

Dupuytren Kontraktüründe Tedavi Yaklaşımlarımız

Op. Dr. Uğur KOÇER*
Dr. Ahmet YAZICI*
Dr. Kenan ARİFOĞLU*
Doç. Dr. Ömer ŞENSÖZ*

Dupuytren kontraktürü esas olarak palmar aponöz ve onun dijital uzantılarını tutan ve bu yapılarda fibrozisle karakterize bir hastalıktır. Fasyadaki patolojik değişiklikler en sık MP eklemden olmak üzere PIP eklem ve nadiren de DIP eklemden fleksiyon kontraktürüne yol açar. Fasyadaki benzer değişiklikler bazen aynı hastanın parmak dorsumunda (knuckle pads), penis dorsumunda (Peyronie hastalığı) ve plantar fasyada da (plantar fibromatozis, Lederhosen Hastalığı) görülebilir. Patolojik değişiklikler palmar fasyayla sınırlı kalmadığından Dupuytren kontraktürünü basit bir kontraktürden ziyade bir hastalık süreci olarak kabul etmek daha doğrudur (1).

Etiyolojide kesin bir neden belirlenememiştir. Ancak Kuzey Avrupa Ülkeleri'nde hereditenin rolü üzerinde durulmaktadır (Ling, 1963). Ayrıca epilepsi (Critchley et al. 1976), diabetes (Noble et al. 1984) ve alkolizm (Bradlow ve Mawat, 1986) ile de ilişkisi gösterilmiştir. Travma da etiolojide suçlanan faktörler arasındadır.

Hastalık fizyolojisinde myofibroblastların ilişkisinin gösterilmesine karşın kontraksiyon mekanizması henüz tam olarak belli değildir (Badalamente, 1983).

Dupuytren hastalığının patognomonik belirtisi **nodul** (Luck, 1959). Hastalık ilerledikçe **nodul** proksimalinde palpabl bir kontraksiyon bandı ortaya çıkar. Genellikle ilk önce MP eklem kontrakte olmaya başlar. PIP eklem kontraktürü MP eklem kontraktürüyle birlikte veya yalnız başına meydana gelebilir. Birinci parmak daha geç dönemde hastalığa katılır ve sıklıkla addüksiyon kontraktürü şeklinde olur.

Palmar ve dijital fasyanın kontraktüre neden olan komponentleri şunlardır (1) (Şekil 1,2).

1. Palmar aponözün santral kısmı: Herbir parmağa pretendinöz bandlar gönderir ve MP eklem kontraktürünün kaynağıdır.

2. Süperfasial transvers ligament: Palmarde kontraktüre neden olmazken 1. web kontraktürüne yol açar.
3. Grayson ligamenti
4. Natatory ligament
5. Lateral dijital kılıf

Son üç komponent interfalangial eklem kontraktüründen sorumludurlar.

Dupuytren kontraktüründe uygulanan cerrahi teknikleri kısaca şu şekilde özetleyebiliriz:

I. Fasiotomi

1. Percutaneous fasiotomi: Sir Astley Cooper tarafından 1823'de uygulanmıştır. MP eklem kontraktürünü nörovasküler yapılara zarar verme tehlikesi olmadan düzeltilebildiği halde PIP eklemden birden çok fasyal band olaya karıştığından ve nörovasküler yapılar için tehlike arz ettiğinden uygun değildir (5).

2. Açık fasiotomi: 1832'de Dupuytren tarafından bildirildi. Direkt görüş altında yapıldığından daha güvenlidir. Parmaklarda daha çok tercih edilir. Fasyanın eksizyonundan sonra yara, direkt, deri greft veya Z plasti (Watson 1984) ile kapatılır. Tek dezavantajı rekürrensittir.

Bu iki prosedür daha geniş girişimleri tolere edemeyecek hastalar için uygundur.

