

On Aylık İnfantta Tetik Başparmak Olgusu

A Case of Trigger Thumb in a Ten Month Old Infant

Zuhal Özişler¹, Sibel Ünsal Deliaoğlu¹, Canan Çulha¹, İlker Fatih Sarı²

¹Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

²Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Zonguldak, Türkiye

ÖZET

Konjenital veya infantta tetik başparmak nadir görülmektedir. Klinik tablo literatürde halen yaygın olarak "konjenital tetik başparmak" olarak tanımlanmaktadır. Ancak hem tanımlama hem de etyoloji ile ilişkili birçok çelişki bulunmaktadır. Deformitenin konjenital mi yoksa infant dönemde kazanılmış bir deformite mi olduğu ile ilgili görüş ayrılıkları bulunmaktadır. Bazı yazarlar tarafından "çocukta başparmağın kazanılmış fiks fleksiyon deformitesi" gibi alternatif tanımlamalar önerilmektedir. Diğer yandan tedavi de tartışmalıdır. Tek tedavinin cerrahi olduğunu düşünen yazarlar bulunmaktadır ancak spontan rezolusyon oranları literatürde % 24-49 olarak verilmektedir. Bu nedenle bazı otörler cerrahi öncesi bir süre konservatif tedavi yöntemleri ile takibi önermektedirler. Bu olgu sunumunda başparmakta hareket kısıtlılığı şikayeti ile gelen 10 aylık bir hasta nedeniyle infantta tetik başparmağın tanımlamasını, patofizyolojisini ve tedavisini tartışmayı amaçladık.

Anahtar sözcükler: Tetik başparmak, konjenital, infant

ABSTRACT

Congenital trigger thumb or trigger thumb in infants are rare. The clinical situation is still widely defined as "congenital trigger thumb" in the literature. However, there are many contradictions about definition and etiology of trigger finger in infant. There are differences opinion about whether deformity is congenital or acquired deformity in infancy. Some authors suggest alternative definitions such as "acquired thumb flexion contracture in children" for this clinical situation. On the other hand treatment is also controversial. Some authors agree that only treatment is surgery of but spontaneous resolution rate is given as %24-49 in the literature. Therefore, some authors suggest a follow-up period with conservative treatment methods before surgery. In this case report; our aim is to discuss the definition, pathophysiology and treatment of trigger thumb in infant with because of a 10-month old patient with a complaint of motion limitation of the thumb.

Keywords: Trigger thumb, congenital, infant

Yazışma Adresi
Corresponding Author

Zuhal Özişler
Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği,
Ankara, Türkiye

E-posta: drzuhaligigit@yahoo.com

Geliş Tarihi/Received: 21.11.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 23.02.2015

Giriş

Tetik başparmak; başparmağın fleksiyonda kilitlenmesine neden olan fleksör pollicis longusun stenoza tanovajinitidir. Çocuklarda oldukça nadir görülen bir durumdur (1,2). Literatürde tetik başparmağın insidansı bir yaşında 3,3/1000 olarak verilmektedir (3). Tetik başparmak kız ve erkek çocuklarda eşit oranda görülmektedir. Sağ ve sol el tutulumu benzerdir (1-5). Bilateral tutulum oranı %20-35 civarındadır. Ancak yenidoğan döneminde tanı alanlarda bilateral tutulum sıklığı daha yüksektir (%54-58) (1,2,5).

Literatürde bu durum daha yaygın şekilde "konjenital tetik başparmak" olarak tanımlanmaktadır. Ancak tetik başparmağın hem tanımlaması hem de etyolojisi konusunda çelişkiler de vardır. Bazı yazarlara göre "konjenital tetik başparmak" ifadesi bu klinik tabloyu tanımlamak için uygun değildir. Bu nedenle "çocukta başparmağın kazanılmış fiks fleksiyon deformitesi" gibi alternatif tanımlamalar önerilmektedir (3). Etiyolojisi konusunda ise konjenital veya kazanılmış olduğu ile ilgili görüş ayrılıkları bulunmaktadır (1,3,4,6).

İnfant dönemde görülen tetik başparmakta literatürdeki diğer bir çelişki tedavi konusundadır. Tek tedavinin cerrahi olduğunu düşünen yazarlar vardır (4,5). Ancak spontan rezolusyon oranları literatürde %24-49 olarak verilmektedir. Bu nedenle bazı otörler cerrahi öncesi bir süre takibi önermektedir (1,2,7).

