

PARSİYEL FASIEKTOMİ UYGULANAN 56 DUPUYTREN KONTRAKTÜRÜ HASTASININ GERİYE DÖNÜK DEĞERLENDİRİLMESİ

A RETROSPECTIVE ASSESSMENT OF 56 DUPUYTREN'S CONTRACTURE PATIENTS WITH PARTIAL FASCIECTOMY

N.Sinem Çiloğlu, Alpay Duran

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

ÖZET

Dupuytren kontraktürü, sıklıkla elde fleksiyon kontraktürleriyle sonuçlanan palmar aponözün benign fibromatöz hastalığıdır. Parsiyel fasiyektomi sıklıkla Dupuytren hastalığının tüm evrelerinde önerilmekle birlikte nüks oranlarının % 27 ile %63 arasında değiştiği bildirilen çalışmalar mevcuttur. Ocak 2007-Temmuz 2012 tarihleri arasında Dupuytren hastalığı tanısı alan, ellerde günlük aktiviteyi kısıtlayan 30° ve üzeri metakarpofalangeal eklem kontraktürleri, 15° ve üzeri proksimal interfalangeal eklem kontraktürleri nedeniyle cerrahi tedavi endikasyonu konulmuş olan 56 hasta çalışma grubuna dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, ek hastalıklar, mevcut alışkanlıkları, semptomların süresi, gelişen komplikasyonlar, nüks oranı, postoperatif kavrama kuvvetleri, operasyon süreleri açısından değerlendirildi. Hastaların tümüne parsiyel fasiyektomi uygulandı. Postoperatif dönemde 3 hastada (%5) yara yeri ayrışması, 2 hastada (%3) hematoma oluşumu görüldü. Hastaların %8,9'unda (5) hastalığın nüks ettiği, nüks gelişmesi için geçen ortalama sürenin 3.3 yıl (6 ay-4 yıl) olduğu belirlendi. Nüks varlığı ve eşlik eden komorbiditeler arasında yapılan istatistiksel analizde, nüks gelişen hastalarda diyabet varlığı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Longitudinal insizyonlar ve Z-plastiler eşliğinde yapılacak parsiyel fasiyektomilerin Dupuytren Hastalığı'na bağlı kontraktürlerin cerrahi tedavisinde yeterli, güvenli ve güvenilir bir yöntem olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Dupuytren kontraktürü, nüks, parsiyel fasiyektomi

ABSTRACT

Dupuytren's contracture is a benign fibromatous disease of the palmar aponeurosis resulting in digital contractures. Partial fasciectomy is recommended in all of the stages of the disease with recurrence rates of 27-63% in the literature. Between January 2007 and July 2012, 56 patients with diagnosis of Dupuytren's contracture, having 30 degrees or more metacarpophalangeal joint and 15 degrees or more proximal interphalangeal joint contractures were included in this study. The patients are evaluated in terms of age, gender, comorbidities, habits, duration of the symptoms, complications, recurrence rate and postoperative grip strength. Partial fasciectomy have been performed in all patients. Three (%5) patients had wound dehiscence, 2 (%3) patients had hematoma formation. There was recurrence in 5 (8,9%) patients and the mean time for recurrence was 3.3 years. (ranging from 6 month to 4 years) In the statistical analysis for recurrence and the presence of comorbidities there was a significant difference between recurrence and Diabetes mellitus ($p<0.05$). Longitudinal incisions and Z-plasties combined with partial fasciectomy is an adequate, safe and reliable procedure for the treatment of Dupuytren's contracture.

Keywords: Dupuytren's contracture, recurrence, partial fasciectomy

GİRİŞ

Dupuytren kontraktürü, sıklıkla elde fleksiyon kontraktürleriyle sonuçlanan palmar aponözün benign fibromatöz hastalığıdır. Palmar fasyanın kalınlaşması ile karakterize ve sıklıkla avuç içinden etkilenen parmaklara uzanan kordon benzeri yapılar ile karakterizedir. Farklı popülasyonlardaki görülme sıklığı %2-6 arasında değişmektedir. Dupuytren hastalığı genellikle 40 yaş üzeri erkeklerde ve 50 yaş üzeri kadınlarda klinik olarak ortaya çıkmaktadır. Genç yaşlarda ortaya çıktığında ise, genellikle ilerleyici seyretmekte ve diğer vücut bölgelerinde fibromatöz tutulumlarla birlikte görülebilmektedir.

