

Orijinal makale

# Tetik Başparmak: Doğumsal, Gelişimsel ve Geç Bir Sağlık Sorunu Olarak

Mehmet Oğuz YENİDÜNYA <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, HATAY

## ÖZET

1989-2009 tarihleri arasında takip ettiğimiz 8 olguyu sunduk. Hastaları geriye doğru değerlendirdik. Değerlendirmeye arşiv fotoğraf kayıtlarımız esas teşkil etti. Hastalarımızdan 2'si erkek 6'sı kadın idi. İki hastada patoloji 40 yaşında ortaya çıkmıştı. Bu iki hasta da kadındı ve birisi lohusalık dönemi içindeydi. Diğer hastalardan birinin problemi doğumdan beri var olmakla beraber 9 yaşına kadar ameliyat edilmemişti. Dokuz yaşındaki bu kız çocuğunda da diğer çocuk hastalarda olduğu gibi ameliyatı genel anestezi altında yaptık.

Erişkin hastalarımızda lokal anestezi altında çalıştık. Diğer çocuk hastalardan sadece bir tanesinde başparmaktaki tetikleşme çocuk bir yaşında iken annesi tarafından fark edilmişti ve ısrarla sormamıza rağmen anne sorunun doğumdan 1 yaşına kadar kesinlikle olmadığını söyledi. Diğer dört hastanın sorunları doğumla beraber vardı. Bir hastamızda sorun iki yanlı olarak mevcuttu. Bu yazı ile tetik başparmak patolojisinin daha çok doğumsal bir patoloji olarak dikkatimizi çekmekle beraber, süt çocuğu döneminde ve sonraki yıllarda da gelişimsel bir patoloji olarak da karşımıza çıkabileceğini vurgulamak istedik. Bebeklikten beri var olmasına rağmen 9 yaşına kadar tedavi edilmeyen olguda gözlemlediğimiz başparmak hipoplazisi dikkate alındığında tedavi edilmeyen olgularda gelişmeye ait sorunlar ortaya çıkabileceğine dikkat çekmek istedik.

**Anahtar Kelimeler :** Tetik parmak, tetik başparmak, A-1 puley sistemi, cerrahi tedavi

## ABSTRACT

**Trigger thumb: as a congenital, developmental or late health problem**

We presented 8 cases associated with trigger thumb. We evaluated the patients retrospectively. The evaluation was based on archive pictures. Two patients were women and 6 patients were men. The pathology existed at 40 year old in two of the patients. Two of them were women and one of them with in puerperal term. The left patients except one had the pathology from the first day of their lifetime. Triggering on the thumb appeared at one age on the exceptional case and her mother denied any congenital pathology in spite of our repeated questions. One of the case among the congenitally triggered thumb patients had not been operated on up to nine year old for several reasons. We performed the surgery under general anesthesia in pediatric patients. We did the operation under local anesthesia in adult patients. One of the pediatric patient had the problem bilaterally. We would like to emphasize that trigger thumb may exist as a late lifetime problem as much as a congenital or developmental pathology. We would like also to emphasize that in untreated and long standing cases a minimal thumb hypoplasia may be expected by considering one of our cases.

**Key Words :** Trigger finger, trigger thumb, A-1 pulley, surgical treatment

## GİRİŞ

Tetik parmak, fleksör tendonların içinde hareket ettikleri kılıfın makara sistemi olarak bilinen A-1 puley yapıları içinde, tünelin çeşitli sebeplerle daralmasına bağlı olarak tendonun sıkışması sonucu ortaya çıkan ve akışkan hareketin, yerini bir tetik hareketine bıraktığı duruma verilen addir. 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. Bu, parmağın açılmasında da kapanmasında da böyle olur. Değişik parmaklarda tetik parmak oluşumu gözlenebilse de sıklıkla görülenler ilk dört parmaktır. Erişkin hastalarda tetikleşme tablosu gündelik hayat için can sıkıcı olmakla beraber, çocuk hastalarda başparmağın tetikleşme patolojisi sadece anne ve baba tarafından fark edilen görünüme ait bir normalden sapma olabilir. Anne ve baba tarafın-

dan parmağın zorla düzeltilme çabaları ağrıya yol açabilir. Bir kez açılan parmak bu kez kapatılamayabilir. Başparmağın tetikleşme patolojisine doğumsal olarak da, gelişimsel olarak da rastlanabilmektedir. Cerrahi tedavi A-1 puley sisteminin longitudinal planda kesilerek tünel darlığının ortadan kaldırılması sureti ile yapılabilir.

