

Bilateral simultane çekiç parmak: Sıra dışı bir olgu

Bilateral simultaneous mallet finger: An unusual case

Mehmet Serhan Er¹, Recep Abdullah Erten², Mehmet Erođlu², Levent Altinel¹

ÖZET

Çekiç parmak, distal falanks bazisindeki ekstansör mekanizmanın aşırı ve ani şekilde fleksiyona zorlanması sonucu oluşan bir deformitedir. Akut dönemde distal interfalangeal eklemi hiperekstansiyonda tutan splintler ile konservatif olarak başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. Ancak distal falanksta volar sublüksasyon olanlarda, geçikmiş vakalarda ve distal interfalangeal eklemin 1/3'ünden fazlasını içeren avulsiyon kırığı olanlarda cerrahi müdahale gerekmektedir. Bu yazıda, travmanın üzerinden 2 hafta geçtikten sonra, her iki el 4. parmakta çekiç parmak deformitesi nedeniyle kapalı redüksiyon ve ekstansiyon bloğu yöntemi ile tedavi edilen 35 yaşında bir bayan hasta sunulmuştur. Ameliyattan sonra altıncı haftada pinler tahliye edilmiş ve üçüncü ay kontrolünde eklem hareketleri tam olarak değerlendirilmiştir. Akut dönemde konservatif tedavi tercih edilse de, eklem yüzeyinin 1/3'ünden fazlasını içeren kopma kırığı olan ve geçikmiş vakalarda cerrahi tedavi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: çekiç parmak, bilateral, cerrahi

GİRİŞ

Çekiç (mallet) parmak, distal falanks bazisindeki ekstansör mekanizmadaki yaralanma sonucu oluşan parmaktaki fleksiyon deformitesidir [1]. Yaralanma genellikle parmak ekstansiyonda iken distal interfalangeal (DIP) eklemin ani fleksiyona zorlanması sonucu oluşur.

Tendon mallet ve kemiksel mallet olmak üzere 2 tipi mevcuttur. Tendon mallet parmakta, distal falanksa yapışan ekstansör tendon rüptüre olurken, kemiksel mallet parmakta, distal falanksta avulsiyon kırığı oluşur.

ABSTRACT

Mallet finger is a deformity that result from sudden and extreme forced flexion on extensor mechanism at the base of distal phalanx. In acute stage, it can be treated successfully by immobilization of distal interphalangeal joint with hyperextension splints. However, if there is volar subluxation of distal phalanx or fracture including more than one third of articular surface of distal interphalangeal joint and in delayed cases, surgery is indicated. In this paper, a 35 year-old female patient who was treated by closed reduction and extension block technique after two weeks from the trauma because of the mallet finger deformity of 4th fingers in both hands is presented. Pins were removed after 6 weeks from the operation and full range of motion of distal interphalangeal joint was observed on three months follow-up. Although conservative treatment is the choice of treatment for acute phase of trauma, we recommend surgical treatment in delayed cases and in the injuries involving the fractures more than 1/3 of articular surface.

Key words: mallet finger, bilateral, surgical

En sık 3. ve 4. el parmaklarında görülmektedir. Akut dönemde DIP ekleminde hassasiyet, kızarıklık, şişlik şikayeti olurken geç dönemde sadece DIP ekleminde ekstansiyon kısıtlılığı vardır.

Çekiç parmak elde sık görülebilen bir ekstansör tendon yaralanması olmakla birlikte biz burada literatürde çok nadir bildirilmiş olan bilateral çekiç parmak deformitesi olan hastamızı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Otuzbeş yaşında bayan hasta polikliniğimize 2 hafta önce voleybol oynarken oluşan yaralanma nedeniyle her iki el 4. parmak distalinde ağrı ve deformite

