

BAŞ PARMAĞIN METACARPOPHALANGEAL OYNAĞI DISLOKASYONLARINDA CERRAHİ TEDAVİ

Ö Z E T

Dr. Fahri SEYHAN*

Baş parmağın metacarpophalangeal oynağında dislokasyon olan dört vaka takdim edildi. Bu dislokasyonun kapalı redüksiyonunu imkânsız kılan anatomik özellikler üzerinde duruldu, ameliyatla redüksiyon yapmanın gerekli olduğu belirtildi. Takdim edilen vak'alardan ikisi yeni dislokasyonlar oldukları için ameliyatla redüksiyondan sonra baş parmağın hareketleri normale döndü. Eski dislokasyon olan (6 ay ve 1 yıl) diğer iki vak'ada redüksiyondan sonra baş parmağın M-P oynağında fonksiyonel durumda artrodez yapıldı.

Giriş :

Daha önceki bir çalışmada işaret parmağının metacarpophalangeal oynağında olan dislokasyonları ele almış anatomisindeki özellik nedeniyle kapalı redüksiyonda karşılaşılan güçlüğü değerlendirilerek ameliyatla redüksiyon yapılması gerektiğini ileri sürmüştük (10).

Baş parmağın M-P oynağında olan dislokasyonlarda da işaret parmağındakine benzer bir durumla karşılaşılır. Metacarp başının tendonlar arasından ve kapsüldeki düğme iliği gibi bir darlıktan geçtikten sonra sıkışması ve disloke olmuş phalanx ile metacarp başı arasında tendon ve sesamoid kemiklerin girmesi çok defa kapalı redüksiyon yapılmasını imkânsız kılar. Bu tip dislokasyonlar 1876 da FARABEUF'un tarifinden sonra "kompleks dislokasyon" diye isimlendirilmişlerdir (3). 1957 de yayınlanan KAPLAN'ın klasikleşmiş yazısından sonra da, redüksiyonda zorluğa neden olan anatomik özellikler açıkça anlaşılmıştır (3,5,8,).

Bazı klasik kitaplarda (2,12), baş parmağın metacarpophalangeal oynağı dislokasyonuna diğer parmalara oranla daha sık olarak rastlandığından bahsedildiği halde, diğer yayınlarda bunun tersi olan bir durumla karşılaşılıyor. Örneğin, GREEN ve TERRY'nin yayınladığı 9 metacarpophalangeal oynak dislokasyonu vakasının 6 sı işaret parmağı 2 si küçük parmak, sadece 1 i baş parmak dislokasyonudur (3).

* İst. Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Doçenti

Son yıllarda tedavi ettiğimiz 2 si eski, 2 si yeni olmak üzere 4 vaka münasebetiyle baş parmağın metacarpophalangeal oynağının dislokasyonunu ele almayı uygun buldum.

Vakalar :

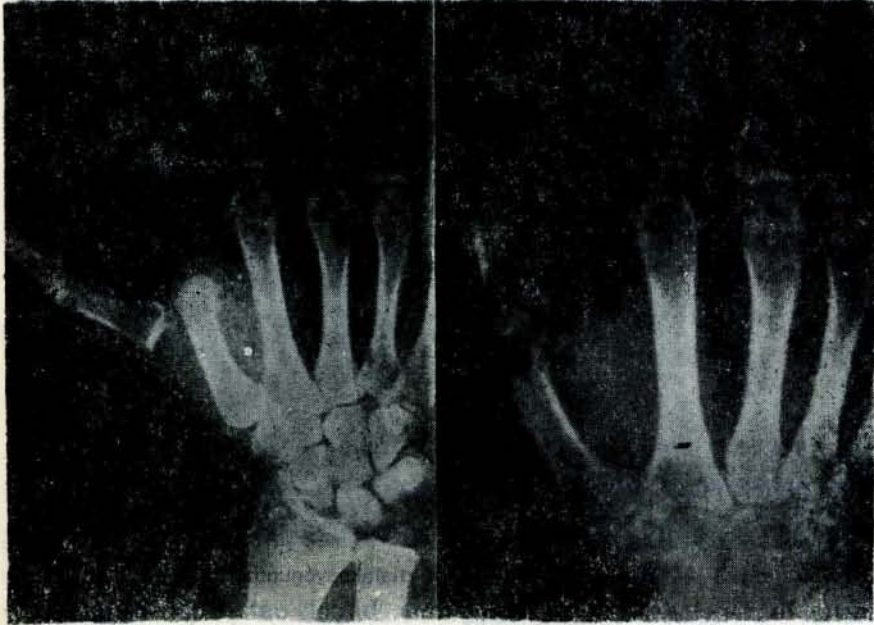
Vaka 1 : 48 yaşında bir çiftçi olan bu erkek hastanın sol elinde 6 ay kadar önce dinamit patlamış üncü parmaklar kısmen ampute olmuş, elindeki geniş yaralar nedeniyle de uzun süre tedavi görmüştü. Tedavi sonuçlandıktan sonra baş parmağını hareket ettiremediği için bu eliyle bir şey tutması ve iş görmesinin imkânsız olduğu ortaya çıkmıştı. Kliniğimizde görüldüğü zaman, klinik ve radyolojik muayene sonucunda, baş parmağın metacarpophalangeal oynağında dislokasyon kiliği nedeniyle kapalı redüksiyon denemeden açık redüksiyona girildi. Disloke olan oynak yüzleri ortaya konduğunda ileri derecede şekil bozukluğuna uğramış oldukları görüldü ve artrodez yapılmasına karar verildi. Oynağın redüksiyonu yapıp baş parmak el ayasına ve diğer parmaklara karşı, hafif fleksiyon durumuna getirildi. Çopraz şekilde ge-



