

A. Ü. Tıp Fakültesi ortopedi ve travmatoloji Kliniği

DUPUYTREN KONTAKTÜRÜ

Dr. Güngör S. Çakırgil*

Bu önemli antite bir asırdan beri dupuytren kontraktörü olarak bilinmektedir. (5) ancak o tarihlerde hastalık teşhis edilebilmiş, fakat hakiki mahiyeti hakkında bir fikir ileri sürülememiştir. Etyoloji, Patoloji ve tedavisi hakkında geniş fikir ayrılıkları olmuştur. (3) (5)

Tedavi Plânı Patojenisi üzerindeki yeni görüşlere istinadedir. Burada Hasta ve cerrahın yüzünü güldüren Radikal Aponerosectomy (Palmar Fasyatomi) den bahsedilecektir. (6)

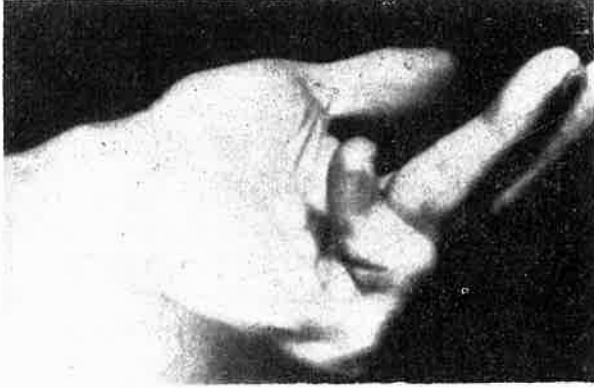
Palmar ve Plantar Fasyadaki kontraktürünün Patojenisi 1936 da ortaya konmuştur. (3) 1936 dan buyana geçen zamanın yarısı hastalığın patolojik Anatomi ve etyolojisi üzerinde (8) 2 nci yarısı ise Patojeni ve tedavi prensiplerine hasredilmiştir. (2) (6)

KLİNİK TABLO

Dupuytren Kontraktürünün görülme nisbeti erkekte kadına nazaran çok daha fazladır. Litaretür istatistiklerine nazaran bunlar arasındaki nisbet 7/1 dir. Hastalık 20 yaşından sonra her devrede görülebilir. Evvelâ fleksör tendon üzerinde ufak sert bir nodül meydana gelir ve bununla müterafık hafif bir kontraktür olur. Vak'aların % 23,4 nisbetinde heredite faktörü yer alır.

İlk Semptom avcun ulnar yarısında bir veya birden çok nodülün meydana gelmesidir. Nodüller transvers pilinin iki yanında husule gelir. Zamanla bu nodüller büyür ve parmakta kontraktür başlar (4 ve 5. parmaklarda) ağrı her zaman mevcut değildir. Ancak nodül üzerine basmakla hassasiyet ve ağrı tesbit edilir. Ağrının rahatsızlık verici bir semptom olması nadirdir. Avuç içinde fazla terleme (Hyperhydrosis) anksiyetinin bir tezahürü olarak kabul edi-

* A. Ü. Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kürsü Doçenti



Şekil : 1 Dupuytren kontraktürünün elde görülen şekili Dikkat edileceği üzere 4. parmakta kısmı, 5. parmakta ileri derecede fleksiyon kontraktürü meydana gelir.

lir. Parmaklarda hassasiyet meydana gelince bir objenin kavranması güçleşir. Bazan avuç içindeki koroner arterde spazım ve tıkanma olur.

Ekseriyetle 4 ve 5. parmaklarda fleksiyon kontraktürü gelişir. Tenar bölgede görülmeleri nadirdir. Kontraktür sebeble el işleri ile meşgul şahıslarda, cerrahlarda ve müzisyenlerde sanatlarını icra etmek müşkülleşir, hatta bu sanatlarından vazgeçerler. Sağ elde oluşu halinde hasta tokalaşmada bile sıkıntı çeker. Daha ileri safhada yüz yıkama sırasında küçük parmağın göze batması veya eldiven giymede güçlükler yaratması mümkündür. Golf ve Tenis gibi sporları yapmak kabil olmaz bazı kontraktürler ilerler, bazıları ise stasyoner vaziyette hastanın bütün hayatınca sebat eder. Kontraktürleri pratikte üç guruba ayırmak mümkündür. Birinci derecede 5 - 30 derece kontraktür vardır. İkinci derecede 30 - 60 derece kontraktür tesbit edilir. (MEYERDİNG) (8).

