



ٹلی ایف سی سی (TFCC) کی چوٹ

ٹرائینگولر فائبروکارٹیلج کمپلیکس (TFCC)، کلائی کی چھوٹی انگلی والی طرف۔

4.0 © ① © Kieran Hirpara

اس صفحے کا ترجمہ مشین سے کیا گیا ہے اور ابھی تک کسی ڈاکٹر نے اس کی جانچ نہیں کی۔ انگریزی نسخہ ہی مستند ہے۔

آپ کو کیا محسوس ہوتا ہے

درد آپ کی کلائی کی چھوٹی انگلی والی طرف ہوتا ہے، جسے الٹا والی طرف (ulnar side) کہا جاتا ہے۔ یہ اکثر اس وقت بڑھ جاتا ہے جب آپ اس طرف بوجھ ڈالتے ہیں: کرسی سے اٹھنے کے لیے زور لگانا، مرتبان کو مضبوطی سے پکڑنا، یا کوئی بھاری چیز اٹھانے ہوئے دروازے کا ہینڈل کھمانا۔ کپڑا نچوڑنے یا پیچ کس استعمال کرنے جیسی مروڑنے والی حرکتیں بھی درد شروع کر سکتی ہیں۔

کچھ لوگ محسوس کرتے ہیں کہ کلائی غیر مستحکم ہے، جیسے وہ جواب دے جانے لگی، یا بازو کا نچلا حصہ (forearm) گھومنے پر اس میں کھٹکا ہوتا ہے۔ کچھ دوسرے لوگوں کو ایسا درد رہتا ہے جو دیر تک رہتا ہے اور اسٹپن پر اس کی کوئی واضح وجہ نظر نہیں آتی، جو کلائی کے اس حصے میں عام بات ہے۔ دھن سرگرمی کے بعد زیادہ ہو سکتی ہے، اور رات کو یا صبح جاگنے پر آپ کو تنگ کر سکتی ہے۔

روزمرہ زندگی میں وہ کام مشکل ہو جاتے ہیں جن میں مضبوط گرفت اور مروڑنا دونوں شامل ہوں: پھنسا ہوا ڈھکن کھولنا، اسی طرف سودے کا بھاری تھیلا اٹھا کر لے جانا، یا بچی نشست سے کھڑے ہونے کے لیے ہاتھ پر ٹیک لگانا۔ ایسا کام جس میں اوزار استعمال ہوں یا کلائی پر بار بار زور پڑے، درد کو جاری رکھ سکتا ہے۔

اگر آپ کی علامات کم نہیں ہو رہیں، ہفتوں کے دوران بدتر ہو رہی ہیں، رات کو آپ کو جگا دیتی ہیں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتی ہیں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر (GP) سے ملیں یا ماہر سے معائنہ کروانے کا کہیں۔

در اصل کیا ہو رہا ہے

آپ کی کلائی کے اندر، چھوٹی انگلی والی طرف، ایک ڈھانچہ ہوتا ہے جسے ٹرائینگولر فائبروکارٹیلج کمپلیکس (triangular fibrocartilage complex)، یا ٹلی ایف سی سی (TFCC) کہتے ہیں۔ اسے ایک جھٹکا جذب کرنے والا پرزہ سمجھیں جس کے ساتھ رسیاں بندھتی ہوں۔ جھٹکا جذب کرنے والا پرزہ سخت اور چلنے کا ریلج (cartilage) کی ایک ڈسک ہے جو آپ کی الٹا (ulna)، یعنی اس طرف کی بازو کے پچلے حصے کی ہڈی، کے سرے اور کلائی کی چھوٹی ہڈیوں کے درمیان ہوتی ہے۔ رسیاں لیگامنٹس (ligaments)، یعنی وہ مضبوط بندھن جو ایک ہڈی کو دوسری ہڈی سے جوڑتا ہے، ہیں جو اس ڈسک کو الٹا سے باندھے رکھتے ہیں اور اس جوڑ کو مستحکم رکھتے ہیں جہاں بازو کے پچلے حصے کی دونوں ہڈیاں کلائی پر ملتی ہیں۔