Bu olgu sunumunda başparmakta hareket kısıtlılığı şikayeti ile gelen 10 aylık bir hasta nedeniyle pediatrik tetik başparmağın tanımlamasını, patofizyolojisini ve tedavisini tartışmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

10 aylık kız çocuğu olan hasta sol el başparmak hareketinde kısıtlılık şikayeti ile hastanemiz fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvurdu. Kısıtlılık 7 aylıktan anne ve babası tarafından fark edilmişti. Hastanın el veya parmakla ilişkili bir travma öyküsü bulunmamaktaydı. Ailenin evde takip ettikleri üç aylık sürede kısıtlılıkla ilgili gerileme ve ilerleme olmadığı ifade edilmektedir.

Hastanın fizik muayenesinde sol el başparmak interfalangeal eklemden fiks fleksiyon deformitesi mevcuttu (Şekil 1). Palpasyonda birinci metakarpofalangeal eklemin volar yüzünde nodul saptandı. Nodülde palpasyonla hafif bir hassasiyet vardı. Başparmak falanks ve eklemleri üzerinde kızarıklık, şişlik ve ısı artışı yoktu. Sağ el fizik muayenesi normaldi. Alt ve üst ekstermitelerde diğer eklemlerin hareket açıklıklarında kısıtlılık yoktu. Hastanın sol el ön-arka direkt grafisi normal olarak değerlendirildi.

Hastanın annesi ve babası arasında akraba evliliği öyküsü yoktu. Hasta annenin ilk gebeliğinden 39. haftada normal spontan vajinal doğum ile 3800 gram doğmuştu. Prenatal, natal ve postnatal dönem takibinde özellik yoktu. Soygeçmişinde ailede doğumsal veya çocukluk



Şekil 1: Sol el başparmak interfalangeal eklemden fiks fleksiyon deformitesi.

döneminde görülen kas iskelet sistemi ve nörolojik hastalık öyküsü mevcut değildir.

Hastanın fizik tedavi programında sol el kontrast banyo uygulanarak, sol el başparmak için pasif eklem hareket açıklığı egzersizleri ve parmak fleksör tendonlarına nazik germe egzersizleri yapıldı. Başparmak için ekstansiyon splinti kullanıldı (Şekil 2). Hasta el cerrahisine danışıldı. 3 yaşa kadar konservatif tedaviye devam edilmesine karar verildi. Hastanın splint kullanımında yeterli uyum sağlanamadı. Hasta 2,5 yaşında polikliniğimize kontrole geldiğinde başparmak deformitesinde düzelme veya ilerleme gözlenmedi.

Tartışma

Literatüre baktığımızda halen konjenital veya infantta tetik başparmak tanımlaması yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak burada gerçek bir tetiklenmeden çok bizim vakamızda da olduğu gibi genellikle başparmak interfalangeal ekleminde fiks fleksiyon deformitesi görülmektedir (6,8). Bu nedenle Slakey ve Hennrikus (4) tarafından tetik başparmak yerine "çocukta başparmağın kazanılmış fiks fleksiyon deformitesi" tanımlaması önerilmektedir.

Literatürdeki diğer bir tartışma konusu tetik başparmağın ortaya çıkma zamanıdır. Bazı yazarlar deformitenin konjenital olabileceği üzerinde durmaktadır. Yeni doğan infantta başparmağın fleksiyon pozisyonunda durması nedeniyle deformitenin fark edilmediği ve bu durumun tanı koymada gecikmeye neden olduğu düşünülmektedir (1,5,8). Ger ve ark. (5) opere ettikleri tetik başparmak vakalarının %27'sinin yeni doğduğu zaman tanı aldığını bildirmiştir. Ancak diğer yandan bazı yazarlara göre pediatrik tetik başparmakların tümü kazanılmış deformitelere ve erken çocukluk döneminde ortaya çıkmaktadırlar. Rodgers ve ark (6) 1046, Slakey ve ark (4) 4719, Kikucki ve ark (3) 1116 vakalık çalışmalarında hiçbir yeni doğanda tetik başparmağa rastlanmadığını bildirmiştir. Bizim vakamızda ise aile başparmak hareketindeki kısıtlılığı 7 aylıktan fark etmişti.