Resim : 1 — 2 nci vak'anın eli. a) Ameliyattan önce, b) Sonra.

çirilmiş 2 Kirschner teli ile fiksasyon yapıldı. kapatıldı, alçıya alındı. 2 ay sonra alçı ve telleri çıkarıldığında baş parmağın M-P oynağında fonksiyonel durumda artrodez olduğu görüldü.

Vaka 2 : 42 yaşında bir bekçi olan bu erkek hasta 23 gün önce düşmüş, sağ elinin baş parmağı şişmiş ve kırıkçı tarafından sarılmış. Sargılar açıldığında baş parmağın elin dorsal tarafına doğru dönmüş olduğu, diğer parmaklarla karşılaşmadığı için elin fonksiyonunu kaybetmiş olduğu ortaya çıkmıştı. (Resim 1-a). Kitiğimizde yapılan radyografik muayenede sağ elin baş parmağında M-P oynağının tam dislokasyonu olduğu, oynak aralığında iki adet sesamoid kemiğin bulunduğu görüldü (Resim : 2-a). Vakanın kompleks dislokasyon oluşu nedeniyle kapalı redüksiyon denemesi başarılı olamadı, ameliyatla redüksiyona geçildi. Lateral bir ensizyonla M-P oynağa varıldı, eklem yüzleri arasına girmiş olan sesamoid kemikler ve bağ dokuları çıkarıldıktan sonra oynağın anatomik redüksiyonu yapıldı ve kapatıldı, alçı atele sarıldı. Üç hafta sonra alçı çıkarıldı, parmak hareketlerine başlanıldı, kısa zamanda şifa sağlandı (Resim : 1-b ve 2-b).

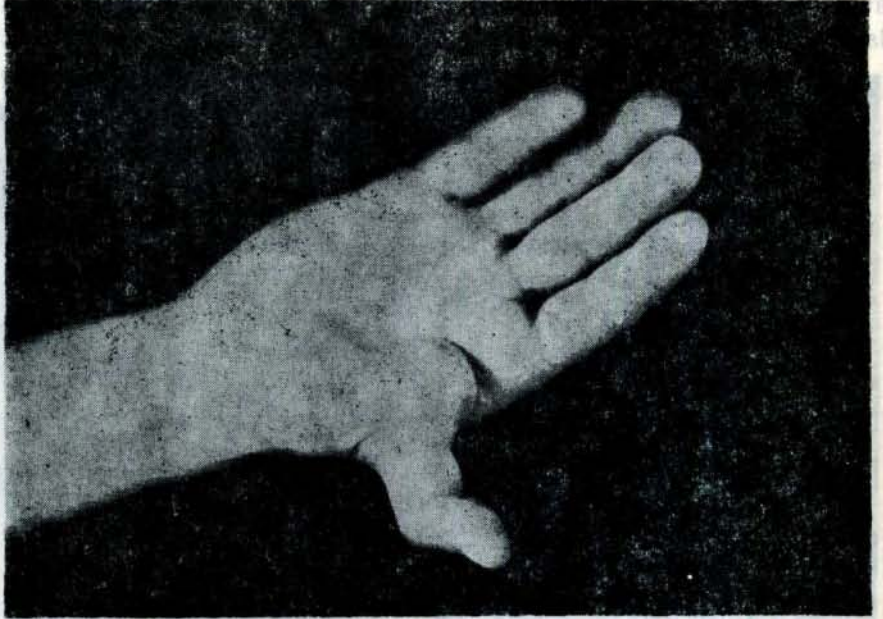


Resim : 2 — Aynı vak'anın radyografisi. a) Ameliyattan önce, b) Sonra.

