

"אצבע הדק" - סקר הרגלי טיפול של רופאי משפחה, אורתופדים ורופאים מנתחים (כירורגים) של היד בישראל

תקציר:

הקדמה ומטרות: "אצבע הדק" היא מחלה שכיחה של היד המטופלת על ידי רופאי משפחה, אורתופדים ומנתחים (כירורגים) של היד. "אצבע הדק" יכול לגרום לכאב ניכר, לקפיצה של האצבע ואף להגבלה ביישור האצבע, ולהגביל באופן משמעותי את תפקוד היד.

המטרות במחקר: הערכת ההבדלים בהרגלי הטיפול בין קבוצות הרופאים השונות, באבחון ובטיפול בחולים עם "אצבע הדק".

שיטות: באמצעות שאלון ייעודי, התבקשו המומחים השונים לדרג את חשיבות התלונות והתסמינים להערכת הצורך בניתוח, ואת הצורך בבדיקות שונות. כמו כן, התבקשו המומחים להתוות את הטיפול בחולה מדומה בשני ביקורי מירפאה.

תוצאות: ב-158 השאלונים שנאספו, התלונה על תנועה מוגבלת של האצבע וטיפול קודם דורגו כחשובים ביותר להחלטה לגבי המשך טיפול. רופאי משפחה (לעומת אורתופדים וכירורגים של היד) ציינו כי גיל, עיסוק ושיעור קפיצות האצבע בתקופה האחרונה אף הם גורמים חשובים ($p=0.0003$). בהשוואה לכירורגים של היד, רופאי משפחה דיווחו כי רגישות מקומית מהווה גורם חשוב, וכי הצורך בשחרור סביל (פאסיבי) של האצבע הנעולה בכיפוף הוא חשוב פחות ($p=0.0003$). נמצאה סבירות גבוהה יותר שרופאי משפחה יטפלו בתרופות נוגדות דלקת בדרך פומית ($p=0.0002$), אורתופדים בזריקות סטרואידים ($p=0.0004$) וכירורגים של היד בניתוח ($p=0.0001$).

מסקנות: על פי סקר זה, מצאנו הבדלים בהיכרותם של רופאים בעלי הכשרה שונה את חשיבות כוויצת הכיפוף של האצבע ואת צורות הטיפול המתאימות בשלבי המחלה השונים. מידע זה עשוי לסייע בהכשרת רופאים בכל התחומים המטפלים בבעיה זו.

אורן ברזל¹
אוהד אבני²
דנית לנגר³
מיכאל צ'רנובסקי¹
גיל אלמוג¹
שי לוריאי¹

¹המחלקה לכירורגיה אורתופדית, הסתדרות מדיצינית הדסה, ירושלים
²שירותי בריאות כללית והמחלקה לרפואת המשפחה, הפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים
³בית הספר לריפוי בעיסוק, האוניברסיטה העברית בירושלים

מילות מפתח:

אצבע הדק; זריקת סטרואיד; טיפול נוגד דלקת; כוויצת כיפוף; כירורגיה של היד.

.Trigger finger; Stenosing tenosynovitis; Steroid injection; Anti-inflammatory agent; Finger contracture; Hand surgery

:KEY WORDS

המטרות במחקר

למרות שבעיה זו מטופלת לעיתים קרובות על ידי רופאי משפחה ואורתופדים, ייתכן שהיא אינה שכיחה במהלך הכשרתם של רופאים אלו וגם במהלך הדרכות משלימות לאורך שנות עבודתם. מכאן יוצא, שמטפלים אלה מבססים את תוכנית הטיפול על סמך ניסיון אישי, ללא הדרכה. מטרת המחקר הייתה להשוות דפוסי טיפול שונים במחלה זו בין רופאים בעלי הכשרה שונה, כלומר רופאי משפחה, אורתופדים ומנתחים של היד. השערת האפס הייתה, כי לתחום ההכשרה של הרופא אין השפעה על הטיפול בחולים עם "אצבע הדק".

