

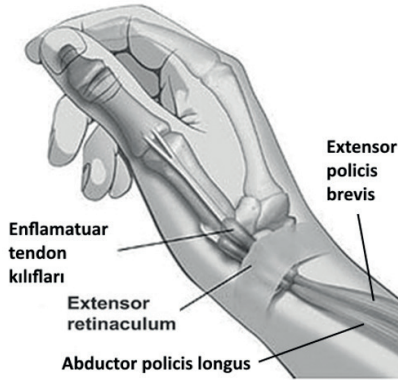
BÖLÜM 2

DE QUERVAIN'S TENOSİNOVİTİ

Bedrettin AKAR¹

GİRİŞ

El bileğinin Birinci dorsal kompartmanı, radial-stiloid üzerinde yerleşimli fibro-ossöz bir tüneldir. İçinde başparmağın uzun abduktoru olan abduktör pollicis longus (APL) ve kısa ekstansörü olan ekstansör pollicis brevis tendonu (EPB) bulunur. Tünel yaklaşık 2.2 cm uzunluğundadır. Tünelden geçen tendonlar; EPB için : el bileğinin radial ekstansiyonunu(0-25 derece),başparmağın ekstansiyonu (90 derece), APL için: El bilek radial ekstansiyon (0-25 derece),başparmak abduksiyonu (70-80 derece) sağlarlar(1-2). De-Quervain tenosinoviti; APL ve EPB tendonlarının, el bileği dorso-radialinde birinci ekstansör kompartman altından geçerlerken, tendonların dorsal karpal ligament ve radial tünel altındaki sinoviyal kılıf içinde sıkışmaları sonucu gelişen stenozan tenosinovit olarak tanımlanmaktadır. (Şekil.1)



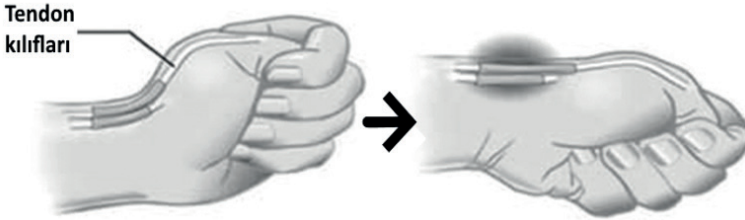
Şekil 1. De Quervain tenosinoviti

Baş parmağın ve el bileğinin aşırı kullanımına bağlı olarak tendon kılıflarında sıkışma meydana gelir. İlk kez 1895 yılında İsviçreli bir cerrah olan Fritz De

¹ Uzm. Dr., Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji, drbedrettin@gmail.com.a

Quervain tarafından tanımlanan hastalık radial-stiloid üzerinde ağırlı bir durum olarak tarif edilmiştir(1). De Quervain tenosinovitinin etyolojisi tam olarak anlaşılmasa bile birçok faktör etiyojide rol oynamaktadır. Patolojide; Sinovial dokunun akut enflamasyonundan ziyade fibröz doku birikimleri ve artan vaskülarite ile beraber miksoid dejenerasyon gelişimi rol oynamaktadır (2-4). Bu birikimler, tendon kılıfının kalınlaşmasına, APL ve EPB tendonlarının ağırlı bir şekilde etkileneşine neden olur. Başparmağı abduksiyon ve ekstansiyona zorlayan mesleki gruplarda (Örgü örme, uzun süre klavye kullanımı, uzun zaman telefon-tablet kullanımı, piyano, gitar gibi müzik aletlerinin kullanımı, aşırı temizlik yapılması sırasında parmağın sürekli zorlanması), mikrotravmalara neden olarak De Quervain tenosinoviti zemin hazırlayabilir(1-3,5).De Quervain tenosinoviti özellikle 40 yaş üzerinde ve bayanlarda erkeklere göre 6-10 kat fazla görülmektedir. Beyaz olmayan ırkta görülme sıklığı daha fazladır. Hamile ve emzirme dönemindeki bayanlarda bebek bakımı sırasında yapılan tekrarlayıcı hareketlerin De Quervain hastalığına zemin hazırladığı düşünölmektedir. Bebeğı emzirme, başını kavrama, sürekli aynı pozisyonda taşıma gibi zorlayıcı ve tekrar edici durumlarda annenin elinin aldığı pozisyon, elde tendon sıkışmasına neden olmaktadır. Uzayan şikayetlerde tedavi cerrahi müdahaleye kadar gidebilmektedir (2-5).

