

Çocukta Distal Falanksın Seymour Kırığı

Seymour Fracture of Distal Phalanx in a Child

Murat Kayıpmaz

Konya Özel Mevlana Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Özet

Çocuklarda el distal falanks epifizleri kapanmadan önce büyüme plağında kırıklar meydana gelebilir. Ekstansör ve fleksör tendonlarının asimetrik yapışmasından dolayı genç çocuklarda bu yaralanmanın klinik belirtisi çekiç parmak deformitesine benzer. 13 yaşında erkek, araba kapısına elini sıkıştırma nedeniyle acil servise başvurduğunda yapılan tetkikler sonucu Seymour kırığı tanısı konuldu. Kırıklar Kirschner teli (K teli) ile tespit edildi ve komplikasyonsuz iyileşti. Bu olgu sebebiyle, başka yaralanmalara benzetilen Seymour kırığının bu ilginç kırık paterni, tanısı ve tedavisi literatür eşliğinde incelendi.

Anahtar kelimeler:Falanks, Kırık, Çocuk, Seymour

Abstract

In children, fracture may occur in growth plate before the epiphysis of hand distal phalanx become closed. Because of the asymmetry of the insertions of the extensor and the flexor tendons, the clinical manifestation of this injury in young children mimics a mallet finger deformity. When admitted to the emergency service due to the hand squeezing in the door of the car, the 13-year-old male child was diagnosed with Seymour fracture as a result of investigations. Fractures were fixed by a Kirschner wire (K wire) and healed without complications. Because of this case, the diagnosis and treatment of Seymour fracture's interesting pattern which resembles other injuries, have been researched with the accompaniment of the literature.

Key words: Phalanx, Fracture, Child, Seymour

GİRİŞ

El distal falanksta tırnak yapıları, deri, kemik ve yumuşak dokular birbirleri ile yakından ilişkilidir. Distal falanks epifizleri 12.-36. ayda kemikleşmeye başlar ve yaklaşık 13.-16. yaşında kapanır. Distal falanksın büyüme plağında görülen kırıkları ayrıntılı olarak ilk tanımlayan Seymour'dur. Bu nedenle bu kırıklar Seymour kırığı olarak da bilinir (1-4). Seymour kırığı klinik görünüm olarak çekiç parmağa benzer deformitelere neden olur. Fakat Seymour kırığında, klasik çekiç parmak deformitesinin aksine ekstansör tendon sağlamdır. Ayrıca bu kırıklar sıklıkla açık kırıktır ve tırnak yaralanması ile beraberdir (1,2,4). Radyografik incelemelerden sonra ancak Seymour kırığı ile çekiç parmak deformitesi ayrımı yapılabilir. Birçok Seymour kırığı alçı ve atelin kullanıldığı cerrahi olmayan yöntemlerle tedavi edilirken, beraber ciddi kayma gösteren, açık, stabil olmayan yaralanmalarda, daha sonra kayma gösteren kırıklarda yada yumuşak doku interpozisyonuna bağlı redükte edilemeyen kırıklarda cerrahi olarak K teli ile stabilizasyon gerekir (2-5). Bu olgu sunumunda literatürde az değinilmiş olan ve başka yaralanmalara benzetilen, uygun tedavi edilmediğinde komplikasyonlara neden olan Seymour kırığı, literatür eşliğinde ayrıntılı olarak incelendi.

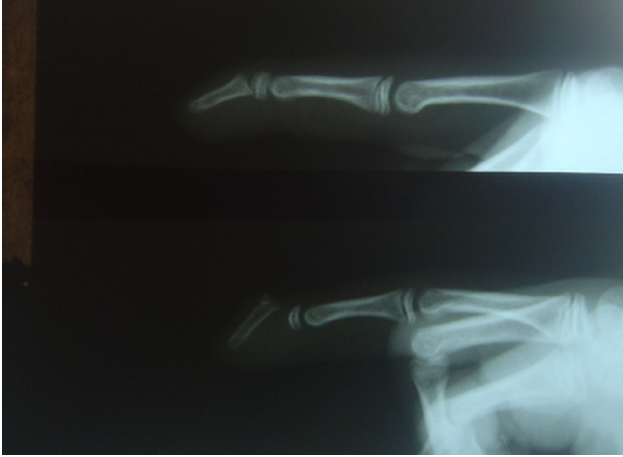
OLGU

13 yaşındaki erkek çocuk beş gün önce sağ el 3. ve 4. parmaklarını araba kapısına sıkıştırma şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. İncelemede sağ el 4. parmağında daha belirgin olmak üzere 3. ve 4. parmakta çekiç parmak benzeri deformite mevcuttu. Sağ el 4. parmak

