

Comparing the Outcomes of Minimal Incision and Double Incision in Treatment of Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Controlled Trial

Ilia Roshani¹,
Nasser Janmohammadi²,
Karimollah Hajian-Tilaki³,
Masoud Bahrami Frydoni⁴

¹ Orthopedic Specialist, Student Research Committee, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

² Professor, Department of Orthopedics, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

³ Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁴ Assistant Professor, Clinical Research Development Centre, Shahid Beheshti Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

(Received February 26, 2020 ; Accepted May 19, 2020)

Abstract

Background and purpose: Carpal tunnel syndrome is the most prevalent neuropathy caused by trapping and median nerve compression in the wrist. This study aimed at comparing the effects of minimal incision and double incision in treatment of patients with carpal tunnel syndrome.

Materials and methods: This randomized controlled trial was performed in 50 patients with carpal tunnel syndrome attending Shahid Beheshti and Ayatollah Rouhani hospitals in Babol, Iran, candidates for surgery. The patients were divided into two groups using random number table to have either minimal incision (n=25) or double incision (n=25). All patients completed the Boston Carpal Tunnel Syndrome Questionnaire (BCTQ) and Visual Analogue Scale (VAS) before and three months after the surgery.

Results: The patients included 40 (80%) males and 10 (20%) females. The mean age of the patients was 51.78±8.22 years old. The mean scores for paresthesia, numbness, pain, weakness, nighttime symptoms and functional status (according to BCTQ), and also mean VAS score significantly reduced after the intervention in both groups (P<0.001). The mean scores for these parameters were not significantly different between the two groups neither before nor after the treatment.

Conclusion: The results of treatment with minimal incision and double incision were not different, but minimal incision is suggested as a selective therapeutic approach due to smaller cut.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20160508027797N5)

Keywords: Carpal tunnel syndrome, treatment, surgery, orthopedics, pain, median nerve, VAS

J Mazandaran Univ Med Sci 2020; 30 (185): 125-130 (Persian).

* **Corresponding Author: Masoud Bahrami Frydoni** - Clinical Research Development Centre, Shahid Beheshti Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran (E-mail: bahramimasoud478@gmail.com)

مقایسه نتایج درمانی دو تکنیک Minimal Incision و Double Incision در درمان سندرم تونل کارپال: یک کار آزمایی بالینی شاهددار تصادفی

ایلیا روشنی^۱ناصر جان محمدی^۲کریم اله حاجیان تیلکی^۳مسعود بهرامی فریدونی^۴

چکیده

سابقه و هدف: سندرم تونل کارپال شایع‌ترین نوروپاتی ناشی از به دام افتادن عصب است، که در نتیجه همفشرده‌گی عصب مدین در ناحیه مچ دست ایجاد می‌شود. این مطالعه با هدف مقایسه دو تکنیک Minimal Incision (برش محدود) و تکنیک Double Incision (برش دوگانه) در معالجه بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپال انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کار آزمایی بالینی شاهددار تصادفی، با کد IRCT20160508027797N5، بر روی ۵۰ بیمار مبتلا به سندرم تونل کارپال که به بیمارستان‌های شهید بهشتی و آیت‌الله روحانی بابل مراجعه، و کاندید عمل جراحی بودند، انجام شد. با استفاده از جدول اعداد تصادفی، بیماران به‌طور تصادفی به دو گروه ۲۵ نفری Minimal Incision و Double Incision تقسیم شدند. پرسشنامه سندرم تونل کارپال بوستون (BCTQ) و مقیاس آنالوگ بصری (VAS) برای سنجش درد، قبل از عمل جراحی و ۳ ماه بعد از آن توسط بیماران تکمیل شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۴۰ نفر از بیماران (۸۰ درصد) زن و ۱۰ نفر (۲۰ درصد) مرد بودند. میانگین سنی بیماران برابر با ۵۱/۷۸±۸/۲۲ سال بود و میانگین نمره پارستزی، کرختی، درد، ضعف، علائم شبانه و وضعیت عملکرد (مربوط به پرسشنامه BCTQ) و همچنین میانگین نمره درد VAS بعد از مداخله در هر دو گروه نسبت به قبل از مداخله کاهش معنی‌داری داشت ($P < 0.001$). میانگین نمره پارامترها بین دو گروه، چه قبل از مداخله و چه بعد از آن، تفاوت معنی‌داری نداشت.

