

plastik cerrahi

Dupuytren Kontraktürleri

İBRAHİM ÇİVİ*

İngiliz hekim Astley Cooper ve Fransız Boyer tarafından palmar aponözün retraksiyonu diye tarif edilip ameliyat edilmelerine karşın ayrı bir hastalık olarak ancak Kont Chigot Dupuytren tarafından ortaya atıldığı için bu adı taşımaktadır.

İlk kez Paris'in meşhur hastanesi Hotel Dieu hekimlerinden Chigot tarafından 5 ARALIK 1831'de verilen konferansta tanımlanmıştır¹. O zamandan bu yana bu adla bilinen ve günümüze kadar birçok yazar tarafından incelenmiş olan hastalığın halen etyoloji ve patogenezi tam açıklık kazanmamıştır^{2,7,8}.

ANATOMİK DEĞİŞİKLİKLER

Dupuytren kontraktüründe palmar fasciada, digital fasciada, ciltaltı ve yağ dokusunda, perivasküler elementlerin proliferasyonu ve metaplazisi vardır¹⁰. Palmar fasciadaki bant yapısı parmaklarda retrovasküler sahaya kadar uzanarak retrovasküler fibröz bantlar yapar. Yüzeysel volar plandaki palmar fasciadan derine doğru uzanan bantlar tendonların kılıfların, damar ve sinirleri sararak deriyi, palmar fasciayı, derindeki yapılara ve parmakların her iki lateral bölümüne bağlarlar^{11,12}.

Dupuytren kontraktüründe ilk Klinik belirti elin palmar yüzeyinde görülen nodüller kalınlaşmadır. Nodüller çoğunlukla palmar aponözün pretendiniöz bantları içinde meydana gelirler. Yapısal yönden tamamen bağ dokusu artımı şeklindedir.

Olgularımızın % 47,6'ında afete iştirak eden bölümde ağrı tarif edilmiştir¹⁶. Bu, kontraktür veya nodulun sinirlere baskı yaptığını ifade etmektedir. Bu tür olguların cerrahi girişimlerinde digital sinirlerin ve arterlerin korunması çok önemlidir^{6,11,12}. Cerrahi girişimlerimizde digital sinir ve arter kesilmesi komplikasyonu hiç saptanmamıştır¹.

Tord Skoog 1948'de, palmar fasciada kollagen doku mikropmalarının sorumlu olduğunu ileri sürmüştür. Histolojik incelemeler bu hipotezi doğrular nitelikte olup sanki lokalize kopma ve yaralanmaya karşı bir iyileşme cevabı şeklindedir^{1,8,10}.

Hastalığın ileri döneminde nodüllere bağlı olan

longitudinal bandların tendona benzer kordonlar oluşturduğu saptanır. Palmar aponözün transvers bandı hastalığın hiçbir döneminde olaya katılmamaktadır^{7,8,10}. Dupuytren kontraktürü birçok yazarın serisinde daha çok 4. ve 5. parmaklarda yerleştiği görülmektedir^{6,7,10,12}. Bizim de serimizde bu parmaklar daha çok afete iştirak etmişlerdir¹⁶.

HİSTOLOJİ

Son yıllarda yapılan histolojik ve elektron mikroskopik incelemeler sonucu hastalığın ilk dönemlerinde perivasküler myofibroblastların sahada fazlaştığı ve bu hücrelerin kollagenbantlaroluşturduğu saptandı. Yeni oluşan kollagen olgunlaşıp kalınlaştıktan sonra kordon halinde toplanabilmektedir^{2,8}. Burada çoğunlukla iki histolojik form; lameller kalınlaşma ve nodüller kalınlaşma şeklindedir¹.