Vaka 3 : 60 yaşlarında bir ev hanımı olan bu hasta mutfakta kaymış, düşmemek için tutunmaya çalışırken de sağ elini şiddetle lavabonun kenarına çarpmıştı. Olaydan birkaç saat sonra görüldüğünde el

ayasında, deri altında metacarp başının palpe edilmesi ve baş parmağın elin dorsal tarafından 90 derece açı yapar şekilde durması bulguları ile M-P oynağında dislokasyon teşhisi kondu. Çekilen radyografi bu teşhisi doğruladı, ayrıca sesamoid kemiklerin oynak aralığına girmiş olduklarını gösterdi. Vakanın yeni olmasına rağmen bu vakada da narkoz altında deneme ile kapalı redüksiyon yapılamadı, ameliyatla redüksiyona geçildi. Elin volar yüzünde yapılan bir ensizyonla girildi. kapsül ve fleksor policis brevis tendonları aralandı, oynak aralığına girmiş olan sesamoid kemiklerle volar plâk çıkarıldıktan sonra metacarp başı kolaylıkla yerine kondu, kapatıldı. iki haftalık tesbitten sonra el normal fonksiyonuna kavuştu.

Vaka 4 : 23 yaşında bir kasap olan bu erkek hasta takriben bir yıl önce buzda kayarak düşmüş, sağ elini yere çarpması ile baş parmağı yerinden çıkmıştı. Bu parmağın elin dorsal tarafında 90 derece açı yapar şekilde durması ile bu el fonksiyonunu kaybetmişti (Resim : 3).



Resim : 3 — Sağ elin M-P oynağı dislokasyonunda tipik görünüm.

Çeşitli hastanelere ve kırıkçılara gitmiş, birçok defalar bu çıkığın yerine konmasına çalışmış olduğu halde başarı sağl grafisinde (Resim : 4) baş parmağın tipik M-P oynağı dislokasyonu ile beraber, sesamoid kemiklerin oynak aralığında oldukları görüldü. Bu vakanın eskiliği nedeniyle kapalı redüksiyon denenmeden ameliyatla

redüksiyona girişildi. Elin volar tarafında yapılan bir ensizyonla metacarp başına varıldı, serbestleştirildi. Oynak aralığına girmiş olan sesamoid kemikler ve bağ dokuları çıkarıldı, buna rağmen disloke olmuş olan falanksı yerine koymaya imkân bulunamadı. Dorsal tarafta ikinci bir ensizyon yapıldı, kontrakte olmuş olan dokular serbestleştirildikten sonra redüksiyon yapılabilirdi. Eklem yüzleri bozulmuş olduğu için çapraz iki Kirschner teli geçirilerek M-P oynağına fonksiyonel durumda artrodez yapıldı. İki ay alçıda kaldıktan sonra teller çıkarıldı. Baş parmağın M-P oynağında hareket olmadığı halde elin fonksiyonunun çok iyi olduğu görüldü.



Resim : 4 — Aynı dislokasyonun radyografisi, oynak aralığında sesamoid kemikler görülüyor.

Tartışma :

Vakalarımızda da görüldüğü gibi, bu tip dislokasyonların ortaya çıkmasında hiperekstansiyon mekanizması rol oynamaktadır. Baş parmak hiperekstansiyona zorlandığında metacarpophalangeal oynağın volar tarafındaki oynak kapsülü ve bağları yırtılır, metacarpın başı anterior veya glenoid bağın kaidesinden ayrılarak sesamoid kemikler ve flexor pollicis brevis'in iki başı arasından çıkar, volar tarafa disloke olur. Proksimal falanks ise dorsal tarafa disloke olur, metacarp ile dik açı yapar şekilde durur, eklem yüzü metacarpın dorsal tarafına yas-

