CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

डी क्वेरवेन टेनोसिनोवाइटिस (De Quervain's Tenosynovitis)

डी क्वेरवेन में प्रभावित होने वाले अंगूठे के टेंडनों (कंडरा) की बनावट — एबडक्टर पॉलिसिस लॉन्गस और एक्सटेंसर पॉलिसिस ब्रेविस, जहां वे कलाई को पार करते हैं।

Kieran Hirpara 4.0

यह पृष्ठ मशीन द्वारा अनूदित है और अभी तक किसी चिकित्सक द्वारा जाँचा नहीं गया है। **अंग्रेज़ी संस्करण** ही आधिकारिक है।

आपको क्या महसूस होता है

डी क्वेरवेन (de Quervain's) टेनोसिनोवाइटिस आपकी कलाई के अंगूठे वाली तरफ़ के दो टेंडन (कंडरा) की समस्या है। जिस सुरंग से होकर ये गुज़रते हैं, वह सूज जाती है और कस जाती है, इसलिए उसमें से सरकते समय टेंडनों में दर्द होता है। आपको अपनी कलाई के अंगूठे वाली तरफ़, अंगूठे की जड़ पर हड्डी के उभार के पास, दर्द और छूने पर दुखना महसूस होता है। अक्सर उसी जगह पर सूजन भी होती है।

कुछ ख़ास हरकतों से दर्द बढ़ जाता है। अपनी कलाई को छोटी उंगली की तरफ़ मोड़ना, कलाई को अंगूठे वाली तरफ़ मोड़ते हुए किसी चीज़ को कसकर पकड़ना, या अंगूठे और तर्जनी को चुटकी की तरह आपस में दबाना, इन सबसे दर्द शुरू हो सकता है। रोज़मर्रा के वे काम मुश्किल हो जाते हैं जिनमें ये हरकतें होती हैं: केतली उठाना, दरवाज़े का हैंडल घुमाना, किसी छोटे बच्चे को उठाना, कपड़ा निचोड़ना, या कैंची चलाना। कुछ लोगों को दुखती जगह पर दबाने पर त्वचा के नीचे किरकिराहट महसूस होती है।

ज़्यादातर लोगों को लगता है कि इस्तेमाल करने पर दर्द भड़कता है और आराम करने पर शांत हो जाता है। जिस दिन हाथ से बहुत काम किया हो, उसके बाद यह ज़्यादा हो सकता है। कुछ लोगों को यह सबसे पहले सुबह उठते ही या रात में महसूस होता है।

कुछ थोड़े-से लोगों (100 में से लगभग 1) को लगता है कि दर्द के साथ-साथ उनका अंगूठा अटकता है या लॉक हो जाता है। इसके बारे में बताना ज़रूरी है, क्योंकि इससे यह बदल सकता है कि कौन-से इलाज अच्छा काम करेंगे।

मदद कब लें

अगर दर्द ठीक नहीं हो रहा, सप्ताहों में बिगड़ता जा रहा है, रात में आपकी नींद खोल देता है, या आपको काम करने या अपना हाथ इस्तेमाल करने से रोकता है, तो अपने जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच के लिए कहें।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

अगर आपका हाथ या बांह गर्म, लाल, सूजी हुई और दर्दनाक हो जाए, ख़ासकर बुखार के साथ, तो उसी दिन इमरजेंसी विभाग जाएं। यह कोई संक्रमण (इन्फेक्शन) हो सकता है जिसका उसी दिन इलाज ज़रूरी है, और इसके लिए आपको जीपी के रेफ़रल की ज़रूरत नहीं है। अगर आपकी उंगलियां या हाथ फीके (सफ़ेद पड़े हुए), ठंडे, सफ़ेद या नीले पड़ जाएं, या किसी चोट के बाद अचानक उनमें एहसास या हिलने-डुलने की क्षमता चली जाए, तब भी उसी दिन जाएं।

अगर आप क्लिनिक तक नहीं पहुंच पा रहे हैं, जैसे काम के घंटों के बाद या सप्ताहांत में, तो अपने सबसे पास के इमरजेंसी विभाग जाएं।

असल में क्या हो रहा है

दो टेंडन आपके अंगूठे को हाथ से दूर ले जाते हैं और उसे सीधा करते हैं। ये आपकी कलाई के अंगूठे वाली तरफ़ एक संकरी सुरंग से होकर साथ-साथ गुज़रते हैं। इस सुरंग की एक मज़बूत छत होती है जो टेंडनों को हड्डी से सटाकर रखती है, जैसे रास्ता दिखाने वाला एक छल्ला दो रस्सियों को अपनी जगह पर थामे रखता है।