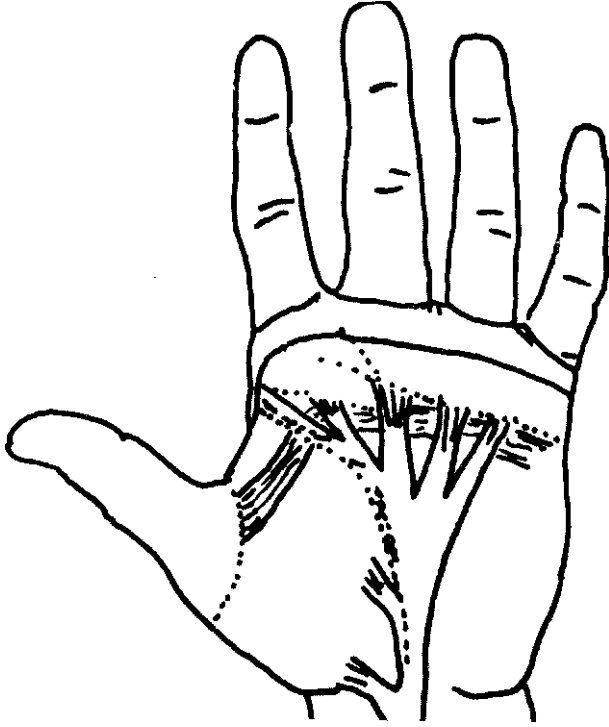
II. Fasiektomi

1933'de Goyran tarafından önerildi. Bugünkü tartışma ne kadar fasyanın çıkarılacağı üstünedir. Kontraktil kordun devamlılığını kesecek kısa bir fasya segmentinin çıkarılması yeterli midir yoksa kanser cerrahisinde olduğu gibi anblok bir fasya eksizyonu mu yapılmalı? Dört tip fasiektomi bildirilmiştir.

1. Lokal fasiektomi ve deri grefti: Gonzales tarafından tarif edildi (1981). Palmar ve/veya parmakta

* : XIV. Türk Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Kongresinde sunulmuştur (26 Ekim-1992).

* : Ankara Numune Hastanesi II. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, ANKARA



Şekil 1. Palmar fasya, pretendinous uzantıları ve yüzeysel transvers ligamentin görünümü

kontraktıl kord üzerinden transvers bir segmentin eksizyonundan ibarettir. Defekt tam kalınlıkta deri grefti ile kapatılır.

2. Rejional fasiyektomi: Hastalık bölgesindeki fasya eksize edilir. Normal görünümüne dokunulmaz. Palmar bölgede fasyanın genişliği iyi bilinebildiğinden burası için uygundur. Ancak parmaklarda normal ve hastalıklı fasyayı ayırt etmek zor olduğundan daha az faydalıdır. Ayrıca her iki bölgede de normal ve hastalıklı fasyanın kabaca ayırdedilmesinin mümkün olmayacağı da bilinmelidir. Kaldı ki Brickley-Parson ve ark. normal görünümüne fasyada biyokimyasal değişikliklerin bulunduğunu göstermişlerdir (6).

3. Geniş fasiyektomi: Hastalıklı ve normal fasyanın hepsi çıkarılır. Total palmar fasiyektomi Mc Indoe Prosedürü olarak bilinir (1958). Parmaklarda bütün hastalıklı ve potansiyel hastalıklı kordlar (santral, lateral, spiral, retrovasküler ve natatory kord) çıkarılır (7).

4. Dermofasiyektomi: Hueston (1982) tarafından bildirilmiştir. Hastalıklı fasya, üzerindeki deriyle birlikte eksize edilir. Defekt tam kalınlıkta deri grefti ile kapatılır. Bu prosedür şiddetli ve rekürren vakalar için uygundur.

