



Tablo 1. Hastalara ait genel özellikler

Hasta	Cinsiyet/ Yaş	Tutulmuş	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

diğerlerinde 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 işlemden 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 saate yakın bir süre takılırken, sonra bu süre 10 - 15 saate kadar düşürüldü. Rekürrens ise görülmedi.

#### BULGULAR

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

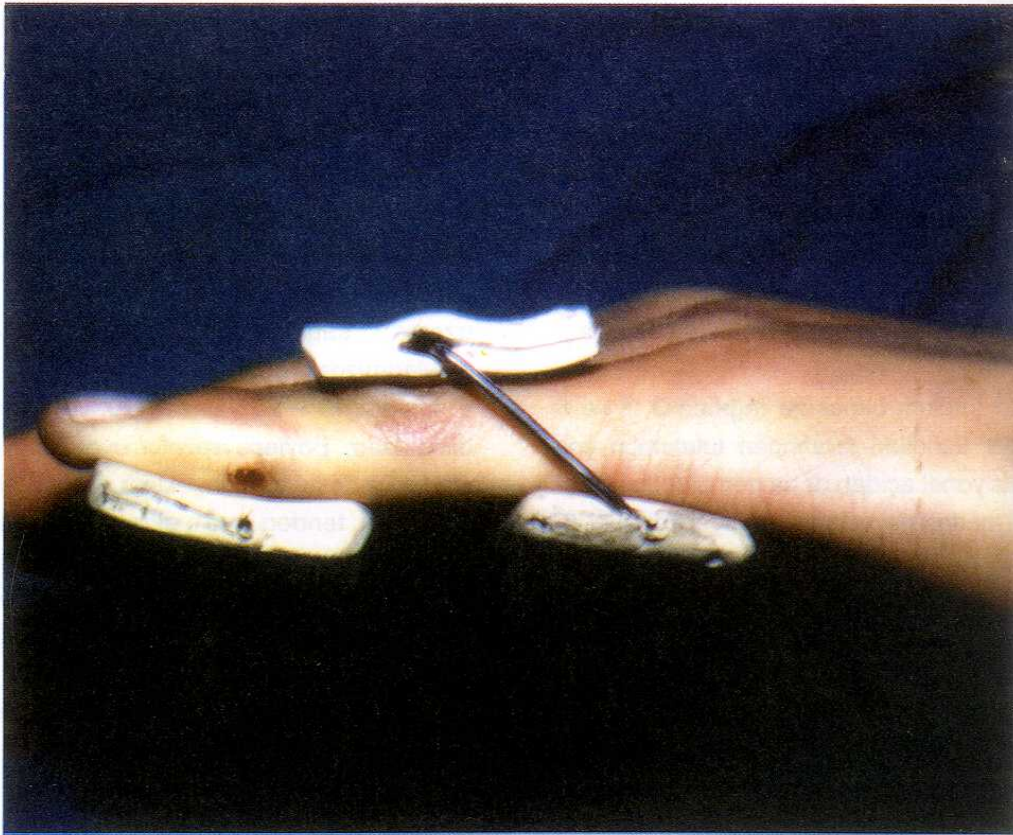
yaş) 20 iken kadınlarda (18 - 24) 21, idi. Preoperatif tetkik ve konsültasyonlar sonucu hastalarımızın hiçbirinde sistemik bir hastalık ya da eşlik eden bir sendroma rastlanmadı.

En büyük kontraktür derecesi 75 iken bu ve buna yakın kontraktürü olan hastalarda tedavi sonrası kontraktür derecesi hiçbir zaman sıfır (0) olmamış ancak bu hastalar fonksiyonel açıdan daha rahat ettiklerini 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 müdahale edilmiştir. Diğer taraf el 5. parmağa müdahaleyi kontraktür derecesi düşük olduğu için hasta istememiştir.

#### TARTIŞMA

Kamptodaktelinin 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 metakarpofalangeal (MP) eklemi fleksiyonda iken PIP'teki fleksiyonun pasif olarak düzeltilebiliyor olmasının fleksör digito-

rum superfisialisin muskulotendinöz yapısında kısalığı ve ciltte kısalığı düşündüğüünü iddia etmişler, buna zaman içinde eklem değişikliklerinin de eşlik ettiğini düşünmüşlerdir (4).

Bütün bu teoriler kamptodaktili tedavisinde bizim olgularımızdaki gibi dinamik splint tedavisinin yeri olduğunu düşündürmektedir. Nitekim Hori ve arkadaşları 24 hasta ve 34 küçük parmağdaki 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 açıktır. 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 ulaşılmaktadır. Böyle bir durumda da hastanın tedavinin hızı ve başarısına inanması daha kolay olmakta ve hekim-hasta kooperasyonu kolaylaşmaktadır.

Benson ve arkadaşları kamptodaktili olgularını tip1: İzole infantil, Tip2: Adolesan tip ve Tip3: Sendromik tip olarak sınıflamışlar ve her bir grup için dinamik splint uygulaması yapmış ve iyi sonuçlara ulaşımlardır. Bizim hastalarımız bu anlamda tip 2 gruba girmektedir. Aynı araştırmacılar dinamik splint ile tedavinin her üç tip için de uygun olduğunu ve cerrahinin 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 bildirilmekte ise de tek başına cerrahi, sorunu çözememekte ve postop-eratif rehabilitasyon eklenmektedir (7).

Siebert ve arkadaşları 38 parmağa cerrahi müdahale uygulamışlar, bunlardan ancak % 18'inde iyi ya da mükemmel denilebilecek sonuç almışken, konservatif takip edilen hastaların ise % 66'sında iyi ya da mükemmel sonuca ulaştıklarını bildirmişlerdir (8). Bu çalışma kamptodaktilli 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 Surg1987;12(A)6:1061-65.
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. Siebert 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.