समस्या यह है कि टेंडनों और उनकी सुरंग में सूजन (इन्फ्लेमेशन) आ जाती है। सूजी हुई अंदरूनी परत पहले से ही तंग जगह के अंदर और जगह घेर लेती है, इसलिए सरकते समय टेंडन रगड़ खाते हैं। इस रगड़ से सूजन और दर्द दोनों और बढ़ते हैं, और समय के साथ सुरंग खुद भी संकरी हो सकती है। इस संकरे रास्ते में खून का बहाव कम होता है, जिससे इरिटेशन (टेंडन का परेशान हो जाना) का अपने आप शांत होना और मुश्किल हो जाता है।

कुछ लोगों की बनावट में सुरंग के अंदर एक अतिरिक्त दीवार होती है, जो उसे दो अलग-अलग रास्तों में बांट देती है। यह इसलिए मायने रखता है क्योंकि दोनों टेंडनों को सरकने के लिए जगह चाहिए। अगर एक टेंडन अपने अलग, बंद रास्ते में होता है, तो मुख्य सुरंग का इलाज होने के बाद भी वह रास्ता तंग रह सकता है।

इससे समझ आता है कि आप क्या महसूस कर रहे हैं। कलाई के अंगूठे वाली तरफ़ की दुखती जगह खुद सुरंग ही है। पकड़ने, चुटकी से पकड़ने और उठाने पर होने वाला दर्द संकरी हो चुकी जगह से टेंडनों के खिंचकर गुज़रने से होता है। चुटकी की ताकत और अंगूठे की ताकत कम हो सकती है, क्योंकि टेंडन आज़ादी से नहीं सरक पाते। कुछ लोगों को जो किरकिराहट महसूस होती है, वह त्वचा के नीचे टेंडन की खुरदरी हो चुकी सतह के हिलने से होती है।

जब दर्द के साथ-साथ अंगूठा अटकता है या लॉक हो जाता है, तो इसका मतलब है कि सुरंग इतनी संकरी हो चुकी है कि टेंडन एक पल के लिए फंस जाता है। यह इसी समस्या का ज़्यादा बढ़ा हुआ रूप है, और इसके बारे में जल्दी बताना ज़रूरी है क्योंकि इससे यह बदल जाता है कि कौन-से इलाज अच्छा काम करेंगे।

यहां का दर्द खुद सुरंग के बजाय उसके आसपास की चीज़ों से भी आ सकता है: अंगूठे की जड़ में गठिया (आर्थराइटिस), अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा) में थोड़ा ऊपर के परेशान (इरिटेट) टेंडन, या कलाई के इस हिस्से के ऊपर से, त्वचा के ठीक नीचे से गुज़रने वाली एक नर्व (तंत्रिका)। इनके इलाज अलग होते हैं, इसीलिए यह मायने रखता है कि दर्द ठीक-ठीक कहां से आ रहा है।

हम इसके लिए क्या कर सकते हैं

डॉ. कीरन हिरपरा, माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंग (कंधे से हाथ तक) के सर्जन, सबसे पहले वे सबसे कम चीर-फाड़ वाले विकल्प अपनाते हैं जो आपकी समस्या के लिए सही हों। हम आम तौर पर आपके हाथ के इस्तेमाल के तरीके में बदलाव और हैंड थेरेपी (हाथ के विशेषज्ञ थेरेपिस्ट से इलाज) से शुरुआत करते हैं, ताकि इरिटेशन शांत हो और टेंडनों पर पड़ने वाला भार कम हो। अंगूठे और कलाई को स्थिर रखने वाला स्प्लिंट टेंडनों को आराम दे सकता है और उस रगड़ को कम कर सकता है जिससे दर्द हो रहा है। आगे बढ़ने से पहले इन कदमों को ठीक से आज़माएं, और अगर हालत में सुधार नहीं हो रहा, तो हमें बताएं।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