استنتاج: نتایج درمان با دو روش Minimal Incision و Double Incision تفاوتی با هم نداشت. البته به دلیل برش کوچک‌تر در تکنیک Minimal Incision، پیشنهاد می‌شود که تکنیک Minimal Incision به عنوان روش درمانی برگزیده مورد استفاده قرار گیرد.

شماره ثبت کار آزمایی بالینی: IRCT20160508027797N5

واژه‌های کلیدی: سندرم تونل کارپال، درمان، جراحی، ارتوپدی، درد، مقیاس آنالوگ بصری، عصب مدین

مقدمه

سندرم تونل کارپال شایع‌ترین نوروپاتی ناشی از به دام افتادن عصب است، که در نتیجه همفشرده‌گی عصب مدین در ناحیه مچ دست ایجاد می‌گردد (۱). عصب مدین در ناحیه مچ دست، از استخوان‌های مچ و زیر فلکسور

E-mail: bahramimasoud478@gmail.com

مؤلف مسئول: مسعود بهرامی - بابل: جاده گنج افروز، دانشگاه علوم پزشکی بابل، گروه ارتوپدی

۱. متخصص ارتوپدی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۲. استاد، گروه ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۳. استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۴. استادیار، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۸/۱۲/۷ تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۲/۳۰

مثبت داشتند، وارد مطالعه شدند. بررسی‌های الکترو- دیاگنوستیک با دستگاه Dantec Neuromatic 2000M (دانمارک) توسط متخصص توانبخشی انجام شد.

معیارهای خروج از مطالعه شامل، اختلالات غدد درون ریز (مانند سندرم کوشینگ، کم کاری تیروئید و آکرومگالی)، عود سندرم تونل کارپال بعد از رها سازی تونل کارپال، سندرم دابل کرش، رادیکولوپاتی و سندرم پروناتور ترس، بیماران با علائم حاد (مانند تروما، شکستگی، خونریزی و آسیب در حین عمل جراحی) و سابقه استفاده از کورتیکواستروئیدها بوده است.

بیماران با استفاده از جدول اعداد تصادفی براساس توالی تصادفی کامپیوتری، به دو گروه مداخله، گروه اول، تکنیک Minimal Incision (برش محدود)، و گروه دوم، تکنیک Double Incision (برش دوگانه) تقسیم شدند. همه بیماران بیهوشی عمومی دریافت کردند. روش‌های جراحی به شرح زیر است.

۱: تکنیک Minimal Incision: برشی به طول ۲ سانتی متر ایجاد شد، که شروع آن از یک سانتی متری چین عرضی دیستال مچ دست و از ۶ میلی متری کریز تار بود. سپس، برشی بر روی فلکسور رتیناکولوم برای پاک کردن عصب انجام شد. فلکسور رتیناکولوم از عصب اولنار به سمت دیستال باز شد، تا چربی کاملاً تمیز شود. برش در فاصله ۲ سانتی متری از فاسیای آنتی برشیال (antebrachial fascia) انجام شد و بعد از عمل، از بانداژ کمپرس استفاده گردید (تصویر شماره ۱).

۲: تکنیک Double Incision: برش به روشی که در بالا توضیح داده شد، انجام شد. برای برش دوم، برشی با طول ۱ سانتی متر در امتداد برش تار انجام گرفت، که ۲-۳ سانتی متر بالاتر از چین عرضی دیستال مچ دست بود. پس از باز کردن فاسیای آنتی برشیال، پروب کوچری از بالا به پایین وارد شد. سپس از کف دست برداشته شد و پس از آن، فلکسور رتیناکولوم و فاسیای آنتی برشیال بریده شد (تصویر شماره ۲).