ETYOLOJİ

Çeşitli nedenler arasında genetik faktörler, epilepsi, alkolizm ve tüberküloz suçlanmaktadır. Son zamanlarda ise eskiden Kabul edilen devamlı mikrotravma yerine, uzun süre elleri ile çalışanlarda istirahat çekilme sonucu kontraktür oluştuğu iddia edilmektedir¹. Eğer mikrotravma, sorunun etiyolojik nedeni ise ülkemizde elleri ile çalışanların çok olması nedeniyle bu hastalıkla çok karşılaşmamız gerekir idi. Serimizdeki olguların çoğunluğu el ile çalışma gereksinimi olmayan mesleklerdir¹⁶. Bu kaynaklara uygun değildir. Hastanemize başvuran grubun özelliği var ise de, Türk tıp literatüründe yayımlanan diğer seriler de aynı neden araştırılmış, fakat ilgi bulunamamıştır. Bu bulgular, Dupuytren oluşumunda elde mikrotravma sorununun olmadığını iddia ettiremez⁹.

Hastalığı otoimmün gruba sokarak inceleyenler alkol ve travmayı ikincil faktör olarak almaktadırlar¹². T. SKoog serisinde aile hikayesi % 44 oranında iken J. Michon'un serisinde bu oran % 52 idi^{6,7,10}. Hastalarda çoğunlukla el bileğinde yastıklar, ayak tabanında kontraktür veya nodüller ile peyroni hastalığı beraber bulunmuştur. Daha çok Anglo-Sakson ırkta

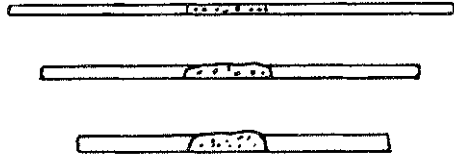
* Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği Başasistanı

ve en fazla Kuzey Avrupa toplumunda görülürse de nadir olarak müslüman toplumda da rastlanmaktadır. Kliniğimizde son 5 yıl içerisinde 21 Dupuytren kontraktürlü olguda 27 ele müdahale edilmiştir. Cinsine göre dağılım, Kaynaklardaki geniş serilere göre çok değişik bulunmuştur. J. Michon'un serisinde cinsler arası oran eşit gibi olmasına karşın serimizde erkek/Kadın oranı 4.5 bulunmuştur¹⁶.

PATOGENEZ

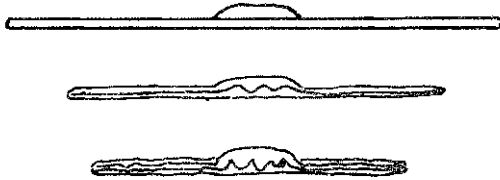
Etyoloji her ne kadar Kesin bilinmiyor ise de Dupuytren kontraktürünün patogenezinde iki esas teori ileri sürülmektedir.

A— İntinsik teori: Normal uzanmakta olan palmar aponörotik fibrillerin bir yerinde hiper sellüler nodeller ve hipertrofik benüar oluşmakta ve palmar bandı kontrakte ederek Kısaltmaktadır (Şekil 1).



Şekil-1:

B— Ekstrinsik teori : Palmar aponörotik yapıların etrafında hipertrofik yapılar oluşmakta ve altındaki palmar bandı büzmek suretiyle kısaltmaktadır. (Şekil 2).



Şekil-2:

DUPUYTREN KONTRAKTÜRÜNDE FLEKSİYON DEFORMİTESİNİN DERECELENDİRİLMESİ

Dupuytren kontraktüründe muhtelif parmak eklemlerinin ekstansiyona gelememesinin sayısal saptanmasına dayanan J.Michon ve R.Tübiana sınıflandırmasına göre tayin edilir. Palmar aponörüzda nodul ve indurasyon olup ta parmakta ekstansiyon eksikliği yoksa yani parmak avuç içi ile tam 180 derecelik bir açı yapabümekte ise sınıf N Kabul edilir. Her 45 derecelik ekstansiyona gelememe için birer sınıf oluşturulur^{17,12}.

