

TOPLUMUMUZDA DUPUTYTREN KONTRAKTÜRÜ V A R M I ?

Dr. İbrahim ÇİVİ (*)

Ö Z E T

Kont Chigot Dupuytren tarafından (1831) tanımlandığından beri üzerinde çalışılan bu hastalığın halen etiyojisi ve patogenezi tam açıklık kazanmamıştır.

Son beş yıl içerisinde cerrahi girişim yaptığımız 21 olgumuzu kaynakların ışığı altında tartıştık. Olgulardan 6'sı bilateral olmak üzere toplam 27 ele yaptığımız Z plasti veya Skoog kuadrangular deri kseileri ile regional veya total palmar fasiyektomi operasyonları, Michon-Tubiana değerlendirme tablosuna göre aldığımız sonuçlar sunuldu.

Türk tıp kaynaklarında bu hastalığın yeri araştırıldığında yok denecek kadar az olduğunu saptayarak dikkati çekmek üzere konu rapor edilmiştir.

S U M M A R Y

(Are there Duputyren's Contractures in Our Community)

The etiology and pathogenesis of Dupuytren contractures, which have been studied and described by Cont Chigot, since 1831 is not clear yet.

We have discussed the 21 cases which we operated during the last five years. We compared these with the literature. We have operated on 27 hands by regional or total fasciectomy using Z plasty or Skoog's quardrangular skin incision. We compared our results by Michon-Tubiana's classification table.

We have tried to draw attention to this conditions because very few cases have ben reported in Turkish Medical Literature.

(*) Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği.

İngiliz hekimi Astley Cooper ve Fransız Boyer tarafından palmar aponorözün retraksiyonu diye tarif edilip ameliyat edilmelerine karşın ayrı bir hastalık olarak ancak Kont Chigot Dupuytren tarafından tarif edildiği için bu adı taşımaktadır. İlk kez Paris'in meşhur hastanesi Hotel Dieu hekimlerinden Chigot tarafından 5 aralık 1832 de verilen konferansta tanımlanmıştır 4, 7. O zamandan bu yana bu adla bilinen ve günümüze kadar birçok yazar tarafından incelenmiş olan hastalığın halen etiyolojisi ve patogenezi tam açıklık kazanmamıştır 2, 7, 8.

Dupuytren kontraktüründe palmar fasciada, digital fasciada, cilt altı ve yağ dokusunda, perivasküler elementlerin proliferasyonu ve metaplazisi vardır 10. Palmar fasciadaki bant yapısı parmaklarda retrovasküler sahaya kadar uzanarak fibröz bantlar yapar. Yüzeysel volar plandaki palmar fasciadan derine doğru uzanan bantlar tendonların kılıflarını, damar ve sinirleri sararak deriyi, palmar fasciayı derindeki yapılara ve parmakların her iki lateral bölümüne bağlarla 1, 6, 9.

Dupuytren kontraktüründe ilk klinik belirti elin palmar yüzeyinde görülen nodüler kalınlaşmadır. Nodüller çoğunlukla palmar aponörözün pretendiniöz bantları içinde meydana gelirler. Yapısal yönden tamamen bağ dokusu artımı şeklindedir. Skoog 1948'de palmar fasciada kollagen doku mikrokopmaların sorumlu olduğunu ileri sürmüştür. Histolojik incelemeler bu hipotezi doğrular nitelikte olup sanki lokalize kopma ve bu yaralanmaya karşı bir iyileşme cevabı şeklindedir 1, 8, 10.

Hastalığın ileri döneminde nodüllere bağlı olan longitudinal bantların tendona benzer kordonlar oluşturduğu saptanır. Palmar aponörözün transvers bandı hastalığın hiç bir döneminde olaya katılmamaktadır 7, 8, 10.

Son yıllarda yapılan histolojik ve elektron mikroskopik incelemeler sonucu hastalığın ilk dönemlerinde perivasküler myofibroblastların sahada fazlalaştığını ve bu hücrelerin kollagen bantlar oluşturduğu saptandı. Yeni oluşan kollagen, olgunlaşıp kalınlaştıktan sonra kordon halinde toplanabilmektedir. Burada çoğunlukla iki histolojik form; lameller kalınlaşma ve nodüler kalınlaşma şeklindedir 2,8.