שיטות

שאלון אינטרנט (טבלאות 1, 2) פותח במיוחד למטרה זו ונשלח לכל חברי העמותות הארציות של רופאי משפחה, אורתופדים ומנתחים של היד. השאלון כלל שלושה חלקים: (1) סקר קצר על הרקע של הרופא; (2) סקר של הסימנים הקליניים אשר יכולים להיות הוריות לטיפול שאינו ניתוח או לניתוח; (3) תוכנית הטיפול אשר מציע הרופא למטופל מדומה בשני ביקורים רצופים, בשלבים קליניים שונים של המחלה. על מנת ליצור את השאלון, נעשה שימוש בדירוג הקליני של Quinell: דרגה 1 – כאב ורגישות ממוקמים; דרגה 2 – התעבות אשר

הקדמה

"אצבע הדק" (Stenosing flexor tenosynovitis or "trigger finger") היא מחלה של היד אשר עלולה לגרום להגבלה חמורה בתפקוד היד. האבחנה של בעיה רפואית זו היא קלינית. הבעיה נגרמת מהבדל בעובי הגידים המכופפים לעומת התעלה הצרה המכילה אותם וחיכוך שלהם אחד בשני, לרוב תחת הרצועה המייצבת הראשונה של גידים אלו (A1 pulley), מעל המיפרק המטקרופופלנגיאלי. התלונות כוללות כאבים וקפיצה של האצבע המעורבת. בבדיקה ניתן למצוא רגישות מקומית מעל הרצועה המייצבת הראשונה, עיבוי של הגיד אחרי הרצועה הראשונה (נודולה) וקפיצה או נעילה של האצבע. ביצוע בדיקות דימות (Imaging) אינו נדרש ברוב החולים. חומרת הבעיה מדורגת מבחינה קלינית (פירוט בסעיף שיטות) [1]. בעיה זו מטופלת על ידי רופאים בעלי רקע והכשרה שונים, במגוון שיטות.

נערכו מחקרים קליניים מועטים בלבד שבהם נערכה השוואה בין שיטות טיפול [2-6], אך ההנחיות לטיפול פשוטות ומסוכמות באופן ברור [7-10]. בהשוואת מספר תוכניות טיפול מומלצות והערכת עלות הטיפול נמצא, כי טיפול בשתי זריקות סטרואידים ולאחר מכן ניתוח אם הזריקות אינן מועילות לאורך זמן, הוא האפשרות הטובה ביותר גם רפואית וגם כלכלית [10].

עבלה 1:

הוריות לניתוח ב"אצבע הדק" - רופאי משפחה, אורתופדים וכירורגים של היד התבקשו לדרג את ההוריות לניתוח ב"אצבע הדק". הנתונים מוצגים כשיעור הרופאים מכל קבוצה.

רופא משפחה	אורתופד	מנתח של היד	p value
באיזה מידה השאלה האנמנסטית הבאה היא גורם חשוב בהחלטה שלך לבחור טיפול לא ניתוחי או ניתוחי, מ-1 ו-5 - השאלה אינה חשובה להחלטה טיפולית, 5 - שאלה חשובה להחלטה טיפולית) - ממוצע (סטיית תקן)			
גיל	3.3 (1.39)	2.45 (1.68)	1.77 (1.33) <0.0001
מגדר	1.56 (1.14)	1.5 (1.14)	-
מקצוע	3.85 (1.44)	2.81 (1.62)	1.18 (1.25) <0.0001
כאבים בתנועת האצבע	3.89 (1.37)	3.75 (1.53)	3.16 (1.68) -
הגבלת תנועה	4.19 (1.14)	3.81 (1.62)	3.87 (1.5) -
תדירות הקפיצה של האצבע בשבוע האחרון	3.9 (1.25)	3.29 (1.61)	2.39 (1.65) <0.0001
טיפול קודם	4.25 (1.02)	4.00 (1.32)	4.39 (1.17) -
איזה אצבעות כואבות/ נתקעות	3.57 (1.38)	3.04 (1.62)	2.9 (1.65) -
מחלת רקע (וסכרת/ ראומטיזם)	3.84 (1.15)	3.43 (1.62)	3.5 (1.43) -
איזה מהממצאים הגופניים הבאים יזרז את החלטתך להמליץ על ניתוח, מ-1 ו-5 - לא הוריה לניתוח, 5 - הוריה חשובה לניתוח) - ממוצע (סטיית תקן)			
טווח תנועה	3.95 (1.08)	3.71 (1.46)	3.65 (1.52) -
רגישות מעל הגיד המכופף	3.66 (1.2)	3.12 (1.28)	2.58 (1.34) 0.0002
קפיצה של האצבע ללא כאב	2.55 (1.22)	2.3 (1.03)	2.87 (1.57) -
קפיצה של האצבע עם כאב	3.88 (1.18)	3.52 (1.31)	3.42 (1.46) -
קשירת מעל המיפרק המטקרופלנגיאלי	3.15 (1.29)	2.96 (1.29)	2.57 (1.36) -
הגיד המכופף נתקע בכיפוף	3.78 (1.22)	3.59 (1.5)	3.81 (1.3) -
אצבע ננעלת ניתן לשחרר באופן פעיל	2.82 (1.35)	2.75 (1.32)	3.45 (1.39) -
אצבע ננעלת ניתן לשחרר רק באופן סביל	2.78 (1.22)	3.07 (1.44)	3.74 (1.34) 0.002
סמן את בדיקת הדימות בה תעשה, קרוב לוודאי, שימוש ושיעור % מכלל הרופאים בקבוצה)			
אולטרסאונד	10.8	6.9	0 -
צילום רנטגן	9.7	10.3	3.2 -
אין צורך בבדיקות הדמיה	81.7	82.8	96.8 -
בדיקת הדמיה אחרת	0	0	0 -

