

## AYAK 1. PARMAK İNTERFALANGİAL EKLEM TEKRARLAYAN ÇIKIĞI (OLGU SUNUMU)

*Lokman KARAKURT\**, *Erhan YILMAZ\*\**

### ÖZET

Ayak 1. Parmak interfalangial eklem çıkığı nadir görülür. Bunun yanında, bu eklemin tekrarlayan çıkığına literatürde rastlanmamıştır. Biz, çocukluk çağında travma geçiren ve kliniğimize yürüme sırasında, sağ ayak başparmakta ağrı şikayeti ile başvuran, 33 yaşında bayan hastada, ayak başparmak interfalangial eklem tekrarlayan çıkığı saptadık. Ağrısı 1.MP eklemdaki osteoartrit kaynaklı olan hastada, interfalangial eklem instabilitesini düzeltebilirsek ağrıyı azaltabileceğimizi düşünerek, interfalangial instabilite için ameliyat planladık. Ameliyat esnasında eklem kırırdağının sağlam olduğu görüldü, interfalangial eklem lateral kapsülünde defekt ve lateral kollateral ligamentte tam yırtık mevcuttu. Kalan kapsül parçası ekstansör hallusis longus tendon kılıfı laterale dikilerek defekt onarımı yapıldı. Ameliyat sonrası 7. aydaki kontrolünde, tıbbi tedavi gerektirmeyecek minimal ağrı dışında başka klinik bulgusu yoktu.

**Anahtar Kelimeler:** *Ayak 1.Parmak, İnterfalangial Eklem, Tekrarlayan Çıkık, İnstabilite.*

### SUMMARY

#### RECURRENT INTERPHALANGIAL DISLOCATION OF THE GREAT TOE (A CASE REPORT)

Interphalangeal dislocation of the great toe is not common and review of the literature was revealed no previous reports of the recurrent dislocation of this joint. We determined a recurrent dislocation of the interphalangeal joint of the great toe in a 33 year-old woman who admitted our clinical department with a complain of great toe pain while walking. Pain was originated from osteoarthritis of the 1.MP joint and we thought that, if the interphalangeal instability may be prevented, the toe pain may be relieved. So, we did planned operative intervention to interphalangeal instability. Intraoperatively, we did not found cartilage defect, but determined lateral capsular defect and lateral kollateral ligament complete rupture and remnant

capsule was plicated to the lateral sheath of the extensor hallucis longus tendon. After the 7 months follow-up period postoperatively, result was excellent.

**Key Words:** *Great toe, Interphalangeal Joint, Recurrent Dislocation, Instability.*

### GİRİŞ

İnterfalangial eklem çıkığı genellikle parmak ucuna aksiyel kuvvet uygulayan travmalardan sonra oluşur ve nadir görülür, özellikle çocuklarda erişkinlere göre daha az rastlanır<sup>1,7</sup>. Çıkıkların çoğu dorsaledir ve lokal anestezi ve traksiyonla kolayca redükte edilir. Redüksiyondan sonra çıkık genellikle stabildir ve yumuşak doku iyileşmesi için 2-3 hafta immobilizasyon gerekir<sup>1</sup>. Literatürde; tedavi edilmemiş abduksiyon travması sonrasında oluşan ayak 5. Parmak PİP eklem tekrarlayan çıkığı bildirilmiştir<sup>3</sup>. Ancak, ayak 1. parmak tekrarlayan çıkığına ait literatür verisiyle karşılaşmadığımız için, bu olguyu sunmayı amaçladık.

### OLGU

33 yaşında kadın hasta, Kasım 1999 tarihinde, yürüme esnasında baş parmakta ağrı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Öyküde, 8 yaşında geçirilmiş başparmakta şişlik ve ağrı olmuş, fakat hasta çıkık tariflemiyordu. Tıbbi tedavi görmeden şişliği ve ağrısı geçmiş. 3 yıl sonra, başparmağını eliyle kuvvet uygulayarak istemli olarak çıkarmaya başlamış ve bunu bir eğlence olarak devam ettirmiş. Bu dönemde ağrı şikayeti yokmuş, son 5 aydır yürüme esnasında olan ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen ağrısı olmaya başlamış.

Yapılan fizik muayenede, zorlama ile distal falanksın medioplantar çıkığının olduğu görüldü ve bu esnada hastada ağrı yoktu. Aynı seansta hastanın istemli olarak başparmağını çıkartıp redükte edebildiği görüldü (Resim 1 a-b). Hastanın asıl sorunu, yürümenin duruş fazının 3. ve 4. periodlarında

\* Yard. Doç. Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı.

\*\* Yard. Doç. Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı.