Fasiyektomi için kullanılan insizyonlar, longitudinal, transvers veya zig-zag şekilde planlanabilir. Tek parmak tutulumunda longitudinal, birden fazla parmak tutulumunda ise transvers insizyon önerilmiştir. Longitudinal insizyon Z plastiye dönüştürülerek kapatılır. Trans-

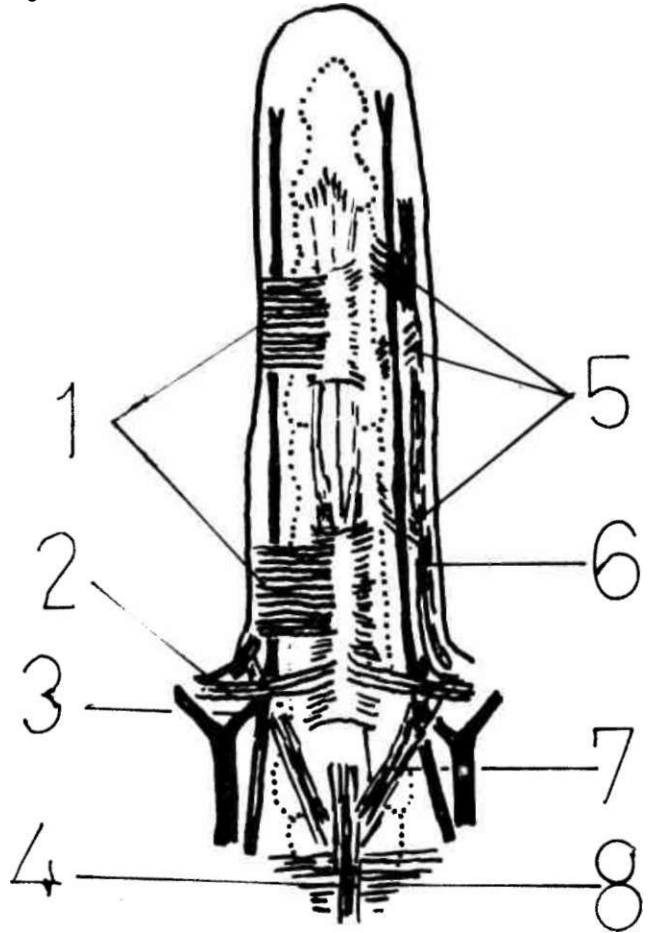
vers insizyon ise tam kalınlıkta deri greftiyle kapatılır ya da açık bırakılır. Açık teknik Mc Cash tarafından tarif edilmiştir (1964).

Zig-zag insizyonun Y-V şeklinde planlanan şekli King ve ark. tarafından bildirilmiştir (1979). Bu yöntemle yara direkt kapatıldığı gibi parmaklara doğru deri kazancı da olur.

MATERYEL VE METOD

Kliniğimizde 1987-1992 yılları arasında 22 Dupuytren kontraktürü olgusuna 24 cerrahi prosedür uygulanmıştı. Bunların 20'si geniş fasiyektomi, 4'ü palmarde total fasiyektomiyle birlikte parmaklarda sadece santral kordun çıkarılması şeklinde oldu. Biz şimdi olguların retrospektif incelenmesi ile elde edilen sonuçları sunuyoruz.

Olguların yaşlarına göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Görüldüğü üzere hastalık 45 yaştan sonra artış göstermektedir.



Şekil 2. Parmak a normal fasyal yapıların görünümü 1) Grayson ligamenti 2) Natatory ligament 3) Nörovasküler bundle 4) Pretendinous band 5) Cleland ligamenti 6) Lateral dijital kılıf 7) Spiral band 8) Süperfisyal transvers ligament. Bu yapılardan Cleland Ligamenti ve süperfisyal transvers ligament hariç hepsi hastalığa katılır

Tablo 1. Olguların yaşlarına göre dağılımı

| Yaş | Olgu sayısı |
|-------------|-------------|
| 40-45 | 2 |
| 46-50 | 4 |
| 51-55 | 4 |
| 56-60 | 4 |
| 61-65 | 4 |
| 66-70 | 2 |
| 71 ve üzeri | 2 |

Tablo 2. Dominant el ve tutulan ele göre olguların dağılımı

| | Sağ el | Sol el | Her ikisi |
|-------------|--------|--------|-----------|
| Dominant el | 21 | 1 | |
| Tutulan el | 8 | 4 | 10 |

Olgularımızın hepsi erkekti ve hiçbirisinde aile hikayesi yoktu. Aile hikayesi oranı ırklar arasında oldukça değişkenlik göstermektedir.