המשפחה הרשומים כחברי איגוד רופאי המשפחה בישראל, 8.3% מהאורתופדים הרשומים כחברי האיגוד הישראלי לאורתופדיה ו-49.2% ממנתחי היד באיגוד הישראלי לכירורגיה של היד. הגיל הממוצע של רופאי המשפחה היה 51 שנים (טווח גילים 33–72 שנים), של האורתופדים 56 שנים (41–79 שנים) ושל המנתחים של היד 55 שנים (41–73). מתוך הרופאים המשתתפים, רופאות היוו 48% מרופאי המשפחה ו-13% מהמנתחים של היד. לא היו אורתופדים ממין נקבה. למרבית הרופאים שהשתתפו בסקר היו יותר מ-15 שנות ניסיון בתחומם, כולל 67% מרופאי המשפחה, 71% מהאורתופדים ו-58% מהמנתחים של היד.

הוריות לטיפול שאינו ניתוח או לניתוח וביצוע בדיקות דימות:

התסמינים החשובים ביותר על פי כל הרופאים היו תלונות של הגבלה בטווח תנועת האצבע או טיפול הקודם (טבלה 1). רופאי המשפחה דירגו את גיל המטופל ועיסוקו, ואת תדירות הקפיצות של האצבע כגורמים חשובים – מעל לדירוג שנתנו אורתופדים וכירורגים של היד ($p=0.003$). בשונה מהכירורגים של היד, רופאי משפחה העריכו כי רגישות מעל הרצועה המייצבת הראשונה היא גורם חשוב (בסולם של 1–5, רופאי משפחה נתנו ציון

במישור מורגשת כגוש על הגיד המכופף באזור הרצועה המייצבת הראשונה (Nodule); דרגה 3 – האצבע נתפסת וניתנת לשחרור באופן פעיל; דרגה 4 – האצבע נתפסת וניתנת לשחרור רק באופן סביל (פאסיבי); ודרגה 5 – כוויצת כיפוף (קונטרטורה) של המיפרק המקורב בין הגלילים (Proximal interphalangeal joint – PIP) [1]. המחקר אושר על ידי הוועדה האתית המוסדית. מילוי השאלון נחשב כהסכמה מדעת.

ניתוח סטטיסטי

בחלקו הראשון של השאלון (דירוג הוריות הטיפול בין 1–5), הושוו שלוש קבוצות הרופאים באמצעות תבחיני ANOVA ו-Tukey. לבדיקות שיטות דימות ולביקור החולה המדומה בוצע תבחין chi-square. עקב השוואות מרובות, בוצע תיקון על פי בונפרוני. מובהקות סטטיסטית הוגדרה כ- $p<0.05$.