Etiyolojisi tam olarak bilinmese de farklı popülasyonlarda farklı prevalans oranlarına rastlanması ve aile hikayesinin sık olması nedeniyle, alışkanlıklar ve beslenme gibi çevresel faktörlerin yanında genetik faktörlerin de etiyojide rol oynadığını düşündürmektedir. Diyabet varlığı, sigara ve alkol alışkanlığının patogeneizde rol oynadıkları düşünülmektedir. Dupuytren kontraktürünün evrelemesinde çeşitli sınıflama sistemleri tanımlanmıştır. Tubiana tarafından tanımlanan klinik sınıflama sistemi hastalığın klinik evresini belirlemede sık olarak kullanılmaktadır.¹ Etkilenen parmaklardaki kontraktür derecelerinin belirlenmesi Dupuytren hastalığının evre-

sinin belirlenmesi ve uygulanacak cerrahi operasyona yol göstermesi açısından faydalıdır.¹

Dupuytren hastalığı için altın standart tedavi hastalıklı dokunun cerrahi eksizyonu ve varsa parmak kontraktürlerinin düzeltilmesidir. Hipertrofik palmar fasyanın total ya da parsiyel eksizyonu önerilen cerrahi tedavidir. Parsiyel fasiektomi sıklıkla Dupuytren hastalığının tüm evrelerinde önerilmekle birlikte nüks oranlarının %27 ile %63 arasında değiştiği bildiren çalışmalar mevcuttur.² Bu çalışmada Ocak 2007 ve Temmuz 2012 tarihleri arasında Dupuytren kontraktürü tanısıyla kliniğimizce opere edilen hastaların postoperatif sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2007 - Temmuz 2012 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'ne Dupuytren Hastalığı tanısı alan ve ellerde günlük aktiviteyi kısıtlayan 30° ve üzeri metakarpofalangeal (MCP) eklem kontraktürleri ve 15° ve üzeri proksimal interfalangeal (PIP) eklem kontraktürleri nedeniyle cerrahi tedavi endikasyonu konulmuş olan 56 hasta çalışma grubuna dahil edildi. Nüks nedeniyle kliniğimize başvuran veya operasyon sonrası nüks gelişen olgular çalışmamızda belirttiğimiz teknik ile ya da dermofasiektomi ve tam kalınlıklı deri greftleri uygulanarak kliniğimizde opere edilmiştir. Nüks eden vakalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Kliniğimize Temmuz 2010 ve Temmuz 2012 yılları arasında opere edilen 21 hastanın Dupuytren kontraktüründen etkilenmiş olan parmaklardaki kontraktür dereceleri goniometre ile ölçülerek, Ocak 2007 ve Temmuz 2010 tarihleri arasında başvuran 35 hastanın kontraktür dereceleri klinik gözlemlerle tayin edilip kaydedildi. Dupuytren kontraktüründen etkilenmiş olan parmaklardaki kontraktür dereceleri Tubiana sınıflamasına göre evrelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, ek hastalıklar, mevcut alışkanlıklar, semptomların süresi, gelişen komplikasyonlar, nüks oranı, postoperatif kavrama kuvvetleri, operasyon süreleri açısından değerlendirildi. Hastaların tümüne ameliyathane koşullarında parsiyel fasiektomi uygulandı. Parsiyel fasiektomi turnike uygulaması sonrası loupe büyütme altında proksimalde ve distalde kontraktür hattı boyunca longitudinal insizyona distal palmar, MCP eklem, interfalangeal eklem krizi seviyelerinde Z- plasti flepleri eklenerek uygulandı. Bu seviyelerde Z- plasti fleplerini ekleme amacımız vertikal kontraktür hattını engellemektir. Olgularda ek doku transferine gerek duyulmadı. Ameliyat sonrası penrose dren yerleştirilip istirahat pozisyonunda kısa kol atel uygulandı. Ameliyat sırasında eksizyon edilen spesimenler histopatolojik açıdan Haydarpaşa Numune Hastanesi Patoloji Kliniği'nce değerlendirildi. Atel ve sütürlerin 14-15. gün de alınmasını takiben hastalar fizyoterapi amacıyla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği'ne yönlendirildi. Hastaların tamamının postoperatif 6. ayda kavrama kuvvetleri Jamar dinamometresi ile ölçülerek kaydedildi.