## MATERYAL VE METOT

Bu çalışmamızda 1989-2009 tarihleri arasında takip ettiğimiz 8 olguyu sunduk. Hastalar geriye doğru değerlendirildi. Değerlendirmeye arşiv fotoğraf kayıtları esas teşkil etti. Genel anestezi alan hastalarda turnike altında çalışıldı. Lokal anestezi altında tedavi edilen erişkin hastalara turnike yapılmadı (Resim 1,2,3,4).



**Resim 1.** 3 yaşında bir erkek hastada bilateral doğumsal olduğu dile getirilen ve başparmaklarda ekstansiyona anestezi altında bile izin vermeyen fleksiyon deformitesi



**Resim 2.** Bir buçuk yaşında kız çocuğunda doğumdan beri varolan başparmak tetik parmak deformitesinin tipik görünümü



**Resim 3.** Erişkin bir hastada turnike altında olmadan ve lokal anestezi eşliğinde A-1 puleyinin açılmış hali. Alttan beyaz olarak gözüken fleksör pollisis longus tendonudur



**Resim 4.** Çocuk hastada turnike altında A-1 puleyinin sıklığı ve hemen altında fleksör pollisis longus tendonu gözüktüyor

Ameliyatta kimi zaman tek bir transvers insizyon, kimi zaman da T harfi şeklinde kesi yaparak çalışıldı. Cilt ve ciltaltı yağ dokuları aşıldıktan sonra puley sistemini görüp, 15 numara bistüri yardımı ile proksimal kenarından longitudinal olarak kestikten sonra, küçük makas yardımı ile A-1 puleyini kesme işlemini tamamlandı. Puley sistemi kesilip tünel rahatlayınca, hemen fotoğraflar çekildi ve tendonun hali ortaya kondu (Resim 4). Hiçbir hastada diren konulmadı. Cilt altı ayrıca dikilmedi ve sadece cilt onarımı yapıldı (Resim 5).



**Resim 5.** Genellikle 2 cm uzunluğundaki bir cilt kesisi ile işlem yapılabilir ve yara izi sorunları olmaz

## BULGULAR

Hastalarımızdan 2'si erkek 6'sı kadın idi. İki hastada patoloji 40 yaşında ortaya çıkmıştı. Bu iki hasta da kadındı ve birisi lohusalık dönemi içindeydi. Diğer hastalardan birinin problemi doğumdan beri var olmakla beraber 9 yaşına kadar ameliyat edilmemişti. Dokuz yaşındaki bu kız çocuğunda da diğer çocuk hastalarda olduğu gibi ameliyatı genel anestezi altında yapıldı. Diğer çocuk hastalardan sadece bir tanesinde başparmaktaki tetikleşme çocuk bir yaşında iken annesi tarafından fark edilmişti ve ısrarla sormamıza rağmen anne sorunun doğumdan 1 yaşına kadar kesinlikle olmadığını söyledi. Diğer dört hastanın

sorunları doğumla beraber vardı. Bir hastamızda sorun iki yanlı olarak mevcuttu. Hiçbir hastada ciltteki yara izi bir sorun olarak dile getirilmedi.

## TARTIŞMA

Tetik parmak, özel bir çeşidi olarak da tetik başparmak, el anomalileri arasında farklılaşma kusurları başlığı altında ve artrogripozis, kamptodaktili, Madelung deformitesi, klinodaktili ile beraber ele alınmaktadır<sup>1</sup>. Ancak el anomalileri sınıflandırması, doğuştan olan hastalıkları ele aldığı için, yalnızca, doğuştan var olan tetikleşmelerin bu başlık altında ele alınmaları daha doğru olacaktır. Hayatın sonraki yıllarında ortaya çıkan tetik parmak olgularının, doğumsal patolojiler olarak var olmalarına karşılık, hayatın sonraki yıllarında semptom verdiklerine dair bir bilgi bulunmamaktadır.

Tetik parmak probleminde, tutulan parmağın fleksiyon ve ekstansiyon hareketindeki akışkanlığı kesintiye uğramıştır. Aslında bu kesintinin sebebi de ekstensör tendon sistemi değil, fleksör tendon sistemidir. Fleksör tendonların, uzantıları oldukları kasın kasılarak boyunun uzaması ve kılmasının bir sonucu olarak, tendon yataklarında ileri geri hareket etmeleri sırasında, yatağın bir noktada çok daralmasına bağlı olarak bu tetikleşme sorunu ortaya çıkmaktadır. Bu daralma noktası A-1 puley sistemi olarak adlandırdığımız metakarpofalangeal eklem düzeyidir.

