

De Quervain's Tenosynovitis

Anatomiya ng mga tendon ng hinlalaki na apektado sa De Quervain's — abductor pollicis longus at extensor pollicis brevis habang tumatawid ang mga ito sa pulso.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Ang pahinang ito ay isinalin ng makina at hindi pa nasusuri ng isang doktor. Ang **bersyong Ingles** ang siyang opisyal.

Ang iyong nararamdaman

Ang De Quervain's tenosynovitis ay isang problema sa dalawang tendon sa bahagi ng iyong pulso na malapit sa hinlalaki. Ang tunnel na dinaraan ng mga ito ay namamaga at sumisikip, kaya masakit ang pagdausdos ng mga tendon dito. Nakakaramdam ka ng pananakit at pagiging sensitibo sa hipo sa bahagi ng iyong pulso na malapit sa hinlalaki, malapit sa nakaumbok na buto sa base ng hinlalaki. Madalas ding may pamamaga sa mismong bahaging iyon.

May mga partikular na paggalaw na nagpapalala sa sakit. Ang pagbaluktot ng iyong pulso patungo sa panig ng kalingkingan, ang mahigpit na paghawak habang ibinabaluktot ang pulso patungo sa panig ng hinlalaki, o ang pag-ipit ng iyong hinlalaki at hintuturo ay maaaring lahat magpasimula nito. Nagiging mahirap ang mga pang-araw-araw na gawain na gumagamit ng mga paggalaw na ito: pagbubuhat ng kettle, pagpipihit ng door handle, pagbubuhat ng maliit na bata, pagpiga ng basahan, o paggamit ng gunting. Ang ilang tao ay nakakapansin ng magaspang na pakiramdam sa ilalim ng balat kapag pinipindot nila ang masakit na bahagi.

Karamihan sa mga tao ay nakakapansin na sumisidhi ang sakit kapag ginagamit ang kamay at humuhupa kapag nagpapahinga. Maaari itong lumala pagkatapos ng isang abalang araw ng paggamit ng kamay. Ang ilang tao ay nakakapansin nito pagkagising sa umaga o sa gabi.

Ang maliit na bilang ng mga tao (mga 1 sa 100) ay nakakapansin na ang kanilang hinlalaki ay sumasabit o nala-lock bukod pa sa pagsakit. Mainam itong banggitin, dahil maaari nitong baguhin kung aling mga gamutan ang mabisa.

Kailan dapat humingi ng tulong

Magpatingin sa iyong GP o humingi ng pagsusuri ng isang espesyalista kung ang sakit ay hindi humuhupa, lumalala sa loob ng ilang linggo, ginigising ka sa gabi, o pinipigilan kang magtrabaho o gamitin ang iyong kamay.

Pumunta sa emergency department sa parehong araw kung ang iyong kamay o braso ay naging mainit, namumula, namamaga at masakit, lalo na kung may kasamang lagnat. Maaaring ito ay isang impeksyon na nangangailangan ng pangangalaga sa parehong araw, at hindi mo kailangan ng referral mula sa GP. Pumunta rin sa parehong araw kung ang iyong mga daliri o kamay ay namutla, nanlamig, pumuti o nangasul, o kung biglang nawalan ng pakiramdam o hindi maigalaw ang mga ito pagkatapos ng isang pinsala.

Kung hindi mo makontak ang klinika, halimbawa pagkatapos ng oras ng opisina o sa weekend, pumunta sa pinakamalapit na emergency department.

Ano ang aktwal na nangyayari

May dalawang tendon na naglalayo ng iyong hinlalaki mula sa iyong kamay at nagtutuwid dito. Magkatabing dumadaan ang mga ito sa isang makitid na tunnel sa bahagi ng iyong pulso na malapit sa hinlalaki. Ang tunnel ay may matibay na bubong na humahawak sa mga tendon nang malapit sa buto, tulad ng isang guide loop na humahawak sa dalawang lubid sa kanilang lugar.

