



Karpal tünelin gevşetilmesinde sınırlı insizyon tekniklerinde, insizyon yerinin topoğrafik olarak yerleştirilmesinin önemi

Significance of topographic placement of incision during limited incision technique in carpal tunnel release

S. Sinan Bilgin

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve
Travmatoloji Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı, Ankara

Sayın Editör,

Derginizin Nisan 2011 sayısında yayınlanan “Karpal Tünelin Gevşetilmesinde Sınırlı İnsizyon Tekniğinin Etkinliği ve Güvenilirliği” başlıklı Çırpır ve ark.^[1] tarafından yazılan makaleyi dikkatli bir ilgi ile okudum. Yazı güncel literatür bilgileri barındıran ve kullanan kaliteli bir makaledir. Karpal tünel gevşetmesi önemsiz bir ameliyattır.^[2] İdiyopatik karpal tünel sendromunda, ameliyat birçok farklı teknik kullanılarak karpal tünelde sıkışmış olan median sinirin üzerine binen artmış basıncın, transvers karpal bağın kesilmesi ile normale getirilmesi esasına dayanır.^[3] Birçok farklı teknik ile kastedilen; endoskopik, mini-açık ve açık tekniklerdir. Tanımlanmış ve kullanılan birçok endoskopik ve mini-açık teknik olduğu aşikardır.^[3] Karpal tünel gevşetmesi için bir teknik önerirken veya uygularken, bu bölgenin anatomisinin varyasyonları ile tam olarak bilinmesi ve önerilen cerrahi tekniğin potansiyel tehlikelerine karşı, bu tekniği uygulayacak cerrahları bu durumdan uzaklaştırması gerekir diye düşünmekteyim. Karpal tünel anatomisinin pratik olarak gösterildiği ve tünelin topoğrafik anatomisini belirleyen birçok çizgi olduğunu ve hatta yazarlarında kullandığı Kaplan’ın Kardinal Çizgisinin bile çok farklı çizildiğini de bildiren yayınlar mevcuttur.^[4,5] Derginizde yayınlanan söz konusu makalede yazarlar da kendi tarifledikleri yeni bir girişim yerinden mini-açık teknikle transvers karpal bağı gevşetmişler, iyi ve güvenilir sonuçlar elde etmişlerdir. Ancak, makalede verilen cerrahi yöntem dikkatli olarak okunduğunda

ve yine makalede yer alan Şekil 1’deki kesi yeri incelendiğinde, kendi bilgilerim ve yaklaşımım açısından önemli sorunların olduğunu belirtmem gerekir. Uygulanacak sınırlı kesi tekniğinin cerraha bazı avantajlar sunması gerekir. Sağlanan bu avantajlarla kullanılan teknik; 1. Gelişebilecek komplikasyonların önlenmesini, 2. Anatomik varyasyonların göz önüne alınmasını, 3. Cerrahi deneyimi az olan hekimlerin de rahat ve kolay bir şekilde bu cerrahi işlemi gerçekleştirebilmelerini sağlayabilmelidir. Bu avantajları sağlamak için önerilen tekniğin, anahtar nokta olarak karpal tünel anatomisi ve varyasyonlarını göz önüne alarak, cerraha nispeten “güvenli cerrahi çalışma bölgesi” sunmasını beklerim. Makalede önerilen tekniğin bunları sağlamadığını ifade etmek isterim.

Şekil 1’de konumlandırılan kesi yeri fotoğraftan algılayabildiğim kadarı ile bence çok fazla radial tarafa kaydırılmış bir kesidir. Kesi neredeyse skafoid tüberkülü üzerinde ve palmaris longusun radial tarafında yer almaktadır. Kesinin bu kadar radial tarafa taşınmasının önemli sakıncaları vardır; birinci kesi yeri yapıldığı yer itibarı ile median sinirin palmar kutan dalı bölgesine denk gelmektedir, cerrahi teknikte bu dalın korunduğu ifade edilmiştir çünkü eğer buradan girerseniz bu dalın yaralanma ihtimali çok yükselir. Kesinin radial tarafa kaydırılması bu komplikasyonun görülmesinin artırır ve önerilecek tekniklerin bu durumu göz önünde bulundurması gerekir.^[6,7] Kesi mümkünse median sinirin bu dalından uzak olmalıdır ve bunu sağlamak mümkündür. İkinci kesinin bu kadar radial tarafa alınmasının önemli diğer potansiyel sorunu da, median sinir motor dalının çıkış varyasyonlarıdır.^[8] Bu varyasyonlardan en kolay kaçınma sağlayan yöntem kesinin olabildiğince ulnar tarafa (Hamat kancasının hemen radialine) taşınmasıdır ki, bu yaklaşım endoskopik gevşetme tekniklerinde kullanılmaktadır.^[9] Üçüncü kesinin yine bu kadar radial tarafa alınması, transvers karpal bağın radial taraf yapışma yeri olan skafoid ve trapezyum tarafına alınmasının, bir sakıncası daha vardır; bu da dekomprese edilen median sinirin hemen kesi altında kalıyor olmasıdır. Bu durum egzersizlere uyum göstermeyen hastalarda ileri derecede