Dominant el ve tutulan ele göre olguların dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir, iki taraflı tutulumda sadece iki olguda operasyon endikasyonu olarak kabul ettiğimiz 30 derecenin üzerinde bir fleksiyon kontraktürü vardı.

Dupuytren kontraktürü ile birlikte görülebilen hastalıklardan 2 olguda travma hikayesi. 2 olguda da alkolizme rastlandı. İki olguda plantar tutulum da vardı. Olguların hiç birisinde parmak dorsumu ve penis tutulumuna rastlanmadı.

On olguda iki taraflı tutulum ve hastalıklı ellerin 6'sında da 2 parmak tutulumu olduğundan kontraktür gelişen toplam parmak sayısı 38 idi. Bunların 26'sında MP, 10'unda MP+PIP, 2'sinde yalnız PIP eklem kontraktürü vardı. 18 dördüncü, 14 beşinci ve 6 üçüncü parmak kontraktürü vardı. Hiç bir olguda birinci ve ikinci parmak kontraktürüne rastlanmadı.

Biz 22 olguda, ikisinde bilaferal olmak üzere toplam 24 cerrahi prosedür gerçekleştirdik. 85 yaş üzeri 4 olguda palmarde total fasiyektomi yanında parmaklarda sadece santral kordun eksizyonu ile yetindik.

Bütün hastalar yatırılarak tedavi edildi. Operasyon endikasyonu olarak 30 derecelik fleksiyon kontraktürünü esas aldık. Prosedürlerin 8'inde genel anestezi, 14'ünde aksiller blok, 2'sinde de Rejional İntravenöz Anestezi (RIVA) uygulandı. Her prosedürde kola turnike takıldı ve özellikle parmaklarda loup magnifikasyonundan yararlandı.

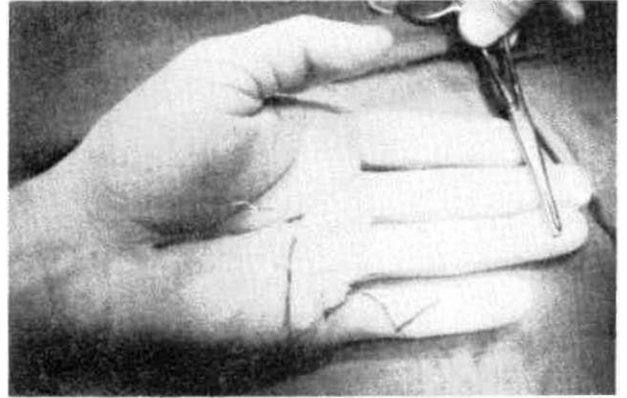
Tek parmak tutulumu olan olgularda krizlere uygun palmar zig-zag insizyonu distal dijital krizi biraz aşacak şekilde uzatarak yaklaşım sağladık (Resim 1,2). Birden fazla parmak tutulumunda ise proksimal ve distal palmar krizlere uygun bipediküllü flep kaldırıldı, par-

maklarda yine zig-zag insizyon kullanıldı. Palmarde aponözün tamamı, parmaklarda santral, lateral, spiral ve retrovasküler kordlarla birlikte natatory ligament de çıkarıldı. 65 yaş üzeri 4 olguda tamamlanınca turnike gevşetildi ve hemostaz sağlandı. Yaraya bir adet penrose veya küçük hemovak dren yerleştirildi, insizyonlar direkt kapatıldıktan sonra basınçlı pansuman ve parmaklar ekstansiyonda iken alçı atel uygulandı.