Etiyolojide çeşitli nedenler arasında genetik faktörler, epilepsi, alkolizm ve tüberküloz suçlanmakta idi. Son zamanlarda ise küçük travmalar yerine uzun süre elleri ile çalışanlarda istirahate çekilme sonucu kontraktür olduğu iddia edilmektedir 5. Hastalığı otoimmün hastalıklar grubuna sokarak inceleyenler alkol ve traumayı ikincil fatör olarak almaktadırlar 12 skoog serisinde aile hikayesi % 44 oranında iken Michon'un serisinde bu oran % 52 idi 6, 7, 10. Hastalarda çoğunlukla el bileğinde

yastıklar, ayak tabanında kontraktür ve Peyronie hastalığı beraber bulunmuştur 6, 12. Kontraktürün birçok yazarın serisinde 4 ve 5 nci parmaklarda daha çok yerleştiği görülmektedir 6, 7, 10, 12.

Cerrahi girişim yönünden Dupuytren kontraktürünün nodüler devresindeki olgularda stenozan tenosinovitis veya palmar sinirlere baskı olmadıkça girişim gerekmez. İkinci dönem sayılan kordon formasyonunda ise fleksiyon deformitesinin derecesine göre cerrahi girişim yapılabilir 3.

Fleksiyon deformitesinin derecelendirilmesi; muhtelif parmak eklemlerinin ekstansiyona gelememesinin sayısal saptanmasına dayanan J. Michon ve R. Tubiana sınıflandırmasına göre tayin edilir. Palmar aponözoda nodül ve indürasyon olupta parmakta ekstansiyon eksikliği yoksa yani parmak avuç içi ile tam 180 derecelik bir açı yapabilmekte ise sınıf N kabul edilir. Her 45 derecelik ekstansiyona gelememe için birer sınıf oluşturulur 4, 7, 12.

Sınıf N Nodül mevcut fakat fleksiyon deformitesi yok.

Sınıf 1 Toplam fleksiyon deformitesi 0-45 derece arasında

Sınıf 2 Toplam fleksiyon deformitesi 45-90 derece arasında

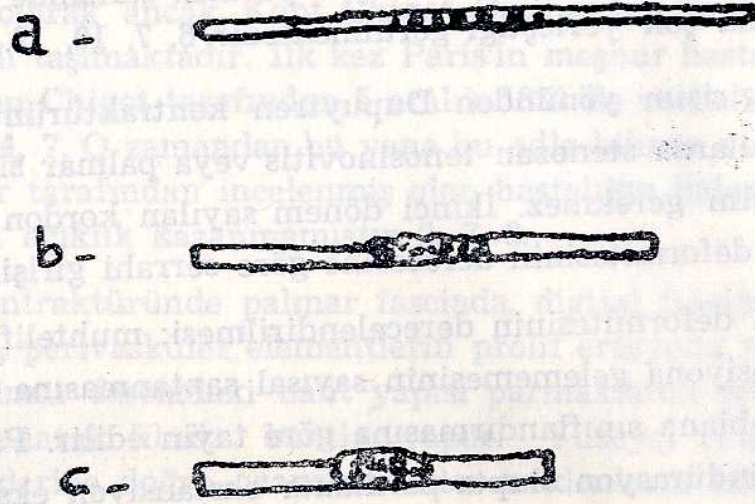
Sınıf 3 Toplam fleksiyon deformitesi 90-135 derece arasında

Sınıf 4 Toplam fleksiyon deformitesi 135 derecenin üstünde

Burada her bir eklemdaki fleksiyonlar ayrı ayrı değerlendirilerek birleştirilir. Şöyleki metakarpofalanjial eklemda fleksiyon 30 derece ve proksimal interfalanjial eklemda 70 derece ise toplam retraksiyon 30 70 100 derece Sınıf 3 denir. Bundan başka lezyonun yerinin belirtilmesi için palmar bölümde ise P, Parmakta ise D (digital) gibi harfler kullanılarak oluşturulan formüllerle kontraktürün tarifine çalışılır. Bu tarifile belirtilen kontraktürün ameliyattan sonra yapılan değerlendirme ile tedaviden faydalanma hesaplanabilir 4, 7.

