

AYAK 5. PARMAK DEFORMİTESİ: OVERLAPPING

Fifth Finger Deformity of Foot: Overlapping

H. Çağdaş Basat

ÖZET

Overlapping 5. Parmak deformitesi, ayak deformiteleri arasında nadir görülen deformitelerden biridir. Bu deformitede ayak 5. Parmağı, adduksiyon, supinasyon ve hiperekstansiyon pozisyonundadır. Hastalar, genellikle kozmetik nedenlerle başvurmaktadır. Bu çalışmada, modifiye lapidus yöntemi ile tedavi edilen ayak 5. parmak defortmiteli olgu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: *Ayak deformitesi, Konjenital*

ABSTRACT

An overlapping fifth toe is rarely seen in all foot deformities. In this deformity, the position of the fifth toe is adducted, supinated and hyperextended. Patients usually apply to hospital for cosmetic reasons. We report fifth finger deformity of foot, which was treated with modified lapidus method.

Key words: *Foot deformities, Congenital*

GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Overlapping 5. Parmak, konjenital bir deformitedir. Genelde bilateraldir ve 5. parmak adduksiyon, supinasyon ve hiperekstansiyon pozisyonundadır. Bunun yanında parmakta düzleşme, falanks, tendon ve tırnak yatağında anomaliler de görülmektedir.(1)

Overlapping 5. Parmak defotmitesini, genelde kozmetik nedenlerle başvuru olan bir rahatsızlıktır. Bununla birlikte deforme 5. Parmak ayakkabı kullanımında basıya bağlı olarak ağrıya neden olabilmektedir. Sözü edilen deformite genelde kendiliğinden düzelmediği için konservatif yada çeşitli cerrahi yöntemlerden biri ile tedavi edilmektedir.

Çalışmada Modifiye Lapidus Yöntemi ile tedavi edilen olgu sunulmaktadır.

Ortopedi ve Travmatoloji
Uzmanı, Gölhisar Devlet
Hastanesi,
Gölhisar / Burdur

H. Çağdaş Basat, Uzm. Dr.

İletişim:

294. Sok. DYF iş koop 26/16
Batkent / Ankara

Tel: (0505) 772 14 89

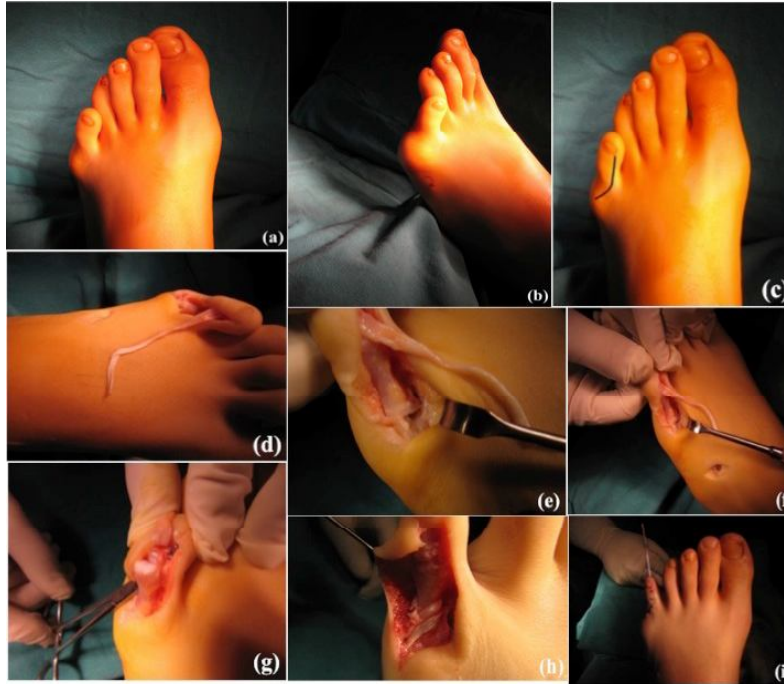
e-mail:

cagdasbasat@gmail.com

OLGU

10 yaşında erkek hasta, doğuştan her iki ayak 5. Parmak şekil bozukluğu ve sağ ayakta ayakkabı giyimine bağlı oluşan ağrı nedeni ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ ayağında daha belirgin olmak üzere her iki ayağının 5. parmağında adduksiyon, supinasyon ve metatarsofalengial eklemlerde hiperekstansiyonun eşlik ettiği overlapping deformitesinin mevcut olduğu tespit edildi (Şekil 1-a,b). Bunlara ek olarak sağ ayak metatarsofalengial eklem lokalizasyonunda ağrılı kallus mevcuttu. Dış merkezde bantlama yöntemi ile tedavi uygulanmış ancak bu yöntem ile tedavi edilen hastanın deformitesi düzeltilememiştir. Bu bulgu ve semptomların üzerine hastaya cerrahi yöntemlerle korreksiyon planlanmıştır. Genel anestezi altında turnike uygulamasını takiben. 5. Parmak dorsalinden lapidusun (2) tarif ettiği J şeklinde (hokey sopası) insizyon ile girilmiştir (Şekil 1-c). Ekstansör tendona ulaşılmıştır. Ekstansör tendon inseriyosuna zarar verilmeden diseke edilmiş ve metatarsofalengial eklem lateraline yapışan abductor ve kısa fleksör tendon grubu diseke edilerek ortaya konulmuştur. Takiben 5. Parmak fleksiyona getirilerek ekstansör