תוצאות

קבוצות המחקר:

סך הכול ענו לשאלון 158 רופאים, מתוכם 93 רופאי משפחה, 34 אורתופדים ו-31 מנתחים של היד. מספר זה מהווה כ-4.6% מרופאי

טבלה 2:

טיפול מועדף ב"אצבע הדק". רופאי משפחה, אורתופדים ורופאים מנתחים של היד התבקשו לסמן את דרכי הטיפול המועדפות עליהם בשני ביקורים רצופים (בהפרש של 3 חודשים) של מטופל מדומה, גבר בריא בן 30 שנים הלוקה ב"אצבע הדק". ניתן היה לבחור מספר אפשרויות. ההערכה נעשתה בדרגות שונות של המחלה: (ו) כאב - אופייני/מקומי; (2) קשרית (נודולה) - ניתנת למישוש; (3) פעיל - האצבע ננעלת אך ניתנת לשחרור באופן פעיל; (4) סביל - האצבע ננעלת וניתנת לשחרור רק באופן סביל; (5) כוויצת כיפוף - הגבלה ביישור סביל של מיפרק PIP. הנתונים מוצגים כשיעור הרופאים מכל קבוצה. לא נמצאו הבדלים משמעותיים מבחינה סטטיסטית בין הקבוצות השונות בנושא הטיפול בסד לאצבע, על שמע, אמבטיות פרפין או מתיחת האצבע וביצוע עיסוי מקומי (אשר אינם מופיעים בטבלה).

ביקור מירפאה מדומה שני					ביקור מירפאה מדומה ראשון					אפשרות טיפול
NSAID	כאב	קשרית	פעיל	סביל	כוויצת כיפוף	כאב	קשרית	פעיל	סביל	כוויצת כיפוף
רופא משפחה	64.52	46.24	23.66	20.43	11.83	38.71	20.43	23.66	11.83	6.45
אורתופד	44.83	31.03	20.69	20.69	10.34	10.34	20.69	20.69	10.34	10.34
מנתח של היד	32.26	25.81	9.68	3.23	3.23	6.45	3.23	3.23	3.23	0
p value						0.0002				0.0006
זריקת סטרואיד										
רופא משפחה	38.71	44.09	45.16	38.71	17.20	32.26	34.41	27.96	30.11	10.75
אורתופד	58.62	62.07	75.86	62.07	37.93	72.41	51.72	58.62	51.72	27.59
מנתח של היד	41.94	54.84	61.29	67.74	38.71	51.61	38.71	35.48	12.9	6.45
p value						0.0004				
הפניה למנתח של היד										
רופא משפחה	30.11	39.78	39.78	47.31	73.12	53.76	56.99	56.99	63.44	68.82
אורתופד	10.34	17.24	10.34	17.24	34.48	27.59	34.48	20.69	27.59	37.93
כירורג של היד	12.90	12.90	9.68	9.68	6.45	9.68	6.45	6.45	6.45	9.68
p value			0.0003			0.001			0.001	0.001
הפניה לניתוח										
רופא משפחה	2.15	5.38	4.30	8.60	41.94	7.53	6.45	8.60	16.13	44.09
אורתופד	0.00	3.45	10.34	20.69	51.72	17.24	27.59	31.03	37.93	62.07
מנתח של היד	6.45	22.58	16.13	29.03	61.29	51.61	61.29	64.52	87.1	96.8
p value						0.001			0.001	0.001

ר-17% בשלב 4). זריקות סטרואידים הומלצו פחות על ידי רופאי משפחה בכל דרגות המחלה בהשוואה לאורתופדים ומנתחים של היד. הבדלים אלו לא היו מובהקים מבחינה סטטיסטית. במהלך הביקור המדומה השני, רופאי המשפחה בחרו בטיפול ב-NSAID בתדירות גבוהה יותר מאשר אורתופדים וכירורגים של היד בשלבים המוקדמים (39% בשלב 1, לעומת 10% מהאורתופדים ו-6% מהכירורגים של היד, $p=0.0002$). בדרגה 1 אורתופדים המליצו על זריקות סטרואידים בתדירות גבוהה יותר מאשר כירורגים של היד (72% לעומת 51%, בהתאמה) או רופאי משפחה (32%, $p=0.0004$).