ٹی ایف سی سی ایک ساتھ دو کام کرتی ہے۔ یہ آپ کی کلائی کی الٹا والی طرف سے گزرنے والے بوجھ کے لیے گدی کا کام کرتی ہے، اور جب آپ اپنی ہتھیلی اوپر اور نیچے کھاتے ہیں تو بازو کے پچھلے حصے کے اس جوڑ کو الٹھا رکھتی ہے۔ یہی دوہرا کردار ان دو اندازوں کی وضاحت کرتا ہے جن کے بارے میں آپ نے اوپر پڑھا۔ جب گدی والا حصہ پھٹ جاتا ہے، تو اس طرف بوجھ ڈالنے سے درد ہوتا ہے: کرسی سے اٹھنے کے لیے زور لگانا، پکڑنا، مروڑنا۔ جب رسیاں الٹا پر اپنی جڑنے کی جگہ سے پھٹ کر الگ ہو جاتی ہیں، تو خود جوڑ کا سہارا ختم ہو جاتا ہے، اس لیے کلائی ایسی محسوس ہوتی ہے جیسے جواب دے جانے کی، یا بازو کا پچھلا حصہ کھومنے پر اس میں کھٹکا ہوتا ہے۔ دوسرا انداز زیادہ اہم ہے، کیونکہ لیگنٹ والا حصہ ہی جوڑ کو الٹھا رکھتا ہے۔

اس جگہ کے بارے میں ایک اور بات جاننے کے قابل ہے۔ ٹی ایف سی سی کے صرف بیرونی کنارے کو خون کی فراہمی ملتی ہے، جو تقریباً اس کا بیرونی 10 سے 40 فیصد حصہ ہے۔ اندرونی حصے کو تقریباً کوئی خون نہیں ملتا۔ خون ہی سے زخم بھرتا ہے، اس لیے کنارے کے قریب کے پھٹاؤ کے جڑنے کا حقیقی امکان ہوتا ہے، جبکہ درمیان کے پھٹاؤ عموماً خود سے ٹھیک نہیں ہوتے۔ اسی لیے یہاں کا پھٹاؤ دھن پیدا کرتا رہ سکتا ہے: خراب بافت ایسی جگہ پر ہوتی ہے جہاں جسم کو اس کی مرمت میں مشکل ہوتی ہے، اور ہر گرفت یا مروڑ اس پر بوجھ ڈالتا رہتا ہے۔

لہذا درد، کھٹکا اور کلائی کا جواب دے جانا الگ الگ مسائل نہیں ہیں۔ یہ اس وقت ہوتے ہیں جب گدی اور سہارے کا کام کرنے والا یہ ڈھانچہ، جو آپ کے ہاتھ کی ہر حرکت کے ساتھ بوجھ اٹھاتا ہے، اپنے دونوں کام نہیں کر پاتا۔

ہم اس کے لیے کیا کر سکتے ہیں

ڈاکٹر کیرن ہیرا، جو Mater Private Hospital Rockhampton میں بازو اور ہاتھ کے سرجن (upper-limb surgeon) ہیں، سب سے کم چیر پھاڑ والے ان طریقوں سے آغاز کرتے ہیں جو آپ کی حالت کے لیے موزوں ہوں۔ مریض عموماً اپنے فیملی ڈاکٹر (GP) کے ذریعے ہمارے کلینک بھیجے جاتے ہیں؛ اگر کسی فزیوتھراپسٹ نے آپ کو ہمیں دکھانے کا مشورہ دیا ہے، تب بھی میڈیکینر (Medicare) کی رقم واپسی کا حق دار ہونے کے لیے آپ کو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ریفرل (referral) کی ضرورت ہوگی۔ اس پہلی ملاقات میں ہم آپ کی تکلیف کی تاریخ لیتے ہیں، آپ کی کلائی کا معائنہ کرتے ہیں، اور اگر ضرورت ہو تو اسکین کرواتے ہیں تاکہ معلوم ہو سکے کہ کیا پھٹا ہے۔

ٹی ایف سی سی کے کچھ پھٹاؤ آپریشن کے بغیر ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ اسپلنٹ کلائی کو بے حرکت رکھ سکتا ہے اور دکھتی جگہ سے بوجھ ہٹا سکتا ہے، جبکہ بیرونی کنارے کو، یعنی اس حصے کو جسے خون ملتا ہے، جڑنے کا موقع ملتا ہے۔ ہینڈ تھراپی (ہاتھ کی بحالی کا علاج) کا مقصد درد کم کرنا اور طاقت اور گرفت دوبارہ بنانا ہے تاکہ کلائی پھر سے روزمرہ کے بوجھ سنبھال سکے۔ یہ اندازہ لگانے سے پہلے کہ یہ کام کر رہا ہے یا نہیں، ہم عموماً اسے کئی ہفتوں کا مناسب وقت دیتے ہیں۔