Ang problema ay namamaga ang mga tendon at ang kanilang tunnel. Ang namamagang lining ay kumukuha ng espasyo sa loob ng isang lugar na masikip na, kaya kumikiskis ang mga tendon habang dumadausdos. Ang friction na iyon ay nagdudulot ng mas maraming pamamaga at mas matinding sakit, at ang tunnel mismo ay maaaring kumitid sa paglipas ng panahon. Mahina ang daloy ng dugo sa makitid na daanang ito, kaya mas mahirap para sa iritasyon na humupa nang kusa.

Ang ilang tao ay ipinanganak na may dagdag na dingding sa loob ng tunnel, na humahati dito sa dalawang magkahiwalay na daanan. Mahalaga ito dahil ang parehong tendon ay nangangailangan ng espasyo upang makadausdos. Kung ang isang tendon ay nasa sarili nitong saradong daanan, maaaring manatiling masikip ang daanang iyon kahit nagamot na ang pangunahing tunnel.

Ipinapaliwanag nito ang iyong nararamdaman. Ang masakit na bahagi sa panig ng iyong pulso na malapit sa hinlalaki ay ang tunnel mismo. Ang sakit kapag humahawak, umiipit at nagbubuhat ay ang paghila ng mga tendon sa makitid na espasyo. Maaaring humina ang lakas ng pag-ipit at ng hinlalaki dahil hindi malayang makadausdos ang mga tendon. Ang magaspang na pakiramdam na napapansin ng ilang tao ay ang magaspang na ibabaw ng tendon na gumagalaw sa ilalim ng balat.

Kapag sumasabit o nala-lock ang hinlalaki bukod pa sa pagsakit, ang pagkitid ay naging sapat na malala upang sandaling maipit ang tendon. Ito ay isang mas advanced na anyo ng parehong problema, at mainam itong banggitin nang maaga dahil binabago nito kung aling mga gamutan ang mabisa.

Ang sakit dito ay maaari ring magmula sa mga katabi ng tunnel sa halip na sa tunnel mismo: arthritis sa base ng hinlalaki, iritadong mga tendon sa mas itaas na bahagi ng bisig, o isang mababaw na nerve na tumatawid sa bahaging ito ng pulso. Iba ang gamutan na kailangan ng mga ito, kaya mahalaga ang eksaktong pinagmumulan ng sakit.

Ano ang maaari naming gawin tungkol dito

Si Dr Kieran Hirpara, isang upper-limb surgeon sa Mater Private Hospital Rockhampton, ay nagsisimula sa mga opsyon na hindi gaanong invasive na angkop sa iyong kondisyon. Karaniwan kaming nagsisimula sa mga pagbabago sa kung paano mo ginagamit ang iyong kamay, at sa hand therapy upang pakalmahin ang iritasyon at bawasan ang load sa mga tendon. Ang isang splint na pinapanatiling hindi gumagalaw ang iyong hinlalaki at pulso ay maaaring magpahinga sa mga tendon at magbawas sa friction na nagdudulot ng sakit. Bigyan ng sapat na pagsubok ang mga hakbang na ito bago lumipat sa iba, at ipaalam sa amin kung hindi bumubuti ang mga bagay.

Ang gamutan na may pinakamatibay na ebidensya para sa kondisyong ito ay ang cortisone injection. Ang cortisone ay isang anti-inflammatory medicine na nagpapakalma sa pamamaga sa loob ng tunnel. Ang isang injection ay nag-aalis ng mga sintomas sa 82% ng mga tao, at higit sa kalahati sa mga ito ay nananatiling walang sintomas sa loob ng hindi bababa sa 12 buwan. Ang paggamit ng ultrasound upang gabayan ang injection ay maaaring magpahusay sa resulta, at nakatutulong din ito sa amin na kumpirmahin kung ano mismo ang aming ginagamot. Ang pagsasama ng injection at isang splint na pinapanatiling hindi gumagalaw ang pulso ay mas epektibo kaysa sa injection lamang. Kung bumalik ang iyong mga sintomas, ang pangalawang injection ay isa pa ring makatwirang opsyon at hindi senyales na pumalya na ang mga injection. Kung ikaw ay may diabetes, mas mababa ang posibilidad na magtagumpay ang isang injection kumpara sa ibang tao, ngunit ang bawat karagdagang injection ay patuloy na gumagana nang kasinghusay ng nauna.