ETYOLOJİ

Bugün için bile etyoloji problemi tam aydınlanmış değildir. 100 seneden fazla devam eden tecrübe ve çalışmalar hadiseyi izah etmekten uzak kalmıştır. Travma sebepler listesinin başında gelen faktördür. Travma hadiseyi kamçılایan bir faktördür. Fakat hastalık sebebi değildir. SKOOG (10) bu mevzuuda kayda değer bir ça-

lışma yapmıştır. Takdim ettiği vak'alarda travmayı takiben elde fleksiyon kontraktürü meydana geliyor ve nodüller teessüs ediyor. 154 vak'alık seride 53 hasta manuel işlerde 151 hasta ise hafif el işlerinde çalışmıştır.

Hereditör faktör, en belirli ve diğer faktörler içinde en başta gelenidir. Vak'alarda % 40 nisbetinde tesbit edilir.

Bu hastalığın esas lezyonu palmar fasyada fibrojenik nodüllerin meydana gelmesidir. Kifayetsiz ekstirpasyondan sonra nüksler gösterir. Histolojik tetkikte proliferasyon safhasında fibromatöz görünüştendir. Bundan böyle hastalık Fasyal Dispilazi olarak kabul edilir.

Bunlardan başka primer etyolojik faktör olarak kronik enflamasyon, Nörolojik veya Psikolojik faktörler de rol oynar.



Şekil : 2 Dupuytren kontraktürünün ayakta olan şekli ayağın plantar fasyasında ve bilhassa medial kısımda kontraksiyon ve nodüllerle kendini gösterir.

PATALOJİK ANATOMİ VE PATOGENES

Dupuytren kontraktörünü patolojik anatomisinin gözden geçirilmesi sırasında 200 den fazla el ve 30 dan fazla ayak tetkik edilmiştir (3). Etiyolojisinin karanlık olmasına mukabil Patogenezi oldukça açıktır. Cerrahi tedavi ile çıkarılan spesimanların histolojik tetkikine göre Dupuytren kontraktürü proliferen olan fibroblastların bir odağı halinde başlar. Plantar veya palmar Fasyada soliter

veya multipl lezyonlar meydana getirir. Birçok vak'alarda fibroblastik nodül palpe edilebilen bir kitlecik halini alır.

Dupuytren kontraktüründe görülen dokular üç guruba ayrılır : (1) Esas Fibroz nodül; (2) Reaktif doku ve (3) Rezidüel doku.

Hastalığı aydınlatma bakımından dupuytren kontraktürünün patogenezinide üç safhaya ayırmak mümkündür : 1 — Proliferasyon safhası, 2 — Kontraksiyon safhası, 3 — Rezidüel safha.

PLORİFERASYON SAFHASI

Nodül ister birkaç milimetre ister birkaç cm. büyüklükte olsun histolojik yapısı aynı olur. Fibroblastların bir odağı halinde fibromayı taklit eder. Başlangıçta fibroblastlar genç iken hücreler sahaya hakimdir. Kollagen lifleri ise minimaldir. Bu lokal fibroplasya fasyada bir veya birden çok nodül meydana getirir. Daha ilerde bunlar birleşerek fibröz sert bir plak teşkil ederler. Bu sert plaklar avuç içinde daha ziyade ulnar kısımda ayakta ise medial kısımda lokalize olur. Nodüller ciltle fasya arasında yer alır ve palpe edilebilir.

KONTRAKSİYON SAFHASI

Bu safhada fibroblast hücreleri azalır, kollagen lifler çoğa ve kontraksiyon başlar. Nodüllerde küçülme olur, yalnız deride yer yer içeriye doğru retraksiyon kendini gösterir. Kollagen lifler tendon kılıfları ve mafsallık kapsülünde işgal ederler. Bu halde metakarp falangeal mafsallık fleksiyona zorlar. Metakarp flangial mafsallık hizasındaki nodül parmağın 40° kadar fleksiyonuna, interfalangeal mafsallık üzerindeki nodül ise parmağın 90 derece fleksiyonuna sebep olur. Avuç içindeki nodüllerde nisbeten daha az kontraktür tevhit eder. Metakarp başları hizasında nodüller fleksör tendon kılıfına yapışır. El ayasının proksimal yarısında ise nodüller deri ile palmar fasya arasında yer alır. Hipertrofiye uğrayan band ve septalar derine doğru iner.