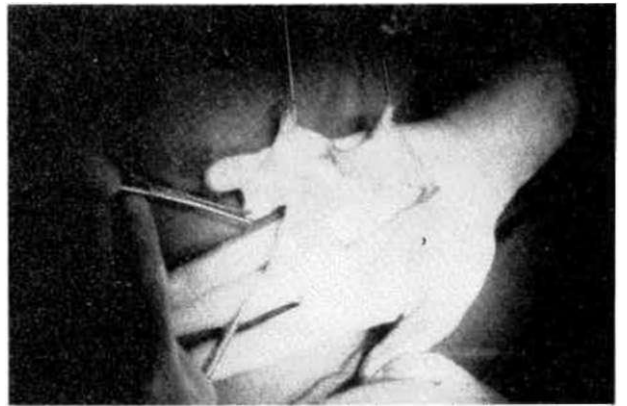
Postoperatif ikinci günden itibaren fleksiyon egzersizlerine başlandı. Ekstansiyon ateli ilk iki hafta sürekli, müteakip üç ay boyunca sadece gece uygulandı.

BULGULAR

Fasiyektomiden sonra hastalık süresi ne olursa olsun MP eklemden tam düzelme sağlanırken PIP eklemden, bazı olgularda, gecikmemiş bile olsa tam düzelme sağlanamadı. Yine de rezidüel kontraktür 30 derecenin altında olduğundan periartiküler yumuşak doku gevşetilmesine gerek duyulmadı. Yirmi iki olguda uygulanan 24 cerrahi prosedürden sonra hospitaliza-



Resim 1. Fasiyektomi için kullandığımız zig-zag insizyon



Resim 2. Aynı insizyondan fleplerin kaldırılmış hali

syon süresi 4 olgu dışında ortalama 3 gündür. Flep nekrozu sonucu greft uygulanan 2 hasta 13 ve 15 gün, infeksiyon nedeniyle sekonder iyileşmeye bırakılan 2 hasta 8 ve 9 gün yattı. Hiçbir olguda belirtilenlerin dışında başka bir komplikasyon gelişmedi ve şimdiye kadarki takiplerinde rekürrense rastlanmadı.

TARTIŞMA

Dupuytren hastalığının etiolojisi ve kontraksiyon mekanizması henüz tam anlaşılmış değildir. Hastalık 45 yaşından sonra artış göstermektedir. Bizim serimizde 65 yaş üzerinde azalma görülmesi Türkiye'de ortalama ölüm yaşı sınırının aşılmamış olmasına bağlanabilir. Yine Dupuytren hastalığının erkeklerde daha sık görülmesiyle birlikte hiç kadın olgumuzun olmayışı serinin yetersizliğine rağmen bu hastalığın Türkiye'deki insidansında erkekler aleyhine daha fazla bir oran olabileceğini akla getiriyor. Ancak Keçik A. ve ark'nın yaptığı 15 vakalık bir çalışmada (9) hastaların biri kadındır ve bu literatürdeki oranlara uygundur.

Literatürde her iki elin birlikte tutulma oranı biraz daha yüksektir (2). Bununla birlikte bizim serimizdeki iki taraflı tutulum daha ziyade gecikmiş olgularda görüldü ve yine hastalığın sağ elde daha önce başladığı tesbit edildi.

Dupuytren hastalığında eklem kontraktürünün tek tedavisi cerrahidir. Uzun süreli splint, steroid ve enzim enjeksiyonu gibi uygulamalar (3) bildirilmişse de bunlar belki cerrahi için kolaylık sağlayabilir, ancak cerrahisinin yerini alamazlar.