longus tendonunun metatars üzerinde belirgin hale gelmesi sağlanmıştır. Tarsometatarsal eklem üzerinden yaklaşık 1 cm lik trasnvers insizyon yapılmıştır. Ekstansör tendon görülüp diseke edilmiş, diseksiyonu takiben ekstansör tendona tenotomi yapılmıştır. Serbest olan uç distal insizyon hattından çekilerek çıkarılmış ve distaldeki yapışma yeri olan tırnak yatağına kadar takip edilerek serbestleştirilmiştir (Şekil 1-d). 5. Parmak metatarsofalengial eklem kapsülü dorsalden açılarak, kontrakte olan medial yapılar gevşetilmiştir (Şekil 1-e). Parmakta oluşan adduksiyon ve hiperekstansiyon deformitesinin pasif olarak düzeltilebildiği görülmüştür (Şekil 1-f). Takiben distal falanks volar yüzünden başlayıp orta falanks ve proksimal falanks volar yüzünden geçilen oblik bir tünel hazırlanmıştır (Şekil 1-g). Nörovasküler yapılar zarar vermemek için tünelin, kemiğin hemen altından yapılmasına özen gösterilmiş. Hazırlanmış olan ekstansör tendon distal falanksın medialinden volerine doğru geçirilerek hazırlanan tünelden ilerletilmiş ve proksimal falanksın lateralinden çıkarılmıştır.



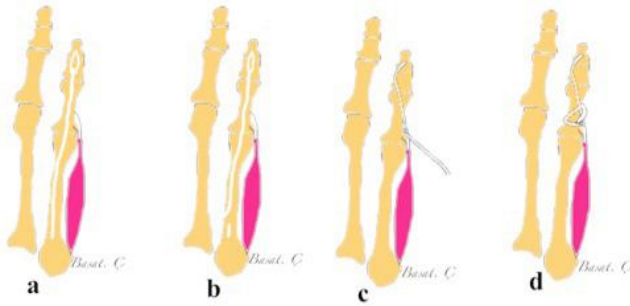
Şekil 1: Olgunun, ameliyat öncesinde önden (a) ve yandan (b) görünümü; (c)'de Lapidus tarafından tarif edilen J şeklinde (hokey sopası) insizyon; (d)'de ekstansör tendon tenotomisi, serbest olan ucun distal insizyon hattından çekilerek çıkarılması ve tendonun distaldeki yapışma yeri olan tırnak yatağına kadar takip edilerek serbestleştirilmesi; (e)'de kontrakte olan medial yapıların ve kapsülün gevşetilmesi; (f)'de deformitenin pasif olarak düzeltildiği; (g)'de kemiğin hemen altından olacak şekilde tünelin hazırlanışı; (h)'de hazırlanmış olan ekstansör tendonun falanks etrafından geçirilerek abduktör ve fleksör tendon grubuna ve kendi üzerine dikilmiş olduğu; (i)'de korreksiyonu korumak amacı ile teleskopik olarak gönderilen K-teli görülmektedir.

5. Parmak abductor tendon ve kısa fleksör tendon spit olarak ayrıldıktan sonra uzun ekstansör tendon volerden dorsale doğru bu delikten geçirilmiştir. Parmağa uygun pozisyon verildikten sonra uzun ekstansör tendon abductor fleksör tendon grubuna dikilmiştir. Takiben kalan tendon tekrar proksimal falanksın medialinden volerine doğru ilerletilmiş ve lateralden dorsale doğru çıkacak biçimde falanksın etrafında sarılmış, kendi üzerine dikilmiştir (Şekil 1-h). Parmağın pozisyonu tekrar kontrol edilerek bir adet K-teli teleskopik olarak distal falankstan MP ekleme doğru gönderilmiştir. Turnike açılarak kanama kontrolü yapılmıştır. Parmağın dolaşımı kontrol edildikten sonra sadece cilt dikişleri ile insizyonlar kapatılmış (Şekil 1-i),

operasyona son verilmiştir. Kullanılan cerrahi teknik şematik olarak şekil 2'de tarif edilmiştir.