Sınıf N: Nodul mevcut fakat fleksiyon deformitesi yok.

Sınıf 1 : Toplam fleksiyon deformitesi 0—45 derece arasında

Sınıf 2: Toplam fleksiyon deformitesi 45—90 derece arasında

Sınıf 3 : Toplam fleksiyon deformitesi 90—135 derece arasında

Sınıf 4 : Toplam fleksiyon deformitesi 135 derecenin üstünde

Burada her bir eklemdaki fleksiyonlar ayrı ayrı değerlendirilerek birleştirilir. Şöyle Ki Metakorpofalangial (MP) eklemda fleksiyon 30 derece ve proksimal interfalangial (PİP) eklemda 70 derece ise toplam retraksiyon 30 + 70 = 100 derece — Sınıf 3.

Bundan başka lezyonun yerinin belirtilmesi için palmar bölümde ise P, parmakta ise D (digital) gibi harfler kullanılarak oluşturulan formüller ile kontraktürün tarifine çalışılır. Bu tarifile belirtilen kontraktürün ameliyattan sonra yapılan değerlendirme ile tedaviden faydalanması hesaplanabilir¹⁸⁻¹⁹

TEDAVİ ENDİKASYONLARI

Cerrahi girişim için endikasyonlar kısaca şöyle özetlenebilir:

1. Hastanın yaşı, genel durumu ameliyat stresini kaldıracak durumda olmalıdır.
2. Dupuytren kontraktürünün yanında ameliyatın sonucunu kötüleştirecek bir başka hastalık olmamalıdır. (Romatoid hand gibi)
3. Parmaklarda deformasyon yapılmadıkça veya dayanılmaz ağırlara neden olmadıkça palmar nodüllere cerrahi girişim uygulanmamalıdır.
4. Hastalığın elin fonksiyonlarını bozacak parmaklarda kontraktür yapmış olmalıdır. Epilepsi, kronik alkolizm ve trofik hastalıklar ile vasomotor hastalıklar olmamalıdır.

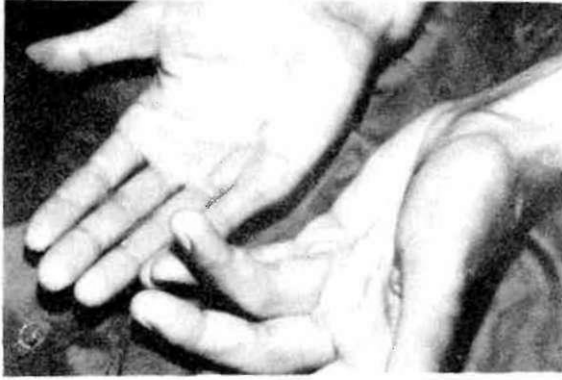
TEDAVİ ÇEŞİTLERİ

Dupuytren kontraktüründe tedavi iki ana bölüm halinde incelenebilir. Bunlar:

- I. Fasiyektomi
- II. Fasiyektomi (Mc Cash operasyonu)

Fasiyektomi: Elin palmar fasiyasında parmakların kontraktürünü yapan hastalık nedeni ile bu fascianın çıkarılması demektir.

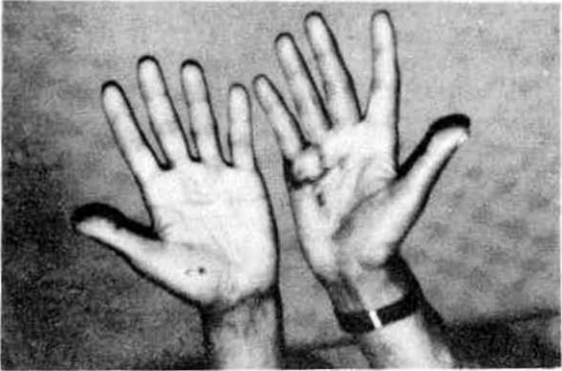
Hastalığın derecesine göre palmar fascianın bir kısmının çıkarılmasıyla Kontraktürün giderilmesi işleme regional fasiyektomi, palmar fascianın tümünün birden çıkarılmasına ise total fasiyektomi adı verilir. Bu cerrahi işlem esnasında cilt kesileri ve palmar fasciaya yaklaşım değişik olmaktadır. J. Michon'un önerdiği Z plastiler ile palmar fasciaya ulaşım ve kontrakte kısımlarının çıkarılması, diğeri T. Skoog tarafından önerilen Kuadrangüler deği kesileridir 3,7,10. (Şekil 3a- b - c), (Şekil 4.a- b).