دردکش گولیاں اور سوزش کم کرنے والی دوائیں پھٹاؤ کے ٹھیک ہونے کے دوران آپ کو حرکت میں رہنے میں مدد دے سکتی ہیں۔ یہ بافت کی مرمت نہیں کرتیں، بلکہ دنوں کو زیادہ آرام دہ بناتی ہیں۔

اگر اس کے بعد بھی درد یا کھٹکا آپ کو محدود کرتا ہو، تو ہم سرجری کے بارے میں بات کرتے ہیں۔ معیاری پہلا قدم دورین کے ذریعے آپریشن (keyhole) ہے، جسے کلائی کی آرتھروسکوپ (wrist arthroscopy) دورین سے جوڑ کے اندر دیکھ کر علاج کہتے ہیں۔ سرجن ایک ننھے کیمرے کی مدد سے چھوٹے چیلوں کے ذریعے جوڑ کے اندر دیکھتے ہیں، جو ٹی ایف سی سی کے پھٹاؤ کی تصدیق کرنے اور ساتھ ہی لیگمنٹوں اور جوڑ کی سطحوں کو جانچنے کا سب سے درست طریقہ ہے۔ کچھ پھٹاؤ انہی چھوٹے چیلوں کے ذریعے تراش کر صاف کیے جاسکتے ہیں یا ان کی مرمت کی جاسکتی ہے۔ جہاں گدی ٹھس چلی ہو اور کلائی کی چھوٹی انگلی والی طرف پر بہت زیادہ بوجھ پڑ رہا ہو، وہاں ایک طریقے سے الٹا کے سرے سے تھوڑا سا حصہ تراشا جاسکتا ہے تاکہ اس طرف سے دباؤ کم ہو۔ پھٹاؤ کو صاف کرنے، اس کی مرمت کرنے، یا ٹینڈن (tendon)، یعنی وہ مضبوط ڈوری جو پٹھے کو ہڈی سے جوڑتی ہے، کے گرافٹ (graft)، جسم کے کسی دوسرے حصے سے لیا گیا ٹکڑا) سے اسے دوبارہ بنانے کے درمیان انتخاب اس بات پر منحصر ہے کہ پھٹاؤ کہاں ہے اور کتنے عرصے سے ہے۔

یہ فیصلہ ہم آپ کے ساتھ مل کر کرتے ہیں۔ ہم آپ کو بتاتے ہیں کہ ہر طریقے میں کیا شامل ہے اور یہ کیا بدل سکتا ہے اور کیا نہیں، اور آپ فیصلہ کرتے ہیں کہ آپ کی کلائی اور آپ کی زندگی کے لیے کیا موزوں ہے۔

کیا توقع رکھیں

بہت سے لوگوں میں ٹی ایف سی سی کا پھٹاؤ وقت اور درست دیکھ بھال سے ٹھیک ہو جاتا ہے۔ بیرونی کنارے کے قریب کے پھٹاؤ، جہاں خون کی فراہمی ہوتی ہے، خود سے یا اسپلنٹ کی مدد سے جڑنے کا حقیقی امکان رکھتے ہیں۔ گدی میں زیادہ گہرائی والے پھٹاؤ عموماً خود سے ٹھیک نہیں ہوتے، لیکن کلانی کو آرام دینے اور اس پر کم بوجھ ڈالنے سے درد پھر بھی کم ہو سکتا ہے۔

صحت یابی اچانک کے بجائے بتدریج ہوتی ہے۔ زیادہ تر لوگ دیکھتے ہیں کہ دھن دنوں کے بجائے ہفتوں میں کم ہوتی ہے، اور کلانی کے سنبھلنے کے ساتھ گرفت اور مروڑنے کی طاقت واپس آتی ہے۔ اگر چھوٹی انگلی والی طرف کے صرف ایک الگ تھلک پھٹاؤ کے لیے آپ کا دورین کے ذریعے آپریشن ہو، تو کام پر واپسی کا اوسط وقت 5.5 ہفتے ہے۔ کھلاڑیوں کو اپنے کھیل پر واپسی میں زیادہ وقت لگ سکتا ہے، خاص طور پر اگر کلانی کی اسی طرف دوسری چوٹیں بھی ہوں۔ ایک بات جاننے کے قابل ہے: اگر الناکا سر کلانی میں دب کر درپیدا کر رہا ہو، تو کھیل پر واپسی کے بعد یہ درد عموماً لوٹ آتا ہے۔