Tetik parmak patolojisini erişkinlerde tanımak çok kolaydır. Hastalar zaten kendileri şikayetlerini dile getirirken bize taniyi koydurtacak kadar durumlarını güzel anlatırlar. Parmaklarını istedikleri zaman sonuna kadar açıp kapamadıklarını, bir noktaya kadar açıp kapattıklarını ancak bir noktadan sonra kapayamaz ve açamaz olduklarını zorlayınca da birden açılma veya kapanma olduğunu söylerler. Tetik başparmak söz konusu olduğunda erişkin hastalar için aynı şey doğru olmakla beraber bebek hastalar için anne ve babaların dile getirdiği konu çocuklarının parmaklarının yumulu durduğu ve açmak, düzeltmek istediklerinde düzeltemediklerini ve ağladıklarıdır. Daha önceki bir çalışmamızda Böyle bir durumda fleksiyon deformitesinin eklem kaynaklı olup olmadığının ayırıcı tanısı adına biz yıllar önce bir ayırıcı tanı fizik muayene bulgusu da yayınlamıştık. Buna göre hastanın eline metakarpofalangeal eklemden fleksiyon yaptırdığımızda interfalangeal eklemden düzelme olduğunun görülebileceğini vurgulamıştık<sup>9</sup>.

1988 ile 1998 arasındaki 10 yılda 305 tetik parmak olgusu sunan bir çalışma gurubunda hastaların 179'u kadın 97'si erkek ve rakamlardan anlaşıldığı üzere bazı olgular bilateraldir. Erişkin olan bu hastaların ortalama yaşı 46'dır<sup>2</sup>. Hastaların

%24'ünde multipl tetik parmak deformitesi mevcut olup, turnike altında ve lokal anestezi ile çalışılmıştır. Bu teknik ile komplikasyon yaşanmadığından, ötörler açık yaklaşımı bu tip vakalarda önemsemişlerdir. Çalışmada hastalar 14 yıl takip edilmişlerdir<sup>2</sup>.

Tetik başparmak olgularını değerlendiren başka bir çalışmada, 83 hastada 93 tetik başparmak olgusu tedavi eden bir gurup çalışmacı hastalarını rastgele seçimle ikiye ayırmışlar ve bir gurupta perkütan yaklaşımla A-1 puley kesilmesi işlemi yaparken diğer grupta steroid enjeksiyonu yapılmıştır. Sonuçta perkütan yaklaşımla A-1 puley sisteminin kesilmesinin daha başarılı olduğunu vurgulamışlardır<sup>3</sup>.

Lokal kortikosteroid uygulamalarının ilk seçenek olmasının doğru bir yaklaşım olduğunu iddia eden çalışmalara rastlamak mümkün olsa da, noninvaziv gibi gözükken bu yaklaşım da masum değildir ve yanlışlıkla digital arter içine enjeksiyon yapılmasına bağlı olarak ortaya çıkan ve konzervatif yara bakımı ile iyileşen kısmi parmak doku nekrozu yapabilmektedir<sup>4</sup>.

Tetik parmakta A-1 puley sistemini kesmekten ibaret olan işlemin bir kere cilt açıldıktan sonra çok basit ve kolay bir işlem olduğunu fark eden çalışmacılar, cildi açmadan da bunun yapılabilirliği üzerinde düşünerek perkütan yaklaşımları denemişlerdir. Perkütan teknikler, ameliyat süresinin açık teknikle daha uzun olduğuna vurgu yapılarak açık tekniklere karşı bir alternatif yaklaşım olarak da literatürde sunulmuştur<sup>5</sup>. Burada ciltte sadece bir delikten girilerek uygun bir cerrahi aletle A-1 puleyi uzun eksene paralel kesilmeye çalışılmaktadır. Bizim düşüncemize göre, el cerrahisinde görmeden bir şey yapmak her zaman damar ve sinir yaralanması risklerini taşır. Kaldı ki ciltte açılacak alan uzunluk ancak 2 cm civarında olabilmektedir. Ameliyat sonrası yara izi adına da bu bölge şanslı bir bölgedir ve bizim çalışmalarımızda kötü bir yara izi kalan veya yara izinden yakınan bir hasta görülmemiştir. Bu, el cerrahisi pratiğinde genel olarak böyledir. Sadece tetik parmak cerrahisi ile ilgili olarak değil diğer el ameliyatlarından sonra da fonksiyonel kazancın tam olduğu durumlarda yara izi yakınması ile bize gelen hemen neredeyse hiç hastamız olmamıştır.