¹ Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

² Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Mehmet Serhan Er,

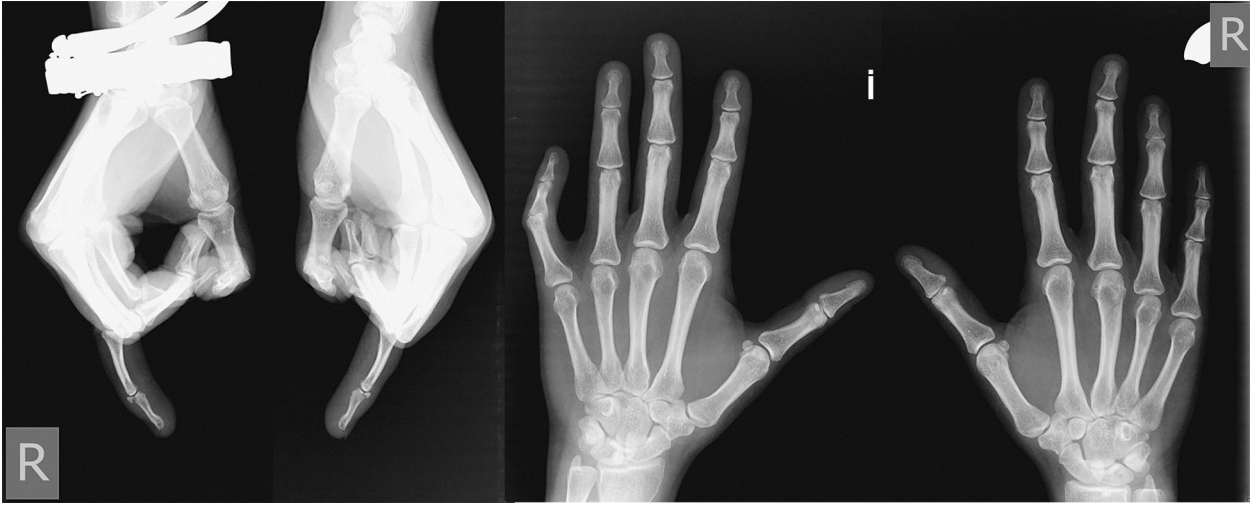
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye Email: mser-han2005@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 01.10.2013, Kabul Tarihi / Accepted: 21.10.2013

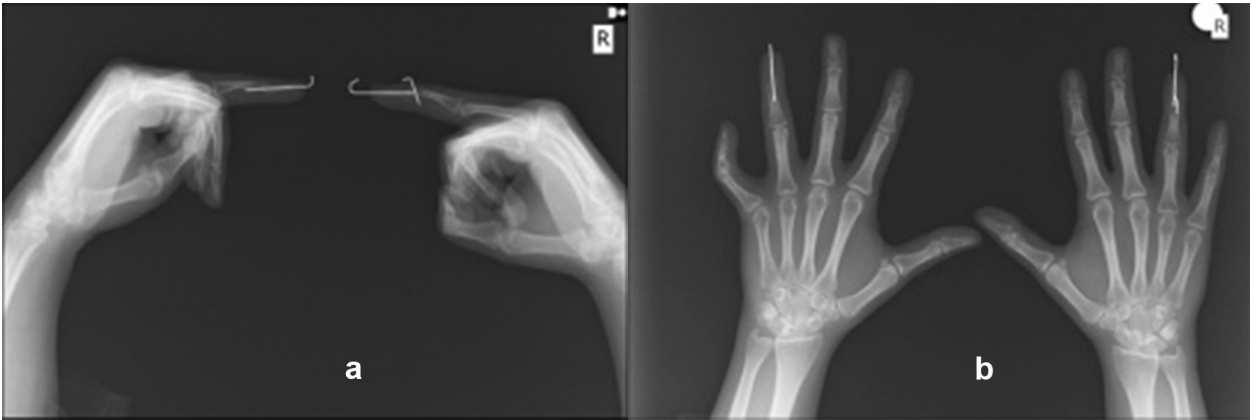
Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2014, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

şikayeti ile başvurdu (Şekil 1). Fizik muayenesinde her iki el 4. parmak distal interfalangeal eklemi

fleksiyon postüründe idi ve palpasyonda ağrı mevcuttu. Kızarıklık ve şişlik yoktu.