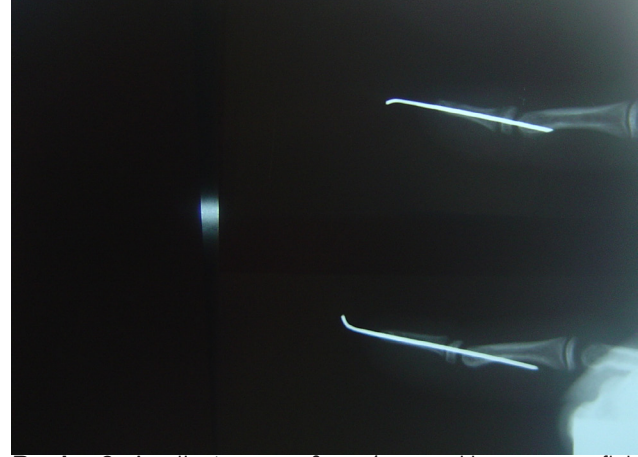
tırnağı, proksimal tırnak kıvrımından tam ayrılmış, 3. parmak tırnağı sağlamdı. Radyografik olarak 3 ve 4. parmak 2 yönlü radyografileri incelendiğinde, 3.-4. parmak distal falanks kırıklarına, Seymour kırığı tanısı konuldu (Resim 1). Ailesine çocuğun kırıkları hakkında bilgi verilip ameliyat için hazırlık yapıldı. Hastaya başvuru tarihiyle aynı gün lokal anestezi ve sedasyon ile skopi kontrolünde 3. distal falanks kırığı, kapalı redüksiyon ve sonrasında K teli ile tespit edildi. 4. distal falanks kırığında ise redüksiyondan önce redüksiyona engel olabilecek yumuşak dokular kırık aralığından uzaklaştırılıp ardından redüksiyon K teli ile tespit uygulandı ve parmakta tırnak yatağı yaralanması emilen sütür materyalleri ile onarıldı (Resim 2). Ameliyat sonrası komplikasyona rastlanmadı. K telleri ameliyattan 4 hafta sonra çekilip hemen eklem hareketini artırıcı egzersizlere başlandı. Ameliyatı takip eden 13. ay kontrolünde parmakta deformite veya fizyel erken kapanma görülmedi. Distal interfalangeal eklem hareketleri normal idi.

TARTIŞMA

Çocuk yaş grubunda elin distal falanks kırıklarına en sık ezilme yaralanmaları neden olur (1). Bu grubun içinde kapıya sıkıştırma veya ağır cisim düşmesi gibi hiperfleksiyon yaralanmaları distal falanksta Seymour kırığına yol açmaktadır (1,2). Çocuklarda bu yaralanmalar ilk muayenede çekiç parmak deformitesi veya distal interfalangeal eklem çıkığı öntanısı almakla birlikte kesin tanı radyografik incelemelerden sonra konur (1,2,4). Bu nedenle parmak yan radyografisi çok önemlidir. Guly (6) başlangıçta paronişi tanısı konan ve antibiyotikle tedavi edilen



Resim 1. Ameliyat öncesi 3. ve 4. parmakların yan grafisi



Resim 2. Ameliyat sonrası 3. ve 4. parmakların yan grafisi

üç Seymour kırıklı hasta bildirmiş ve ayırıcı tanıda radyografinin ve anamnezin önemini vurgulamıştır. Bizim olgumuzda inspeksiyonda çekiç parmak benzeri deformite mevcuttu ve parmakların yan grafisinde distal falanks epifiz plağında belirgin deplase kırık saptandı. Seymour kırıklarına sıklıkla tırnak yaralanması eşlik eder. Bu yaralanmaların tedavisinde tırnak çıkarılmamalıdır, tırnak atel ve enfeksiyondan koruyucu örtü görevi görmektedir. Eğer tırnak çıkarılırsa kırık stabilitesi bozulup, ayrışma ve enfeksiyon görülebilir (1,2,4) Seymour (4) parmak kırığını redükte etmeden önce tırnak çıkarımı yaptıkları altı hastanın dördünde kırıkta kayma, üçünde enfeksiyon saptamış ve tırnağın korunmasını önermişlerdir(4). Engber ve Clancy (7) tırnak tam ayrılmış ise çıkarıldığını, kısmi ayrılmış ise tırnak proksimal kısmının eksize edildiğini bildirmişlerdir. Bu tip distal falanks yaralanmaları cerrahi olmayan yöntemlerle tedavi edilebilir. Tırnak, proksimal tırnak kıvrımının altına yerleştirilir, distal falanks hiperekstansiyon kuvveti uygulanarak kırık redükte edilir ve atele alınır (2,4). Al Qattan (3) yirmibeş olguluk serisinde, onsekiz hastaya kapalı redüksiyon ve atelle tespit uygulayarak cerrahi olmayan yöntemle tedavi etmiş. Ganayem (2) altı hastada K teli ile tespit ve bir hastada atelle tespit uygulamıştır.