A-1 puley sistemi anatomik bir yapıdır ve kesilmesi ve bütünlüğünün bozulması sonucunda bir sorun ortaya çıkıp çıkmayacağı bir soru olarak kafamızda belirebilir. Ondokuz hastanın değerlendirildiği bir çalışmada A-1 puleyinin kesilmesine bağlı olarak başparmakta hareket sınırları adına ve hareketin kuvveti adına bir değişme olmadığı yayınlamıştır<sup>6</sup>. Ancak bu bilgi esas alınarak tüm puley sistemlerinin gerektiğinde rahatlıkla bütün-

lüklerinin bozulabileceği sonucuna varılmamalıdır. Çünkü diğer puley sistemlerinin uzun eksene paralel kesilmeleri sonucunda parmaklarda fleksiyon hareketi mükemmelliğini kaybeder ve tendonlar dışarıdan fark edilir hale gelir. Oysa normal koşullarda sağlıklı ellerde parmakların sayısız ince hareketine rağmen puley sisteminin varlığı sayesinde tendonlar deri altında fark edilmezler.

Tetik başparmak, başparmağın fleksiyon deformiteleri arasında ele alınır ve diğer parmakların tetikleşme hastalıklarından 10 kez daha sık olduğu bildirilmektedir<sup>7</sup>.

Tetik başparmak patolojisini eskiden tarif eden çalışmacılar tam metakarpofalangeal eklem düzeyinde bir nodül varlığına dikkat çekmişlerdir<sup>8</sup>. Bu aslında gerçekten nodüler bir yapılanma olmaktan ziyade dar bir tünelden geçemeyen tendonun kendi üzerindeki yığılmasından ibaret bir kalınlaşmadır. A-1 puleyinin kesilmesi ile beraber bu nodül hızla kaybolur. Biz ameliyatlarımızdan birin-

de bu kayboluşun ve sıkışmaya ait izlerin büyütülmüş fotoğrafını çekmeye çalıştık. Böylece tetik başparmak tedavisinde var olduğu söylenen herhangi bir nodülün çıkarılması asla gerekli değildir böyle bir şey yapılacak olduğunda bunun tendondan doku çıkarmakla mümkün olabileceği unutulmamalıdır. Bu ise tendonda kitle kaybı ile beraber daha kuvvetli bir hareket sırasında, tendonun kopmasına yol açabilir.

Çocuk hastalarda biz genel anestezi altında çalışmayı tercih ediyoruz ancak, işlem süresinin kısalığı dikkate alınarak başka yöntemler de tercih edilebilir. Erişkin hastalarımızda lokal anestezi altında ve turnike uygulamadan çalıştıysak da çocuk hastalarımızda turnike mutlaka uyguladık. Çocuklarda digital damar ve sinirler her an yaralanmaya müsait bir yüzeyellik ve yakınlık arzederler. Zaten çalışılan alanın çok küçük olduğu da dikkate alınırsa kaba hareketlerden ve diseksiyonlardan kaçınılmalıdır.

## REFERANSLAR

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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Boretto J, Alfie V, Donndorff A, Gallucci G, DE Carli P. A prospective clinical study of the A1 pulley in trigger thumbs. *J Hand Surg Eur* 2008;33: 260-5.

7. 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.
8. Dobyns JH, Wood VE, Bayne LG. Congenital Hand Deformities, 255-536., Green DP (Editor), *Operative Hand Surgery*, Churchill Livingstone, New York, Second edition 1988.
9. Yenidunya MO, Tasbas BA. A simple sign for the differential diagnosis of the congenital trigger thumb. *Plast Reconstr Surg* 199;103: 748-9.

---

### Yazışma adresi:

Dr. Mehmet Oğuz YENİDÜNYA  
Mustafa Kemal Ün. Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay  
e-posta: moyenidunya@hotmail.com  
Yazının geldiği tarih : 15.07.2009  
Yayına kabul tarihi : 08.09.2009