Şekil: 3. a— Bilateral Dupuytren Kontraktürlü bir olgumuz.



b— Bilateral Dupuytren Kontraktürlü diğer bir olgumuz.



c— Bilateral Dupuytren Kontraktürlü bir olgumuzun ameliyat sonrası ellerin durumu.

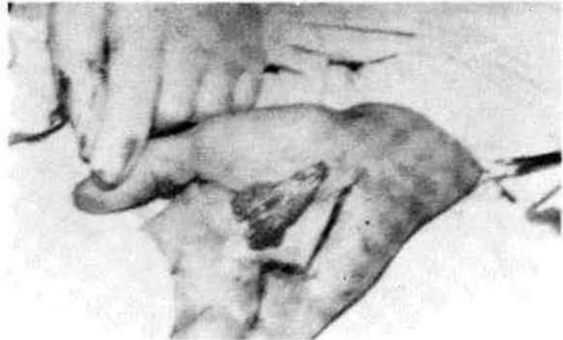
Bir kısım yazarlar derinin de hastalığa katıldığını ve bu derinin çıkarılarak yerine greft konulmasını önerirler. Fakat çoğu el cerrahları bunun doğru olmadığını derinin palmar fascia üzerinden sıyırılmasını ve operasyon bittikten sonra deriye çekim altında dikiş konulabileceğini yazmaktadırlar. Bu yazarlar çok nadir cilt nekrozu gördüklerini bildirmişlerdir. Aynı yazarlar ercen yapılacak cerrahi girişimin daha basit olacağını ve parmaklarda oluşabilecek eklem sertleşmesi

olayım da azaltacağı kanaatindeyizler⁷ •¹²

Fasiyotomi ise Hintli cerrah Mc. Cash tarafından tarif edilmiş ve önerilmiştir. Burada deri ile birlikte palmar fasiya kesilmekte ve parmakların kontraktürü açılmaktadır. Burada tek kesi bazen yetersiz kalmakta ve iki, üç kesi yapılması gerekmektedir. Açılmış olan kesilere dikiş konulmamaktadır ve yaranın kendiliğinden iyileşmesi beklenmektedir. İyileşme ise takriben 3 - 6 ay gibi bir sürede olmaktadır¹³ •¹⁴.



Şekil: 4. a— Dupuytren Kontraktürlü sağ elde Z plasti ile ameliyat planlanması

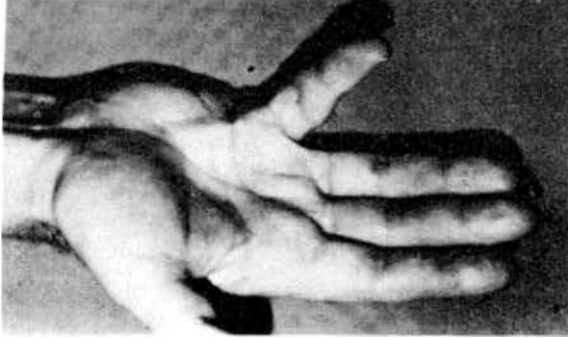


b— Sağ elde fasiyektomiden sonra suture edilmiş cildin durumu ve çıkarılmış olan palmar fascia.