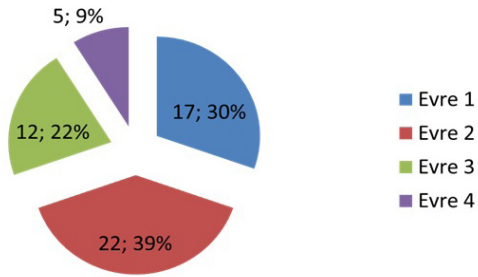
Komplikasyonlar ile komorbiditeler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılan istatistiksel analiz için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 ve PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık ve oran) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Fisher's Exact test kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların % 8,3'ü (6) kadın, % 93,2'si (50) erkek ve yaş ortalamaları 62,32 (33-80 yaş) olarak saptandı. 18 hastada Diabetes mellitus, 19 hastada ise sigara kullanma hikayesi bulunmakta idi (Şekil 1). Hastaların %51'inde sağ el 4. parmakta, %26,7'sinde ise sol el 4. parmakta ve %23,6'sında bilateral tutulum mevcuttu. Çalışmaya dahil edilen hasta grubunda operasyon öncesi MCP eklemde oluşan fleksiyon kontraktürlerinin ortalama derecesi 46,4 (29-75°), PIP eklemdeki fleksiyon kontraktürü olan hastaların ortalama fleksiyon kontraktürü derecesi 33,21 (24-65°) idi. Tubiana sınıflamasına göre hastaların %30'unda evre I, %39'unda evre II, %22'sinde evre III, %9'unda evre IV kontraktürler mevcuttu (Şekil 2). Hastaların yakınmalarının başlaması ve ilk operasyon tarihleri arasında geçen sürenin ortalama 4.3 yıl (1 - 10 yıl) olduğu belirlendi. Tüm hastalara longitudinal insizyonlara Z- plasti flepleri eklenerek parsiyel fasiektomi uygulandı (Şekil 3). Ortalama ameliyat süresi 58 dakika (45-70 dk) olarak kaydedildi. Postoperatif dönemde 3 hastada (%5) yara yeri ayrışması, 2 hastada (%3) hematoma oluşumu görüldü. Hastaların % 8,9'unda (5) hastalığın nüks ettiği, nüks gelişmesi için geçen ortalama sürenin 3,3 yıl (6 ay -4 yıl) olduğu belirlendi. Nüks gelişen 3 olgu Tubiana sınıflamasına göre evre 4, 1 olgunun evre 3, 1 olguda ise evre 2'ydi. Nüks varlığı ve eşlik eden komorbiditeler için yapılan istatistiksel analizde nüks gelişen hastalarda diyabet varlığı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. ($p < 0,05$) Diğer komorbiditeler, alışkanlıklar ve komplikasyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

	Risk Faktörleri	
	Kadın	Erkek
DM	6 (%8)	12 (%21)
Sigara kullanımı	1 (%2)	18 (%32)
Epilepsi	0	1 (%1,7)
Karaciğer hastalığı	0	1 (%1,7)
Travma	0	1 (%1,7)
Alkol kullanımı	0	2 (%3,4)
Ağır el işçiliği	4 (%6,8)	16 (%28)
Gut ve allopurinol kullanımı	0	2 (%3,4)

Şekil 1. Dupuytren kontraktürü hastaları için risk faktörleri



Şekil 2. Tubiana Sınıflaması'na göre kontraktür dağılımı



Şekil 3. Dupuytren kontraktürlü bir hastanın preoperatif ve postoperatif görüntüleri

Dupuytren kontraktürü nedeniyle opere edilen hastalarda operasyon sonrası 6. ayda eldeki ortalama kavrama kuvveti 71 Kp (22,50 -128 Kp) iken etkilenmemiş eldeki ortalama kavrama kuvveti 98 Kp (69-140 Kp) olarak belirlendi. Hastaların operasyon sonrası elde edilen spesimenleri incelendiğinde tamamının histopatolojik olarak palmar fibromatozis tanısı ile uyumlu olduğu görüldü.