اگر پھٹاؤ کو ایسے ہی چھوڑ دیا جائے، تو آگے کی صورتحال اس بات پر منحصر ہے کہ کون سا حصہ خراب ہوا ہے۔ کنارے کا پھٹاؤ پر سکون ہو سکتا ہے۔ درمیان کا پھٹاؤ، یا ایسا پھٹاؤ جس میں لیگانٹ کی رسیاں ڈھیلی ہو کر الگ ہو گئی ہوں، اکثر ہر گرفت اور مروڑ کے ساتھ دھن پیدا کرتا رہتا ہے، کیونکہ وہ بافت ایسی جگہ پر ہوتی ہے جہاں جسم کو اس کی مرمت میں مشکل ہوتی ہے۔ کلانی کے جواب دے جانے کا احساس بھی برقرار رہ سکتا ہے۔

سرجری درد سے مکمل پاک کلانی کا وعدہ نہیں کرتی۔ جن لوگوں کا کلانی کے پرانے درد کے لیے دورین کے ذریعے آپریشن ہوا، ان میں ایک سال پر اوسطاً تقریباً 50 فیصد بہتری آتی، اور اس وقت بھی زیادہ تر کو کچھ درد اور اکڑاؤ تھا۔ سرجری جو کام اچھی طرح کرتی ہے وہ یہ ہے کہ ٹھیک ٹھیک تصدیق کرے کہ کیا پھٹاؤ ہے اور جس کی مرمت ہو سکتی ہے اس کی مرمت کرے، جس کا مطلب عموماً کم درد اور ایسی کلانی ہوتا ہے جو پھر سے روزمرہ کے بوجھ سنبھال سکے۔

اگر آپ کی علامات کم نہیں ہو رہیں، ہفتوں کے دوران بدتر ہو رہی ہیں، رات کو آپ کو جگا دیتی ہیں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتی ہیں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ملیں یا ماہر سے معائنہ کروانے کا کہیں۔

ڈاکٹر کو کب دکھائیں

ٹی ایف سی سی کے زیادہ تر پھٹاؤ ایمر جنسی نہیں ہوتے۔ چند صورتیں ایمر جنسی ہوتی ہیں۔ اگر آپ کی کلانی گرم، سرخ، سوجی ہوئی اور دردناک ہو جائے، خاص طور پر بخار کے ساتھ، تو اسی دن ہسپتال کی ایمر جنسی جائیں، کیونکہ یہ ایسے انفیکشن کی طرف اشارہ ہے جس کا اسی دن علاج ضروری ہے۔ یہی بات اس وقت بھی لاگو ہوتی ہے اگر آپ کی انگلیاں یا ہاتھ سفید پڑ جائیں، ٹھنڈے ہو جائیں، بالکل سفید یا نیلے ہو جائیں، یا اگر کسی چوٹ کے بعد اچانک ہاتھ میں احساس یا حرکت ختم ہو جائے۔ باقی تمام صورتوں میں، وقت کا تعلق رفتار سے نہیں بلکہ اس بات سے ہے کہ تکلیف کتنی دیر سے برقرار ہے۔ اگر کلانی کی چھوٹی انگلی والی طرف درد 3 ماہ سے زیادہ عرصے سے ہو اور آرام، اسپلنٹ یا ہینڈ تھراپی سے ٹھیک نہ ہوا ہو تو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ملیں۔ اگر کلانی غیر معمولی محسوس ہو، جواب دے جائے، یا ہتھیلی اوپر اور نیچے گھماتے وقت اس میں کھٹکا ہو، تو اس سے پہلے ہی ماہر سے معائنہ کروانے کا کہیں، کیونکہ اس سے لگتا ہے کہ ٹی ایف سی سی کا لیگانٹ والا حصہ پھٹ کر الگ ہو گیا ہے۔ ایسا درد جو آپ کو کام کرنے سے روکے، رات کو جگا دے، یا دھن جاری رہنے کے باوجود اسکیں صاف آئیں، اس کے لیے بھی ماہر کی رائے لینا مناسب ہے، کیونکہ اس جگہ کو اکثر اس سے زیادہ قریب سے دیکھنے کی ضرورت ہوتی ہے جتنا صرف اسکیں دکھا سکتے ہیں۔

