

# Kamptodaktili tedavisinde farklı bir yaklaşım\*

Zekeriya TOSUN, Adem ÖZKAN, Sadık ŞENTÜRK, Nedim SAVACI

S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA

## ÖZET

Kamptodaktili, proksimal interfalangial (PIP) eklemin antero-posterior düzlemdeki konjenital fleksiyon deformitesidir. Etyolojide bir çok sebep ileri sürülmürken, tedavi için de bir o kadar farklı alternatif ortaya konmuştur. Kliniğimize 1993 -2001 yılları arasında başvuran ve yaş ortalaması 21 olan 11 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tamamında her iki el 5. parmakta kamptodaktili mevcut idi. Cilt kontraktürünü rahatlamak amacıyla "Z" plasti yapıldıktan sonra dinamik splint ile her iki parmak yaklaşık 6 ay süreyle ekstansiyona alındı. Ortalama takip süresi 20 ay idi ve bu süre içinde hastaların hiç birinde rekurrens görülmeyecektir. Böyle bir tedavinin uygun olgularda ağır cerrahimüdahalelerdeki sürprizlere kapalı ve oldukça kabul edilebilir sonuçları olan bir yaklaşım olduğu kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** kamptodaktili, Z plasti, dinamik splint

## SUMMARY

**A different approach for treatment of camptodactyly.**

Camptodactyly is a congenital flexion deformity of the proximal interphalangial joint in the anteroposterior plane. Many factors have been claimed for its etiology and, many alternatives have been proposed for treatment. Eleven patients with an average age of 21 were treated between 1993 and 2001 and included in this study. All the patients had bilateral camptodactyly in the fifth finger. After releasing the skin contracture by "Z" plasty, dynamic splint was applied for both fingers in extension for approximately 6 months. The mean follow-up time was 20 months and there were no recurrences in any patient. Our method of treatment has no surprises like extensive surgical treatment and has acceptable results in selected cases.

**Key Words:** camptodactyly, Z plasty, dynamic splint.

"Camptodactyly" kelimesi Yunanca olup kıvrık, eğriparmak anlamına gelmektedir. İlk kez 1846 yılın da Tamplin tarafından tarif edilmiş olmasına rağmen bununkamptodaktili olarak ifade edilmesi 1906 yılında L Andouzy tarafından olmuştur. Yazar, genç kızlardaki irreduktabl fleksiyon deformitesini açıklamak için böyle bir tanımlama yapmıştır (1). Çeşitli sınıflamalar yapılmış olmakla birlikte en çok bilineni 1 - Konjenital tip, 2 - Adolesan tip ya da progressif ve statik tip olarak yapılan sınıflamadır. Konjenital tip sık görülür, kız ve erkeklerde görülmeye oranı eşittir. Daha az görülen adolesan tip ise adolesan dönemde ve daha çok kızları etkiler. Genel populasyonda % 1'den daha az görülmeye oranına sahiptir. Olguların 2/3'sinde bilateral tutulum olmakla birlikte tek taraflı tutulum varsa bu genelde sağ eldir. Bilateral tutulumda da kontraktür derecesi genellikle aynı değildir. Tedavi edilmeyen olgularda, 1 - 4 yaş arası ve 10 - 14 yaş arası büyümeyen bu dönemde hızlı olması nedeniyle deformite ağırlaşır. Ancak 18 - 20 yaştan sonra genellikle ilerleme olmaz. Çoklu vaka sporadik iken nadiren sendromik olabilir (2).

Kamptodaktili tedavisinde birçok farklı cerrahi tedavi yönteminin tanımlanmış olması, bir bakıma alta yatan patolojinin tam bilinmemesine de bağlanabilir. Böyle bir durumda hastayı daha az travmatize edecek, ancak sonuçları iyi olan cerrahi teknikler tercih edilmektedir. Böylesi bir uygulama hem hasta hem de cerrah tarafından daha tatminkar olmaktadır.

Bu çalışma "kamptodaktili tedavisinde daha az travmatik bir girişimle, kabul edilebilir sonuçlara nasıl ulaşabiliyoruz?" düşüncesinden yola çıkılarak planlanmıştır. Bu amaçla 1993 - 2001 yılları arasında kliniğimizde konservatif yollatediği edilen hastalar ve sonuçları sunulmuştur.