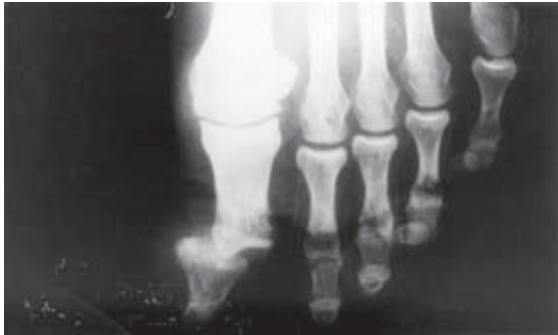


**Resim 1a:** Sağ ayak 1. Parmak interfalangial eklemde medioplantar çıkık görünümü.

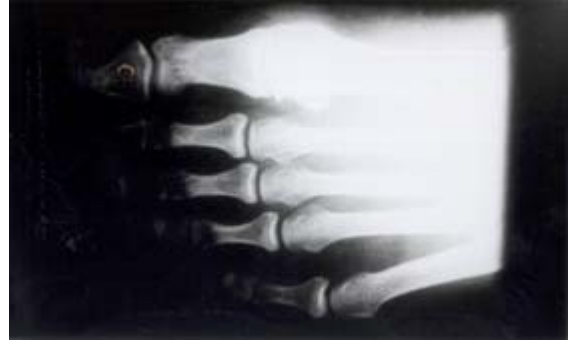


**Resim 1b:** Eklemde redükte görünümü.

başparmakta oluşan ağrı idi ve ağrı özellikle 1.MP eklem civarında idi. Çıkık ve redükte pozisyonlarda radyografileri çekildi (Resim 2a). Ek bir radyolojik bulgu olarak, 1.MP eklemde osteoartrit saptandı (Resim 2b). Aile öyküsünde ve hastanın muayenesinde ligament laksitesine ait bulgu saptanamadı.



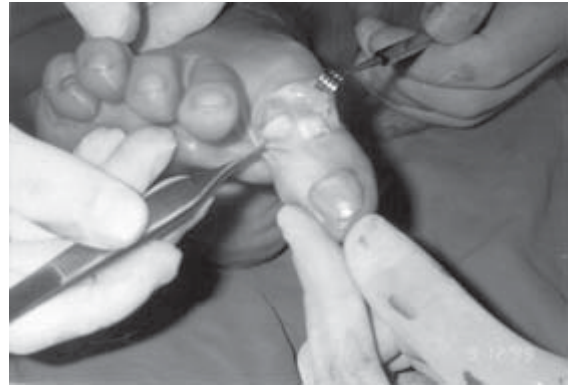
**Resim 2a:** İnterfalangial eklemde çıkık grafisi. 1.MP eklemde artroz mevcut.



**Resim 2b:** Eklemde redükte grafisi.

Hastadaki ağrının sebebi, interfalangial eklemdeki instabilite sonucu, 1.MP eklemdeki biomekaniğin bozulması ve neticesinde osteoartrit gelişmesi olarak düşünüldü. Hastaya tekrarlayan çıkığı için ameliyat önerildi.

Alt ekstremitte turnike altında iken, sağ başparmak interfalangial eklem hizasından dorsal ters L insizyonla girildi. Lateral interfalangial eklem kapsülü tamamen defektif ve lateral kollateral ligamentte tam yırtık olup, eklem kıkırdağı sağlamdı (Resim 3). Plantar tarafta kalan kapsül parçası dorsale uzatılıp ekstansör hallusis longus tendon kılıfının lateraline dikildi.



**Resim 3:** Ameliyatta interfalangial eklemde çıkık görünümü ve lateral kapsül defekti.

Hastaya, ameliyat sonrası dönemde 3 hafta immobilizasyon uygulandı. 3. haftadan sonra yüklenme ve parmak hareketine izin verildi. Ameliyat sonrası 7. ay kontrolünde, interfalangial eklem fleksiyon ve ekstansiyon hareket genişliği normal sınırlarda idi ve yürürken ara ara 1.MP eklem civarında ama eskiye göre çok az ve tıbbi tedaviye bile gerek olmayacak düzeyde ağrısı vardı (Resim 4 a-b).



(a)



(b)

**Resim 4 a-b:** Ameliyat sonrası 7.ayda interfalangial eklem flexiyon ve ekstansiyonu.

## TARTIŞMA

Ayak 1. Parmak interfalangial eklem anatomisi karmaşık değildir ve çok az anatomik çeşitlilik gösterir. Dorsalde, ekstansör hallusis longus tendonu eklemi geçip distal falanksı yapışır. Eklem kapsülü her iki taraftan mediolateral stabiliteyi sağlayan, 2 adet kollateral ligament ile kuvvetlendirilir. Fleksör hallusis longus tendonu plantar yüzde seyredip, distal falanksı yapışır. Plantar yüzdeki kalınlaşma, plantar accessory ligament (volar plate)'i yapar. Tüm bu yapılar, interfalangial eklem stabilitesine katkıda bulunurlar<sup>8</sup>.