رتیناکولوم عبور می‌کند. اگر به هر دلیلی این فضا تنگ شود، به این عصب فشار وارد می‌شود که اختلالات حسی و حرکتی در انگشتان دست را به همراه دارد. به این بیماری سندرم تونل کارپال گفته می‌شود (۴-۲). درمان‌های فعلی که امروزه مورد استفاده قرار می‌گیرد، شامل درمان‌های پزشکی و جراحی است. معمولاً آخرین راه درمان جراحی است، اما در موارد شدید بیماری، تنها گزینه است (۷-۵). برای انتخاب بهترین روش، مطالعات تجربی و بالینی مورد نیاز است. با توجه به داده‌های ناکافی، در این مطالعه به مقایسه دو تکنیک Minimal Incision (برش محدود) و تکنیک Double Incision (برش دوگانه) در معالجه بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپال پرداخته شد. با توجه به این که این سندرم مشکلات اجتماعی و شغلی فراوانی برای فرد ایجاد می‌کند و هزینه اقتصادی زیادی را برای فرد و جامعه به بار می‌آورد، نتایج این مطالعه می‌تواند در انتخاب تکنیک جراحی مناسب در جهت کاهش عوارض و بهبود پیامد های بیماری کمک کننده باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی، پس از تأیید کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد IR.MUBABOL.HRI.REC.1397.207 و ثبت در مرکز بین المللی ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT20160508027797N5، بر روی بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپال که کاندید عمل جراحی بودند و در سال ۱۳۹۷ به بیمارستان‌های شهید بهشتی و آیت‌الله روحانی شهرستان بابل مراجعه کردند، انجام پذیرفت. تصمیم در مورد جراحی بستگی به شدت علائم (میزان درد و پارستری و تحلیل عضلانی) داشته و برای جلوگیری از آسیب‌های برگشت ناپذیر، جراحی توصیه شد.

جهت تشخیص نهایی سندرم تونل کارپال، آزمایشات الکترو دیاگنوستیک انجام گرفت. افرادی که علاوه بر معیارهای تشخیصی، معیارهای الکترو دیاگنوستیک

از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی، مجذور کای، من ویتنی و ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از کلیه شرکت کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی دریافت شد و اطلاعات بیماران محرمانه نگه داشته شد.

یافته ها و بحث

در این مطالعه، ۴۰ نفر (۸۰ درصد) زن و ۱۰ نفر (۲۰ درصد) مرد بودند. میانگین سنی بیماران در این مطالعه برابر با $51/78 \pm 8/22$ سال بود. جدول شماره ۱ توزیع متغیرها بین دو گروه مداخله را نشان می‌دهد (۲۵ بیمار در هر گروه).

بر اساس جدول شماره ۲، میانگین نمره پاراستزی، کرختی، درد، ضعف و علائم شبانه بعد از مداخله در مقایسه با قبل از درمان به طور معنی‌داری در هر دو گروه کاهش یافت ($P < 0/001$). میانگین نمره پارامترها بین دو گروه، چه قبل و چه بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری نداشت. میانگین نمره وضعیت عملکردی بعد از مداخله در هر دو گروه در مقایسه با قبل از درمان به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است ($P < 0/001$). میانگین نمره بین دو گروه، چه قبل و چه بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری نداشت. میانگین نمره درد VAS بعد از مداخله در هر دو گروه نسبت به قبل از درمان کاهش یافت ($P < 0/001$).

جدول شماره ۱: مشخصات اولیه بیماران مورد مطالعه

متغیرها	Minimal Incision		Double Incision	
	تعداد=۲۵ تعداد (درصد)	تعداد=۲۵ تعداد (درصد)	تعداد=۲۵ تعداد (درصد)	تعداد=۲۵ تعداد (درصد)
گروه سنی (سال)				
۳۰ - ۴۰	۱ (۴)	۴ (۱۶)	۳ (۱۲)	۴ (۱۶)
۴۱ - ۵۰	۹ (۳۶)	۶ (۲۴)	۱۲ (۴۸)	۶ (۲۴)
۵۱ - ۶۰	۱۴ (۵۶)	۱۲ (۴۸)	۱۳ (۵۲)	۱۱ (۴۴)
۶۰ ≥	۱ (۴)	۳ (۱۲)	۷ (۲۸)	۵ (۲۰)
جنسیت				
مرد	۶ (۲۴)	۴ (۱۶)	۷ (۲۸)	۵ (۲۰)
محل جراحی				
دست راست	۱۳ (۵۲)	۱۸ (۷۲)	۱۳ (۵۲)	۱۸ (۷۲)
دست غالب				
بله	۱۵ (۶۰)	۱۷ (۶۸)	۱۳ (۵۲)	۱۸ (۷۲)
شاخص توده بدنی (کیلوگرم/متر مربع)	21.2 ± 3	21.7 ± 3	21.2 ± 3	21.7 ± 3