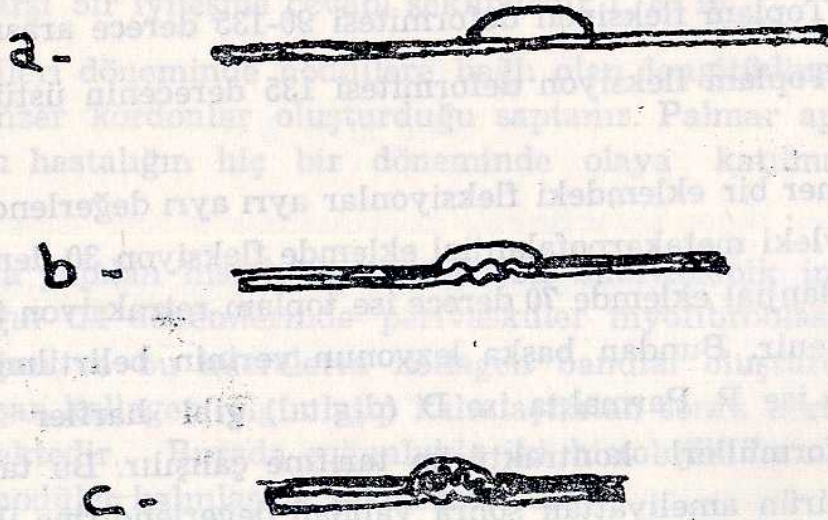
Etiyoloji her ne kadar bilinmiyor ise de Dupuytren kontraktürünün patogeneğinde iki esas teori ileri sürülmektedir :

A — İNTRİNSİK TEORİ : Normal uzanmakta olan palmar aponörotik fibrillerin bir yerinde hipersellüler nodüller ve hipertrofik bandlar oluşmaktadır. (Şekil 1 a, b, c)



Şekil 1 (a) Normal palmar aponörotik fibril (b) Fibrilin bir yerinde nodül oluşumunun başlangıcı (c) Nodül sonucu kontrakte olan band.

B — EKSTRİNSİK TEORİ : Palmar aponörotik yapıların etrafında ve önünde hipertrofik yapılar oluşmakta ve altındaki palmar bandı büzmek suretiyle kısaltmaktadır. (Şekil 2 a, b, c)

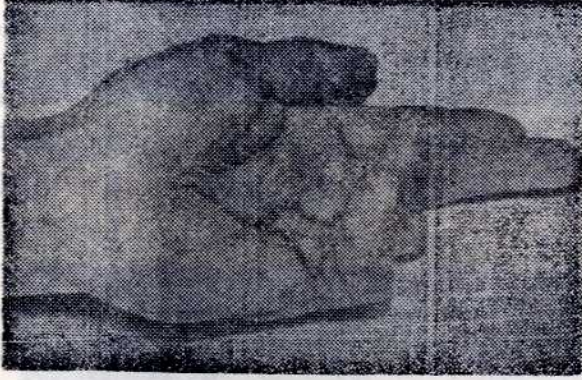


Şekil 2 (a) Palmar aponörotik bandın etrafında nodül bağlangıcı (b, c) Nodülün altındaki bandı büzmesi ve kısaltması.

MATERYEL VE METOD

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi kliniğinde 1977-1983 yılları arasında 21 Dupuytren kontraktürü vakasına cer-

rahi girişim yapıldı. Hastalık vakaların 10 tanesinde yalnız sağ elde, 5 tanesinde yalnız sol elde, 6 vakada ise bilateral mevcuttu. Kontraktür ellerin daha çok ulnar bölümünü tutmakta idi. Toplam 27 elde Dupuytren kontraktürü saptanmıştır. Şekil 3 a, b.



Şekil 3 a, Tek tarafı ameliyat edilmiş bilateral Dupuytren kontraktürlü bir hastamız,

b' Bir hastamızda 4,5 nci parmaklarda olan kontraktüre Z plasti kesilerinin planlanması.

B U L G U L A R

Dupuytren kontraktürlü vakalarımızın cinsiyet ve yaşlarına göre dağılımı tablo 1 de görülmektedir. Burada vakaların daha çok 50 yaşın üzerinde olduğu dikkati çekmektedir.

Tablo 1 : Vakaların Cinsiyet ve Yaşa Göre Dağılımı.

Cinsiyet	Yaş Grupları						Toplam	
	40 - 49		50 - 59		60 - 69			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	4	19.04	9	42.76	4	19.04	17	80.84
Kadın	1	4.76	2	9.52	1	4.76	4	19.04
<i>Toplam</i>	5	23.80	11	52.28	5	23.80	21	100.00

Vakalarımızın mesleklerine göre dağılımında hemen tamamının memur olması hizmet verilen gurubun özelliğindedir. Tablo 2 de meslek gurubu ve hastalığın süresine göre dağılım görülmektedir. Hastalığın farkedilme tarihinden ameliyat için başvuru zamanına kadar geçen vakit hastalığın süresi olarak alınmıştır. Operasyon vakalarımızın hepsinde bra-kial regional anestezi ve kol turnikesi altında gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2 : Vakaların Meslek ve Hastalık Süresine Göre Dağılımı.