Nodüller palpe edildikten sonra aylar hatta senelerce stasyoner kalabilir. Kontraksiyon bu safhadan sonra başlar ve birkaç ayda süratle ilerler. Stresler fasyada süratli bir hipertrofiye yol açar.



Şekil : 3 Hastalığın tedavisinde en kestirme yol cerrahi müdahaledir. Hastalık rezidüel safhada iken yapılacak cerrahi müdahale ise supkütan fasyatomi ve palmar fasyanın radikal eksizyonudur.

REZİDÜEL SAFHA

Zamanla nodüller rezorbe olur ve yerine birtakım fibröz yapışıklıklar bırakır ki bunlar tıpkı bir tendonu andırır. Nodüllerin mevcudiyeti halinde deri kıvrımlar yaparak altındaki fasyaya yapışır.

TEDAVİ

Kontraktürler tedaviyi icabettiriyorsa kat'i tedavi cerrahidir. Buna rağmen bazı konservatif tedavi tedbirlerinin hastalığı ve kontraktürleri iyileştireceği söylemiştir. Konservatif tedavide ateller, Ultrason ve diğer fizik tedavi vasıtaları (7), Röntgen tedavisi (1), E vitamini ile tedavi (9) ve kortikosteoridler çok kullanılmıştı. Maamafih hastalık Rezidüel safhaya girmiş, yani dense, vasküler tendonu andıran fibröz bandlar meydana gelmişse, burda yukarıdaki tedbirler fayda vermez; ancak nodüller içine ve çevresine hidrokortizon asetat zerkleri, başlangıç safhada nodüller vasküler tabiatla iken faydaları olabilir. Bundan başka Ultrason ve röntgen tedavileri de bu ilk safhada kullanılabılır.

CERRAHİ TEDAVİ

Cerrahi Müdahalenin en kestirme yol olduğu bilindiğinden buna birçok tetkikler yapılmıştır. Hastalığın Patogenezi üzerine is-

tinad eden Cerrahi tedavide sadece nodüllerin eksizyonu kifayettir. Palmar Fasyanın radikal eksizyonuna lüzum yoktur. Kontraktürler meydana gelmişse supkütan fasyatomi yapılır. Burada kısmi nüksler beklenebilir. Nodüllerin eksizyonu ile beraber subkütan fasyatomide ise nüksler görülmez. Nihayet terminal rezidüel safhada iken subkütan fasyatomi ve radikal palmar fasyanın eksizyonu lüzumludur.



Şekil : 4 Ameliyatta, kalınlaşan palmar fasya ile beraber palpe edilen nodüller eksize edilir.

SUBKÜTAN FASYATOMİ İÇİN ENDİKASYONLAR

Metakarp ve falangeal eklemlerden palmar fasyanın başlangıç yeri olan tenar - hipotenar bölgenin birleşme yerine kadarki kısma inhisar eder. Bu bölge içinde nodüllerin kaybolup yerini fibröz bağlara bıraktığı safhada supkütan fasyatomi endikasyonu doğar.

KONTURENDİKASYONLAR

1 — Supkütan fasyatomi parmaklara veya başparmağa tatbik edilmelidir.

2 — El ayasında nodüller proliferasyon safhasında iken (Bu safhada hipertrofik fasyal bağlar henüz meydana gelmemiştir). Supkütan fasyatomi lüzensuzdur.

3 — Teğhiste herhangi bir tereddüt varsa sukütan fasyatomi yapılmamalıdır. Ayırıcı teğhiste romatoid artrite bağlı fleksör tendonların gelişmesi ve yaşlılardaki fleksör tendonların mütebariz oluşu hatırlanmalıdır.



Şekil : 5 Rezjüel safhası ile kliniğimize yatırılan ve supkütan fasyatomi radikal palmar fasya eksizyonu ile tedavi edilen bir hastamızda ameliyattan 4 hafta sonra alınan başarılı netice görülmektedir.