इस समस्या के लिए सबसे मज़बूत प्रमाण वाला इलाज कॉर्टिसोन इंजेक्शन है। कॉर्टिसोन एक सूजन कम करने वाली (एंटी-इन्फ्लेमेटरी) दवा है जो सुरंग के अंदर की सूजन को शांत करती है। एक ही इंजेक्शन 82% लोगों में लक्षणों से राहत देता है, और उनमें से आधे से ज़्यादा कम से कम 12 महीने तक लक्षण-मुक्त रहते हैं। अल्ट्रासाउंड की मदद से इंजेक्शन को सही जगह पहुंचाने से नतीजा बेहतर हो सकता है, और इससे हमें यह पक्का करने में भी मदद मिलती है कि हम ठीक-ठीक किस चीज़ का इलाज कर रहे हैं। इंजेक्शन के साथ कलाई को स्थिर रखने वाला स्प्लिंट लगाना, सिर्फ़ इंजेक्शन से बेहतर काम करता है। अगर आपके लक्षण लौट आते हैं, तो दूसरा इंजेक्शन अब भी एक उचित विकल्प है; यह इस बात का संकेत नहीं कि इंजेक्शन नाकाम हो गए हैं। अगर आपको डायबिटीज़ (मधुमेह) है, तो दूसरे लोगों की तुलना में एक इंजेक्शन से सफलता की संभावना कम होती है, लेकिन हर अगला इंजेक्शन पिछले जितना ही असर करता रहता है।

ज़्यादातर लोगों को सर्जरी की ज़रूरत नहीं पड़ेगी। हम इस पर तब विचार करते हैं जब बिना ऑपरेशन के इलाज से काफ़ी सुधार नहीं हुआ है, या जब दर्द के साथ-साथ अंगूठा अटकता और लॉक होता है, जो आम तौर पर अपने आप शांत नहीं होता। ऑपरेशन में सुरंग की कसी हुई छत को खोला (रिलीज़ किया) जाता है, ताकि टेंडन फिर से आज़ादी से सरक सकें। यह एक छोटा ऑपरेशन है, और इसका अपना अलग पेज है जिसमें बताया गया है कि इसमें क्या किया जाता है।

क्या उम्मीद करें

ज़्यादातर लोगों में यह समस्या जल्दी अपने आप ग़ायब नहीं होती। जिन लोगों को यह होती है, उनमें से ज़्यादातर को कुछ न करने पर एक साल बाद भी लक्षण रहते हैं, और दर्द धीरे-धीरे कम होने के बजाय इस्तेमाल से भड़कता रहता है। कुछ थोड़े-से लोगों (लगभग तीन में से एक) को आख़िरकार दो साल के भीतर सर्जरी की ज़रूरत पड़ेगी, और जिन्हें इसकी ज़रूरत पड़ती है, उनमें से ज़्यादातर पहले साल के भीतर ही उस मोड़ पर पहुंच जाते हैं।

इलाज के साथ आगे की तस्वीर अच्छी है, और यह बात ईमानदारी से कही जा सकती है। कॉर्टिसोन का एक ही इंजेक्शन 70% लोगों में लक्षणों को पूरी तरह शांत कर देता है, और दूसरा इंजेक्शन और 10% लोगों को ठीक कर देता है। कुल मिलाकर, दो इंजेक्शनों के भीतर 73.4% बार इंजेक्शन सफल होते हैं। जब सर्जरी की ज़रूरत होती है, तो वह अच्छा काम करती है: 88% लोग बाद में पूरी तरह संतुष्ट होते हैं, और यह ऑपरेशन 91% मामलों में समस्या को ठीक कर देता है।

ठीक होना कैसा लगता है, यह इस पर निर्भर करता है कि आप कौन-सा रास्ता अपनाते हैं। इंजेक्शन के बाद, सुरंग के अंदर की सूजन शांत होने के साथ दुखन आम तौर पर दिनों से सप्ताहों में कम हो जाती है। सर्जरी के बाद टेंडन फिर से आज़ादी से सरकते हैं, और खुले तरीके की तुलना में दूरबीन वाले (एंडोस्कोपिक) तरीके से सुधार आम तौर पर जल्दी आता है। सर्जरी के बाद हैंड थेरेपी एक्सटेंड रिहैबिलिटेशन (Extend Rehabilitation) में रूबी डूलन के साथ होती है। रूबी एक हैंड थेरेपिस्ट (हाथ की विशेषज्ञ थेरेपिस्ट) हैं: वे आपकी थेरेपी का निर्देशन करती हैं और जिस भी स्प्लिंट की ज़रूरत हो, उसे बनाती हैं।

कुछ बातें पहले से जान लेना अच्छा है। अगर आपको डायबिटीज़ या मेटाबॉलिक सिंड्रोम (स्वास्थ्य समस्याओं का एक समूह, जिसमें हाई ब्लड प्रेशर और पेट के आसपास का वज़न शामिल हैं) है, तो दूसरे लोगों की तुलना में आपके लिए इंजेक्शन से सफलता की संभावना कम होती है। आप इस समस्या के बारे में कैसे सोचते हैं, यह भी मायने रखता है: जो लोग सबसे बुरा होने की आशंका रखते हैं, वे ज़्यादा दर्द और कम काम-काज बताते हैं, इसलिए इस समस्या के मतलब को लेकर डर के बजाय सही उम्मीदें रखना मददगार होता है।

