



# İhmal edilmiş yüzen beşinci metakarp: Olgu sunumu

Ajay Pal SINGH<sup>1</sup>, Ish Kumar DHAMMI<sup>2</sup>, Anil Kumar JAIN<sup>2</sup>, Mahi Pal SINGH<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mukerian Sivil Hastanesi, Punjab, Hindistan;

<sup>2</sup>UCMS & GTB Hastanesi, Ortopedi Bölümü, Delhi, Hindistan

Metakarpofalangeal ve karpometakarpalin eşzamanlı çıkığı daha önce bildirilmiştir. Yüzen metakarp, metakarpal baş volar ve taban dorsale doğru yer değiştirdiği zaman oluşur. Beşinci rayın her iki ucunda kapalı çıkık ise nadir görülen bir durumdur. Bu çalışmada, ihmal edilmiş yüzen bir beşinci ray ve tedavisi literatür bilgisi ile birlikte sunulmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Açık redüksiyon; beşinci ray; bipolar çıkık; yüzen metakarpal.

Metakarpofalangeal (MF) ve karpometakarpal (KMK) eklemlerin eşzamanlı çıkığı daha önce bildirilmiştir.<sup>(1-4)</sup> Beşinci rayın her iki ucunda yer alan kapalı çıkık ise sıra dışı bir yaralanmadır.<sup>(1,2)</sup>

Çalışmamızda ihmal edilmiş bir yüzen beşinci ray olgusunun tedavi sürecini literatür bilgisi ile birlikte sunuyoruz.

## Olgu sunumu

Kırk altı yaşında erkek hasta, sol elindeki şişlik ve iki ay öncesinden başlamış olan sol elin beşinci parmağındaki deformasyon ve hareket bozukluğu şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hasta, hareket halindeki bir araçtan uzatmış olduğu sol elinin üzerine düşme yaşamıştı. Hastanın ilk müdahalesi bir kırık-çıkıkçı tarafından atel yerleştirilerek yapılmıştı.

Muayenesinde, hastanın el ve bileğinin ulnar tarafında hassasiyet, el sırtında da deformasyon ve şişlik tespit edildi. Beşinci ray, MF ekleminde yalnızca hafif

bir hareketlilik sağlayacak şekilde MF ekleminin 35 derecelik hiperekstansiyonunda sabitlendi. Sol elin düz grafisinde, beşinci MF'de ve KMK ekleminde dorsal çıkık (beşinci metakarp başında volare doğru ve beşinci metakarp tabanında dorsale doğru çıkık) gözlemlendi (Şekil 1). Yaralanma ile tedavi arasındaki zaman aralığı nedeni ile kapalı manipülasyon uygulanmadı.

Bölgesel anestezi altındaki hastaya, dorsal yaklaşım kullanılarak MF ekleminin açık redüksiyonu yapıldı. Yapışıklıklar ve fibrozis nedeniyle kırıgın ortaya konulması güç oldu. Sesamoid kemik eklem içerisinde sıkışıp kaldığı için redüksiyon ancak kemiğin çıkarılmasından sonra mümkün oldu. Redüksiyon K-telinin MF ekleminde 45 derecelik bir bükülümü ile güvence altına alındı. Sonrasında, KMK eklemine doğrudan bir dorsal insizyonla yaklaşıldı. Eklem tam görüntülenmesi için eklem yüzeylerinin çevresindeki yoğun fibrozis diseke edildi. Beşinci MF, K-teli 4. ve 3. metakarpların içinden geçirilerek tespit edildi. Dirsek, entrensek artı pozisyonunda bir platin levha yerleştirilerek desteklendi (Şekil 2). K-telle-

**Yazışma adresi:** Ajay Pal Singh, MD. Civil Hospital, Mukerian, Punjab, Hindistan.

Tel: +91 9872 - 069 734 e-posta: docajaypal@gmail.com

**Başvuru tarihi:** 29.04.2010 **Kabul tarihi:** 17.06.2011

©2012 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu  
www.aott.org.tr adresinde  
doi:10.3944/AOTT.2012.2473  
Karekod (Quick Response Code):





**Şekil 1.** Sol elin (a) ön-arka, (b) oblik ve (c) yan grafiplerinde volare doğru yer değiştirmiş beşinci metakarp başı ile yüzen beşinci metakarp ve ilk metakarpın dorsale doğru yer değiştirmiş tabanı görülmekte. Sesamoid kemik beşinci metakarpofalangeal eklemden sıkışmış.

ri altı hafta sonra çıkarıldı. Hastaya çıkarılabilir bir atel takıldı ve 4 haftalık bir fizik tedavi uygulandı.