Şekil 1. Ameliyat öncesi ön-arka ve yan grafler



Şekil 2 A-B. Ameliyat sonrası 6 haftalık ön-arka ve yan grafler



Şekil 3 A-B. Ameliyat sonrası 3. ay ön-arka ve yan grafler

Çekilen ön-arka ve yan el grafilerinde DIP eklem yüzeyinin 1/3'ünden fazlasını içeren kopma kırığı tespit edilerek cerrahi müdahale planlandı. Lokal anestezi altında kapalı redüksiyon yapılarak ve kirschner teli ile ekstansiyon bloğu tekniği ile fiks edildi (Şekil 2 A-B). Altı hafta sonra mevcut pinler çıkartıldı. Üçüncü ay kontrolünde DIP eklem fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerinde kısıtlılık tespit edilmedi (Şekil 3 A-B).

TARTIŞMA

Çekiç parmak en sık 5.- 6. dekatta karşımıza çıkmaktadır. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir [2]. Çekiç parmak spor yaralanmaları dışında endüstriyel yaralanmalar ve ev içinde, özellikle yatak yaparken de meydana gelebilmektedir [2]. Çoğunlukla distal falanks ucuna dikey yüklenme ve DIP eklem hiperekstansiyona gelmesi sonucunda görülmekle birlikte, ekstansör tendonun ani kasılması ile oluşan kopma kırığı olarak da görülebilmektedir. Kopan parça distal falanks eklem yüzeyini içerir. Anatomik redüksiyon elde edilmediği durumlarda, eklem içi kırık parçaya bağlı olarak dejeneratif değişikliklerle beraber subluksasyon ve instabilite olabilmektedir [3]. Ekstansör tendonun yetersizliğine bağlı olarak kronik çekiç parmak deformitesi gelişmesi durumunda intrinsik ve ekstrinsik ekstansör tendonlar arasındaki denge bozulur, proksimal interfalangeal eklem hiperekstansiyona gelerek kuğu boynu deformitesi oluşur [4,5]. Tek taraflı çekiç parmak ekstansör tendon mekanizma yaralanması sık görülmekle birlikte bilateral yara-

lanma nadir görülmektedir. Literatür araştırmamız sonucunda, her iki el 3.- 4. çekiç parmak deformitesi olan bir kaleci hakkındaki yazı dışında herhangi bir çalışmaya rastlamadık.

Çekiç parmak deformitesinde konservatif ve cerrahi tedavinin çok değişik yöntemleri mevcuttur. Konservatif tedavide erken dönemde atelleme ve splint kullanılabilir. Konservatif tedavide kırık fragmanın tam redüksiyonu her zaman mümkün olmamakta ve özellikle eklemde subluksasyon ve eklem yüzeyinin en az 1/3'ünü içeren kopma kırıkları varlığında cerrahi tedavi gerekmektedir [6,7]. Yüksek komplikasyon oranları nedeniyle cerrahi teknik çok özenli uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Anderson D. Mallet finger-Management and patient compliance. *Aust Fam Physician* 2011; 40:47-48.
2. Robb W.A. The results of treatment of mallet finger. *J Bone Joint Surg Br* 1959;41:546-549.
3. Bowers WH, Hurst LC. Chronic mallet finger: The use of Fowler's central slip release. *J Hand Surg (Am)* 1978;3:373-376.
4. Elliott RA Jr. Injuries to the extensor mechanism of the hand. *Orthop Clin North Am* 1970; 1:335-354.
5. Kanaya K, Wada T, Yamashita T. The Thompson procedure for chronic mallet finger deformity. *J Hand Surg Am* 2013;38:1295-1300
6. Rocchi L., Genitiempo M., Fanfani F. Percutaneous fixation of mallet fractures by the "umbrella handle" technique. *J Hand Surg Br* 2006;31:407-412.
7. Bloom JM, Khouri JS, Hammert WC. Current concepts in the evaluation and treatment of mallet finger injury. *Plast Reconstr Surg* 2013;132:560e-6e.