Meslek	Hastalık Süresi									
	3 yıl		5 yıl		7 yıl		9 yıl		Toplam	
Gurupları	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev Kadını	2	9.52	1	4.76	—	—	—	—	3	14.28
Subay	2	9.52	2	9.52	1	4.76	—	—	5	23.80
Astsubay	—	—	3	14.28	3	14.28	2	9.52	8	38.09
Sivil Memur	—	—	1	4.76	—	—	—	—	1	4.76
Çiftçi	—	—	—	—	3	14.28	1	4.76	4	19.04
Toplam	4	19.04	7	33.33	7	33.33	3	14.28	21	100.00

Dupuytren kontraktürünün derecelendirilmesini sağlayan Michon - Tubiana sınıflandırmasına göre yapılan operasyonlar, cilt kesileri ve alınan sonuçlar tablo 3 te gösterilmiştir.

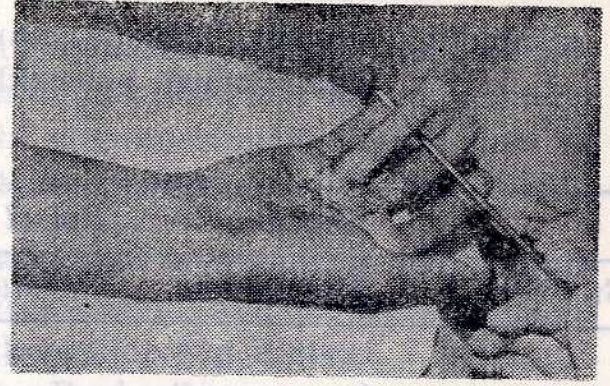
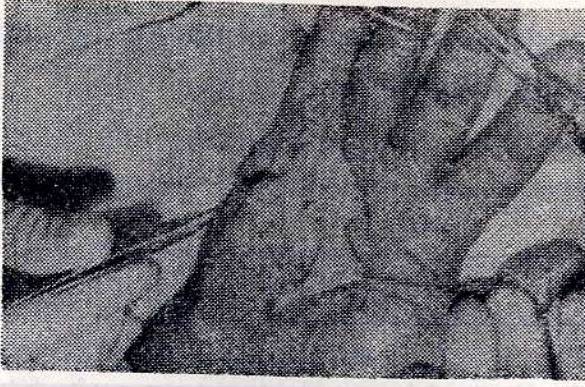
Tablo 3 : Vakalara uygulanan cerrahi girişim, deri kesisi çeşitleri ve alınan sonuçlar

Sınıflar	Cerrahi Girişim		Sonuçlar		
	Total	Regional	Yeterli	İyi	Çok İyi
Sınıf 1	—	2 xx	—	—	2
Sınıf 2	—	9 x	—	2	7
Sınıf 3	2 xx	8 x	2	2	6
Sınıf 4	—	—	—	—	—
Toplam	2	19	2	4	15

x = z Plasti insizyonu.

xx = Tord kuadranguler insizyonlar.

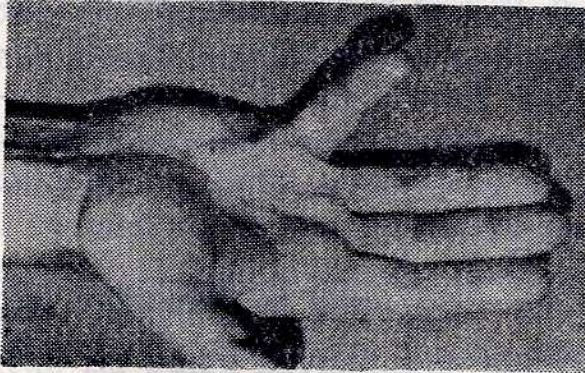
Tablo 3 ün incelenmesinden cilt kesisi olarak Tord Skoog tarafından önerilen kuadrangüler kesilerin daha çok kullanılmış olduğu belirlenmektedir. Vakaların ameliyat sonuçlarını yeterli, iyi ve çok iyi olarak değerlendirdik. Şekil 4 a, b. Şekil 5 a, b, c, d.



Şekil 4 a Z Plasti ile kontrakte palmar aponörozun çıkarılması
b Ameliyat öncesi kuadrangüler deri kesisi planlaması.



Şekil 5 a, b Bilateral Dupuytren kontraktürlü bir olgumuz ve ameliyat sonrası



c, d 5 nci parmakta Dupuytren kontraktürü ve ameliyat sonrası erken dönem.