Amerikalı bir cerrah olan Harry Finkelstein (1865-1939) ilk defa 1930 yılında bu hastalık için patogonomik olan Finkelstein testini ve Finkelstein işaretini tanımlayarak De quervain tenosinovitlerinin teşhisine öncülük etmiştir.(Şekil.2)



Şekil 2. Finkelstein testi

Hastanın başparmağı kavrayıp elini seri bir şekilde hızla ulnar abduksiyon yaptırdıktan sonra (Bu hareket tendonların radial-stiloid üzerinde gerilmesine neden olur) radial-stiloid üzerinde ağrı hissedilmesi ile testin pozitif olduğu anlaşılmalıdır(3,5-7). De Quervain tenosinoviti, radial stiloid bölgede lokalize hassasiyet, şişlik, Finkelstein işaretinin pozitif olması, başparmak ekstansiyonunda ve abduksiyonunda kısıtlanma, ağrı ve zayıflık gibi şikayetlere yol açabilir. Meslek hastalıkları sınıfında bulunan De Quervain iş gücü kaybına sebep olur. Gebelik ve lohusalık döneminde anne vücudunda ödem gelişimi, üstüne bir de annenin

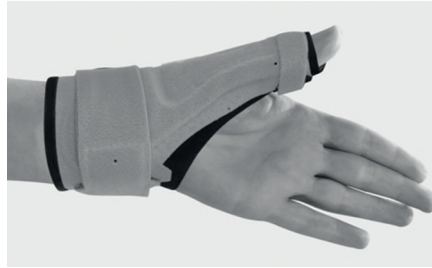
çocuğunu emzirmesi, kaldırması, kucaklaması gibi elde aşırı kullanım gerektiren süreçler, kişiyi uykudan uyandıracak kadar şiddetli ağrıya neden olabilmektedir(2-5,7). Anneler emzirme döneminde oldukları için bazı ağrı kesicileri de kullanamamaktadır.

TEŞHİS

De Quervain tenosinovit tanısı klinik olarak konulur. Finkelstein testi tanıda önemlidir. Hastalığın teşhisinde radyolojinin yeri olmasa da el bileğinin AP ve Lateral grafileri farklı patolojilerin ekarte edilmesinde kullanılır. Ayrıca birinci karpometakarpal eklemin artrozlarının ayırıcı tanısı için, el bileğini hiperpronasyona zorlayarak çekilen (Roberts grafisi) grafilerinden de faydalanılmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tendonlarda kalınlaşma, tendonların çevresinde sıvı, çevre yumuşak dokularda ödem izlenir(4,7,8).

TEDAVİ

De Quervain tenosinoviti kendi kendini sınırlayabilir ve herhangi bir müdahale olmaksızın iyileşebilir. İnatçı semptomları olan bireyler için splintleme, (alçı atel veya el bilek ortezi ile) sistemik antiinflamatuvar tedavi (NSAİ ilaçlar) ve lokal kortizon enjeksiyonu en sık kullanılan cerrahi dışı tedavi seçenekleridir. Başparmak ateli ile splintleme, hastalara geçici bir rahatlama sağlayabilir, ancak başarısızlık ve nüks genellikle yüksek oranlardadır (2-5,7,8).(Şekil.3)