Şekil 2: Başparmak için ekstansiyon splinti.

Infantta tetik başparmak etyolojisi çok net değildir. Bazılarına göre primer problem fleksor pollicis longus tendonundadır. Histolojik olarak tendon yapısında kollajenöz dejenerasyon ve sinovyal proliferasyon saptanmaktadır. Tendondaki inflamasyon tendonu A1 pulleye sabitlemekte ve parmakta fleksiyon deformitesi oluşturmaktadır. Travmanın inflamasyonda tetikleiyici olabileceği düşünülmektedir (9). Bir çalışmada hasta yakınlarının %40'ının deformiteyi ilk kez parmağa bir travma sonrası fark ettikleri belirtilmiştir (4). Başparmak emmenin, yeni doğan infantta güçlü kavrama refleksinin, genişlemiş sesamoid kemiklerin fleksor tendonun A-1 pulley seviyesinde metokarpofalengeal eklemi geçerken travmaya neden olabileceği düşünülmektedir (4,6).

Pediyatrik tetik parmakta diğer bir tartışma konusu durumun doğal gidişatı ve tedavisi üzerinedir. Mulpruek ve ark (7) 42 vakalık çalışmalarında 3 aylık takip sonrasında spontan rezolusyon oranı %24 olarak bildirilmiştir. Bu nedenle cerrahi öncesi bir süre takip önermekle birlikte cerrahi yaşının 3 yaşı geçmemesi gerektiğini vurgulamışlardır. Dinham ve Meggitt (1) ise tetik başparmağın görülme yaşına göre takip süresini düzenlemişlerdir. Konjenital vakalarda 12 ay, 6-30 ay arası tanı alanlarda 6 ay takip önerilmektedir. 3 yaş sonrası tanı alanlarda ise cerrahi tedavi önerilmektedir. Ancak diğer bir çalışmada spontan rezolusyon oranları % 49 olarak daha yüksek verilirken ancak diğer bir çalışmada spontan rezolusyon oranları % 49 olarak verilirken, yaş arttıkça rezolusyon oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Yaş arttıkça spontan rezolusyon oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca spontan rezolusyon gözlenen vakalarda rezidüel fleksiyon deformitesi ve rekürrens olmadığı belirtilmiştir (2).

Bu konudaki bazı otörler spontan rezolusyon için seri takip veya splint kullanarak beklemeye karşı çıkmaktadırlar (9). Splint uygulamasının bu yaştaki hastalar için hem pratik olmadığı hem de çok başarılı sonuç vermediğini belirtmişlerdir. Hatta splintleme ve germe yapılmasının metokarpofalengeal eklemde aşırı hiperekstansiyon oluşturabileceği ileri sürülmektedir. Bizim vakamızda da yaşının çok küçük olması nedeniyle hem splint kullanımında hem de egzersiz programının uygulamasında hasta ile yeterli uyum sağlayamadık. Konjenital tetik parmak tedavisinde steroid enjeksiyon sonuçlarının da çok başarılı olmadığı düşünülmektedir (8). Bir çalışmada 6 aydan önce tanı alan 17 tetik başparmak olgusunun ortalama 40 aylık takipleri sonrasında hiçbir vakada spontan rezolusyon saptanmamıştır (5). Ancak başka bir çalışmada ekstansör splint kullanımı ve sadece gözlem şeklinde randomize edilen 62 tetik başparmakta splint grubunda 20 ay sonrasında (ortalama yaş 42 ay) %72 hastada tam düzelme veya anlamlı düzelme olduğu

bildirilmiştir. Bu nedenle cerrahi konusunda aceleci olunmaması ve cerrahi öncesi ekstansör splint ile takip yapılması önerilmektedir (10). Watanabe ve ark (11) 58 tetik başparmak (ortalama yaş 26 ay) olgusunun sadece pasif egzersiz ile % 96'sında tam iyileşme, % 41'inde tam düzelme bildirmişlerdir. Bu çalışmada konservatif tedavinin başarılı olduğu ancak cerrahi tedavinin 3 yaş sonrasına geciktirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ancak Watanabe ve ark'ın (12) diğer bir çalışmasında ise hastalar ortalama 3 yıl 2 ay sadece pasif egzersizlerle takip edilmiş ve hastaların % 86'sında düzelme görülmüştür. Bu nedenle Watanabe ve ark konservatif tedavinin uzun vakit almakla birlikte faydalı olduğuna inanmaktadırlar.

