

Handtherapeutische Richtlijn behandeling Dupuytren

Ton Schreuders

Mei 2006

Morbus Dupuytren is een ziekte van de huid en de fascies. De ziekte van Dupuytren of Contractuur van Dupuytren (ICD-10 code M 72.0) is een aandoening waarbij zich een harde streng in de handpalm (palmar aponeurosis) van de vingers en/of duim vormt. De aandoening werd in 1831 door baron Guillaume Dupuytren beschreven. Tot op heden is de oorzaak van de aandoening onbekend. De aandoening begint met een knobbeltje in de handpalm. Soms ontstaat de streng binnen enkele maanden, soms kan het ook jarenlang duren voor de ziekte verergert. Vergelijkbare aandoeningen kunnen ook voorkomen op andere lichaamsdelen, zoals de voetzool (ziekte van Lederhose), aponeurosis plantaris, of op de penisschacht (ziekte van Peyronie).

De ziekte treedt meestal op na het 40e levensjaar. Mannen krijgen Dupuytren vaker dan vrouwen. Wanneer de ziekte op jonge leeftijd begint aan beide handen en het in de familie voorkomt, is de ziekte vaak agressiever met een snellere progressie. De ziekte wordt soms ook geassocieerd met epilepsie, diabetes, zware arbeid, overmatig alcohol gebruik, roken en verhoogde cholesterol.

Dupuytren komt vooral voor bij Noordwest-Europese volkeren, terwijl het vrijwel niet voorkomt bij Afrikaanse volkeren. Hierdoor wordt vaak verondersteld dat er een genetische factor is voor de ziekte. Het wordt ook wel de Viking ziekte genoemd, omdat de geografische verspreiding van de ziekte over Europa en Groot-Brittannië overeenkomt met de Viking trektochten.

Operatie

Een operatieve behandeling is niet gericht op het wegnemen van de ziekte maar op het herstellen van de handfunctie. Een vaak gebruikt criterium als indicatie voor een operatie is of de patiënt zijn of haar hand vlak op de tafel kan leggen en er een pen onderdoor kan schuiven. Daarbij moet men zich realiseren dat een flexie contractuur van het PIP gewricht urgenter is dan eenzelfde contractuur van het MCP gewricht. Timing van de OK is verder afhankelijk van de mate van progressie van de ziekte en de mate van functie verlies van de hand.

Operatieve mogelijkheden

Bij de operatie wordt het aangetaste weefsel weggenomen (fasciectomie). Vaak echter komt de ziekte terug (recurrence), soms na enkele maanden al, soms pas na tientallen jaren. Na een dergelijke operatie zijn er twee mogelijkheden: de zogenaamde open methode waarbij de wond wordt opengelaten om in de loop van de tijd langzaam dicht te granuleren.

In Nederland is het gebruikelijker om de wond weer te sluiten via Z-plastieken of v-Y incisies. Wanneer er een huid tekort is kan ook voor een bedekking met een *split skin graft* (SSG) of een *full thickness graft* (FTG) gekozen worden.

Ook is er de mogelijkheid om een fasciectomie te doen via een percutane naald. Deze techniek is al door Rowley¹ in 1984 beschreven en later ook door Foucher in 2001.² Deze methode is in Frankrijk populair en wordt in Nederland ook toegepast in o.a. de Isala Klinieken, Zwolle. Hier loopt een onderzoek naar het verschil tussen de standaard behandeling en de naald fasciectomie door plastisch chirurgen van Rijssen en Werker.

Classificatie en gradering³

Er bestaan verschillende methodes om de ernst van de contractuur te classificeren oa van Tubiana. Meer recent is deze voorgesteld:

- Graad 1 alleen knobbels en strengen
- 2a contractuur < 45° in enig gewricht

- 2b contractuur > 45°
- 2c contractuur > 60° in PIP
- 2d centrale slip pees beschadiging (boutonniere)
- 2e a-vasculariteit bij extensie

Richtlijn behandeling na OK voor Dupuytren

Eerste behandeling vindt 2-5 dagen na de operatiedatum plaats.

1) Dag 2 - 5 na OK

1. Uitpakken (indien SSG en/of FTG enkele dagen later)
 2. Beoordeling wond (kleur, excudaat, geur)
 - "niet pluis" - terug naar chirurg
 - "pluis" - start oefenschema:
 - rustig een vuist laten maken (mag een paar minuten duren)
 - eventueel met andere hand passief ondersteunt
 - meet extensie PIPs
 - mag weinig tot geen pijn doen
 - meet de flexie van PIPs
 3. verband aanbrengen (buisvormig vinger verband, paraffine gaas, gazen, etc)
Voldoende = om wondvocht te absorberen en nog te kunnen bewegen
 4. spalk maken
 - Volair: als (bijna) volledige extensie: verspreide druk, meer rust
 - Dorsaal indien redressie gewenst (statisch verstelbaar) (Figuur 1)
 - Indien de Dupuytren strengen alleen thv PIP zijn kan het MCP in flexie worden gespalkt, eventueel korte spalk met pols vrij
 - let op circulatie/spanning naad; geef eventueel toe met iets MCP flexie of pols
- Let op CRPS symptomen: als pijn toeneemt : bouw rust in
 - Streven; na 4-6 weken volledige vuist
 - *Tendon Gliding Exercises* zijn alleen belangrijk als peesschede is geopend bij OK

instructies:

- als de Pt. makkelijk een vuist kan maken: 2-4 keer per dag spalk af en vuist maken;
- oefenen mag geen pijn veroorzaken welke >30 min. naduurt
- Als ROM matig is: eventueel passief flexie en extensie oefenen
- Hoog houden, frequent bewegen elleboog, schouder, etc (oedeem bestrijding)
- Wondverzorging instructies
- Telefoonnummer afdeling

Volgende behandelingen: 1-3 per week afhankelijk van situatie.

2) Week 1

Beoordeling ROM (meting van mn PIP) wondgenezing en klachten Pt:

- Indien wondgenezing matig en veel pijn moet Pt meer rust nemen
- Indien ROM matig of afname, dan meer bewegen en/of meer redressie
- Indien goede vuist handhaven regime 2-4 keer per dag vuist maken

3) Week 2

- meet extensie en flexie
- Indien extensie verlies: redressie opvoeren (passief, draagtijd spalk)

- Indien flexie verlies: vaker spalk af en frequentie vuist oefenen opvoeren
- Beoordeling wond, indien gesloten, overweeg siliconen en litteken massage
- Beoordeling klachten Pt: verdenking CRPS melden arts en oefenprogramma aanpassen

4) Week 3 en verder

Afhankelijk trend van de ROM:

- flexie oefeningen opvoeren, evt. zwachtelen, flexie handschoen
- extensie redressie opvoeren (langer spalk), eventueel capener
- Indien flexie & extensie OK, wond genezing OK, dan belasting opvoeren, kracht trainen etc.
- start litteken behandeling (bv siliconen verband) als wond dicht is en hechtingen verwijderd zijn
- spalken blijven soms tot maanden post op nodig

In een groot onderzoek in Amerika bleek daar dat er weinig verschil was in de aanpak na deze operaties.⁴ Er zijn echter weinig onderzoeken die hebben gekeken naar de invloed van bv spalken op het optreden van recidieven.

Metingen⁵

- Preoperatief onderzoek:
 - Deze vindt ongeveer 2 weken voor de operatiedatum plaats.
- Tijdens revalidatie (na 1 maand, 2 maanden, ontslag en 6 maanden)
 - ROM
 - Knijpkracht-pinch
 - ADL (Michigan, DASH)
 - Pijn
 - Koude intolerantie
 - tevredenheid

Complicaties.^{3,6,7}

Bij elke handoperatie kunnen complicaties voorkomen zoals bloedingstoringen, vertraagde wondgenezing, infectie en weefselversterf. De gevoelszenuwen van de vingers kunnen bij operatieve behandeling beschadigd worden en een gedeeltelijke gevoelsstoornis geven.

In een groot onderzoek kwamen deze complicaties voor:

- huidgenezing (2 - 24,6%)
- Infectie (1 - 9,5%)
- zenuwbeschadiging (1,5 - 7,8%)
 - Verlies sensibiliteit, pijn agv neuroom, koude intolerantie
- arterie beschadiging (0,8 - 9,8%)
- CRPS 1,8 - 19%)

Codering

Volgens de Internationale Statische Classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen (ICD-10): Soft tissue disorders (M60-M79); M72.0 Palmar fascial fibromatosis [Dupuytren]

Referenties

1. Rowley DI, Couch M, Chesney RB, Norris SH. Assessment of percutaneous fasciotomy in the management of Dupuytren's contracture. *J Hand Surg [Br]* 1984;9-2:163-4.
2. Foucher G, Medina J, Malizos K. Percutaneous needle fasciotomy in Dupuytren disease. *Tech Hand Up Extrem Surg* 2001;5-3:161-4.
3. Bulstrode NW, Jemec B, Smith PJ. The complications of Dupuytren's contracture surgery. *J Hand Surg [Am]* 2005;30-5:1021-5.
4. Au-Yong IT, Wildin CJ, Dias JJ, Page RE. A review of common practice in Dupuytren surgery. *Tech Hand Up Extrem Surg* 2005;9-4:178-87.
5. Draviraj KP, Chakrabarti I. Functional outcome after surgery for Dupuytren's contracture: a prospective study. *J Hand Surg [Am]* 2004;29-5:804-8.
6. Prosser R, Conolly WB. Complications following surgical treatment for Dupuytren's contracture. *J Hand Ther* 1996;9-4:344-8.
7. Tubiana R, Fahrner M, McCullough CJ. Recurrence and other complications in surgery of Dupuytren's contracture. *Clin Plast Surg* 1981;8-1:45-50.

Figuur 1; Statische verstelbare spalken ter redressie extensie PIPs