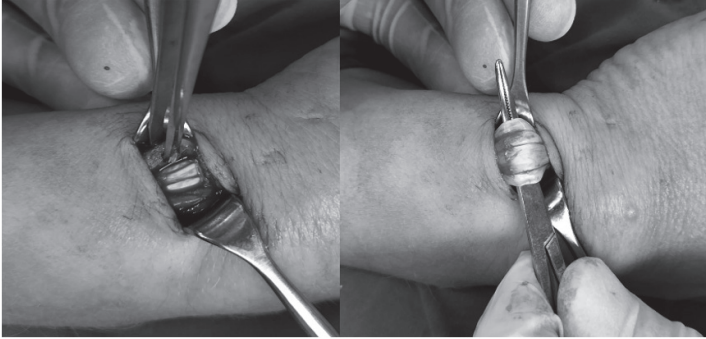


Şekil 3. De Quervaintenosinovit splinti

Kortikosteroid enjeksiyonunun bir veya iki enjeksiyonla neredeyse tamamen rahatlama sağladığı bildirilmiştir. Tendonların palpe edilebildiği radial stiloidin yaklaşık 1 cm proksimalindeki tendon kılıfına enjeksiyon yapılır. Subkutan atrofi ve hipopigmentasyon riskini en aza indirmek için hem APL hem de EPB kılıflarını fibro-osseus tüneline mümkün olduğunca derine palpe edilerek infiltre edilmeye çalışılmalıdır. Semptomatik rahatlama, tek bir enjeksiyonla hastaların yaklaşık %50'si tarafından bildirilmektedir(7). İkinci bir enjeksiyon, hastaların diğer bir

%40 ila %45'inde rahatlama sağlayabilir. Kortizon enjeksiyonları işe yarıyor ancak nökslerin meydana geldiği de bilinmektedir. Kortizon enjeksiyonları ile iyileşmenin 3-9 ayı bulabileceği bildirilmiştir. Steroid enjeksiyonunun potansiyel komplikasyonları, tipik olarak tendon kılıfından ziyade subkutan enjeksiyonla ilişkili yağ ve dermal atrofi ve hipopigmentasyonu içermektedir. Bu komplikasyonlar zamanla iyileşmektedir. Kortizon ile De Quervain tenosinoviti tedavisi başarı oranı %80 dolaylarındadır. Yani her 5 hastadan yaklaşık dördü kortizon enjeksiyonu ile başarı ile tedavi edilebilmektedir. Başarısız olunan hastalarda ameliyat tek seçenektir(8).

İki kortikosteroid enjeksiyonundan sonra semptomlar düzelmezse veya tekrar ederse, cerrahi güvenilir bir seçenektir. Ameliyat genellikle ayakta tedavi ortamında yapılır. Lokal, bölgesel veya genel anestezi gerektirebilir ve tipik olarak intraoperatif kanamayı sınırlamak ve önemli anatomik yapıların tanımlanmasını kolaylaştırmak için turnike uygulaması kullanılır. Cerrahi; birinci dorsal kompartman üzerinde yaklaşık 2 cm'lik bir enine cilt kesisi ile gerçekleştirilir(3-5,6). Yüzeysel radial duyu sinirinin dallarının yaralanmasını önlemek için dikkatli olunarak, birinci dorsal kompartmanı kaplayan bağ, künt diseksiyon ile disseke edilir.(Şekil.4)



Şekil 4. Cerrahi Tedavi

Kılıfın dorsal kenarı daha sonra keskin bir şekilde kesilir. Varsa alt kılıflar belirlenir ve kesilir. Tüm alt bölmeler gevşetildikten sonra cilt kapatılır ve pansuman ile beraber elastik bandaj yapılır. Literatürde endoskopik yaklaşımlar ve ekstansör retinakulumun kısmi eksizyonu dahil olmak üzere birçok cerrahi teknik varyasyonu bildirilmiştir. Cerrahi tekniğe bakılmaksızın, düşük komplikasyon oranları ile yüksek oranda semptomatik rahatlama bildirilmiştir(1-5).