lanır. Bu durum parmakta görülen tipik deformiteyi ortaya çıkarır (Resim : 3). Baş parmakta iki sesamoid kemik birbirlerine kuvvetli transvers glenoid ligaman ile bağlanmışlardır. Bu bağ dislokasyon esnasında yırtılmaz, 1 veya 2 sesamoid kemikle beraber metacarp başı ile falanksın arasına girer ve redüksiyona engel olur. (1, 3). Radyografilerde disloke olmuş olan metacarpophalangeal oynanın içinde sesamoid kemiklerin görülmesi kompleks dislokasyon teşhisi konmasında çok kıymetli bir bulgudur. (3, 8, 9, 11). Çünkü baş parmağın sesamoid kemikleri volar plağın kenarlarındadırlar. Radial olanı flexor pollicis brevis tendonu, ulnar olanı da adductor pollicis tendonu içine gömülmüşlerdir. Bu nedenle disloke olmuş olan oynanın içinde sesamoid kemiklerin görülmesi volar plağın araya sıkışmış olduğunu gösterir. Sesamoid kemiğin görülmediği durumlarda da, yine radyografilerde disloke olmuş olan oynak mesafesinin genişlemiş olarak görülmesinden, araya volar plağın sıkışmış olduğunu tahmin etmek mümkündür. Bizim vakalarımızın son üçünde oynak aralığında sıkışmış olan sesamoid kemikler açıkça görülebiliyorlardı. (Resim : 2-a, 4).

Metacarpophalangeal oynanın basit dislokasyonlarının kapalı redüksiyonla yerine konması denirken traksiyon uygulanırsa kapsüldeki ve tendonlar arasındaki düğme iliği şeklindeki darlık daha da darlaşır, sesamoid kemiklerle volar plak oynak aralığına kayar. Bu şekilde basit dislokasyon kompleks dislokasyon durumuna çevrilmiş olur ve kapalı redüksiyon yapılması şansı kaybedilir. Bu nedenle traksiyon uygulanmamalı, disloke durumdaki parmak 90 derece hiperekstansiyonda tutularak sağa ve sola ufak rotasyon hareketleri yaptırılarak oynayı gevşetmek suretiyle yerine koymaya çalışılmalıdır. (1, 2, 3, 4, 8). Bu şekilde deneme ile başarı sağlanamazsa ameliyatla redüksiyon yapılması gerekir.

Metacarpophalangeal oynanın yerine konması için FARABEUF oynanın dorsal tarafında ensizyon yapılmasını tarif etmiştir (3). KAPLAN ise volar taraftan ulaşıldığı takdirde mevcut anatomik durumun daha rahatlıkla görülüp düzeltilebileceğini ileri sürmüştür. (5). Diğer yazarlar gibi biz de, KAPLAN'ın tavsiye ettiği yoldan girildiği takdirde kolaylıkla başarı sağlandığını, işaret parmağının M-P oynasının dislokasyonlarında denemiş olduğumuz için (10), baş parmağın aynı yoldan girmeyi tercih ettik. Yeni dislokasyon olan 2 ve 3 üncü vakalarda kolaylıkla redüksiyon sağladığımız halde eski vakalarda zorlukla karşılaştık. Birinci vakada lateral tarafa doğru ensizyonu uzatmak, dördüncü vakada ise dorsal tarafta ikinci bir ensizyon yapmak gerekti.

Ensiyondan sonra disseksiyon derinleştirildiğinde metacarp başının flexor pollicis brevis adalesinin iki tendonu arasında sıkışmış olduğu görülür ve bu durumdan kurtarılır. (Resim : 5). Oynağın kapsülündeki darlık genişletilir, oynak aralığına girmiş olan sesamoid kemikler çıkarıldıktan sonra metacarp başı yerine itilebilir. Disloke olmuş olan falanks yerine getirildikten sonra fleksiyon duumunda tesbit edilir (2, 3, 4, 6). Bizim vakalarımızdan yeni dislokasyon olan 2 ve 3'üncü vakalarda redüksiyon bu şekilde sağlandığı halde eski dislokasyon olan 1 ve 4'üncü vakalarda nedbe dokularının temizlenmesi gerekti. Ayrıca bu eski dislokasyon vakalarında eklem yüzlerinde kıkırdakların bozulmuş oldukları görüldü. BOYES'un tavsiye ettiği şekilde artrodez yapıldı (1).



Resim : 5 — Başparmağın M-P dislokasyonunda açık redüksiyon yapılması.