בכל דרגות המחלה, רופאי משפחה ואורתופדים הפנו יותר מ-10% מהחולים לטיפול באמבטיות פרפין, בעוד שהמנתחים של היד הפנו לטיפול זה בדרגה הראשונה בלבד. רופאי משפחה ואורתופדים המליצו לבצע תרגילי מתיחה ב-15%-30% מהמטופלים בכל השלבים מלבד שלב 5, ורק 10% מהמנתחים של היד עשו זאת בשלבים 1-3. טיפול בגלי על שמע (Ultrasound) הומלץ בתדירות גבוהה יותר על ידי אורתופדים בשלבים 1-4. הבדלים אלה לא היו מובהקים סטטיסטית.

בכל דרגות המחלה, רופאי משפחה הפנו יותר מטופלים לרופא מנתח של היד (לעומת אורתופדים) ומנתחים של היד הפנו יותר לניתוח (לעומת רופאי משפחה ואורתופדים, טבלה 2, $p<0.0001$). בדרגה 5, 73% מרופאי משפחה הפנו את המטופל למנתח של היד לאחר ביקור ראשון ו-69% לאחר ביקור שני, אך

3.66, אורתופדים 3.12 וכירורגים של היד 2.58, $p=0.0003$), וכי הצורך לשחרר את האצבע המעורבת באופן סביל חשובה פחות (בסולם של 1-5, רופאי משפחה נתנו ציון 2.78, אורתופדים 3.07 ומנתחים של היד 3.74, $p=0.0003$). מרבית הרופאים לא מצאו לנכון להמליץ על בדיקות דימות (82% מרופאי המשפחה, 83% מהאורתופדים ו-97% מהרופאים המנתחים של היד. ההבדל בין הקבוצות היה ללא מובהקות סטטיסטית).

טיפול בחולה מדומה:

בביקור הראשון של החולה המדומה נמצא הבדל משמעותי בדפוס ההפניה של מטופל למנתח של היד. שיעור ההפניות על ידי רופאי משפחה היה גבוה לעומת אורתופדים, בדרגות קליניות 3-5 (לדרגה 3 - $p>0.0003$ ולדרגות 4-5 - $p>0.0001$) (טבלה 2). נמצאו הבדלים שונים במהלך הביקור הראשון, אשר חלקם לא היה משמעותי מבחינה סטטיסטית. רופאי משפחה העדיפו טיפול נוגד דלקת בדרך פומית (NSAID) יותר מאורתופדים וכירורגים של היד בדרגות 1 ו-2 (בדרגה 1, הציעו טיפול זה 64% מרופאי המשפחה, 45% מהאורתופדים ו-32% מהכירורגים של היד). רק 10%-14% מהאורתופדים ממליצים על טיפול בסד, ללא קשר לשלב הטיפול. סדים הומלצו על ידי כירורגים של היד בשלבים מוקדמים (25% בשלב 1 ו-6% בשלב 4), למרות שרופאי משפחה המשיכו להמליץ על כך גם בדרגות חמורות יותר (25% בשלב 1

לכירורג של היד היא למעשה הפניה לניתוח, אם כי השאלות נשאלו בשאלון בנפרד (הפניה למנתח של היד לעומת ניתוח).

קביעת מקומן של כל אחת משיטות הטיפול שאינן ניתוח בספרות, אינה ברורה [10]. פורסמו בספרות עבודות שונות המשוות טיפול בזריקות סטרואידים עם שחרור מלעורי של הרצועה המייצבת הראשונה [11, 12]. עם זאת, קיימות השוואות מועטות של שיטות טיפול שאינן ניתוח. Saldena [1] המליץ על גישה מדורגת לטיפול – לדרגות 1–4 במהלך 3–6 החודשים הראשונים, הומלץ על מגוון שיטות שאינן ניתוח כגון NSAID, קיבוע האצבע בסד, גלי על שמע, אמבטיות פרפין, מתיחות או הזרקת סטרואידים. עבור דרגה 5 או לאחר הופעה נשנית של תלונות, הומלץ על ניתוח [1]. שיטות הטיפול שאינן ניתוח הולמות ככל הנראה בשלבים מקדמים, אך עם החמרת התופעות, ההגבלה בתפקוד ומשך המחלה, הנטייה לפתח הגבלה קבועה בתפקוד גובר ללא ניתוח.