Dupuytren kontraktüründe her vakada uygulanabilecek standart bir teknik yoktur. Cerrahi girişim endikasyonu eklem kontraktürüdür. Palmar nodul veya knuckle pads'in eksizyonu nadiren gerekebilir. Non kontraktil fasiektomi için 3 endikasyon vardır (4). 1) A-1 pulley seviyesindeki nodul veya aynı seviyedeki vertikal septa sıkıştırması nedeniyle geçmeyen tenosinovit. 2) Dijital sinir tutulumu nedeniyle parmakta yanıcı ağrı. 3) Emosyonel rahatsızlık.

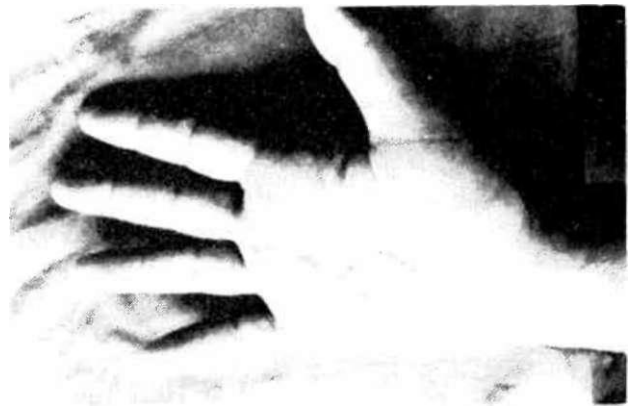


Eklem kontraktürünün tek tedavisi cerrahi olmakla birlikte her zaman tam bir kür sağlanmadığı gibi bazı vakalarda hastalığın ilerlemesi de kontrol altına alınmayabilir. 30 derecelik bir MP eklem kontraktürü hastayı rahatsız eder ve cerrahi için bir klavuzdur. Bununla birlikte MP eklem kontraktürü için acele etmeye gerek yoktur. Uzun süreli ve ileri derecede kontraktürler bile kolayca düzeltilir. Oysa PIP eklem kontraktürü kısa süreli olsa bile tam düzeltilmeyebilir. Bunun için PIP eklemde kontraktür geliştiğinde eklemdeki yumuşak dokuların eklem ekstansiyonunu zorlaştıracak şekilde işe karışmasından önce hastaya cerrahi önerilmelidir. Bununla birlikte 30 dereceden az bir PIP eklem kontraktürü cerrahisiyle düzeilemediği gibi bazı vakalarda, özellikle küçük parmakta daha da kötüleşebilir. PIP eklem ekstansiyon kuvveti skar kontraktürünün fleksiyon kuvvetini yenemeyebilir. Bu nedenle PIP eklem kontraktürü bir ikilem yaratır. Erken operasyonla kontraktür düzeltemeyebileceği gibi hasta da operasyonu gereksiz görebilir. Uzun süreli kontraktürde ise tam ekstansiyon sağlanması zordur. En iyisi 30 derecelik bir kontraktürde cerrahi önermektir (1).

Nadir durumlarda eklem replasmanı, artrodez veya şiddetli durumlarda parmak amputasyonu bile gerekebilir.

Biz olgularımızda rekürrens insidansının en az olmasıyla birlikte daha yüksek komplikasyon riski taşıyan geniş fasiektomi yöntemini kullandık. Tek parmak tutulumunda palmar krizlere uygun zig-zag insizyonu, iki parmak tutulumunda ise proksimal ve distal palmar krizlere uygun insizyonla bipediküllü flep kaldırdık. Her iki durumda da parmaklarda zig-zag insizyon kullanıldı. Bu insizyonlar yeterli ekspozür sağladığı gibi flep viabilitesini de riske sokmadı.

Ekstansif fasiektomiden sonra 30 dereceden az rezidüel bir kontraktür yeterli kabul edilebilir ve postoperatif splint ve fizyoterapiye güvenilebilir (1). 30 derecenin üzerinde bir rezidüel kontraktür ise rahatsız edicidir ve yumuşak doku gevşetmesi gerektirir. Burada



Resim 3 ve 4. Bir Dupuytren kontraktürü vakasında preoperatif ve geç postoperatif görünüm.