تصویر شماره ۱: تکنیک برش محدود



تصویر شماره ۲: تکنیک برش دو گانه

تمام بیماران قبل از عمل و ۳ ماه بعد از آن، پرسشنامه سندرم تونل کارپال بوستون (BCTQ) و مقیاس آنالوگ بصری (VAS) برای سنجش درد را تکمیل نمودند. سنجش پیامد اولیه شامل درد، پاراستزی، کرختی، ضعف، علائم شبانه و سنجش پیامد ثانویه شامل وضعیت عملکردی بود. روایی و پایایی BCTQ در مطالعات قبلی در ایران ثبت شده است (۸).

از شاخص VAS برای ارزیابی درد بیماران استفاده می‌گردد (۱۱). بیماران سه ماه بعد از جراحی پیگیری شدند. اطلاعات آن‌ها، از جمله داده‌های اولیه و بالینی، توسط یک لیست چک از پیش تعیین شده جمع‌آوری شد. همه بیماران توسط یک رزیدنت ارتوپدی مورد معاینه قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده

موضوع است که انتخاب روش جراحی با برش کمتر می تواند در کیفیت زندگی بیماران نقش داشته باشد. Zyluk و همکاران نتیجه گرفتند که در روش Single Incision، دست ها سریع تر قدرت گرفته و نتایج بهتری حاصل شد. همچنین عملکرد کامل در مقایسه با تکنیک Double Incision سریع تر به دست آمد (۱۱). همچنین در مطالعه Uygun و همکاران، نتایج نشان داد که بیمارانی که تحت روش های کم تهاجمی جراحی و برش محدود قرار گرفتند، نسبت به سایر روش ها (براساس مقیاس VAS) حساسیت و تندرست کم تری نشان دادند (۱۲). این یافته ها مطابق با نتایج مطالعه حاضر است. نتایج این مطالعه نشان داد که نتایج دو تکنیک Minimal Incision و Double Incision با هم تفاوتی ندارد. بنابراین، به دلیل برش کوچک تر و پیامدهای قابل قبول، تکنیک Minimal Incision برای درمان سندرم تونل کارپال پیشنهاد می گردد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر حاصل پایان نامه مقطع دکتری پزشکی تخصصی و طرح تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد مصوب ۴۵۶۵ می باشد که با حمایت این معاونت صورت گرفته است. از خانم سکینه کمالی آهنگر، کارشناس واحد توسعه تحقیقات بیمارستان شهید بهشتی بابل، که در آماده سازی مطالعه یاری نمودند تشکر و قدردانی می نمایم.

References

1. Marquardt TL, Evans PJ, Seitz Jr WH, Li ZM. Carpal arch and median nerve changes during radioulnar wrist compression in carpal tunnel syndrome patients. *J Orthop Res* 2016; 34(7): 1234-1240.
2. Padua L, Coraci D, Erra C, Pazzaglia C, Paolasso I, Loreti C, et al. Carpal tunnel

جدول شماره ۲: مقایسه شاخص درد، پارستزی، کرختی، ضعف، علائم شبانه، وضعیت عملکرد (مربوط به پرسشنامه سندرم تونل کارپال بوستون) و میزان درد (براساس مقیاس آنالوگ بصری، VAS) قبل و بعد از مداخله در دو گروه