Vakalarımızda gördüğümüz ameliyat komplikasyonları ise şöyle sıralanabilir. Vakaların 5 inde lamboların uçlarında kendiliğinden kapanan nekroz, bir vakada ise tüm lamboda nekroz görüldü ki bu vakaya greft uygulandı. Vakaların hiçbirinde rekürrens görülmedi.

Vakaların 10 unda (% 47,61) lezyon sağ elde, 5 inde (% 23,80) sol elde, 6 sında (% 28,57) bilateral idi. Kontraktürün tuttuğu parmakların ellerdeki konumlarına göre dağılımı tablo 4 te gösterilmiştir.

Tablo 4 : Michon - Tubiana sınıflandırması esas alınarak 27 elin Kontraktürlü parmaklarının dağılımı.

Sınıflar	<i>Bilateral</i>											
	<i>Sağ el</i>			<i>Sol el</i>			<i>Sağ el</i>			<i>Sol el</i>		
	<i>Parmakları</i>			<i>Parmakları</i>			<i>Parmakları</i>			<i>Parmakları</i>		
	<i>3 cü</i>	<i>4 cü</i>	<i>5 ci</i>	<i>3 cü</i>	<i>4 cü</i>	<i>5 ci</i>	<i>3 cü</i>	<i>4 cü</i>	<i>5 ci</i>	<i>3 cü</i>	<i>4 cü</i>	<i>5 ci</i>
Sınıf 1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Sınıf 2	4	—	4	1	1	2	—	—	—	—	—	—
Sınıf 3	3	4	4	—	2	2	3	—	—	1	1	2
Sınıf 4	—	—	—	—	2	2	—	—	2	—	—	1
<i>Toplam</i>	7	4	8	1	5	6	3	3	2	1	1	3
Toplam Olgu	10			5			6					

T A R T I Ş M A

Kaynaklarda etiyolojik neden tam olarak belirlenmemiş olsa da mikrotravma üzerinde çok durulan bir nedendir. Eğer mikrotravma sorunun etiyolojik nedeni ise ülkemizde el işçilerinin çok olması nedeni ile bu hastalıkla çok fazla karşılaşmamız gerekir idi. Her ne kadar hastanemize başvuran gurubun özelliği var ise de, tüm tıp kaynağında diğer serilerde aynı neden araştırılmış, fakat bulunamamıştır. Bu bulgular, Dupuytren olu-şumunda elde mikrotravma sorununun olmadığını iddia ettirmez 6. Serimizdeki vakaların çoğunluğu el ile çalışma gereksinimi olmayan mesleklerdir. Bu bulgumuz kaynaklara uygun değildir 4, 9, 12.

Serimizde cinse göre dağılım, kaynaklardaki geniş serilere göre çok değişik bulunmuştur. Michon'un serisinde cinsler arası oran eşit bulunmuştur 7. Serimizde ise erkek/kadın oranı 4,5 bulunmuştur.

Hastalarımızda yaptığımız kesiler, J. Michon'un önerdiği Z plasti ve Tord Skoog tarafından önerilen kuadrangüler deri kesileri tarzında idi 3, 7, 10. Lezyona cerrahi ulaşım yönünden bunların arasında bir fark bulunamamıştır. Vakalar; hekime başvuru zamanı ve Michon - Tubiana sınıflamasına göre incelendiğinde çoğunlukla sınıf 2, 3 ve P + D şeklinde olduğu saptanmıştır. Dupuytrenli hastalara, erken yapılacak girişim cerrahi işlemi basitleştirdiği gibi eklem sertleşmesi olayını da azaltacaktır 7, 12.

Vakalarımızın % 47,6 sında afete iştirak eden bölümde ağrı tarif edil-

miştir. Bu kontraktür veya nodülün sinirlere baskı yaptığını ifade etmektedir. Bu tür vakaların operasyonlarında digital sinirlerin ve arterlerin korunması çok önemlidir 6, 11, 12. Cerrahi girişimlerimizde digital sinir ve arter kesilmesi komplikasyonu hiç saptanmamıştır.

Vakalarımızın çoğuna regional fasciektomi uygulanmış olup, ancak iki vakada total fasiyektomi yapma gereksinimi olmuştur. Vakalarımızın 12 sine Skoog tarafından önerilen kuadrangüler deri kesileri, 9 una ise Z plastilerle operasyon gerçekleştirilmiştir. Bu kesiler arasında sonucu etkileyen farklılık saptanmadı.