TARTIŞMA

Dupuytren Hastalığı patolojisi iyi bilinen, ancak ne etiyojisi ne de patogenezi tam olarak anlaşılammış bir bağ dokusu hastalığıdır. Tanısı klinik olarak konur. Hastalarda fonksiyonel olarak kısıtlılık yaratan fleksiyon kontraktürleri gelişmemiş ve palmar bölgede nodüllerin

oluştugu evrede sadece takip edilebilmektedir. Nodüller hassas ise triamsinolon enjeksiyon ile bu nodüllerin yumuşadığı gösterilmiş ancak 1 ila 3 yıl arasındaki takipleri içeren bir çalışmada yaklaşık %50 oranında nüks oluştuğu saptanmıştır.³

Yapılan klinik çalışmalarda kollajenaz ve triamsinolon enjeksiyonlarının tedavide etkili olduğu gösterilmekte ise de, halen Dupuytren Hastalığı için altın standart tedavi hastalıklı dokunun cerrahi eksizyonu ve varsa parmak kontraktürlerinin düzeltilmesidir.⁴

Cerrahi tedavi seçenekleri arasında perkutan ya da açık olarak yapılabilecek fasiyotomi, parsiyel ya da total fasiyektomi ve dermofasiyektomi bulunmaktadır. Yağ grefti uygulamaları ya da perkutan fasiyotomi ile yağ grefti uygulamasını kombine eden çalışmalar bildirilmiştir.⁵

Foucher ve ark. yapmış olduğu 32 aylık takibi içeren çalışmada perkutan fasiyotomi sonrası %65 oranında nüks oluştuğu ve perkutan fasiyotomi için en uygun hasta grubunun avuç içinde nodülleri olan yaşlı hastalar olduğu belirtilmiştir.⁶

Hasta grubumuzun tümüne parsiyel fasiyektomi uygulanmıştır. Högemaan ve ark. yapmış olduğu çalışmada total fasiyektomi sonrası gelişen nüks oranı %10.8 ve De Maglio ve ark. yaptığı parsiyel fasiyektomi sonrası gelişen nüks oranı %24,1 olarak bildirilmiştir.⁷⁻⁸

Çalışmamıza dahil edilen hasta grubumuzda parsiyel fasiyektomi sonrası toplam nüks oranımız %8,9 olarak tespit edilmiştir. Nüks oranımızın bildirilen oranlardan daha düşük olduğunu gözlemlenmiştir. Çalışmamızda primer operasyon ve nüks arasında geçen zaman aralığının 3,3 yıl olduğu, bu sürenin literatürdeki nüks etme sürelerine benzer olduğu sonucuna varılmıştır.

Yüz altmış altı hastayı içeren bir çalışmada perkutan fasiyotomi ve parsiyel fasiyektomi komplikasyon oranları açısından karşılaştırılmıştır. Perkutan fasiyotomi grubunda komplikasyona rastlanılmamış olmakla birlikte açılan kontraktür oranı parsiyel fasiyektomi grubuna göre daha düşük olarak bildirilmiştir.⁹

Bizim serimizde postoperatif komplikasyon oluşumu hastaların %8,9'unda mevcuttu. Üç hastada yara yeri ayrılması, 2 hastada ise hematoma oluşumu gözlemledik. Hastalarımızda dijital sinir ya da arter hasarı, kompleks refleks sempatik distrofi gibi komplikasyonlar saptanmadı. Bulunan komplikasyon oranının benzer çalışmalardaki komplikasyon oranlarından daha düşük olduğu görüldü.¹⁰

