

TETİK PARMAK TEDAVİSİNDE STEROİD ENJEKSİYONU MU? AÇIK CERRAHİ Mİ?

Steroid Injection Versus Open Surgery in the Treatment of Trigger Finger

Erdinc ACAR

ÖZET

Amaç: Açık cerrahi ve steroid enjeksiyonu uygulanan tetik parmak hastaları arasında fark olup olmadığını değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem: Kasım/2012 ile Mayıs/2015 tarihleri arasında başvuran 108 hastanın (64 bayan, 44 erkek) el baş parmağına bir gruba (34 bayan, 20 erkek) açık cerrahi uygulandı. Diğer gruba (30 bayan, 24 erkek) steroid enjeksiyonu uygulandı. Bu hastalar Wolfe sınıflamasına göre değerlendirildi. Bu hastalarda yineleme oranı ve memnuniyet oranları değerlendirildi. Cerrahi yapılan hastalarda yara yeri enfeksiyonu, sinir hasarı, yarada açılma, fleksör tendonda ok-yayı deformitesi, eklem hareket açıklığında kısıtlanma komplikasyonları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 38,2 (20-68). Wolfe sınıflamasına göre 46 (%42,5) olgu evre 2, 62 (%57,5) olgu evre 3 idi. Hastaların 64'ü (%59,2) bayan, 44'ü (%40,8) erkek idi. Hastalar ortalama 12 ay (5-21) takip edildi. Steroid enjeksiyonu uygulanan grupta 20 (%37) hastada yineleme görüldü. Yineleme görülen hastalara açık cerrahi uygulandı. Açık cerrahi uygulanan grupta yineleme izlenmedi. Cerrahi uygulanan hastaların tamamı tedaviden memnun kaldıklarını belirtti.

Sonuç: Steroid enjeksiyonu tetik parmak tedavisinde bir tedavi seçeneği olmasına rağmen, açık cerrahi uygulanan hastaların nüks ve komplikasyon gelişmemesi açısından daha yararlı bir yöntem olduğu görüldü.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi tedavi; Steroid enjeksiyonu; Tetik başparmak

ABSTRACT

Aim: This study aims to compare steroid injections and open surgery in the treatment of trigger finger.

Material and Methods: Between November 2012 and May 2015, a total of 108 patients (64 females, 44 males; mean age: 38.2 years; range, 20 to 68 years) who were admitted to our clinic were included. The patients were assigned into two groups, including Group 2 undergoing open surgery, and Group 1 receiving steroid injections. Trigger finger was graded according to the Wolfe classification. The rate of recurrence and satisfaction rates were evaluated. The patients undergoing surgery were also evaluated for the wound site infection, nerve injury, wound dehiscence, bow-stringing deformity, and reduced range of motion of the joint.

Results: The mean follow-up was 12 months (range, 5 to 21). According to the Wolfe classification, 46 patients (42.5%) had Stage 2 disease, while 62 patients (57.5%) had Stage 3 disease. Recurrence occurred in 20 patients (37%) in the steroid injection group; however, no recurrence was seen in patients undergoing open surgery. Satisfactory results were achieved in all patients in the surgery group.

Conclusion: Although steroid injection is a therapeutic option in trigger finger, open surgery appears to be a more beneficial method thanks to the lack of recurrence and complications.

Keywords: Open surgery; Steroid injection; Trigger finger.

Konya Necmettin Erbakan University
Meram School of Medicine,
Department of Orthopaedics and
Traumatology, Hand and Upper
Extremity Surgery Division, Konya,
Turkey

Erdinc ACAR, MD

İletişim:

Erdinç ACAR, MD
Emek Mahallesi 73. Sok.
No: 30/9 Emek/Ankara, Turkey
Tel: 0530-065-00-77
e-mail:
erdal240@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 13.08.2016

Kabul tarihi/Accepted: 28.02.2017

Bozok Tıp Derg 2017;7(3):16-9
Bozok Med J 2017;7(3):16-9

GİRİŞ

El parmaklarının stenozan 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, parmaklarda dolaşım bozukluğu, spontan pulley rüptürü gibi komplikasyonlar bildirilmiştir (2,3,4,5). Cerrahi serbestleştirme steroide refrakter hastalarda ve parmakta fleksiyon deformitesi gelişmiş hastalarda gündeme gelmekte ve bu tedavi çoğu vakada kesin ve kalıcı bir çözüm sağlamaktadır. Cerrahi tedavi sonrasında nüks ve komplikasyon oranlarının daha düşük olması nedeni ile günümüzde artık daha çok tercih edilmektedir. Bu çalışmada açık cerrahi ve steroid enjeksiyonu uygulanan tetik parmak hastaları arasında fark olup olmadığını değerlendirdik.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kasım/2012 ile Mayıs/2015 tarihleri arasında başvuran 108 hasta(64 bayan,44 erkek) homojen olarak 2 eşit gruba bölündü. 1.grupta 54 hasta(34 bayan,20 erkek), 2.grupta 54 hasta(30 bayan,24 erkek) olarak belirlendi. 1.gruptaki hastalara steroid enjeksiyonu uygulandı. 2.gruptaki hastalara açık cerrahi uygulandı. Bütün hastalardan aydınlatılmış onam formu alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 38,2(20-68) idi.Tüm hastalar Wolfe sınıflamasına göre değerlendirildi (10).Bu sınıflamaya göre 46 olgu(%42,5) evre 2, 62 olgu(%57,5) evre 3 idi.Hastaların 64'ü(%59,2) bayan, 44'ü(%40,8) erkek idi (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik verileri

	1.Grup	2.Grup
Hasta sayısı	54	54
Bayan/Erkek	34/20	30/24
Wolfe sınıflaması		
Evre 2	32	14
Evre 3	22	40

Cerrahi uygulanan hastalarda standart prosedür olarak lokal ya da bölgesel anestezi ve turnike altında çalışıldı.