אף במהלך השלבים המוקדמים, המחלה עלולה להיות קשה ולהגביל באופן ניכר את הפעילות. הקלה על המטופל בזריקת סטרואידים היא אפשרות הקיימת בפני כל קבוצות הרופאים (תמונה 1). לשיטה זו יתרון ברור בכך שהיא פותרת באופן מהיר את הבעיה לעיתים קרובות ולאורך זמן, אינה מחייבת מיומנות רבה ושיעור הסיבוכים בגינה נמוך מאוד [13]. בחולי סוכרת מומלץ לנטר את רמות הסוכר למשך יומיים לאחר הזריקה, אך פרט לכך, אין לטיפול זה השפעה מערכתית. שיטות אחרות אומנם אינן פולשניות, אך מחייבות טיפול ממושך והתמדה [14]. ההבדל בין טיפול בזריקה לניתוח או שחרור מלעורי של הרצועה הוא בעיקר בשיעור הישנות התופעה. הישנות התופעה צפויה ב-33% מהמטופלים תוך שנה ממועד הזריקה ופחות מ-3% לאחר ניתוח [13].

קיימות מספר מגבלות בעבודה זו: זהו תיאור סובייקטיבי של הרגלי הטיפול של רופאים בישראל, והתוצאות הן במידה מסוימת תיאור ההכשרה שעוברים הרופאים כאן וחשיפתם למידע שאינו תמיד מרכזי בתחום עבודתם, למרות שכיחות הבעיה. ההערכה של אוכלוסיות רופאים במקומות שונים עשויה לאמת את התוצאות הללו ואת התקפות שלהם מעבר לכך. בנוסף, רק שיעור קטן מהרופאים אשר אליהם פנינו השיבו לשאלון. באיגוד הקטן של הכירורגים של היד נעשה מאמץ מיוחד להגביר את ההיענות להשתתף בעבודה, בפנייה אישית, ולכן שיעור ההיענות היה גבוה יותר. לגבי רופאי משפחה ואורתופדים, ייתכן כי הרופאים שענו הם אלה אשר מתמצאים או מתעניינים יותר בטיפול בפתולוגיה של הידיים, לכן נטו למלא את השאלון יותר מאחרים, וכתוצאה מכך קיימת הטיות בחירה. כמו בכל סקר, זהו מדגם של האוכלוסיות השונות ויש לראותו ככזה.

הטיפול ב-"אצבע הדק" הוא לרוב פשוט. קיימות מספר שיטות אשר נחשבות יעילות, בעיקר בששת החודשים הראשונים של המחלה. האבחנה של דרגות קליניות מתקדמות יותר (בהן האצבע מתיישרת רק פאסיבית או קיימת כווצת כיפוף) חשובה, כדי להימנע משאירת מגבלות תפקוד. נקודה חשובה זו חייבת להיות מועברת כחלק מהכשרתם של כל המעורבים בטיפול בבעיה שכיחה זו. ●

מחבר מכותב: שי לוריא

המרכז הרפואי הדסה

קריית הדסה, ת.ד. 12000, ירושלים 91120

טלפון: 02-6776342

פקס: 02-6423074

דוא"ל: shail@hadassah.org.il

תמונה 1:

בתמונה מודגמת שיטה אחת לזריקה של סטרואיד סביב הגידים המכופפים של האצבע המעורבת, מעל הצד הכפי וולרין של המפרק המטקרפופלנגיאלי. לאחר חיתוי מקומי, המחט מוחדרת ב-90 מעלות לעור עד העצם ומוצאת מעט חזרה. תערובת של 1 סמ"ק דיפרוספן (Novocol Pharmaceutical of Canada INC) ויצרן (Schering-Plough Lab. N.V., Belgium) עם 1 סמ"ק לידוקאין 1% ויצרן (Novocol Pharmaceutical of Canada INC) מוזרקת באיטיות ובמקביל המחט נשלפת מעט עד תחושה של העדר התנגדות להזרקה. כאשר אין התנגדות, ניתן להזריק באיטיות את כל תכולת המזרק. הזרקת החומר לתוך הגיד עצמו אינה רצויה. ניתן לבקש מהמטופל לכוף את האצבע. אם המחט בתוך הגיד המכופף, המחט תנוע עם הכיפוף. אין צורך להזריק את החומר לתוך מעטפת הגידים. הזרקת סביב הגידים, מספקת.