## MATERIAL VE METOD

Kliniğimizde 1993 - 2001 yılları arasında tedaviedilen ve yaş ortalaması 21 (17 - 24 yaş arası) olan, 3'ü erkek 8'i kız 11 hasta çalışmaya dahil edildi (Tablo 1). Bütün hastalar ameliyat öncesi sistemik hastalık ya da eşlik edebilecek sendrom açısından ilgili kliniklerle konsülte edildi. Her iki el 5. parmakta kamptodaktılı olan 11 hastanın 3 tanesinde yalnız bir parmağa,

Haberleşme Adresi: Dr. Zekeriya TOSUN, S.Ü.M.T.F. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Geliş Tarihi : 28.02.2003

Yayına Kabul Tarihi : 05.06.2003

\* 23. Ulusal Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kongresinde poster bilidirisi olarak sunulmuştur.

**Tablo 1.** Hastalara ait genel özellikler

Hasta	Cinsiyet/ Yaş	Tutulum	Yapılan Cerrahi İşlem	Dinamik Splint Kullanma Süresi	Takip Süresi	Tedavi Öncesi Kontraktür Derecesi	Tedavi Sonrası Kontraktür Derecesi
1	K/20	Her iki el 5. parmak	Her iki el 5. parmağa Z plasti	7 ay	18 ay	75	20
2	K/18	Her iki el 5. parmak	Her iki el 5. parmağa Z plasti	6 ay	15 ay	55	10
3	E/17	Her iki el 5. parmak	Sağ ele Z plasti	6 ay	28 ay	45	5
4	K/24	Her iki el 5. parmak	Her iki el 5. parmağa Z plasti	8 ay	24 ay	70	15
5	K/20	Her iki el 5. parmak	Her iki el 5. parmağa Z plasti	7 ay	15 ay	65	10
6	E/19	Her iki el 5. parmağa	Her iki el 5. parmağa Z plasti	5 ay	12 ay	40	5
7	K/21	Her iki el 5. parmağa	Sağ el 5. parmağa Z plasti	6 ay	21 ay	35	5
8	E/24	Her iki el 5. parmağa	Sol el 5. parmağa Z plasti	7 ay	18 ay	35	0
9	K/23	Her iki el 5. parmağa	Her iki el 5. parmağa Z plasti	9 ay	19 ay	70	15
10	K/23	Her iki el 5. parmağa	Her iki el 5. parmağa Z plasti	5 ay	24 ay	30	0
11	K/22	Her iki el 5. parmağa	Her iki el 5. parmağa Z plasti	4 ay	26 ay	30	5

digerlerinde ise her iki el 5. parmağa bir ya da birden fazla Z plasti uygulanarak cilt rahatlatıldı. Ancak bunun dışında kaslara yada fleksör tendonlara yönelik bir işlem yapılmadı. Hastalara cerrahi işleminden sonra yara iyileşmesi tamamlandığında dinamik splint uygulandı (Şekil 1, 2, 3). Deformitenin derecesine ve splinte alınan cevaba göre bu işlem 4 ile 9 ay arasında uygulandı. Hastaların operasyon öncesi dönem ile geç kontrollerinde kontraktür dereceleri ölçüldü. Başlangıçta splint günde 24 saatte yakın bir süre takılırken, sonra bu süre 10 - 15 saatte kadar düşürüldü. Rekürrens ise görülmeli.

#### BULGULAR

En küçük hastamız 17, en büyüğü 24 olmak üzere ortalama yaş 21 idi. Ortalama yaş erkeklerde (17 -24

