



Liebe Kolleginnen
und Kollegen,

die Dupuytren'sche Kontraktur gehört zu den häufigen Krankheitsbildern der Hand. Die Operation kann die Erkrankung nicht heilen. Patientengerechte Indikation sowie sorgfältige Operation und Nachsorge verbessern jedoch die Ergebnisse. Lesen Sie in dieser Ausgabe unseres HandBriefs, mit welchen Behandlungswegen wir in der Vulpius Klinik gute Erfahrungen haben.

Außerdem freuen wir uns, Ihnen mit Dr. Margot Reidel unsere ‚Neue‘ im Team vorzustellen.

Ihr

Prof. Peter Hahn
und das Team der Handchirurgie in der
Vulpius Klinik

DIE DUPUYTRENISCHE ERKRANKUNG

Was ist der Morbus Dupuytren?

Die Fibromatose der Palmaraponeurose, Morbus Dupuytren, ist seit mehr als 400 Jahren bekannt. Der typische Dupuytren-Patient ist der 50 - 60 jährige Nordeuropäer mit einem durchschnittlichen Krankheitsverlauf von zehn Jahren. Männer sind 7 bis 15 Mal häufiger betroffen als Frauen.

Klinisches Erscheinungsbild

Primär häufig knotige, später strangförmige Veränderungen definierter Bindegewebsstrukturen der Hand und der Finger resultieren in einer zunehmenden Beugekontraktur der Finger in den Grund- und Mittelgelenken.

Typische, aber weniger bekannte klinische Erscheinungsformen der Dupuytren'schen Kontraktur (DK) sind die Knochenpöhlsternen (Knucklepads) die sich auf der Streckseite der Finger befinden (Abb. 1).

Eine persistierende Schwellung der Hand nach Trauma oder Operationen muss immer an eine Dupuytren'sche Erkrankung denken lassen.

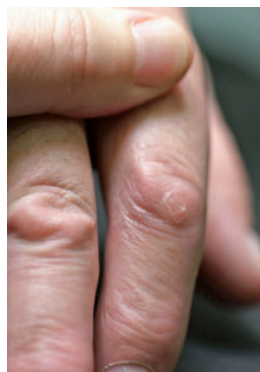


Abb. 1:
Knuckle pads
bei
M. Dupuytren

Operationsindikation

Die Indikation zur Operation wird vom Ausmaß der funktionellen Störung bestimmt,

da die Operation die Erkrankung nicht heilt. Die isolierte Knotenbildung und Stränge ohne funktionelle Einschränkung stellen keine Operationsindikation dar. In vielen Fällen führt die zu frühe Operation zu schnell fortschreitenden Funktionseinschränkungen mit schlechter Prognose. Da sich die Beugekontraktur in den Grundgelenken immer besser beseitigen lässt, als die Beugekontraktur in den Mittelgelenken, muss bei Kontrakturen der Mittelgelenke früher operiert werden. Eine grobe Richtlinie bieten Kontrakturen von mehr als 30-40 Grad in den Grundgelenken oder mehr als 20 Grad im Mittelgelenk.



Abb. 2: Z-Plastik

Operationstechnik

Es ist eine kaum überschaubare Anzahl von Schnittführungen und Techniken zur Beseitigung der Kontraktur beschrieben. Prinzipiell wird nur das befallene Gewebe entfernt (limitierte Aponeurektomie). Wir verwenden hierzu häufig Längsschnitte mit nachfolgender Z-Plastik zur Vermeidung von Narbenkontrakturen (Abb. 2). Aber auch Brunersche Incisionen oder Eingriffe in open-palm Technik, bei der die Hohlhand offen bleibt und innerhalb von drei bis vier Wochen strichförmig verheilt, kommen zur Anwendung. Auch wenn die Veränderungen klinisch relativ einheitlich erscheinen, finden sich intraoperativ häufig vollkommen unterschiedliche Befallsmuster,



Abb. 3: Streckende Sandwich-Schiene bei Rezidiv-Dupuytren

je nachdem welche Strukturen betroffen sind. Die befriedigende operative Therapie erfordert daher genaue Kenntnisse der Anatomie der Hohlhand und der Finger. Alle Eingriffe erfolgen in Bluteere und in mikrochirurgischer Technik unter Lupenbrillenkontrolle. In fortgeschrittenen Fällen und bei Rezidiveingriffen sind häufig Arthrolysen der Mittelgelenke und Hautlappenplastiken erforderlich.

Postoperative Nachsorge

Sofort nach der Operation wird zusätzlich zum Kompressionsverband mit Stahlwolle eine dorsale Gipsschiene angelegt. Der erste Verbandswechsel mit Abnahme der Gipsschiene erfolgt am zweiten postoperativen Tag. Physiotherapie ist in der postoperativen Nachsorge der Dupuytrenschen Erkrankung unerlässlich: Die intraoperativ erreichte Streckung der Grund- und Mittelgelenke muss ab dem 3. postoperativen Tag aktiv und passiv trainiert werden. Der operierte Arm muss hoch gelagert werden, da die DK immer mit einer gesteigerten Schwellneigung einhergeht. Wichtig ist eine regelmäßige Wundpflege, da es sonst zu Infektionen und Hautnekrosen kommt.

Insbesondere bei Rezidiveingriffen und im fortgeschrittenen Stadium mit höhergradigen Beugekontrakturen ist eine sofortige und lang dauernde Schienenbehandlung in speziellen Sandwichschienen (Abb. 3) unerlässlich.

Der Behandlungserfolg hängt, korrekte Indikation und Operationstechnik vorausgesetzt, zu mehr als 50% von dem richtigen postoperativen Management, wie Wundpflege, Physiotherapie und Schienenbehandlung, ab. Erfahrungsgemäss dauert die Nachbehandlung der DK immer länger als Arzt und Patient es sich zusammen vorstellen können. Auch hochgradige und mehrfache Rezidive, können häufig noch funktionell befriedigend korrigiert werden.



Dr. Margot Reidel verstärkt seit einem halben Jahr das Team der Handchirurgie in der Vulpius Klinik

Ambulanzsprechstunden Handchirurgie

Mi 8.00 - 12.00 Uhr

Fr 8.00 - 11.00 Uhr

Privatsprechstunde Prof. Dr. Peter Hahn

Do 14.00 - 16.00 Uhr und nach telefonischer Vereinbarung

Terminvereinbarung unter

Telefon 07264 / 60-133

Fax 07264 / 60-257



Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH,
Prof. Dr. Peter Hahn
Vulpiusstr. 29 74906 Bad Rappenau
handchirurgie@vulpiusklinik.de
www.vulpiusklinik.de.