Karamihan sa mga tao ay hindi mangangailangan ng operasyon. Isinasaalang-alang namin ito kapag ang non-operative care ay hindi nagbigay ng sapat na pagbuti, o kapag ang hinlalaki ay sumasabit at nala-lock bukod pa sa pagsakit, na may tendensiyang hindi humupa nang kusa. Ang operasyon ay nagpapaluwag sa masikip na bubong ng tunnel upang ang mga tendon ay muling makadausdos nang malaya. Ito ay isang maliit na operasyon na may sariling pahina na naglalarawan kung ano ang kinapapalooban nito.

Ano ang dapat asahan

Para sa karamihan ng mga tao, ang kondisyong ito ay hindi mabilis na nawawala nang kusa. Karamihan sa mga taong nagkakaroon nito ay may mga sintomas pa rin pagkalipas ng isang taon kung walang ginagawa, at ang sakit ay may tendensiyang sumidhi kapag ginagamit ang kamay sa halip na unti-unting mawala. Ang maliit na bilang ng mga tao (mga isa sa tatlo) ay kalaunang mangangailangan ng operasyon sa loob ng dalawang taon, at karamihan sa mga nangangailangan nito ay umaabot sa puntong iyon sa loob ng unang taon.

Mabuti ang inaasahang kalalabasan sa gamutan, kung tapat na iuulat. Ang isang cortisone injection ay lubusang nagpapahupa ng mga sintomas sa 70% ng mga tao, at ang karagdagang 10% ay gumagaling sa pangalawang injection. Sa kabuuan, nagtatagumpay ang mga injection sa 73.4% ng pagkakataon sa loob ng dalawang injection. Kapag kailangan ang operasyon, mabisa ito: 88% ng mga tao ang lubos na nasisiyahan pagkatapos, at pinapagaling ng operasyon ang problema sa 91% ng mga kaso.

Ang pakiramdam ng paggaling ay nakadepende sa kung aling landas ang iyong tatahakin. Pagkatapos ng injection, ang pananakit ay karaniwang humuhupa sa loob ng ilang araw hanggang ilang linggo habang

humuhupa ang pamamaga sa loob ng tunnel. Pagkatapos ng operasyon, muling malayang dumadausdos ang mga tendon, at ang pagbuti ay karaniwang mas maagang dumarating sa keyhole (endoscopic) na paraan kaysa sa open na paraan. Ang hand therapy pagkatapos ng operasyon ay kasama si Ruby Doolan sa Extend Rehabilitation. Si Ruby ay isang hand therapist: siya ang namamahala sa iyong therapy at gumagawa ng anumang splint na kailangan mo.

May ilang bagay na mainam na malaman nang maaga. Kung ikaw ay may diabetes o metabolic syndrome (isang grupo ng mga problema sa kalusugan na kinabibilangan ng altapresyon at taba sa paligid ng tiyan), mas mababa ang posibilidad na magtagumpay ang mga injection para sa iyo kumpara sa ibang tao. Mahalaga rin kung paano mo iniisip ang kondisyon: ang mga taong umaasa sa pinakamasama ay may tendensiyang mag-ulat ng mas matinding sakit at mas mababang paggana, kaya nakatutulong na magkaroon ng tumpak na inaasahan sa halip na mga takot tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng kondisyong ito.

Kung hindi humuhupa ang iyong mga sintomas, lumalala sa loob ng ilang linggo, ginigising ka sa gabi, o pinipigilan kang magtrabaho o gamitin ang iyong kamay, magpatingin sa iyong GP o humingi ng pagsusuri ng isang espesyalista.

