız cerrahi sonuçlar, literatürle benzer sonuçlara sahip olmakla birlikte literatürde takip sürelerinin uzunluğu dikkat çekmiştir. 22 vakalık başka bir çalışmada ise, longitudinal insizyonla yapılan cerrahiler sonucunda 4 hastada kötü kozmetik sonuç, 6 hastada radial sinir duyu dalı hasarı, 2 hastada yara yeri enfeksiyonu ve 1 hastada refleks sempatik distrofi tablosu meydana gelmiştir (16). Çalışmamızda, literatürden bağımsız olarak sadece 2. gruptaki bir hastada hipertrofik skar oluşumu mevcut olup, herhangi başka bir durum gözlenmemiştir.

De Quervain tenosinovit cerrahisinde anatomik çalışmalar da önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan anatomi çalışmasında, transvers insizyon, longitudinal insizyon, spesifik açılı insizyon ve "Lazy S" insizyon tekniği olarak 4 teknik uygulanıp, birbirlerine üstünlükleri açısından değerlendirilmiştir. Bu dört tekniğinde, önemli ölçüde daha düşük iatrojenik sinir hasarı şansına sahip olmadıkları belirtilmektedir. Birbirlerine

herhangi bir üstünlükleri bulunamamıştır. İatrojenik sinir hasarını önlemek için cerrahi becerilerin daha önemli olduğu vurgulanmaktadır (17). Çalışmamızdaki hastalarda damar-sinir hasarı görülmemiş olup, cerrahi deneyimin ön planda olduğu vurgulanmaktadır.

De Quervain tenosinovit cerrahisinde yapılan insizyonlara bağlı major ve minor komplikasyonların geliştiği literatürde görülmüştür. Major komplikasyonlar nadir olsa da hipertrofik skar gibi minor komplikasyonlara daha fazla rastlanılmaktadır (12). Çalışmamızda 2 ayrı insizyon şekli uygulanmış olup, 2. gruptaki bir hastada hipertrofik skar gelişimi olduğu görülmüştür.

Sonuç:

De Quervain tenosinovit cerrahisi; cerrahi deneyimin ön planda olduğu, nüks ve komplikasyon gelişmemesi açısından yararlı bir yöntem olmakla birlikte, uygulanan iki ayrı cerrahi insizyon arasında hipertrofik skar dokusu gelişimi olan bir hasta dışında fark olmadığı görüldü. Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu olarak bulunsun da olgu sayımızın az olması ve hasta takip süremizin kısa olması çalışmamızın kısıtlılığı olarak görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. De Quervain F. On a form of chronic tendovaginitis by Dr. Fritz de Quervain in la Chaux-de-fonds. 1895. Am J Orthop. 1997; 26: 641-4.
2. Ilyas AM, Ast M, Schaffer AA, Thoder J. De quervain tenosynovitis of the wrist. J Am Acad Orthop Surg. 2007; 15: 757-64.
3. Earp BE, Han CH, Floyd WE, Rozental TD, Blazar PE. De Quervain tendinopathy: survivorship and prognostic indicators of recurrence following a single corticosteroid injection. J Hand Surg Am. 2015; 40: 1161-5.
4. Nakamura T. De Quervain's Tenosynovitis. J Wrist Surg. 2019; 8: 89.
5. Finkelstein H. Stenosing tendovaginitis at the radial styloid process. J Bone Joint Surg. 1930; 12: 509-40.
6. Kutsumi K, Amadio PC, Zhao C, Zobitz ME, Tanaka T, An KN. Finkelstein's test: a biomechanical analysis. J Hand Surg Am. 2005; 30: 130-5.

7. Copay AG, Glassman SD, Subach BR, Berven S, Schuler TC, Carreon LY. Minimum clinically important difference in lumbar spine surgery patients: a choice of methods using the Oswestry Disability Index, Medical Outcomes Study questionnaire Short Form 36, and Pain Scales. *Spine J* 2008;8:968-974.
8. Scheller A, Schuh R, Hönle W, Schuh A. Long-term results of surgical release of de Quervain's stenosing tenosynovitis. *Int Orthop*. 2009; 33: 1301-3.
9. Kay NRM. De Quervain's disease: changing pathology or changing perception? *J Hand Surg (Br)*. 2000; 25: 65-9.
10. Ta KT, Eidelman D, Thomson JG. Patient satisfaction and outcomes of surgery for de Quervain's tenosynovitis. *J Hand Surg Am*. 1999; 24: 1071-7.
11. Bouras Y, El Andaloussi Y, Zaouari T et al. Surgical treatment in De Quervain's tenosynovitis. About 20 cases. *Ann Chir Plast Esthet*. 2010; 55: 42-5.
12. Kumar K. Outcome of longitudinal versus transverse incision in de Quervian's disease and its implications in Indian population. *Musculoskelet Surg*. 2016; 100: 49-52.
13. Mangukiya HJ, Kale A, Mahajan NP, Ramteke U, Manna J. Functional outcome of De Quervain's tenosynovitis with longitudinal incision in surgically treated patients. *Musculoskelet Surg*. 2019 Jan 1. doi: 10.1007/s12306-018-0585-1. [Epub ahead of print].
14. Abrisham SJ, Karbasi MH, Zare J, Behnamfar Z, Tafti AD, Shishesaz B. De quervain tenosynovitis: clinical outcomes of surgical treatment with longitudinal and transverse incision. *Oman Med J*. 2011; 26: 91-3.
15. Lee HJ, Kim PT, Aminata IW, Hong HP, Yoon JP, Jeon IH. Surgical release of the first extensor compartment for refractory de Quervain's tenosynovitis: surgical findings and functional evaluation using DASH scores. *Clin Orthop Surg*. 2014; 6: 405-9.
16. Mellor SJ, Ferris BD. Complications of a simple procedure: de Quervain's disease revisited. *Int J Clin Pract*. 2000; 54: 76-7.
17. Poublon AR, Kleinrensink GJ, Kerver A, Coert JH, Walbeehm ET. Optimum surgical approach for the treatment of Quervains disease: A surgical-anatomical study. *World J Orthop*. 2018; 9: 7-13.