Epilepsi, alkolizm ve tüberkülozda hastalığın daha hızlı seyrettiği bildirilmesine karşın serimizde sadece bir vakada epilepsi ve diğer bir vakada da tüberküloz geçirilmiş olduğu saptandı. Bu vakalar ve bulgumuz kaynaklara uymamaktadır. Hastalık, elin daha çok ulnar bölümünü tuttuğunu serimizde saptadık ki bu kaynaklara uygundur. Fakat hastalarımızda ayak tabanında kontraktür nodül veya peyronie hastalığı saptanmamıştır. Hiç bir vakaya operasyon sonu iyileşme süreci 3-6 ay gibi uzun olan Mc. Cash operasyonu uygulanmamıştır 13, 14. Yukarıda da izah ettiğimiz gibi vakalarımızdan sadece birisinde tüm lambo nekrozu olduğundan deri grefti uygulanmıştır. Vakaların hemen hepsinde tansiyon altında dikiş koyma gereksinimi doğmuştur. Dikiş bölgesinde 5 vakamızda uç nekrozu oldu isede epitelizasyon kendiliğinden oluşmuştur. Total Fasciektomi yaptığımız iki vakada kaynaklarda bildirilen lambo nekrozları ve 5 nci parmak nekrozu saptanmamıştır.

Operasyondan sonra, vakaların hepsine ödem çözülmesi başladıktan sonra birinci hafta içinde hareket serbestliği tanındı. Fizik tedavi önerildi ve tarif edildi. Kaynaklarda önerilen gece eksitasyon cihazı uygulanmadı 11, 14. Sonuç olarak erken ve geç dönemde el fonksiyonlarında normale dönüşte azalma olmadı. Vakalarımızda kalıcı eklem sertliği görülmedi. Bu bulgu kaynaklarda bildirilen 5 nci parmak tedavilerinin prognozunun kötü olduğu görüşüne ters düşmektedir 5, 11, 12.

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

L İ T E R A T Ü R

1. Converse, J. M.: *Dupuytren's Diseases. Reconstructive plastic surgery. İkinci baskı, W. B. Saunders Co., Philadelphia, cilt 6. sayfa 3403, 1977.*

2. Chin, H. F., Mc Farlane, R. M. : Pathogenesis of Dupuytren's contracture : A correlative clinical-pathological study. *J. Hand Surg.* 3 : 1, 1978.
3. Edward, W. K., Exeter, W. H. : Treatment of Dupuytren's contracture by extensive fasciectomy through multiple V-Y plasty incisions. *J. Hand. Surg.* 4 : 234, 1979.
4. Hueston, J. T., Tubiana, R : Dupuytren's disease. G. E. M. Monograph 1. Churchill Livingstone. Birinci baskı Edinburg ve Londra 1974.
5. Hueston, J. T. : Control of recurrent dupuytren's contracture by skin replacement. *J. British Plast. Surg.* 22 : 152, 1969.
6. Kesim, N. S., Kut, H., Görgün, B. : Dupuytren kontraktürü. *İstanbul Tıp Fak. Mec.* 45 : 541, 1982.
7. Michon, J. : Dupuytren kontraktürü : Konferans notları, Nancy - France, Hopital Jeanne D'Arc. Mayıs 1981. (Yazarın Şahsi Notları)
8. Nezelof, C., Tubiana, R. : La maladie de Dupuytren's. Étude histologique. *Semaine des Hopitaux de Paris.* 34 : 1102, 1958.
9. Skoog, T. : Etiology and pathogenesis of Dupuytren's contracture. *Plast. Reconstr. Surg.* 31 : 258, 1963,
10. Skoog, T : Dupuytren's contracture : Pathogenesis and surgical management. *Surg. Clin. North America* 47 : 433, 1976.
11. Tubiana, R., Thomine, J. M., Brown, S. : Complications in Dupuytren's contracture. *Plast. Reconst. Surg.* 39 : 603, 1967.
12. Tubiana, R., Fahrler, M., Mc Cullough, C. J. : Recurrence and other complications in surgery of Dupuytren's contracture. *Clin. Plast. Surg.* 8 : 45, 1981.
13. Jacobsen, K., Holst-Nielsen, F. : A modified Mc Cash operation for Dupuytren's contracture. *Scand. J. Plast. Reconst. Surg.* 11 231, 1977.
14. Noble, J., Harrison, D. H. : Open palm technique for Dupuytren's contracture. *The hand* 8 : 272, 1976.