Kailan dapat magpatingin

Karamihan sa mga babalang senyales para sa kondisyong ito ay natalakay na sa unang seksyon sa itaas: sakit na hindi humuhupa, lumalala sa loob ng ilang linggo, ginigising ka sa gabi, o pinipigilan kang magtrabaho o gamitin ang iyong kamay. Kung alinman sa mga iyon ang naglalarawan sa iyo, magpatingin sa iyong GP o humingi ng pagsusuri ng isang espesyalista.

May isang senyales na dapat banggitin muli rito. Kung ang iyong hinlalaki ay sumasabit o nala-lock bukod pa sa pagsakit, sabihin ito sa sinumang iyong kinokonsulta. Ang anyong ito ng problema ay may tendensiyang hindi humupa sa pahinga o splinting lamang, at binabago nito kung aling mga gamutan ang mabisa, kaya mainam itong banggitin nang maaga sa halip na maghintay kung mawawala ito.

Ganito rin ang payo kung ang sakit ay bahagyang malayo sa karaniwang lugar, halimbawa sa mas itaas na bahagi ng bisig o sa ibabaw ng base ng hinlalaki. Maraming ibang kondisyon ang maaaring kahawig nito, at iba't ibang gamutan ang tumatalab sa mga ito. Ang maingat na pagsusuri ang magtutukoy kung alin ang mayroon ka.

Pumunta sa emergency department sa parehong araw kung ang iyong kamay o braso ay naging mainit, namumula, namamaga at masakit, lalo na kung may kasamang lagnat, o kung ang iyong mga daliri ay namutla, nanlamig, pumuti o nangasul.

Mas malalim na pagtalakay

Ang seksyong ito ay higit pa sa kailangan mo para sa iyong sariling mga desisyon sa paggamot. Ang De Quervain's tenosynovitis ay karapat-dapat sa karagdagang pagbabasa dahil sa isang maliit na anatomical variant na sanhi ng malaking bahagi ng kawalan ng kasiyahan pagkatapos ng isang operasyon na sa madaling salita ay

maasahan, at dahil ang pinakamahusay na non-operative na resulta ay nagmumula sa pagsasama ng dalawang paggamot sa halip na pumili sa pagitan nila.

MAS MAHUSAY ANG KOMBINASYON KAYSA SA ALINMAN SA MGA BAHAGI NITO

Ang unang dorsal compartment ay naglalaman ng dalawang tendon sa isang tunnel sa bahagi ng thumb ng wrist. Layunin ng gamutan na pawiin ang pamamaga sa tunnel na iyon at bawasan ang load na dumadaan dito.

Isang network meta-analysis ng **823** na pasyente ang nagkonkludo na ang **corticosteroid injection na may maikling tagal ng immobilisation ay nananatiling primary at epektibong gamutan**, habang ang extracorporeal shockwave therapy ay isang secondary na opsyon [1]. Sa direktang pagsusuri sa mga bahagi nito, **ang mga pinagsamang approach ng orthosis at corticosteroid injection ay mas epektibo kaysa sa alinman sa mga interbensiyong ito nang mag-isa** [2].

Ito ay isang mas espesipikong instruksyon kaysa sa “subukan ang splint, pagkatapos ay injection kung mabigo ito”. Sinusuportahan ng ebidensya ang paggawa ng dalawa nang magkasama, kung saan ang splint ay isusuot sa isang itinakdang maikling panahon pagkatapos ng injection.

SULIT PA RIN ANG PANGALAWANG INJECTION

Kapag bumalik ang mga sintomas, ang reflex ay magkonklusyon na nabigo ang mga injection at lumipat na sa operasyon. Ang data mula sa isang malaking cohort ay nagsasabing hindi ito totoo: bagaman ang **success rate ay bumababa sa maraming injection**, ang **mga repeat injection ay may mataas na rate ng tagumpay at isang viable na clinical option** [3].