Ameliyatta redüksiyondan sonra baş parmağın metacarpophalangeal oynacı stabil hale gelir. Yeni dislokasyon vakalarında, başparmağı fleksiyon durumunda olarak 2-3 hafta müddetle tespit etmek yeterlidir. Artrodez yaptığımız eski dislokasyon vakalarında çapraz Kirschner telleri kullandık, ayrıca 2 ay müddetle eli ve başparmağı içine alan bir alçıda tespit ettik.

Kapalı redüksiyonla yerine konamayan M-P oynacı dislokasyonunun en kısa zamanda ameliyatta yerine konmasını yazılarına başvurduğumuz bütün yazarlar tavsiye etmektedirler. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11). LIMBSCOMB yayınladığı bir vakaya dayanarak (7) ufak çocuklarda M-P oynacı dislokasyonu yerine konmasa bile, çocuklardaki remodelasyon kabiliyeti sayesinde zamanla deformitenin düzelebileceğini ileri sürmüştür. Bununla beraber bu vakanın kaideyi bozmaması gereken bir istisna olduğunu kendisi de kabul etmiştir.

Sonuç :

Başparmağın hiperekstansiyona zorlandığı durumlarda metacarpophalangeal oynağında dislokasyon olabilir. Metacarp başı oynak kapsülü ve flexor pollicis brevis adalesinin iki başı arasındaki dar bir aralıktan çıktıktan sonra sıkışır, oynak aralığına volar plak ile sesamoid kemikler girer. Bu nedenle böyle bir dislokasyonun kapalı manüplasyonla yerine konması imkânsızlaşır, ameliyatla redüksiyonu gerekir. Eskimiş, uzun süre yerine konmamış dislokasyonlarda ise başparmağın M-P oynağına artrodez yapılması daha doğru olur.

S U M M A R Y

Surgical treatment of complex dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb :

Four cases of complex dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb are presented. Peculiar anatomy of this dislocation which prevents reduction by closed methods and requires open reduction is studied. Two of our cases were recent dislocations, the motion of the thumb returned to its normal after open reduction. Other two of our cases were late, unreduced dislocations (6 months, 1 year) arthrodesis of the M-P joint had to be carried out.

L I T E R A T Ü R

- 1 — BOYES, J. H. : Bunnel's Surgery of the Hand, 5 th Ed., 609, J. B. Lippincott Co. Philadelphia, (1970).
- 2 — CRENSHAW, A. H. : Campbell's Operative Orthopaedics, 5 th Ed., 183, C. V. Mosby Co. Saint Louis (1970).
- 3 — GREEN, D. P., TERRY, G. C. : Complex Dislocation of the Metacarpophalangeal Joint, J. Bone Joint Surg., 55-A, 1480 (1973).
- 4 — DE PALMA, A. F. : The Management of Fractures and Dislocations, 2 nd Ed., Vol. 11,
- 5 — KAPLAN, E. B. : Dorsal Dislocation of the Metacarpophalangeal Joint of the Index Finger. J. Bone Joint Surg., 39-A 1081-1086 (1957).
- 6 — KEY and CONWELL : Management of Fractures, Dislocations and Sprains, 7 th Ed. 688, C. V. Mosby Co, St. Louis (1961).
- 7 — LIMBSCOMB, P. R., JANES, J. M. : Twenty years follow-up of an Unreduced Dislocation of the First Metacarpal Joint in a Child. J. Bone Joint Surg., 51-A, 1216 (1969).
- 8 — McLAUGHLIN, H. L. : Complex "Locked" Dislocation of the Metacarpophalangeal Joint. J. Trauma, 5, 683-688 (1965).
- 9 — NUTTER, P. D. : Interposition of Sesamoids in Metacarpophalangeal Dislocations. J. Bone Joint Surg., 22 : 730-734 (1940).
- 10 — SEYHAN, F. : İşaret parmağının metacarpophalangeal oynağında dislokasyon. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica, Vol VI, 26-32 (1971).
- 11 — SWETERLITSCH, P. R., TORG, J. S., POLLACK, H. : Entrapment of a Sesamoid in the Index Metacarpophalangeal Joint. J. Bone Joint Surg., 51-A, 995 (1969).
- 12 — WATSON - JONES, R. : Fractures and Joint Injuries, Vol 11, 641, Livingstone Ltd. Edinburgh, London (1955).