Cerrahi sonrası dönemde hastanın dolaşımı yakından takip edilmiştir. 1 günden sonra hastanın topuğunun üzerine basarak mobilize olmasına izin verilmiş, 15 gün sonra dikişleri alınmıştır. Cerrahi sonrası 4. haftada K-teli çekilmiştir ve korreksiyonda bir kayıp olmadığı görülmüştür (Şekil 3). 3 ay Geceleri kullanılmak üzere parmak arası makara verilerek takip edilmiştir. Şekil 4'de 12. ayda post op kontrolünde kayıp olmadığı görülmektedir.

Hastanın tedavisi sırasında bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır.



Şekil 2: Şematik gösterim: Şekil (a)' da uzun ekstansör tendon ve abduktör kas grubu görülmekte, şekil (b)' de ekstansör tendonun proksimalden tenotomisi görülmekte, şekil (c)'de tendonun distal falanksın medialinden ve volerinden geçirilerek, hazırlanan tünelden ilerletilmesi ve abduktör tendona dikilmesi görülmekte, şekil (d)' de kalan ekstansör tendonun tekrar proksimal falanksın etrafında sarılarak kendi üzerine dikilmesi görülmektedir.



Şekil 3: Cerrahi sonrası 4. haftadaki kontrol sırasındaki görünüm



Şekil 4: Olgunun cerrahi sonrasında 12. ayda önden (a) ve yandan (b) görünümü

TARTIŞMA

5. parmak overlapping deformitesi için konservatif ve cerrahi olarak birçok değişik yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemlerin amacı 3 planda olan bu deformiteyi kalıcı olarak düzeltmektir. Ancak bütün yöntemlerin bir takım kısıtlılıkları bulunmaktadır.

Bu yöntemlerden biri V-Y plasti ile dorsal cilt bölümünü uzatmadır. Ancak bu yöntem, kötü keloid skar görünümüne(3) ve deformitenin tekrarına neden olabilmektedir.(4-5) Bir diğer yöntem ise McFarland tarafından uygulanan 5.parmak proksimal falanks bazisinin çıkarıldığı syndaktilisasyon yöntemidir. Bu yöntemde ise 4. ve 5. parmaklarda kontraktür, rotasyonel deformite gelişimi görülebilmektedir(6) Butler's yönteminde ise dorsal ve volar raket insizyonlar ile parmağın volar ve laterale doğru yer değiştirmesi sağlanmaktadır. Bu yöntemle de rotasyonel deformitenin tam olarak düzeltilmemesi ve deformitenin yeniden tekrarlaması ile karşılaşmaktadır.(3)

Lapidus(2) yönteminde ise ekstansör tendon, proksimalden serbestleştirildikten ve proksimal falanks etrafında dolaştırıldıktan sonra abductor ve kısa fleksör tendon grubuna dikilir. Ancak bu yöntemle de korreksiyon kaybı, parmağın valgusa gitme durumu görülebilir.

WG Smith ve arkadaşları(7) yaptıkları çalışmada, konservatif olarak uyguladıkları bantlama yöntemi ile tedavi ettikleri 3 hastanın hepsinde %100 başarı elde etmişlerdir. Ancak sayının yeterli olmaması tedavinin standart hale gelmesini kısıtlamaktadır.

SONUÇ

Bizim yaptığımız yöntemde lapidus yöntemine ek olarak ekstansör tendon, proksimal falanks etrafında tekrar sarılarak deformitenin rotasyonel komponentinin tekrarlama olasılığı azaltılmaya çalışılmıştır.

KAYNAKLAR

1. De Palma L, Zanoli G. Zanoli's procedure for overlapping fifth toe. Retrospective study of 18 cases followed for 4-17 years. Acta Orthopaedica Scandinavica. 1988; 69(5): 505-507
2. Paul W. Lapidus. Transplantation of the extensor tendon for correction of the overlapping fifth toe. The Journal of Bone & Joint Surgery. 1942; 24(3):555-559
3. Cockin J. Butler's operation for an over-riding fifth toe. The Journal of Bone & Joint Surgery Br. 1968 50 (1): 78-81.
4. Stanley Hulman. Simple operation for the overlapping fifth toe. British Medical Journal. 1964, 2(5423): 1506-1507.
5. Paton R W. V-Y plasty for correction of varus fifth toe. Journal of Pediatric Orthopaedics. 1990; 10 (2): 248-9.
6. Craig A. Camasta, Robert B. Weinstein. Syndactylization. In: Thomas J. Chang, editors. Master Techniques In Podiatric Surgery: The Foot and Ankle. 1st ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2004. P. 21-24
7. WG Smith, JT Seki, RW Smith. Prospective study of a noninvasive treatment for two common congenital toe abnormalities (curly/varus/underlapping toes and overlapping toes). Paediatrics & Child Health. 2007; 12 (9): 755-9.