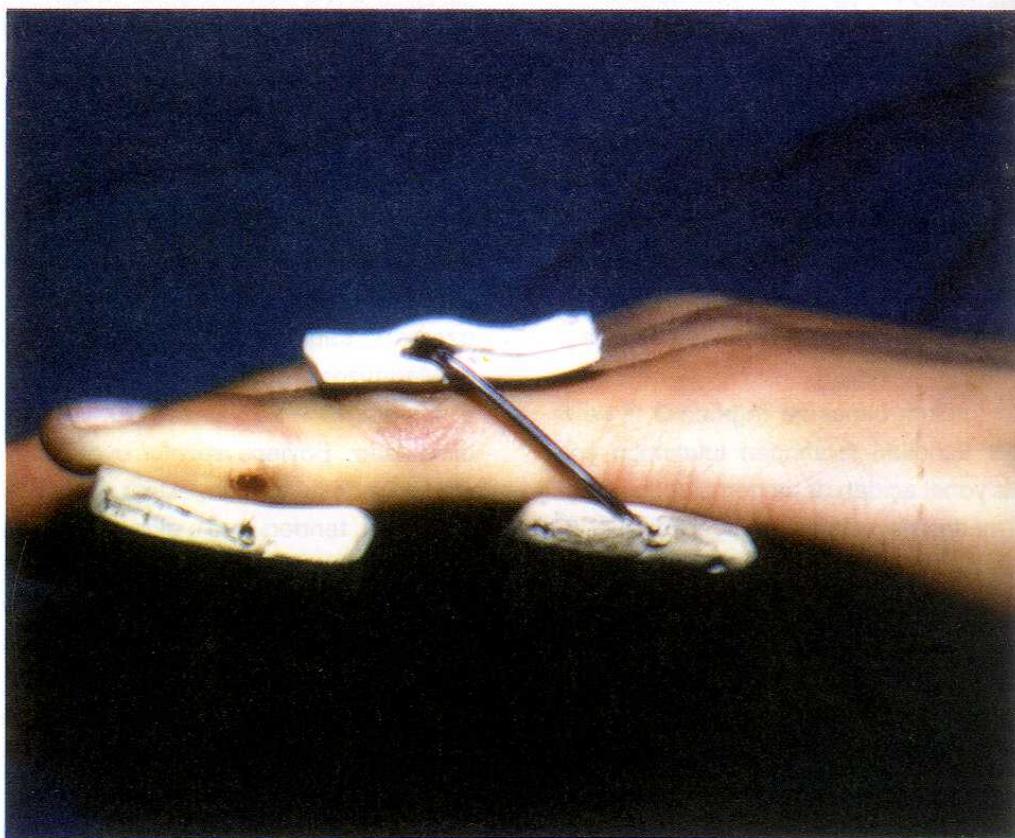
yaş) 20 iken kadınlarda (18 - 24) 21, idi. Preoperatif tetkik ve konsültasyonlar sonucu hastalarımızın hiçbirinde sistemik bir hastalık ya da eşlik eden bir sendroma rastlanmadı.

En büyük kontraktür derecesi 75 iken bu ve buna yakın kontraktürü olan hastalarda tedavi sonrası kontraktür derecesi hiçbir zaman sıfır (0) olmuş ancak bu hastalar fonksiyonel açıdan daha rahat ettilerini bildirmişlerdir (1, 5 ve 9 nolu hastalar). En büyük kazanım düşük kontraktür derecesine sahip hastalarda olmuş, bunların bir kısmında kontraktür tamamen açılmış diğerlerinde ise düşük düzeyde kalmıştır (6, 7, 8, 10 ve 11 nolu hastalar).

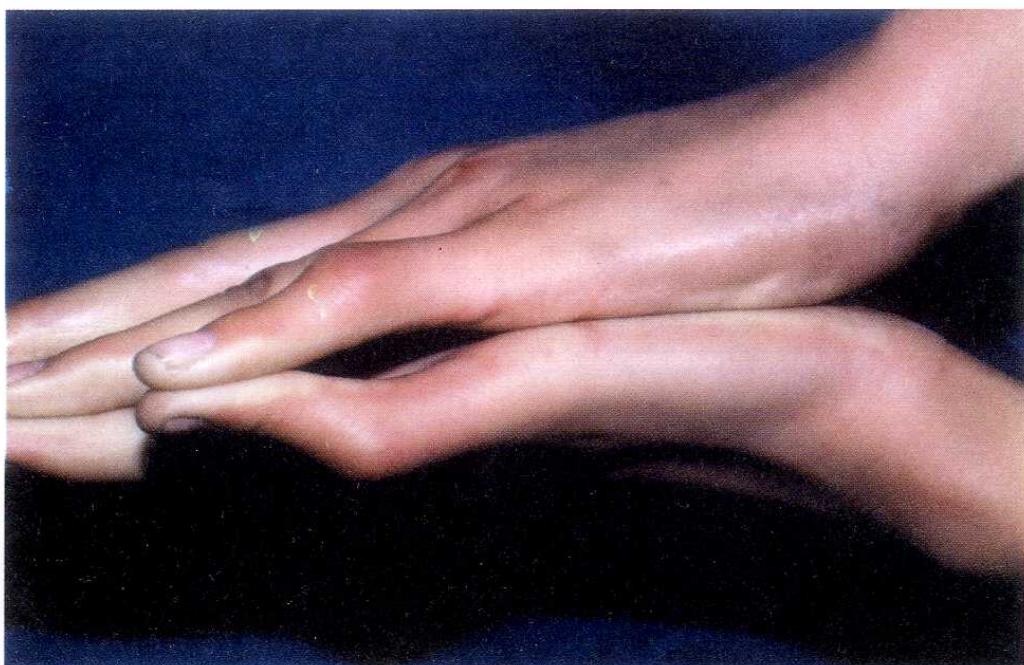
Kontraktür derecesi fazla olan hastalarda dinamik splint kullanma süresi daha uzun olmuş, ancak yine