अगर आपके लक्षण ठीक नहीं हो रहे, सप्ताहों में बिगड़ते जा रहे हैं, रात में आपकी नींद खोल देते हैं, या आपको काम करने या अपना हाथ इस्तेमाल करने से रोकते हैं, तो अपने जीपी को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच के लिए कहें।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

डॉक्टर को कब दिखाएं

इस समस्या के ज़्यादातर चेतावनी वाले लक्षण ऊपर पहले हिस्से में पहले ही बताए जा चुके हैं: ऐसा दर्द जो ठीक नहीं हो रहा, सप्ताहों में बिगड़ता जा रहा है, रात में आपकी नींद खोल देता है, या आपको काम करने या अपना हाथ इस्तेमाल करने से रोकता है। अगर इनमें से कोई भी बात आप पर लागू होती है, तो अपने जीपी को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच के लिए कहें।

एक लक्षण का यहां दोबारा ज़िक्र करना ज़रूरी है। अगर दर्द के साथ-साथ आपका अंगूठा अटकता है या लॉक हो जाता है, तो आप जिससे भी मिलें, उसे यह बताएं। समस्या का यह रूप आम तौर पर सिर्फ़ आराम या सिर्फ़ स्प्लिंट से शांत नहीं होता, और इससे यह बदल जाता है कि कौन-से इलाज अच्छा काम करेंगे, इसलिए इसके अपने आप ठीक होने का इंतज़ार करने के बजाय इसके बारे में जल्दी बताना उचित है।

यही सलाह तब भी लागू होती है जब दर्द सामान्य जगह से थोड़ा हटकर हो, जैसे अग्रबाहु में थोड़ा ऊपर या अंगूठे की जड़ पर। कई दूसरी समस्याएं भी इसी जैसी लग सकती हैं, और उनका इलाज अलग होता है। ध्यान से की गई जांच से पता चलता है कि आपको इनमें से कौन-सी समस्या है।

अगर आपका हाथ या बांह गर्म, लाल, सूजी हुई और दर्दनाक हो जाए, ख़ासकर बुखार के साथ, या आपकी उंगलियां फीकी (सफ़ेद पड़ी हुई), ठंडी, सफ़ेद या नीली पड़ जाएं, तो उसी दिन इमरजेंसी विभाग जाएं।

विस्तार से

यह हिस्सा आपके अपने इलाज से जुड़े फ़ैसलों के लिए ज़रूरी जानकारी से आगे जाता है। डी क्वेरवेन टेनोसिनोवाइटिस के बारे में यह अतिरिक्त जानकारी पढ़ने लायक है, क्योंकि एक छोटा-सा बनावटी अंतर (एनाटॉमिकल वेरिएंट) उस ऑपरेशन के बाद होने वाली ज़्यादातर असंतुष्टि की वजह है जो वैसे भरोसेमंद है, और क्योंकि बिना ऑपरेशन वाले इलाज का सबसे अच्छा नतीजा दो इलाजों में से एक चुनने से नहीं, बल्कि दोनों को मिलाने से मिलता है।

दोनों को मिलाना, किसी एक से बेहतर है

फ़र्स्ट डॉर्सल कम्पार्टमेंट कलाई के अंगूठे वाली तरफ़ एक सुरंग में दो टेंडनों को रखता है। इलाज का उद्देश्य उस सुरंग की सूजन (इन्फ्लेमेशन) को शांत करना और उससे होकर गुज़रने वाले भार को कम करना है।

823 मरीज़ों के एक नेटवर्क मेटा-एनालिसिस ने निष्कर्ष निकाला कि **थोड़े समय तक स्थिर रखने (इमोबिलाइज़ेशन) के साथ कॉर्टिकोस्टेरॉयड इंजेक्शन ही मुख्य और असरदार इलाज बना हुआ है**, और एक्स्ट्राकॉर्पोरियल शॉकवेव थेरेपी (शरीर के बाहर से दी जाने वाली ध्वनि-तरंग थेरेपी) एक दूसरा विकल्प है [1]। अलग-अलग हिस्सों को सीधे देखने पर, **ऑर्थोसिस (स्प्लिंट) और कॉर्टिकोस्टेरॉयड इंजेक्शन को मिलाकर किया गया इलाज, दोनों में से किसी एक इलाज से ज़्यादा असरदार है** [2]।

यह "पहले स्प्लिंट आज़माएं, और अगर वह काम न करे तो इंजेक्शन" से ज़्यादा ठोस निर्देश है। प्रमाण दोनों को एक साथ करने का समर्थन करते हैं, जिसमें इंजेक्शन के बाद स्प्लिंट को एक तय, छोटी अवधि के लिए पहना जाता है।