Yazarın yanıtı

Sayın Editör,

Eklem Hastalıkları ve Cerrahisi Dergisinde yayınlanmış olan "Karpal tünelin Gevşetilmesinde Sınırlı İnsizyon Tekniğinin Etkinliği ve Güvenilirliği" başlıklı makalemizle (2011;22(1):33-38) ilgili olarak Sayın S.S Bilgin tarafından kaleme alınmış olan mektup tarafımızdan değerlendirilmiştir.

Sayın Bilgin'in makalemizi incelerken göstermiş olduğu titizlik, çalışma hakkındaki olumlu yorumları ve sunmuş olduğu değerli katkıları nedeniyle kendisine teşekkür ederiz. Sayın Bilgin bu mektupta, temel olarak çalışmada kullandığımız cerrahi kesiyi göstermeye çalıştığımız 1 nolu şekildeki bazı kusurları ve kesinin bizim resmettiğimiz biçimde gerçekleştirilmesi durumunda ortaya çıkabilecek olumsuzlukları vurgulamış ve bu konuda değerli deneyimlerini kullanarak daha sağlıklı bir yaklaşım için önerilerde bulunmuştur.

Makalemizde Şekil 1 olarak isimlendirdiğimiz resimde çizmiş olduğumuz temsili kesi hattı, gerekten de sayın Bilgin'in vurguladığı gibi olması gerekenden çok daha radial tarafta görülmektedir. Biz de klinik uygulamada Sayın Bilginin resim üzerinde gerçekleştirmiş olduğu modifikasyona uyacak şekilde ulnar tarafa yakın bir kesi gerçekleştiriyoruz. Cerrahi kesinin seyrini belirlemede kullandığımız 4. parmağın radial kenarı boyunca el bileğine doğru çizilen çizgi, Kaplan çizgisi ile kesiştiği noktada cerrahi kesinin distal son noktasını oluşturmaktadır. Her ne kadar şekilde kesi, bu noktadan başlayarak 4. parmak radial kenarı boyunca uzanan hat üzerinde çizilmişse de klinik uygulamada kendisinin de çizmiş olduğu gibi çok daha ulnar tarafta bir kesi gerçekleştirilmektedir.

Bu nedenledir ki literatürde bahsedilen, Sayın Bilgin'in de radial tarafta gerçekleştirilecek bir kesiyeye bağlı gelişebilecek sorunlar arasında saydığı palmar kütanöz dal hasarı, median sinir motor dal hasarı gibi komplikasyonlara çalışmamızda rastlamadık. Biz, cilt kesisi radial tarafta kalsa da özellikle transvers karpal bağın (TKB) ulnar tarafta, hamatum çengeline oldukça yakın bir hat boyunca açılmasının doğru olduğuna inanıyoruz. Cilt kesisi ile TKB kesisinin farklı hatlarda gerçekleştirilmesinin, cerrahi sonrası yapışıklık gibi bazı sorunlara engel olacağını düşünmekteyiz. Dahası, TKB kesisinin tenar kas origosundan uzaklaştırılması, bu kasların biyomekanik özelliklerini daha radial tarafta yapılan bir kesiyeye göre daha az etkileyecek, bu da biyomekanik değişikliğe bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülen pillar ağrısı gibi komplikasyonları engelleyecektir.

Bu bulgular ışığında, Sayın Bilgin'in çizmiş olduğumuz şekilde ilgili yorum ve önerilerine tamamen katılıyoruz. Şekilde ortaya çıkmış olan yanıltıcı görüntü, aslında bu resmin cerrahi girişim sırasında çekilmiş bir resim olmamasından, kesiyi tarif etmek için hazırlanmış olan temsili bir resim olmasından kaynaklanmaktadır. Unutulmamalıdır ki tarif ettiğimiz sınırlı kesi, karpal tünelin açık cerrahi girişimlerle gevşetilmesi için bugüne kadar tarif edilmiş olan cilt kesileri ile aynı hat üzerinde, ancak daha kısadır. Çalışmamızı titizlikle incelemiş olduğu, kullanmış olduğumuz cerrahi kesiyeye ilgili birkaç hayati öneme sahip noktanın tekrar gözden geçirilmesini sağladığı için Sayın Bilgin'e teşekkür ederiz.

İletişim adresi: Dr. Meriç Çırpar. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, 71100 Kırıkkale
Tel: 0318 - 225 24 85 / 2184 e-posta: drmeric@yahoo.com