Şekil 1. 4 nolu hastaya ait preoperatif görünüm



Şekil 2. Z plasti sonrası dinamik splint uygulaması



**Şekil 3.** Postoperatif 8. ayda oldukça kabul edilebilir bir sonuç

de düşük kontraktür derecesine sahip hastalarda ulaşılan değerler elde edilememiştir. Bu, bize tedavi sonrası istenen düzeye düşürülemeyen kontraktürlerin dinamik splinti daha uzun süreyle kullanarak da istenen düzeyde sonuç alınamayacağını düşündürmüştür.

Takip süremiz 12 ay ile 28 ay arasında değişmiştir. Bu hastalarda uzun süreli takip rekürrensi değerlendirmek açısından önemlidir.

Hastalarımızda rekürrens gözlenmedi. Rekürrensi değerlendirmek amacıyla kontraktür, splinti kullanma süresi ve takip süresi sonunda ölçülerek karşılaştırıldı.

Her iki elde tutulum olmasına rağmen 3, 7 ve 8 nolu hastalarda, kendileri tarafından tutulumun çok olduğu ve fonksiyonel açıdan daha geri olduğu söylenen parmağa müdahele edilmiştir. Diğer taraf el 5. parmağa müdaheleyi kontraktür derecesi düşük olduğu için hasta istememiştir.

#### TARTIŞMA

Kamptodaktılıının etyolojisi ve anatomik patoloji konusunda pek çok teori ortaya atılmıştır. McCash tarafından bu üç madde ile özetlenmiştir:

- 1- Palmar bölgede ciltte kısalık
- 2- Subkutanöz dokuda konjenital fibröz yapı
- 3- Kaslarda dengesizlik (3).

Smith ve Kaplan ise bilek ve metakarpofalangial (MP) eklemi fleksiyonda iken PIP'teki fleksiyonun pasif olarak düzeltilebiliyor olmasının fleksör digito-

rum superfisialisin muskulosotenoz yapısında kısalığı ve ciltte kısalığı düşündürdüğünü iddia etmişler, buna zaman içinde eklem değişikliklerinin de eşlik ettiğini düşünmüştür (4).

Bütün bu teoriler kamptodaktılı tedavisinde bizim olgularımızdaki gibi dinamik splint tedavisinin yeri olduğunu düşündürmektedir. Nitekim Hori ve arkadaşları 24 hasta ve 34 küçük parmakta kamptodaktiliyi hiçbir cerrahi işlem yapmaksızın dinamik splint ile tedavi etmişler ve oldukça başarılı sonuçlar almışlardır (5). Splint ile zaman içinde ciltte de bir uzama sağlanacağı açıklıdır. Ancak bizim olgularımızdaki gözlemlerimizde cilde yapılan Z plasti sonrası 15 - 20°, bazen 30°ye varan rahatlama olmaktadır. Böylece splintin uyguladığı güç cilt, cilt altı fibröz doku, tendon, eklem yapıları arasında değil yalnızca tendon ve eklem yapıları arasında bölüşülmekte ve sonuca daha çabuk ulaşmaktadır. Böyle bir durumda da hastanın tedavinin hızı ve başarısına inanması daha kolay olmakta ve hekim-hasta kooperasyonu kolaylaşmaktadır.