Ameliyat sonrası bakım genellikle sınırlıdır. Basit bir pansuman veya sargı, karmaşık yara bakımına gerek kalmadan sıklıkla kullanılır. Hastalara günlük yaşam aktiviteleri ve diğer hafif aktiviteler için erken kullanıma başlamaları tavsiye edilir. Dikişler alındıktan sonra, genellikle iki hafta sonra, hastalar normal akti-

vitelerine başlarlar. Ameliyat bölgesinde birkaç ay hafif şişlik ve hassasiyet olması beklenen bir durumdur.

Cerrahi komplikasyonlar nadirdir. Lokal yumuşak doku enfeksiyonu ve yara dudaklarının ayrışması en sık görülenidir ancak tipik olarak sırasıyla oral antibiyotikler ve lokal yara bakımı dahil olmak üzere ameliyatsız müdahalelerle iyileşirler(4-7). Birinci dorsal kompartmanın hemen komşuluğunda seyreden yüzeysel radial sinir; keskin transeksiyon, traksiyon yaralanması veya skarlaşmaya bağlı kompresyon nedeniyle yaralanabilir. Bu etkilenme; aşırı hassasiyet, ağrı ve/veya parestezi ile sonuçlanabilir. Bazen kendi kendine sınırlı olsa da, bu nadiren nöroliz veya bir nöromaya dönüşebilir bunun da tedavisi için cerrahi müdahale ile eksizyon gerekebilir(8).

Cerrahi gevşetme sonrası hastalarda ayrıca bilek fleksiyonu ve ekstansiyonu ile birinci dorsal kompartman tendonlarında subluksasyon yaşanabilir. Tendonlar radial-stiloid üzerine sürtündüğünde veya sublukse olduğunda bu rahatsız edici olabilir. Bu komplikasyon, ameliyat sırasında tendon kılıfının aşırı gevşetilmesi ile görülür.**De Quervain Tenosinoviti ameliyatında bir diğer yaşanan komplikasyon da kılıfın yetersiz gevşetilmesi ve septaların varlığının gözden kaçmasıdır.** Böyle durumlarda operasyonun tekrarlanması gerekir. Cerrahi bölgede hematoma, enfeksiyon, post-op dönemde gelişen doku yapışıklığı nedeni ile parmak hareketlerinde kısıtlılık, kronik ağrı, iyileşmede gecikme veya hiç olmaması yaşanabilecek diğer komplikasyonlardır(3,4,7).

KAYNAKLAR

1. Oh, J.K, Messing S, Hyrien O, et al. Effectiveness of Corticosteroid Injections for Treatment of de Quervain's Tenosynovitis. *Hand (N Y)*; 2017; Jul;12(4):357-361. doi: 10.1177/1558944716681976
2. Henry T W, Tulipan J E, Beredjiklian P K, et al. Are Plain X-Rays Necessary in the Diagnosis of De Quervain's Tenosynovitis? *Journal of Wrist Surgery*; 2020;10(01), 048-052. doi:10.1055/s-0040-1716522
3. Som A, Wermuth HR, Singh P.Finkelstein Sign.In: *StatPearls [Internet]*.Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.
4. Goe, R, Abzug, J M. (2014). De Quervain's Tenosynovitis: A Review of the Rehabilitative Options. *Hand*;2014;10(1), 1-5. doi:10.1007/s11552-014-9649-3
5. Allbrook V. 'The side of my wrist hurts ': De Quervain's Tenosynovitis. *Aust J Gen Pract*. 2019; Nov;48(11):753-756. doi: 10.31128/AJGP-07-19-5018
6. Karlibel İA, Aksoy MK, Alkan A. Paraffin bath therapy in De Quervain's tenosynovitis: a single-blind randomized controlled trial. *Int J Biometeorol*. 2021; Aug;65(8):1391-1398. doi: 10.1007/s00484-021-02111-2.
7. Ippolito JA, Hauser S, Patel J, Vosbikian M, et al.Nonsurgical Treatment of De Quervain Tenosynovitis: A Prospective Randomized Trial. *Hand (N Y)*. 2020 Mar;15(2):215-219. doi: 10.1177/1558944718791187.
8. Satteson E, Tannan SC. De Quervain Tenosynovitis.In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.