SUPKÜTAN FASYATOMİ AMELİYATI

SİR ASTLEY COOPER ilk defa supkütan fasyotomi yaptı. Cooper ve Dupuytreen den önce kontraktürlerin tedavisi, fleksör tendonların kesilmesine inhisar ediyordu. Fakat neticeleri pek parlak değildi. 1932 de Dupuytren ufak bir cilt ensizyonundan girerek cilt altındaki fibrillere muhtelif transvers ensizyonların yapılmasını tavsiye etti. Burada cilt ensizyonları dikilmeden bırakılıyordu. 1878 de Adams (4) Supkütan Fasyatomiği popularize etti Adams'tan sonra onun talebesi MACREADY Supkütan Fasyatomiği devam ettirdi (6). KEEN (4) patolojik procesin hangi safhasında olursa olsun radikal palmar Fasyatomiği tavsiye ederek bunu popüler hale soktu. O tarihten sonra Aponeurosectomy ameliyatı çok kullanılmaya başladı. HAMLİN (2) Hudutlu bir Aponörosektomi ile hastanın işine dönme süresinin kısılacağını gösterdi. Böylece radikal eksizyondan sonra işbaşı yapma süresi 118 gün, kısmi eksizyondan sonra işbaşı yapma süresi ise 21 gün olarak kaydedildi.

BUNNELL (4) Ciddi vak'alarda önce supkütan Fasyatomi üç hafta sonrada radikal aponerosektomi ameliyatını tavsiye eder. Supkütan fasyatomiden sonra hastalığın nüks tehlikesi çok yüksektir. Adams ve Macready'e göre yaşlı hastalarda hastalık çok eski olduğu cihetle supkütan fasyatomi'nin kâfi geleceği fakat genç ve aktif işçilerde bu ameliyat yerine radikal aponerosektominin lüzumlu olduğu kanaati vardır.

SUPKÜTAN FASYATOMİ TEKNİĞİ

Bunun için ufak fasyotomlar kullanılır. Ve muhtelif seviyelerde cilt altında palmar fasya transvers olarak kesilir. Evvelâ tenar ve hipotenar bölgelerin birleşme yerinde sonra da proksimal transvers çizgi hizasında ve nihayet distal transvers çizgi hizasında kesitler yapılır. Dikkatle icra edildiği takdirde el içindeki damar veya sinirlerin yaralanması bahis konusu değildir. Bu ameliyat % 1 Xylocainne Proceine lokal anestezisi altında ve ön kola konan turnike ile yapılır.

KOMPRİKASYONLAR

Post operatif komplikasyonlardan enfeksiyon bazan görülürse de antibiyotiklerle kontrol altına alınır. Hematoma bağlı lokalize deri sirkülasyon bozukluğu lokal nekroza yol açabilir. Deri altında toplanan hematomun kolayca drene olabilmesi için sütürler seyrek konmalı, aralarından gerektiğinde hematom boşaltılabilmelidir. Nadir olarak görülen sempatik distrofide burda kaydedilebilir. Hastada yanma vafında ağrı, parmaklarda ve bilekte mafsalsertliği, kırmızılık ve şişlik 5 ilâ 18 ay devam eder. Ağrı ve sertlik omuzda ve elde ciddi hipoestezi parmak sinirlerinin kesilmesi veya aşırı gelmesin bağlıdır. Maamafih şifa birkaç haftada tamamlanır. hipoestezi sebat etse bile hasta için bu bir sakatlık mevzuu değildir. Bazan ağrı ve kaşınma görülebilir. Bunlarda azami 10 gün içinde kaybolur. Lokal hidrokortizon bu şikâyetlerin süratle geçmesine yardımcı olabilir.

Vak'aların % 30 unda ameliyettan sonra nüksler görülebilir. Bilhassa metakarpo-falangeal mafsalsuzerinde yerleşen nodüller kapsülde bir irreverzibil değişiklikler yapar. Ayrıca uzun süren fleksiyon kontraktürü, ekstansör terdonlarda da kifayetsizlik yapar adeleler arasında muvazene bozulur. ve kontraksiyonların nüksüne yol açar.

NETİCELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dupuytren kontraktürünün tedavisi hastalığın ikinci safhasında yanı kontraktürlerin meydana geldiği devrede yapılmalıdır. Ameliyat neticelerini üç guruba ayırmak mümkündür. Bunlarda iy,i

Orta ve fena neticelerdir. İyi neticelerde ağrısız normale yakın bir hareket kabiliyeti ve kuvveti tesbit edilir. Orta neticelerde kontraktürler % 50 nisbetinde düzelmiştir. ve hareket kabiliyetinde fonksiyonlara imkân verecek tarzda inkışaf olmuştur. Fena neticelerde ise kontraktürler ve nükseler müşahade edilir. Nükseden vak'alarda ikinci bir ameliyattan sonra iyi neticelerin alınması mümkündür.

ÖZET

1 — Bu makalede dupuytren kontraktürünün patojenisi ve buna istinaden tedavi plânı takdim edilmiştir. Hastalıkta Proliferasyon, Kontraktürler safhası ve Rezidüler safha olarak üç faz tefrik edilebilir.

2 — Dupuytren kontraktüründe tedavi esası kontraktürün devam müddetine ve tedaviye alındığı zamanki hastalığı safhasına istinat eder.

3 — Nodüller esas lezyondur. Fibröz, ise lifler entermitan gerilme stiresleri neticesinde palmar fasya liflerinin hipertrofisidir. Nodüllerin eksizyonu gerekir. Fakat fibröz liflerin eksizyonuna lüzum yoktur.

4 — Elde reaktif fasyal lifler supkütan fasyatomi ile kesilir. Parmaklarda fibröz liflerin kesilmesi veya segmentar eksizyonları direk vizyon altında yapılmalıdır.

SUMMARY

Dupuytren's contracture

1 — In this article the pathogenesis of Dupuytren's contracture has been presented together with a plan of therapy based upon this concept. In the disease process there stages can be identified : the proliferative stage the involutional stage and the residual stage.

2 — The principle of treatment of Dupuytren's contracture based upon the stage of the pathological process existing at the time of the therapy.

3 — The nodule is interpreted as the essential lesion. The fibrous cords are interpreted as hypertrophy of fascial bands reacting

to intermittent tension stress. Nodules require excision; the cords do not.

4 — In the palm, the reactive fascial cords were sectioned by subcutaneous fasciatomy. In the fingers, the cords were sectioned or segments excised by direct vision.

LİTERATÜR

- 1 — FINNEY, R. : Dupuytren's Contracture. A Radiotherapeutic Approach. Lanced, 2 : 1064 - 1066, 1953
- 2 — HAMLIN, E. : Limited Excision of Dupuytren's Contracture. Ann. Surg., 135 : 94 - 97, 1952.
- 3 — HORWITZ, T. : Dupuytren's Contracture. A Consideration of the Anatomy of the Fibrous Structures of the Hand Relation to This Condition With an Interpretation of the Histology. Arch. Surg., 44 : 687 - 706, 1942.
- 4 — KANAVEL, A. B. : Dupuytren's Contracture. With Description of the Palmar Fascia, a Review of the Literature. Surg., Gynec., Obstet. 48 : 145 - 190, 1929.
- 5 — LUCK, J. V. : Dupuytren's Contracture. The Cyclopedia of Medicine, Surgery, Specialitis Vol 9, pp. 391 - 394, Philedelphia, F. A. Davis Co., 1953.
- 6 — MACREADY, J. : On the Treament of Dupuytren's Contracture of the Palmar Fascia. British Med. J., 1 : 411 - 414, 1890.
- 7 — MASON, M. L. : Dupuytren's Contracture. Surg. Clin. North America 32 : 233 - 245, 1952.
- 8 — MEYERDİNG, H. W. : The Etiology and Pathology of Dupuytrem's Contracture. Surg., Gynec., and Obstet., 72 : 582 - 590, 1941.
- 9 — HİCHARDS, J. : Dupuytren's Contracture Treated with Vitamin E. British Med. J., 1 : 1328, 1952.
- 10 — SKOOD, TORD : Dupuytren's Contractions, withh Special Reference to to Aetiology and Improved Surgical Treatment. ItsOccurence in Epilep-tics. Acts Chir. Scandinavica, 96 : Supplementum 139, 1948.