مزید تفصیل

یہ حصہ آپ کے اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے ضروری معلومات سے آگے جاتا ہے۔ ٹرائینگولر فائبر وکارٹیلج کمپلیکس کی چوٹ کے بارے میں اضافی مطالعہ اس لیے فائدہ مند ہے کہ آپریشن کی تکنیکوں کے بارے میں جو بحثیں زیادہ زیر بحث رہتی ہیں ان میں کوئی واضح فرق سامنے نہیں آیا، جبکہ آپریشن کے بعد کے طریقہ کار کی ایک تفصیل، جس پر بہت کم توجہ دی جاتی ہے، اہم معلوم ہوتی ہے۔

یہ ڈھانچہ دراصل کیا کام کرتا ہے

ٹی ایف سی سی (TFCC) کارٹلیج کی ایک ڈسک ہے جس کے گرد لیگامنٹ کا ایک جھولا نما گھیرا ہوتا ہے، اور یہ الٹا (ulna)، چھوٹی انگلی والی طرف کی ہڈی، کے سرے اور کلائی کی ہڈیوں (carpal bones) کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ ایک ہی وقت میں دو کام کرتی ہے: کلائی کی الٹا والی طرف سے گزرنے والے وزن کے بھٹکے کو جذب کرتی ہے، اور کلائی پر بازو کی دونوں ہڈیوں کے درمیان کے جوڑ کو مستحکم رکھتی ہے، یعنی ڈسٹل ریڈیو انرنریوٹ (distal radioulnar joint)۔

یہ دوہرا کردار بتاتا ہے کہ یہاں کی چوٹیں دو مختلف طریقوں سے کیوں ظاہر ہوتی ہیں۔ وہ پھٹاؤ جو زیادہ تر ڈسک کو متاثر کرے، وزن ڈالنے، گرسی سے زور لگا کر اٹھنے، پکڑنے اور مروڑنے پر درپیدا کرتا ہے۔ وہ پھٹاؤ جو گہرے ریشوں کو الٹا پر ان کی جڑنے کی جگہ، یعنی فوویئل (foveal) سے الگ کر دے، عدم استحکام پیدا کرتا ہے، جس میں محسوس ہوتا ہے کہ بازو کھمباتے وقت کلائی جواب دے جاتی ہے یا اس میں کھٹکے کی آواز آتی ہے۔ دوسری قسم زیادہ اہم ہے، کیونکہ لیگامنٹ کا یہی جڑاؤ جوڑ کو الٹھا رکھتا ہے۔

ایم آر آئی درست ہے، مگر ایک شرط کے ساتھ جو جاننے کے قابل ہے

تشخیص کا بڑا انحصار اسکین پر ہوتا ہے۔ 1,298 مریضوں میں ایم آر آئی کی مجموعی درستگی قابل قبول تھی، اور کنارے کے پھٹاؤ (peripheral tears) کے لیے مجموعی درستگی نسبتاً زیادہ تھی، اور مناسب ترتیبات کے ساتھ کیے گئے ایم آر آئی کو پھٹاؤ کی مختلف اقسام کی تشخیص کا ایک مثالی طریقہ قرار دیا گیا [1]۔

شرط لفظ "کنارے" میں ہے۔ ایم آر آئی اس کمپلیکس کے پروفی حصے میں سب سے اچھا کام کرتا ہے، جہاں خون کی فراہمی بہتر ہے، اور یہی وہ جگہ ہے جہاں مرمت کے قابل پھٹاؤ ہوتے ہیں۔ درمیانی اور گھٹاؤ والے پھٹاؤ، اور فوویئل جڑاؤ کی سیج حالت، کو واضح کرنا زیادہ مشکل ہے، اسی لیے اسکین کے ساتھ ساتھ معائنے کے نتائج اور بھی بہتر آرتھروسکوپي بھی اہمیت رکھتے ہیں۔

تکنیکوں کے موازنے میں فرق سامنے نہیں آتا

آپریشن کے بارے میں دو بحثیں بار بار سامنے آتی ہیں، اور ان میں سے کوئی بھی حل نہیں ہوتی۔