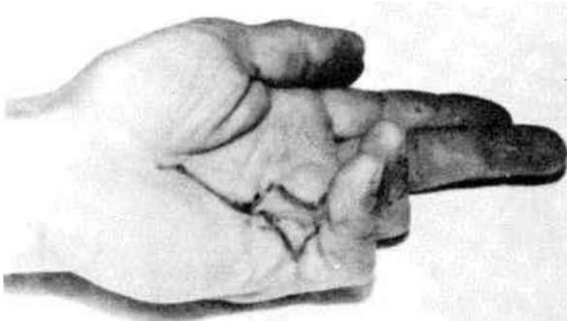


c— Sağ elde kuadrangüler fleb kesilerinin planlanması.

Biz olgularımızda Z plasti ve kuadrangüller cilt kesilerini kullandık. Her iki keşide de sonuçlarımız aynı idi¹⁶. (Şekil: 5.a-b).



Şekil: 5. a— Sağ el 5'nci parmakta Dupuytren Kontraktürü.



b— Sol el 4 ve 5. parmaklarda Dupuytren Kontraktürü ve Z Plasti ile ameliyat planlanması.

FASİYEKTOMİNİN KOMPİLASYONLARI

Thomine Dupuytren kontraktürlü 195 olguluk fasiyektomi serisinde cerrahi komplikasyonları tartışmıştır⁵

Çoğunlukla görülen komplikasyonları sıralamak gerekir ise şöyle sıralayabiliriz:

1. Pastoperatif ödem: hemen hemen bütün olgularda görülebilen bu komplikasyon cerrahinin genişliği ile ilgilidir.

2. Hematom: total fasciyektomi yapılmış olgularda çok iyi hemastaz yapılmasına rağmen hematom görülme olasılığı yüksektir. Yazarlar bunu % 16 oranında gördüklerini rapor etmişlerdir^{1 • 4 • 11 • 12 • 15}

Bunun önlenmesi için dren konulması önerilmektedir.

3. Palmar kesinin ayrılması: Hematomdan sonra ve çekim altında konulan dikişlerden sonra en çok görülen komplikasyondur.

4. Palmar derinin nekrozu: Derinin hastalığa katıldığı ve deride kan akımının az olduğu durumlarda kesi şekillerinin de etkisi ile deri nekrozu görülebilmektedir. Lambo uçlarının nekrozu % 5 - 20 arasında değişmektedir.

5. Digital sinirlerin kesilmesi: Parmaklardan kontraktür yapan bantların sinir ve damar paketinin etrafını sardığından, bunların cerrahi temizlenmesi esnasında bu oluşumlar yaratanabilmektedir.

Epilepsi, alkolizm ve tüberkülozda hastalığın daha hızlı seyrettiğinin bildirilmesine karşın serimizde sadece bir olguda epilepsi ve diğer bir olgumuzda da tüberküloz geçirilmiş olduğu saptandı. Bu olgular, kaynaklara uymamaktadır. Hastalığın, elin daha çok ulnar bölümünü tuttuğunu serimizde saptadık ki bu, kaynaklara uygundur. Fakat hastalarımızda ayak tabanında kontraktür, nodul veya peyronie hastalığı saptanmamıştır. Olgularımızdan hiçbirine, operasyon sonu iyileşme süreci 3 - 6 ay uzun olan Mc. Cash operasyonu uygulanmamıştır^{13 • 14}. Yukarıda da izah ettiğimiz gibi olgularımızdan sadece birisinde tüm lambo nekrozu olduğundan, deri grefti uygulanmıştır. Olguların hemen hepsine tansiyon altında dikiş koyma gereksinimi doğmuştur. Dikiş bölgesinde 5 olgumuzda uç nekrozu oldu ise de epitelizasyon kendiliğinden oluşmuştur. Total fasiyektomi yaptığımız 2 olgumuzda kaynaklarda bildirilen lambo nekrozları ve 5. parmak nekrozu saptanmamıştır.