Bazı Seymour kırıkları kapalı yöntemle redükte edilemez. Tırnak kıvrımının veya matriksin kırık aralığına interpozisyonu kırığın redüksiyonunu önleyebilir. İnterpoze olan dokular cerrahi olarak çıkarılmalıdır (2,5). Ganayem (2) ve Banerjee (5) tırnak kıvrımının interpozisyonundan dolayı kapalı yöntemle redükte edilemeyen iki epifizyel kırık saptamış. Ganayem (2) redüksiyonu, eponşiyuma iki dikey insizyon aracılığı ile bir flep kaldırılarak başardığını bildirmiştir. Eğer kırık stabil değilse veya daha sonra kayma saptanırsa redüksiyonun devamı için kırık K teli ile tespit edilmelidir (1, 2, 4). Al Qattan (3) ve Ganayem (2) K teli ile tespit uygulanan hastalarda redüksiyon kaybı saptamamıştır. Olgumuzda kırıklar açık ve kapalı redüksiyon sonrası, olası kırık kaymasını engellemek için K teli ile tespit edildi.

Seymour kırıkları sık olarak açık kırıklardır ve enfeksiyona eğilim gösterirler. Seymour (4) K teli ile tespit uyguladıkları beş hastanın ikisinde pin yolu enfeksiyonu, bir hastada ise amputasyonla sonuçlanan osteomyelit geliştiğini saptamış, yüksek enfeksiyon riski ile ilişkili olduğu için K telleri ile tespit gereksiz olduğunu bildirmiştir. Ganayem (2) açık yaralanması olan ve K teli ile tespit uygulanan hastalarda enfeksiyona rastlamamış ve bunu yeterli debridman ve antibiyotik kullanmalarına

bağlamıştır. Al Qattan (3) kapalı redüksiyon ve atelle tespit uyguladıkları bir hastada enfeksiyon görmüş. Engber ve Clancy (7) yeterli yumuşak doku tedavisi yapılmaksızın basit redüksiyonun enfeksiyona, redüksiyon kaybına ve zayıf sonuçlara neden olduğunu bildirmişlerdir. Tedavi yönteminden bağımsız olarak bu yaralanmalar açık kırık gibi tedavi edilmelidir. Olgumuzda enfeksiyon riskine karşı ağızdan antibiyotik kullanıldı ve enfeksiyon görülmedi. Literatürde bu kırıkla ilgili deformite, refraktür ve erken fizyel kapanma bildirilmiştir. Seymour (4) cerrahi olmayan tedavi uyguladığı hastaların üçünde deformite saptamış ve bir hastada cerrahi gerektiğini bildirmiştir. Al Qattan (3) refraktür görülen bir hastada K teli ile tespit uygulamıştır. K teli ile tespitün büyüme plağında minimal hasara neden olduğu ve erken fizyel kapanmaya, büyüme plağındaki direkt travmadan ziyade genellikle enfeksiyonun yol açtığı bildirilmiştir (2,7). Olgumuzda deformite, refraktür ve büyüme plağında erken kapanma görülmedi.

Sonuç olarak Seymour kırığı başka yaralanmalar ile karıştırılabilir. Kesin tanı radyografik incelemeden sonra konulmalıdır. Bu kırıklara yeterli tanı konulmaz ve tedavi edilmezse enfeksiyon, ekstansör mekanizmada bozulma ve distal falanksta kalıcı deformitelere neden olabilir.

KAYNAKLAR

1. Scott H. Kozin and Peter M. Waters. Fractures and dislocations of the hand and carpus in children. In: James H. Beaty, James R. Kasser editors. Rockwood and Wilkins' fractures in children. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:257-336.
2. Ganayem M, Edelson G. Base of distal phalanx fractures in children: A mallet finger. J Pediatr Orthop 2005;25:487-9.
3. Al Qattan. M M. Extra-articular transverse fractures of the base of the distal phalanx (Seymour's fracture) in children and adults. J Hand Surg (Br). 2001;26:201-6.
4. Seymour N. Juxta-epiphyseal fracture of the terminal phalanx of the finger. The j Bone Joint Surg (Br) 1966;48:347-9.
5. Banerjee. A. Irreducible distal phalangeal epiphyseal injuries. J Hand Surg (Br).1992;17:337-8
6. Guly. HR Fractures of the terminal phalanx presenting as a paronychia. Archives of emergency medicine. 1993;10:301-5
7. Engber WD, Clancy WG. Traumatic avulsion of the finger nail associated with injury to the phalangeal epiphyseal plate. J Bone Jont Surg (Am). 1978;60:713-4.