الٹا والی طرف کے عام، کنارے کے پھٹاؤ کے لیے، 240 مریضوں کے ایک منظم جائزے (systematic review) میں دوہرے کے ذریعے اور کھلے آپریشن سے مرمت کے بارے میں ٹھوس نتیجہ اخذ کرنے کے لیے اعلیٰ معیار کے شواہد کی کمی پائی گئی، اور کوئی سائنسی ثبوت نہیں ملا کہ ایک تکنیک دوسری سے بہتر ہے [2]۔

فوویئل مرمت کے لیے، 904 مریضوں میں سیوچر اینکر (suture anchor)، یعنی ہڈی میں لگایا جانے والا چھوٹا پرزہ جو ٹانگوں کے دھاگے کو تھامتا ہے، اور ہڈی کے اندر سے گزارے جانے والے ٹانگوں (transosseous suture) کا موازنہ کیا گیا، اور دونوں سے کام کرنے کی صلاحیت، درد اور گرفت کی طاقت میں بہتری آئی اور دوبارہ آپریشن کی شرح کم رہی، اگرچہ حرکت کی حد کا موازنہ غیر حتمی رہا [3]۔

مستقل پیغام یہ ہے کہ مرمت کو جڑاؤ بحال کرنا ضروری ہے؛ اس کے لیے استعمال ہونے والے پرزوں سے نتیجہ بدلتا ہوا ثابت نہیں ہوا۔

آپریشن کے بعد کی وہ تفصیل جو واقعی اہم معلوم ہوتی ہے

یہاں شواہد زیادہ فرق واضح کرتے ہیں، اور عملی طور پر مفید ہیں۔ فوویئل ٹی ایف سی سی مرمت کے بعد حرکت روکنے کے طریقوں کا 288 مریضوں میں موازنہ کرنے پر معلوم ہوا کہ آپریشن کے بعد حرکت روکنے میں کہنی کی حرکت روکنے کے مقابلے میں بازو کے گھماؤ کو روکنا زیادہ فائدہ مند ہو سکتا ہے، اور کہنی کو موڑنے اور سیدھا کرنے پر اضافی پابندی نے کوئی مستقل فائدہ نہیں دکھایا [4]۔

یہ براہ راست جسم کی ساخت سے نکلتا ہے۔ مرمت شدہ حصے پر زور بازو کے گھماؤ سے پڑتا ہے، کہنی موڑنے سے نہیں، اس لیے اسپلنٹ کو ہتھیلی کے اوپر اور نیچے کھومنے کو قابو میں رکھنا چاہیے۔ اکثر کہنی سے اوپر تک کا پلستر اس مقصد کو بالواسطہ طور پر پورا کرنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے، کیونکہ کہنی کو کھومنے سے روکنا ہے، اور یہ شواہد بتاتے ہیں کہ کہنی والا حصہ وہ نہیں جو اصل کام کرتا ہے۔ مریض کے لیے، چھ ہفتے ایسی بریس میں گزارنا جس میں کہنی آزاد رہے، کہنی سے اوپر تک کے پلستر میں چھ ہفتے گزارنے سے کافی مختلف تجربہ ہے۔

Wang ZX, Chen SL, Wang QQ, Liu B, Zhu J, Shen J. The performance of magnetic resonance imaging in the [1]
 .detection of triangular fibrocartilage complex injury: a meta-analysis. J Hand Surg Eur Vol. 2015;40(5):477-84
<https://doi.org/10.1177/1753193414567425>

Robba V, Fowler A, Karantana A, Grindlay D, Lindau T. Open versus arthroscopic repair of 1 B ulnar-sided triangular [2]
[/https://doi.org .fibrocartilage complex tears: a systematic review. Hand \(N Y\). 2019;15\(4\):456-64](https://doi.org/10.1177/1558944718815244)
[10.1177/1558944718815244](https://doi.org/10.1177/1558944718815244)

Ma H, Wang J, Yang C. Effectiveness of suture anchor and transosseous suture technique in arthroscopic triangular [3]
[/:https .fibrocartilage complex foveal repair: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2024;19\(1\)](https://doi.org/10.1186/s13018-024-04530-4)
doi.org/10.1186/s13018-024-04530-4

Lee J, Lee T, Lee S, Lim H, Chang E, Park MO, et al. Postoperative immobilization after foveal triangular [4]
 .fibrocartilage complex repair: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2026;51(5):512.e1-512.e11
<https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2026.01.029>