Benson ve arkadaşları kamptodaktılı olgularını tip1: Izole infantil, Tip2: Adolesan tip ve Tip3: Sendromik tip olarak sınıflamışlar ve her bir grup için dinamik splint uygulaması yapmış ve iyi sonuçlara ulaşmışlardır. Bizim hastalarımız bu anlamda tip 2 gruba girmektedir. Aynı araştırmacılar dinamik splint ile tedavinin her üç tip için de uygun olduğunu ve cerrahının mutlaka nonoperatif uygulamaların başarısız

olduğu hastalara uygulanmasını istemişlerdir (6). Bizim de görüşümüz bu yöndedir. Cerrahi tedavide tendon transferlerinden anormal lumbrikal adalenin kesilmesine kadar birçok yöntem bildirmektedir ise de tek başına cerrahi, sorunu çözmemekte ve postoperatif rehabilitasyon eklenmektedir (7).

Siegert ve arkadaşları 38 parmağa cerrahi müda-hale uygulamışlar, bunlardan ancak % 18'inde iyi ya da mükemmel denilebilecek sonuç almışken, konser-vatif takip edilen hastaların ise % 66'sında iyi ya da mükemmel sonuca ulaştıklarını bildirmiştir (8). Bu çalışma kamptodaktılı tedavisinde konservatif yaklaşımın cerrahi müdahaleye göre daha iyi sonuçlara sahip olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Oldfield MD. Camptodactyly: flexorcontracture of the fingers in young girls. Br J Plast Surg 1956;8:312-7.
2. Wood VE. Camptodactyly. In Green DP editor. Operative Hand Surgery. New York Churchill Livingstone 1993;(1)11;p411-7.
3. Mc Cash CR. Congenital contractures of the hand. In: Stack HG, Bolton H, eds. The second hand club. British Society for Surgery of the Hand.1975;399-401.
4. Smith RJ, Kaplan EB. Camptodactyly and similar atraumatic flexion deformities of the proximal interphalangeal joints of the fingers: a study of thirty - one cases. J Bone Joint Surg. 1968;50A:1187-1203.
5. Hori M, Nakamura R, Inoue G. et al. Nonoperative treatment of camptodactyly. J Hand Surg 1987;12(A):1061-65.
6. Benson LS. Et al. Comptdactyly: Classification and results of nonoperative teratment. J Pediatric Orthop 1994 ;14(6)814-9.
7. Smith PJ, Grobbelar AO. Camptodactyly: A unifying theory and approach to surgical treatment. J Hand Surg. 1998;23A:14-9.
8. Siegert JJ, Cooney WP, Dobyns JH. Management of simple camptodactyly. J Hand Surg [Br] 1990 15(2):181-9.
9. Stratton RF, Young RS, Heiman HS, Carter JM. Fryns syndrome. Am J Med Genet 1993 1;45(5)562-4.
10. Guion - Almeida ML, Zechi - Ceide RM, Richieri - Costa A. Multiple congenital anomalies syndrome: growth and mental retardation, microcephaly, preauricular skin tags, cleft plate, camptodactyly, and distal limb anomalies. Report on two unrelated Brazilian patients. Am J Med Genet 1999 5;87(1):72-7.

Kamptodaktılı Fryns sendrom, Tel Hashomer kamptodaktılı sendromu, Guadalajara kamptodaktılı sendrom type I ve multip1 konjenital anomali sendromları ile birlikte görülebilir (9,10). Bizim olgu-larımızın hiçbirinde bu ek patolojilere rastlanmamıştır. Ancak sendromik kamptodaktililer her zaman akılda tutulmalıdır.

Hastadaki cerrahi stresi, hastanede kalış süresi ve postop normal aktivitesine dönme süresinin uzunluğu ile başarısızlık oranının yüksekliği göz önüne alındığında ağır cerrahi müdahaleler yerine bizim yaklaşımımızda olduğu gibi cilt ve ciltaltına yönelik küçük bir müdahale ve sonrasında konservatif yaklaşım daha uygun olmaktadır.