Başparmak için metakarpofalangeal eklem üzerinde 1 cm lik transvers insizyonla girilerek A1 pulley ekspoze edilip serbestleştirilip hemostaz sonrası cilt kapatıldı. Lokal anestezi altında opere olan hastalarda hastanın aktif fleksiyon ve ekstansiyonu ile tetiklenmenin tamamen giderildiğinden emin olundu. Bölgesel anestezi altında çalışılan hastalarda 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.

Steroid enjeksiyonu uygulanan hastalarda, standart prosedür olarak başparmağın A1 pulley üzerine depomedrol enjeksiyonu yapıldı.Enjeksiyon sonrası hastalara aktif/pasif ekstansiyon ve fleksiyon hareketleri başlandı.

Ameliyat sonrası dönemde 1 hafta süreyle steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç ve oral antibiyotik (augmentin 1 gr tb günde 2 kez) tedavisi verildi.Üç günde bir pansumanları yapıldı. Hastalar postoperatif 2. haftalarında sütürleri alındığında, 6. haftada, 12. Haftada, 24. Haftada ve 1 yıl sonra görüldü. Her 2 hasta grubunda yineleme oranı ve yapılan müdahaleden memnuniyetleri incelendi. Genel memnuniyet dereceleri 10 üzerinden verdikleri puanlara göre değerlendirildi.1-3 arası puan çok kötü, 4-5 puan kötü, 6-7 iyi ve 7 üzeri çok iyi şeklinde puanlandırıldı.Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken,istatistiksel analizler için NCSS(Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS 2008 Statistical Software(Utah,USA) programı kullanıldı.Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar kullanıldı.Ayrıca

cerrahi yapılan hastalarda yara yeri enfeksiyonu, sinir hasarı, yarada açılma, fleksör tendonda ok-yayı deformitesi, eklem hareket açıklığında kısıtlanma komplikasyonları değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hastalar ortalama 12 ay(5-21) takip edildi. Steroid enjeksiyonu uygulanan grupta 20(%37) hastada yineleme görüldü.Cerrahi uygulanan grupta yineleme izlenmedi.Hiçbir hastada ciddi bir komplikasyon gelişmedi.Yineleme görülen hastalara bu kez açık cerrahi uygulandı.Bu hastaların ameliyat sonrasında yineleme görülmeydi. Cerrahi uygulanan hastaların tamamı cerrahi tedaviden memnun kaldıklarını belirttiler.

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 (2,3,4,5). Çalışmamızda her 2 grupta da komplikasyon görülmemiştir.

Cerrahi tetik parmak serbestleştirilmesi sonrası sonuçları inceleyen sınırlı sayıdaki 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 benzer olarak düşük komplikasyon oranları ve yüksek başarı oranları rapor edilmiştir (7,8,9,12). 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 idirler (1). Finsen ve ark. 72 hastadaki 84 cerrahi tetik parmak serbestleştirilmesi sonrası yaptıkları incelemede bir hasta semptomların devam etmesi üzerine yeniden opere edilmiş ve 2 hastada geçici nöropaksi 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 eklemde fleksiyon kontraktürü gelişmiş ve 110 vakanın 11 inde (%10) proksimal interfalangeal eklemde 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 eklemdede 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).

SONUÇ

Bu çalışmada 108 tetik başparmağın 2 homojen gruba bölünüp, bir gruba steroid enjeksiyonu diğer gruba açık cerrahi uygulanması gerçekleştirilmiştir. Steroid enjeksiyonu tetik parmak tedavisinde bir tedavi seçeneği olmasına rağmen, açık cerrahi uygulanan hastaların nüks ve komplikasyon gelişmemesi açısından daha yararlı bir yöntem olduğu görüldü.

KAYNAKLAR

1. Nimigan AS, Ross DC, Gain BS. Steroid injections in the management of trigger fingers. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 2006; 85(1): 36–43.
2. Fitzgerald BT, Hofmeister EP, Fan RA, Thompson MA. Delayed flexor digitorum superficialis and profundus ruptures in a trigger finger after a steroid injection: a case report. *Journal of Hand Surgery* 2005; 30(3):479-82.
3. Yam A, Teoh LC, Yong FC. Necrotising fasciitis after corticosteroid injection for trigger finger: a severe complication from a "safe" procedure. *J Hand Surg Eur* 2009; 34(5):689-90.
4. Park J, Dumanian GA. Shower emboli and digital necrosis after a single corticosteroid injection for trigger thumb: Case Report. *J Hand Surg* 2009; 34(2):313-6.
5. Gyuricza C, Umoh E, Wolfe SW. Multiple pulley rupture following corticosteroid infection for trigger digit: case report. *J Hand Surg* 2009;34A:1444-8.
6. Thorpe AP. Results of surgery for trigger finger. *Journal of Hand Surgery* 1988; 13B: 199–201.
7. Finsen V, Hagen S. Surgery for trigger finger. *Hand Surgery* 2003; 8(2):201–3.
8. Moriya K, Uchiyama T, Kawaji Y. Comparison of the surgical

outcomes for trigger finger and trigger thumb: preliminary results. *Hand Surgery* 2005;10(1): 83–6.

9. Lim MH, Lim KK, Rasheed MZ, Narayanan S, Beng-Hoi Tan A. Outcome of open trigger digit release. *Journal of Hand Surgery* 2007; 32(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. Steroid versus placebo injection for trigger finger. *Journal of Hand Surgery* 1995; 20A: 628– 31.

12. Turowski GA, Zdankiewicz PD, Thomson JG. The results of surgical treatment of trigger finger. *Journal of Hand Surgery* 1997; 22A:145–9.