مقیاس	گروه مداخله	قبل از مداخله	۳ ماه بعد مداخله	سطح معنی داری*
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
شاخص درد، پارستزی، کرختی، ضعف و علائم شبانه	Minimal Incision	۴۰/۲۴ ± ۸/۶۷	۱۷/۰۰ ± ۴/۵۶	<۰/۰۰۱
سطح معنی داری	Double Incision	۴۱/۵۲ ± ۶/۰۲	۱۶/۸۸ ± ۳/۷۱	<۰/۰۰۱
وضعیت عملکرد	Minimal Incision	۲۸/۴۸ ± ۴/۶۲	۱۱/۹۲ ± ۲/۹۸	<۰/۰۰۱
سطح معنی داری	Double Incision	۲۸/۲۴ ± ۴/۶۵	۱۱/۶۰ ± ۳/۲۱	<۰/۰۰۱
نمره درد	Minimal Incision	۶/۰۴ ± ۱/۲۷	۲/۱۴ ± ۱/۰۵	<۰/۰۰۱
سطح معنی داری**	Double Incision	۶/۰۰ ± ۱/۳۵	۲/۱۶ ± ۱/۱۰	<۰/۰۰۱
		۰/۹۲	۰/۷۶	

* با استفاده از آزمون Wilcoxon قبل و بعد از مداخله در هر گروه به طور جداگانه
** با استفاده از آزمون Mann-Whitney بین دو گروه قبل و بعد از مداخله به طور جداگانه

یافته ها نشان می دهد که هیچ یک از این تکنیک ها، برتر از دیگری نیست. با این حال، به دلیل برش کوچک تر و شکل ظاهری مناسب تر و نیز درد کم تر ناشی از زخم، می توان برش محدود را به برش دوگانه ترجیح داد.

در مطالعه Ahmadzadeh Heshmati و همکاران در سال ۲۰۱۶ که نتایج درمانی دو روش جراحی باز و جراحی با برش محدود به وسیله چاقوی Smillie مورد ارزیابی قرار گرفت، جراحی با برش محدود با بهبود بالینی سریع تری همراه است (۱۰). لازم به ذکر است که روش های جراحی ذکر شده در مطالعه حاضر و مطالعه Ahmadzadeh Heshmati با یکدیگر متفاوت است اما نتیجه گیری به دست آمده در هر دو مطالعه بیانگر این

syndrome: clinical features, diagnosis, and management. *Lancet Neurol* 2016; 15(12): 1273-1284.

3. Wolf J, Mountcastle S, Owens BD. Incidence of carpal tunnel syndrome in the US military population. *Hand* 2009; 4(3): 289-293.
4. Violante F, Armstrong TJ, Fiorentini C, Graziosi

- F, Risi A, Venturi S, et al. Carpal tunnel syndrome and manual work: a longitudinal study. *J Occup Environ Med* 2007; 49(11): 1189-1196.
5. Gelfman R, Melton Lr, Yawn BP, Wollan PC, Amadio PC, Stevens JC. Long-term trends in carpal tunnel syndrome. *Neurology* 2009; 72(1): 33-41.
6. Carlson H, Colbert A, Frydl J, Arnall E, Elliot M, Carlson N. Current options for nonsurgical management of carpal tunnel syndrome. *Int J Clin Rheumatol* 2010; 5(1): 129-142.
7. Khosrawi S, Moghtaderi A, Haghighat S. Acupuncture in treatment of carpal tunnel syndrome: A randomized controlled trial study. *J Res Med Sci* 2012; 17(1): 1-7.
8. Hassankhani GG, Moradi A, Birjandinejad A, Vahedi E, Kachooei AR, Ebrahimzadeh MH. Translation and Validation of the Persian Version the Boston Carpal Tunnel Syndrome Questionnaire. *Arch Bone Jt Surg* 2018; 6(1): 71-77.
9. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short form mcgill pain questionnaire (sf mpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form 36 bodily pain scale (sf 36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap). *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011; 63(S11): S240-S52.
10. Ahmadzadeh Heshmati A, Sadeghifar A, Saied A, Ahrari M, Barkam M. Comparing the Outcomes of Open Surgery and Minimally Incision Surgery by Smillie Knife in Treatment of Carpal Tunnel Syndrome. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 26(136): 9-17.
11. Zyluk A, Strychar J. A comparison of two limited open techniques for carpal tunnel release. *J Hand Surg Br* 2006; 31(5): 466-472.
12. Uygur F, Sever C, Yuksel F. Comparing the results of limited incision technique and standard longitudinal incision technique for carpal tunnel decompression by numerical grading system. *Turk Neurosurg* 2009; 19(1): 51-57.