Tablo 3. Dupuytren kontraktürü ameliyatlarından sonra görülen komplikasyonlar (2)

| | |
|-----------------------------------|----|
| Hematom, deri kaybı ve infeksiyon | %3 |
| Sinir ve arter kesilmesi | %3 |
| Fleksiyon kaybı | %6 |
| Refleks simpatetik distrofi | %5 |

en basit prosedür fleksor tendon kılıfının insizyonu ile parmağı pasif ekstansiyona getirmektir (2). Bu prosedür yeterli olmazsa aksesuar kollateral ligamentlerin volar plate'deki yapışma yerleri Curtis (1954) tarafından önerildiği gibi eksize edilebilir. Alternatif olarak Check-rein ligamentler serbestleştirilebilir. Bizim prosedürlerimizde rezidüel kontraktür 30 derecenin altında kaldığından bu tür girişimlere gerek duyulmadı.

Dupuytren kontraktürü cerrahisinden sonra görülebilen komplikasyonlar Tablo 3'de gösterilmiştir. Bunlar Turnike tatbiki, loup kullanılması, titiz bir hemostaz,

dren konulması postoperatif elevasyon, analjezik ve gerekirse sedasyon ile minimale indirilebilir.

SONUÇ

Dupuytren kontraktürü için her vakada uygulanabilecek standart bir operasyon tekniği yoktur. Uygulanan teknikler de her zaman tam bir kür sağlamadığı gibi bazen hastanın durumunu daha da kötüleştirebilir. Teknik seçiminde hasta yaşı, genel durumu, hastalıklı elin dominant olup olmadığı, kontraktürün şiddeti ve hastanın tercihi göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlarla birlikte rekürrens olasılığının çok fazla olduğu bu hastalıkta uygun seçilmiş vakalarda titizlikle uygulanan bir geniş fasciektomi ve iyi bir postoperatif takiple el fonksiyonu maksimuma çıkarılabildiği gibi rekürrens ihtimali de en aza indirilmiş olur. Burada postoperatif takibin önemini özellikle vurgulamak istiyoruz. Parmaklar ekstansiyon atelinde iken fleksiyon egzersizleri asla ihmal edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Mc Farlane RM. Dupuytren's disease, in textbook of plastic, maxillofacial and reconstructif surgery. In: Georgiade GS, Georgiade NG, Riefkohl R and Barwick WJ, eds. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992:1157-64.
2. Mc Farlane RM. Dupuytren's disease, in plastic surgery. In: Lio Cathy JG, eds. WB Saunders Company, 1990: 8:5053-56.
3. Hueston JT. Regressiyon of dupuytren's contracture. The journal of hand surg 1992; 17B:453-57.
4. Watson HK. Ekstrom D. Dupuytren's contracture, in plastic surgery. In: Smith JW, Aston SJ, eds. Little Brown and Company. Boston, Toronto, London: 1992: 967-73.
5. Rowley DI, Couch M, Chesney N, Norris SH. Assessment of percutaneous fasciotomy in the management of dupuytren's contracture. J Hand Surg 1984; 9 B:163-4.
6. Brickley-Parsons D, Giimcher MJ, Smith RJ, Albin R, Adams JP. Biochemical changes in the collagen of the palmar fascia in patients with dupuytren's disease. J Bone Surg 1981; 63 A:787-97.
7. Mc Farlane RM. Pattern of the diseased fascia in the fingers in dupuytren's contracture displacement of the neurovascular bundle. Plas Reconst Surg 1974; 54:31-44.
8. King E, Bass DM, Watson HK. Treatment of dupuytren's contracture by ekstansive fasciektomy trough multiple Y-V plasty incisions. Short-Term Evaluation of 170 consecutive Operations. J Hand Surg 1979; 4:234-41.
9. Kecik A, Erdogan B, Gürsü-Hazarli G. Plastik ve rekonstrüktif cerrahi dergisi 1982; 4-5:90-99.