Operasyondan sonra, olgularımızın hepsine, ödem çözülmesi başladıktan sonra birinci hafta içinde hareket serbestliği tanındı. Fizik tedavi bütün olgularımıza önerildi ve tarif edildi. Kaynaklarda önerilen gece ekstansiyon cihazı hiçbir olgumuza uygulanmadı^{11 • 14}. Sonuç olarak erken ve geç dönemde el fonksiyonlarında normale dönüşte azalma olmadı. Olgularımızda kalıcı eklem sertliği görülmedi. Bu bulgu, kaynaklarda bildirilen 5. parmak tedavilerinin prognozunun kötü olduğu görüşüne ters düşmektedir^{11 • 12}.

Bütün bu bulgulara rağmen serimizin küçüklüğü kesin sonuçları söylememizi engeller kanısındayım.

KAYNAKLAR

Converse, J.M.: Dupuytren's Disease. Reconstructive Plastic Surgery, ikinci Baskı W.B. Saunders Co., Philadelphia., cilt 6, sayfa: 3403 (1977)
Chin, H.F., McFarlane, R.M.: Pathogenesis of Dupuytren's Contracture: A Correlative Clinical - Patholo-

gical Study. J. Hand Surg. 3: 1-7, 1978.

Edward, W.K., Exeter, W.U.: Treatment of Dupuytren's Contracture by Extensive Fasiectomy Through Multiple V - Y Plasty Incisions. J. Hand. Surg. 4: 234-240, 1979.

4. Hueston, J.T., Tubiana, R.: Dupuytren's Disease. G.E.M.

- Monograph I. Churchill Livingstone. Birinci Baskı Edinburg ve Londra, 1974.
5. Hueston, J.T.: Control of Recurrent Dupuytren's Contracture by skin replacement. *British J. Plast. Surg.* 22: 152-159, 1969.
 6. Kesim, N.S., Kut, H., Görgün, B.: Dupuytren Kontraktürü. *Tıp Fak. Mecm.* 45: 541-548, 1982.
 7. Michon J.: Dupuytren kontraktürü: Konferans notları Nancy Hôpital Jeanne D'Arc. Mayıs 1981.
 8. Nezelof, C, Tubiana, R.: La maladie de Dupuytren's. Etude Histologique. *Semaine des Hôpitaux de Paris.* 34:1102-1104, 1958.
 9. Skoog, T.: Etiology and Pathogenesis of Dupuytren's Contracture. *Plast. Reconstr. Surg.* 31: 258-267, 1963.
 10. Skoog, T.: Dupuytren's Contracture: Pathogenesis and Surgical Management. *Surg. Clin. Nort America* 47: 433-441, 1967.
 11. Tubiana, R., Thomine, J.M. Brown, S.: Complications in Dupuytren's Contracture. *Plast Reconst Surg.* 39: 603-611, 1967.
 12. Tubiana, R., Fahrer, M., and Me Cullough, C.J. Récurrence and other Complications in Surgery of Dupuytren's Contracture. *Clin. Plast. Surg.* 8: 45-53, 1981.
 13. Jacobsen, K-, Holst-Nielsen, F.: A Modified Me Cash Opération for Dupuytren's Contracture. *Sacnd. J. Plast. Reconst. Surg.* 11: 231-233, 1977.
 14. Noble, J., Harrison, D.H.: Open Palm Technique for Dupuytren's Contracture. *The Hand* 8: 272-276, 1976.
 15. Thomine, J.M.: Congoactifs d'envelopes des doigts et squellette fibreux de commissures interdigital. *Annales de Chirurgie plastique.* 8 (3): 157-168, 1965.
 16. Çivi, L: Toplumumuzda Dupuytren Kontraktürü Var mı? Selçuk Üniversitesi Tıp Fak. Mecmuası, Sayı: 1, Baskıda.