Sekiz ay sonraki muayenesinde hasta asemptomatik bulundu. Kavrama gücünde, karşı tarafa kıyasla %75

oranında, MF eklem hareket aralığında ise 10 ila 70 derece arasında bir değişiklik gözlemlendi. Radyografilerde yaralanan eklemlerde osteoartritik değişikliklerin olmadığı kırığın uygun pozisyonda iyileştiği görüldü (Şekil 3).



**Şekil 2.** (a) Oblik ve (b) ön-arka grafiplerinde beşinci raydaki metakarpofalangeal eklemin K-teli ile fiksasyonu ve beşinci metakarpın üçüncü ve dördüncü ray ile tespit edildiği görülüyor.



**Şekil 3.** (a, b) Takip röntgenlerinde metakarpofalangeal ve karpometakarpal eklemlerindeki aralıkların korunduğu görülüyor.

## Tartışma

Beşinci metakarpın tek noktada çıkığı az rastlanır bir durumdur. İzole ve kapalı yüzen metakarp ise literatürde yalnızca altı kez bildirilmiştir.<sup>[1]</sup> Geç/ihmal edilmiş bir çıkık daha önce literatürde rapor edilmemiştir. Beşinci metakarp eyer şeklinde bir eklemdir ve pisometakarpal bağ, interkarpal bağ ve karpometakarpal bağ tarafından desteklenmektedir.<sup>[5]</sup> Yüksek enerjili travmalar beşinci metakarpta çıkıklara neden olur. Bunların altında yatan neden, ya elin ulnar ve palmar yüzünde direkt bir darbe ya da, bağ hasarına yol açan, metakarpal shaft boyunca söz konusu olan dolaylı darbelerdir. Hastamız, hareket halindeki bir araçtan uzattığı elinin üzerine düşmüştü. Travmatik kuvvet metakarp başının volare doğru yer değiştirmesine yol açacak şekilde MF ekleminin hipereks-tansiyonuna neden olmuştu. Metakarpal shaft boyunca devam eden güç bağ dokusunda hasara ve de metakarp tabanının dorsal yükselmesine yol açmıştı.<sup>[3]</sup>

Olgumuzdaki ihmal unsuru, açık redüksiyona işaret etmekte idi. Yüzen metakarp olgularına rastlanmış olmakla beraber, bildiğimiz kadarı ile bugüne dek ihmal edilmiş bir metakarp olgusu bildirilmemiştir.<sup>[1-5]</sup> Literatürde, taze yaralanmalarda başarılı kapalı redüksiyon girişimlerinden bahsedilmektedir.<sup>[1,2]</sup> Bizim durumumuzda ise, baş çevresi ve beşinci metakarp tabanındaki fibrozis redüksiyonu güçleştirmiştir. Sesamoid kemiğin MF ekleminde sıkışması göz önüne alınırsa, anında yapılacak kapalı bir redüksiyonun bile başarılı olmaması büyük bir olasılıktı. Volar plağın interpozisyonu bazı durumlarda açık redüksiyon ve pinlemeyi gerektirmiştir.<sup>[1]</sup> Pinleme-

siz kapalı redüksiyon girişimlerinde, kollateral bağların onarılamaması MF eklemini volare subluka edebileceğinden, düzenli radyolojik takibin yapılması esastır.

Sonuç olarak, olgumuz, ihmal edilmiş yüzen metakarp yaralanmalarında bile, açık redüksiyon ve internal fiksasyon uygulaması ile iyi sonuçlar elde edilebileceğini göstermiştir. Bununla birlikte, bu tip yaralanmalarda farkındalık ve zamanında tanı, cerrahi girişime başvurmak durumunda kalınmaması, elin sakatlanmaması ve komplikasyonların oluşmaması için büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, cerrahi sonrası, elin fonksiyonlarını başarılı şekilde yerine getirmesi için uygun bir fizyoterapi programına ihtiyaç vardır.

**Çıkar Örtüşmesi:** Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

## Kaynaklar

1. Mnif H, Zrig M, Koubaa M, Jawahdou R, Hammouda I, Abid A. Floating fifth metacarpal. A Case report. [Article in French] Chir Main 2009;28:310-3.
2. Taii Tahiri MN, Douma Y, Bennouna D, Zryouil B. Double dislocation of the fifth metacarpal. [Article in French] Chir Main 2007;26:59-61.
3. Dhammi IK, Jain AK, Arora A. Isolated dislocation of the second metacarpal at both ends. J Orthop Trauma 2001;15:143-5.
4. Khodadadyan C, Hoffmann R, Moazami-Goudarzi Y, Südkamp NP. Double dislocation of the fifth metacarpal. J Hand Surg Br 1995;20:253-4.
5. Harwin, SF, Fox JM, Sedlin ED. Volar dislocation of the bases of the second and third metacarpals. A case report. J Bone Joint Surg Am 1975;57:849-51.