Inaasahan ang pagbaba ng tagumpay sa pag-uulit. Ngunit ang mas mababang success rate ay hindi katulad ng kawalan ng saysay, at ang pangalawang injection ay nananatiling isang makatwirang hakbang sa halip na isang taktika lamang sa pagpapaliban.

ANG VARIANT NA NAGPAPALIWANAG SA KARAMIHAN NG SURGICAL DISAPPOINTMENT

Ang release ng first dorsal compartment ay epektibo, at kung saan ito nabibigo ay karaniwang may isang partikular na dahilan. Ang kawalan ng kasiyahan ay maaaring magresulta mula sa **incomplete release, tendon subluxation, nerve injury, o simpleng tagal ng recovery**, at **ang isang hindi natukoy at hindi na-release na extensor pollicis brevis subsheath ay isang discrete na pinagmumulan ng kawalan ng kasiyahan** [4].

Narapat itong himayin dahil ito ang pinaka-kapaki-pakinabang na katotohanan sa seksyong ito. Sa isang malaking proporsyon ng mga tao, ang compartment ay hindi isang tunnel kundi dalawa, kung saan ang extensor pollicis brevis tendon ay tumatakbo sa sarili nitong hiwalay na sheath sa tabi ng isa pa. Ang isang release na nagbubukas sa pangunahing compartment at humihinto ay nag-iiwan sa ikalawang sheath na intact, at ang tendon sa loob nito ay compressed pa rin. Ang wrist ay binuksan, ang operasyon ay nakumpleto gaya ng inilarawan, at ang mga sintomas ay nananatili.

Ito rin ang dahilan kung bakit mahalaga ang dalawa pang nakalistang sanhi: ang pag-release nang masyadong malawak ay nagpapahintulot sa mga tendon na mag-subluxate palabas ng groove kasabay ng paggalaw ng wrist, na nagdudulot ng isang masakit na snap, at ang superficial branch ng radial nerve ay tumatawid agad sa operative field. Ang compartment ay dapat buksan nang kumpleto ngunit hindi labis, habang may nerve sa

daan, kung kaya't ang isang tila maliit na operasyon ay nangangailangan ng parehong pag-iingat gaya ng isang mas malaking operasyon.

HINDI LAHAT NG NASA RADIAL WRIST AY DE QUERVAIN'S

Ang pananakit sa rehiyong ito ay may differential na dapat malaman, dahil magkakaiba ang mga gamutan: arthritis sa base ng thumb, intersection syndrome ilang sentimetro ang layo pataas sa forearm, at radial nerve irritation ay maaari lahat magdulot ng pananakit sa magkakapatong na teritoryo. Ang localised tenderness nang direkta sa ibabaw ng compartment, kung saan ang pananakit ay nauulit sa pamamagitan ng ulnar deviation ng wrist habang ang thumb ay nakatupi sa palad, ang nagtuturo sa tendon sheath sa halip na sa mga katabi nito.

MGA SANGGUNIAN

- [1] Chong HH, Pradhan A, Dhingra M, Liong W, Hau MY, Shah R. Advancements in de Quervain tenosynovitis management: a comprehensive network meta-analysis of randomized controlled trials. J Hand Surg Am. 2024;49(6):557-69. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.03.003>
- [2] Cavaleri R, Schabrun SM, Te M, Chipchase LS. Hand therapy versus corticosteroid injections in the treatment of de Quervain's disease: a systematic review and meta-analysis. J Hand Ther. 2016;29(1):3-11. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.10.004>
- [3] Hassan K, Sohn A, Shi L, Lee M, Wolf JM. De Quervain tenosynovitis: an evaluation of the epidemiology and utility of multiple injections using a national database. J Hand Surg Am. 2022;47(3):284.e1-284.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.04.018>
- [4] Rogozinski B, Lourie GM. Dissatisfaction after first dorsal compartment release for de Quervain tendinopathy. J Hand Surg Am. 2016;41(1):117-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.09.003>