दूसरा इंजेक्शन अब भी लेने लायक है

जहां लक्षण लौट आते हैं, वहां अपने आप यह नतीजा निकाल लिया जाता है कि इंजेक्शन नाकाम हो गए हैं और सर्जरी की ओर बढ़ना चाहिए। मरीज़ों के एक बड़े समूह के आंकड़े कुछ और कहते हैं: हालांकि **कई इंजेक्शनों के साथ सफलता की दर घटती है**, फिर भी **दोबारा दिए गए इंजेक्शनों की सफलता दर ऊंची है और वे एक व्यावहारिक क्लिनिकल विकल्प हैं** [3]।

दोहराने के साथ सफलता का घटना अपेक्षित है। लेकिन कम सफलता दर का मतलब बेकार होना नहीं है, और दूसरा इंजेक्शन टालमटोल की चाल नहीं, बल्कि एक उचित कदम बना रहता है।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

वह बनावटी अंतर जो सर्जरी की ज़्यादातर निराशा की वजह है

फ़र्स्ट डॉर्सल कम्पार्टमेंट का रिलीज़ असरदार है, और जहां यह निराश करता है, वहां आम तौर पर कोई ख़ास वजह होती है। असंतुष्टि **अधूरे रिलीज़, टेंडन के अपनी जगह से आंशिक रूप से खिसकने (सबलक्सेशन), नर्व की चोट, या सिर्फ़ रिकवरी में लगने वाले समय** के कारण हो सकती है, और **एक्सटेंसर पॉलिसिस ब्रेविस का ऐसा अलग आवरण (सबशीथ) जिसे पहचाना और खोला न गया हो, असंतुष्टि का एक अलग स्रोत है** [4]।

इसे खोलकर समझना ज़रूरी है, क्योंकि इस हिस्से की यह सबसे उपयोगी बात है। काफ़ी सारे लोगों में यह कम्पार्टमेंट एक सुरंग नहीं बल्कि दो होता है, जिसमें एक्सटेंसर पॉलिसिस ब्रेविस टेंडन दूसरे टेंडन के बगल में अपने अलग आवरण (शीथ) में चलता है। जो रिलीज़ मुख्य कम्पार्टमेंट को खोलकर रुक जाता है, वह उस दूसरे आवरण को जैसा का तैसा छोड़ देता है, और उसके अंदर का टेंडन दबा ही रहता है। कलाई खोली जाती है, ऑपरेशन बताए गए तरीके से पूरा किया जाता है, और फिर भी लक्षण बने रहते हैं।

इसी वजह से बताए गए दो दूसरे कारण भी मायने रखते हैं: बहुत ज़्यादा खोल देने से कलाई हिलाने पर टेंडन अपनी खांचे (ग्रूव) से बाहर खिसक सकते हैं, जिससे दर्द भरा झटका (स्नैप) महसूस होता है, और रेडियल नर्व की सतही शाखा ठीक ऑपरेशन वाली जगह के ऊपर से गुज़रती है। कम्पार्टमेंट को पूरी तरह खोलना ज़रूरी है, लेकिन ज़रूरत से ज़्यादा नहीं, और बीच में एक नर्व भी होती है, इसीलिए देखने में छोटे इस ऑपरेशन में भी उतनी ही सावधानी चाहिए जितनी किसी बड़े ऑपरेशन में।

कलाई के अंगूठे वाली तरफ़ का हर दर्द डी क्वेरवेन नहीं होता

इस हिस्से के दर्द के कुछ दूसरे संभावित कारण (डिफ़रेंशियल डायग्नोसिस) जानने लायक हैं, क्योंकि उनके इलाज अलग होते हैं: अंगूठे के निचले हिस्से में गठिया (आर्थराइटिस), अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा) में कुछ सेंटीमीटर और ऊपर होने वाला इंटरसेक्शन सिंड्रोम, और रेडियल नर्व का इरिटेशन (नर्व का परेशान हो जाना), ये सभी एक-दूसरे से मिलते-जुलते इलाके में दर्द पैदा कर सकते हैं। ठीक कम्पार्टमेंट के ऊपर एक सीमित जगह पर छूने से दर्द होना, और अंगूठे को हथेली में दबाकर कलाई को छोटी उंगली की ओर मोड़ने (अल्नर डेविएशन) पर दर्द का फिर से उभरना, यही बताता है कि समस्या पड़ोसी हिस्सों में नहीं बल्कि टेंडन के आवरण में है।

संदर्भ

[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

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au