Aktif hareket sırasındaki ağırlı ya da ağırsız anormal translasyonlara instabilite denir<sup>5,6</sup>. Bizim hastamızda sorun, interfalangial eklemde instabilite olduğundan, yürümenin basma fazının 3. ve 4. periodlarında 1.MP eklem aşırı yük binmesi ve osteoartrit oluşması neticesinde ortaya çıkan ağrı idi. Tekrarlayan çıkıksa, interfalangial eklem instabilitesinin klinik yansıması idi.

Bizim görüşümüze göre, hasta çocukken geçirdiği travmada çıkık tariflemese bile, büyük bir olasılıkla çıkık meydana geldi ve kendiliğinden redükte oldu. Bu travma esnasında, lateral kapsül defekti ile beraber lateral kollateral bağ tam yırtığı oluştu. Hastaya bu dönemde tespit uygulanmaması kapsül tamirine imkan tanımadı ve instabilite ile beraber tekrarlayan çıkık gelişti.

Literatürde, Jahss'ın on vakalık ayak 5. parmak tekrarlayan çıkığı dışında yayın bulamadık. Bu seride, travmadan sonra teşhis hatasına ve hastaların tedaviyi uygulamamalarına bağlı, yıllar sonra hastalarda patolojiler ortaya çıkmış. Jahss, tedavi olarak proksimal falanks baş ve boyun rezeksiyonu ve 4. parmağa sindaktilizasyon yada direkt 4. parmağa sindaktilizasyon yapmış ve hepsinde mükemmel sonuç almış<sup>3</sup>.

Her ne kadar ağrı 1.MP eklem kaynaklı ise de, sorunun başlangıç noktası interfalangial eklem instabilitesi idi. Biz, interfalangial instabiliteyi düzelterek, bu kısır döngüyü kırabileceğimizi düşündük ve interfalangial eklem artrodez ya da yumuşak doku onarımı düşündük, ama asıl kararı ameliyat esnasında vereceğimizi biliyorduk. Artrodez, değişik eklemelerin tekrarlayan çıkıklarında tercih edilen bir yöntemdir<sup>2,4</sup>. Fakat, biz ameliyat esnasında eklem kırıkdağında harabiyet saptamadığımız için, hastanın yumuşak doku tamirinden fayda göreceğine kanaat getirdik ve lateral kapsül defekt onarımı yaptık. Ameliyat sonrası 7. Aydaki kontrolünde, hastanın ağrı şikayeti rahatsızlık vermeyecek düzeye inmişti.

Hastanın 1.MP eklemdeki artrozu için, ileriki dönemlerde sorun çıkarırsa yani ağrı şikayeti artarsa, 1.MP eklem protez ya da artrodez yapmak düşünülebilir.

Sonuç olarak; ayak parmak travmaları ve özellikle çıkıklarından sonra uygun süre tespit, yumuşak doku tamiri ve instabilite gelişmesinin engellenmesi için zaruridir. İnstabilite sonucu 1. parmak interfalangial eklem tekrarlayan çıkığı gelişen olgularda, yumuşak doku tamiri ya da artrodez yapılabilir, fakat bizce mümkünse yumuşak doku tamiri ilk başta düşünülmelidir, çünkü bu yöntemden artrodeze geçilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Heckman JD. Fractures and Dislocations of the Foot. In: Rockwood CA, Green PD, Bucholz RW, Heckman JP. Fractures in Adults. Lippincott-Raven Publishers. 1996: 2267-2405.
2. Irwin MS. Recurrent Dorsal Subluxation of the Fifth Metatarsal-Cuboid Joint Secondary to Trauma.(Case report). Orthopaedic Review. 1994 July:607-10. 3. Jahss MH. Chronic and Recurrent Dislocations of the Fifth Toe. Foot Ankle 1981 Mar; 1 (5): 275-8.

3. Janssen T, Kopta J. Bilateral Recurrent Subtalar Dislocation. (Case report). *J Bone Joint Surg* 1985 Dec; 67-A (9):1432-33.
4. Patel P, Warner J. Shoulder Injuries in Skeletally Immature Athlete. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*. 1996 Summer; 4 (2): 99-113.
5. Robert HM. Knee injuries In: Canale ST. *Campbell's Operative Orthopaedics*. Ninth Edition, Mosby Publishers. 1998: 1113-1299.
6. Richard HG. Fractures and Dislocations of the Foot. In: Rockwood CA, Wilkins KA, Beaty JH. *Fractures in Children*. Lippincott-Raven Publishers. 1996: 1429-1497.
7. Wolfe J, Goodhart C. Irreducible Dislocation of the Great Toe Following a Sports Injury. (A Case Report). *The American Orthopaedic Society of Sports Medicine*. 1989 Sept.-Oct.: 17 (5): 695-9.