המליצו על ניתוח רק ב-42% ו-44% במהלך ביקורים אלה. 35% ו-38% מהאורתופדים הפנו את המטופל למנתח של היד לאחר הביקור הראשון והשני, בהתאמה, ו-52% ו-62% המליצו על ניתוח בביקורים אלה. 61% מהכירורגים של היד הפנו את המטופל לניתוח בביקורת הראשונה ו-97% בביקורת השנייה.

דיון

בעבודה זו, נמצאו מספר הבדלים בהערכה ובטיפול בחולה עם "אצבע הדק" בין רופאים בעלי הכשרה שונה. לא במפתיע, כל קבוצה בחרה את שיטת הטיפול הנוחה לה יותר. רופאי משפחה העדיפו טיפול ב-NSAID, אורתופדים העדיפו טיפול בזריקות סטרואידים ורופאים מנתחים של היד העדיפו ניתוח לשחרור הרצועה המייצבת הראשונה של הגידים המכופפים.

מצאנו, כי הגישה הטיפולית על פי דרגת המחלה, מתורגלת יותר על ידי רופאים מנתחים של היד ופחות על ידי אורתופדים או רופאי משפחה. רופאי המשפחה הדגישו רגישות מקומית כגורם חשוב בניהול הטיפול, ונתנו פחות חשיבות לצורך השחרור הסביל של האצבע המכופפת, ביחס הפוך לדירוג הקליני.

נמצא, כי שיעור גבוה מהאורתופדים ורופאי המשפחה אינם מתייחסים לכווצת הכיפוף (קונטראקטורה) כהוריה ברורה לניתוח. למרות שמטופלים רבים הופנו לרופא מנתח של היד, לא הומלץ בפני רבים מהם לעבור ניתוח. ייתכן שהרופאים המפנים האמינו שהפנייה

ביבליוגרפיה

1. Saldana MJ, Trigger digits: diagnosis and treatment. *J Am Acad Orthop Surg*, 2001;9:246-252.
2. Benson LS & Ptaszek AJ, Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. *J Hand Surg Am*, 1997;22:138-144.
3. Murphy D, Failla JM & Koniuch MP, Steroid versus placebo injection for trigger finger. *J Hand Surg Am*, 1995;20:628-631.
4. Peters-Veluthamaningal C, van der Windt DA, Winters JC & Meyboom-de Jong B, Corticosteroid injection for trigger finger in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009;CD005617.
5. Salim N, Abdullah S, Sapuan J & Haflah NHM, Outcome of corticosteroid injection versus physiotherapy in the treatment of mild trigger fingers. *J Hand Surg Eur Vol*, 2012;37:27-34.
6. Sato ES, Gomes dos Santos JB, Belloti JC & al, Treatment of trigger finger: randomized clinical trial comparing the methods of corticosteroid injection, percutaneous release and open surgery. *Rheumatology*, 2012; 51:93-99.
7. Baumgarten KM, Gerlach D & Boyer MI, Corticosteroid injection in diabetic patients with trigger finger. A prospective, randomized, controlled double-blinded study. *J Bone Joint Surg Am*, 2007;89:2604-2611.
8. Brito JL & Rozental TD, Corticosteroid injection for idiopathic trigger finger. *J Hand Surg Am*, 2010;35:831-833.
9. Ryzewicz M & Wolf JM, Trigger Digits: Principles, Management, and Complications. *J Hand Surg Am*, 2006;31:135-146.
10. Kerrigan CL & Stanwix MG, Using Evidence to Minimize the Cost of Trigger Finger Care. *J Hand Surg*, 2009;34:997-1005.
11. Maneerit J, Sriworakun C, Budhbraja N & Nagavajara P, Trigger thumb: results of a prospective randomised study of percutaneous release with steroid injection versus steroid injection alone. *J Hand Surg Br*, 2003;28:586-589.
12. Patel MR & Bassini L, Trigger fingers and thumb: When to splint, inject, or operate. *J Hand Surg Am*, 1992;17:110-113.
13. Wang J, Zhao JG & Liang CC, Percutaneous release, open surgery, or corticosteroid injection, which is the best treatment method for trigger digits? *Clin Orthop Relat Res*, 2013;471:1879-1886.
14. Langer D, Luria S, Maeir A & Erez A, Occupation-based Assessments and Treatments of Trigger Finger: A Survey of Occupational Therapists from Israel and the United States. *Occup Ther Int*, 2014; 21:143-155.