Cerrahi tedavi zamanlamasının 3 yaş sonrasında bırakılmasının kalıcı eklem kontraktürüne neden olabileceği ileri sürülmektedir (5,9). Ancak bir çalışmada 3 yaş sonrası opere edilen 61 hastanın hiçbirinde kalıcı interfalengeal eklem deformitesi görülmediği de bildirilmiştir (1). Diğer bir çalışmada ise operasyon sonrası 1 yıllık takipte hiçbir vakada tekrarlama gözlenmemiş ancak 3 yaş sonrası opere edilen kontraktürün düzelmesinin zaman aldığı vurgulanmıştır (5). Operasyon sonrası rekürrens en önemli nedeni olarak A-1 pulleyin yeterli gevşetilmemesi sorumlu tutulmaktadır. Bir çalışmada ortalama operasyon zamanı 30 ay olan 17 hastadan sadece birinde altıncı ayda gerileme olmuştur. (4). Operasyon sonrası tekrar oranı %3,5 olan diğer bir çalışmada ise rekürrens daha çok 36 aydan küçük çocuklarda görüldüğüne vurgu yapılmıştır. Küçük çocuklarda rekürrens daha yüksek olmasının nedeninin parmağın küçük olması nedeniyle yetersiz gevşetme olabileceği düşünülmüştür (2).

Operasyon ile ilişkili komplikasyonlar oldukça nadirdir. Literatürde dijital sinirin hasarı, fleksor tendon hasarı, sekonder yapışikliklar ve enfeksiyon şeklinde bildirilen komplikasyonlar bulunmaktadır (4).

Sonuç

Infant dönemde görülen tetik başparmakta, özellikle 1 yaş altındaki olgularda spontan rezolusyon için hasta takibe alınabilir. Ancak operasyon 3 yaş sonrasına geciktirilmemelidir. Takip süresince ekstansör parmak splinti kullanımı ve pasif egzersiz uygulaması önerilebilir. Ancak bu yaş grubunda splint ve egzersiz uyumunda sıkıntı yaşanabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Dinham JM, Meggitt DF. Trigger thumbs in children: a review of the natural history and indications for treatment in 105 patients. J Bone Joint Surg (Br) 1974;56-B:153-5

2. Dunsmuir RA, Sherlock DA. The outcome of treatment of trigger thumb in children. J Bone Joint Surg (Br) 2000;82(5):736-8.
3. Kikuchi N, Ogino T. Incidence and development of trigger thumb in children. J Hand Surg Am 2006;31(4):541-3.
4. Slakey JB, Hennrikus WL. Acquired thumb flexion contracture in children: congenital trigger thumb. Bone Joint Surg (Br) 1996;78(3):481-3.
5. Ger E, Kupcha P, Ger D. The management of trigger thumb in children. J Hand Surg Am 1991;16:944-7.
6. Rodgers WB, Waters PM. Incidence of trigger digits in newborns. J Hand Surg Am 1994;19:364-8.
7. Mulpruek P, Prichasuk S. Spontaneous recovery of trigger thumbs in children. J Hand Surg Br 1998;23:255-7.
8. McCarroll HR. Congenital flexion deformities of the thumb. Hand Clin 1985;1:567-75.
9. Fahey JJ, Bollinger JA. Trigger-finger in adults and children J Bone Joint Surg [Am] 1954;36-A:1200-18.
10. Lee ZL, Chang CH, Yang WY, Hung SS, Shih CH. Extension splint for trigger thumb in children. J Pediatr Orthop 2006;26(6):785-7.
11. Watanabe H, Hamada Y, Toshima T, Nagasawa K. Conservative treatment for trigger thumb in children. Arch Orthop Trauma Surg 2001;121(7):388-90.
12. Watanabe H, Hamada Y, Toshima T. Conservative management of infantile trigger thumb: indications and limitations. Tech Hand Up Extrem 2003;7(1):37-42.