Bu sonuçta turnike altında dikkatli diseksiyon yapılmasının ve bölgedeki anatomiyi iyi bilmesinin etkili olduğunu düşünmekteyiz. Ortalama operasyon süremizin Robin's ve ark. yapmış olduğu çalışmadakine yakın bir operasyon süresi olduğunu belirlenmiştir.¹¹

Total fasiyektomi günümüzde çok sık uygulanmamaktadır. Bunun nedeni nüks oranlarının parsiyel fasiyektomiye benzer olması ve yapılan çalışmalarda komplikasyon oranlarının daha yüksek olduğunun gösterilmesidir. Zor ya da tekrarlayan hastalığı olan hastaların tedavisinde ise dermofasiyektomi ve tam kat deri grefti uygulamaları tercih edilmelidir.¹²

SONUÇ

Dupuytren kontraktürü, palmar fasyada fibromatöz değişiklikler sonucu parmaklarda fleksiyon kontraktürleriyle karakterize bir hastalıktır. Klinik deneyimimizde, loupe büyütme altında çok ileri olmayan olgularda longitudinal insizyonlar ve Z-plastiler eşliğinde yapılacak parsiyel fasiyektomilerin Dupuytren hastalığı'na bağlı kontraktürlerin cerrahi tedavisinde yeterli olabileceği, komplikasyonların düşük oranlarda ortaya çıkacağı, güvenli ve güvenilir bir yöntem olduğu düşünülmektedir.

Dr. N.Sinem ÇİLOĞLU

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İSTANBUL
E-posta: eroglusinem@yahoo.com

*Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
34. Kurultayında (31 Ekim- 4 Kasım 2012- Antalya)
sözlü bildiri olarak sunmuştur.*

KAYNAKLAR

1. Tubiana R. Evaluation of deformities in Dupuytren's disease. Ann Chir Main. 1986; 5(1):5-11.
2. Makela EA, Jaroma H, Harju A, Anttila S, Vainio J. Dupuytren's contracture: the long term results after day surgery. J Hand Surg Br. 1991;16(3):272-4.
3. Ketchum LD, Donohue TK. The injection of Dupuytren's disease with triamcinolone acetonide. J Hand Surg Am. 2000 Nov; 25(6):1157-62.
4. Badalmonde MA, Hurst LL. Enzyme injection as non-surgical treatment of Dupuytren's disease. J Hand Surg Am. 2000;25(4):629-36.
5. Hovius SE, Kan HJ, Smit X, Selles RW, Cardoso E, Khouri RK. Extensive percutaneous aponeurotomy and lipografting: a new treatment for Dupuytren disease. Plast Reconstr Surg. 201; 128(1):221-8.
6. Foucher G, Medina J, Navarro R. Percutaneous needle aponeurotomy: Complications and results. J Hand Surg Br. 2003; 28(5):427-31.
7. De Maglio A, Timo R, Feliziani G. Dupuytren's disease: recurrence and extension treated by selective aponeurectomy. A clinical review of 124 cases. Chir Organi Mov. 1996; 81(1):43-8.
8. Högemann A, Wolfhard U, Kendoff D, Board TN, Olivier LC. Results of total aponeurectomy for Dupuytren's contracture in 61 patients: a retrospective clinical study. Arch Orthop Trauma Surg. 2009; 129(2):195-201.
9. Van Rijssen AL, Feike SJ, Grabrandy J. A comparison of the direct outcomes of percutaneous needle fasciotomy and limited fasciectomy for Dupuytren's disease: A 6 week follow up study. J Hand Surg Am. 2006; 31(5):717-25.
10. Denkler K. Surgical complications associated with fasciectomy for dupuytren's disease: a 20-year review of the English literature. Eplasty. 2010; 27;10:e15.
11. Robins RH, Scott TD, Griffiths DP. Day care surgery for Dupuytren's contracture. J Hand Surg Br. 1993; 18(4):494-8.
12. Roy N, Sharma D, Mirza AH, Fahmy N. Fasciectomy and conservative full thickness skin grafting in Dupuytren's contracture: The fish technique. Acta Orthop Belg. 2006; 72(6):678-82.