

# Dupuytren'sche Kontraktur

Die Erkrankung wurde erstmals von Dr. Felix Platter aus Basel 1614 beschrieben. Als Ursache wurde eine Beugesehnenverkürzung angenommen. Diese Irrmeinung hielt sich viele Jahre in Fachkreisen. Benannt wurde die Dupuytren-Kontraktur nach dem französischen Chirurgen Baron Guillaume Dupuytren (1777-1835) Er beschrieb das Krankheitsbild mit der Schrumpfung der Palmaraponeurose.

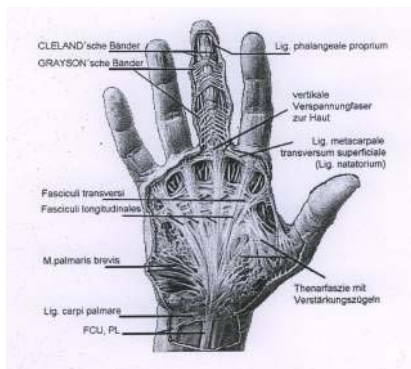
## Definition

Darunter versteht man eine Flexionskontraktur, die hauptsächlich den 4. und 5. Strahl betrifft. Es kommt zur vermehrten Bildung von Bindegewebe im Bereich der Palmaraponeurose, dann zur Schrumpfung, die dann eine Kontraktur der Finger bewirkt.



## Lokalisation

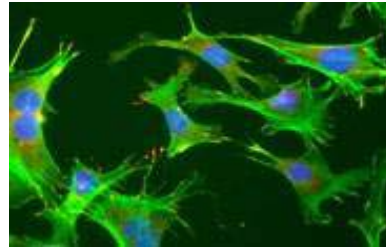
Bevorzugt tritt die Erkrankung im ulnaren Bereich über dem 4. und 5. Mittelhandstrahl auf. Jedoch können die typischen Kontrakturstränge und Knoten in jedem fascienartig strukturierten Bindegewebsbereich der Hand entstehen. In die Palmaraponeurose, die eine derbe Bindegewebsplatte darstellt, strahlen die Sehne des M. palmaris longus und vom Hypothenar der M. palmaris brevis ein.



## Histomorphologie

Das Fasciengewebe enthält eine spezielle Art von Fibroblasten, die mit kontraktillen Elementen versehen sind. Die Myofibroblasten zerstören die geordnete Bündelstruktur des Fasciengewebes, die durch neu gebildetes Kollagengewebe ersetzt wird. Es laufen

Schrumpfungsvorgänge vor allem in den Knoten wie im Narbengewebe ab. In Abhängigkeit von Faseränderungen und Zahl der Fibroblasten werden verschiedene Stadien der Fibroblastenproliferation beschrieben.



## Ätiologie

1187 wurde ein spezifischer Erreger als Ursache angenommen.

1957 sprach man von einer Virusinfektion.

Familiärer Faktor: Gen mit dominanter Vererbung, ist die Mutter erkrankt, ist die Prognose schlechter.

Verbindung mit anderen Erkrankungen: Diabetes, Epilepsie, Alkoholabusus

Trauma: kein kausaler Zusammenhang

## Symptomatik

Der Beginn der Krankheit wird von den Patienten meistens nicht bemerkt, da die Erkrankung anfangs völlig schmerzfrei verläuft. Bemerkbar macht sich die Erkrankung erst, wenn durch das erkrankte Gewebe Druck auf den sensiblen Nerv ausgeübt wird oder die Knötchen, die Fibroblasten und kontraktile Substanzen enthalten in der Hohlhandmitte so groß geworden sind, dass sie beim Greifen Beschwerden verursachen. In weiterer Folge bilden sich Stränge, enthalten wenig Myofibroblasten und es werden Einziehungen sichtbar und es kommt zur Ausbildung von Beugekontrakturen. (meist im 4./5. Finger).

Die Dupuytrensche Kontraktur kann nach: Schweregrad

- Progredienz
- Lokalisation und
- Rezidivneigung eingeteilt werden.

Man unterscheidet: knotige – strangförmige – flächenhaft indurative Formen

Zur Dokumentation der Krankheitsverläufe, teilt man das Erscheinungsbild in verschiedene Schweregrade ein.

## Stadien nach *Iselin*

Stadium I: Knoten in der Hohlhand ohne Streckbehinderung

Stadium II: Beugekontraktur im Grundgelenk

Stadium III: Beugekontraktur im Grund- u. Mittelgelenk

Stadium IV: Beugekontraktur im Grund- u. Mittelgelenk, Überstreckhaltung im Endgelenk

## Stadieneinteilung nach *Tublina*

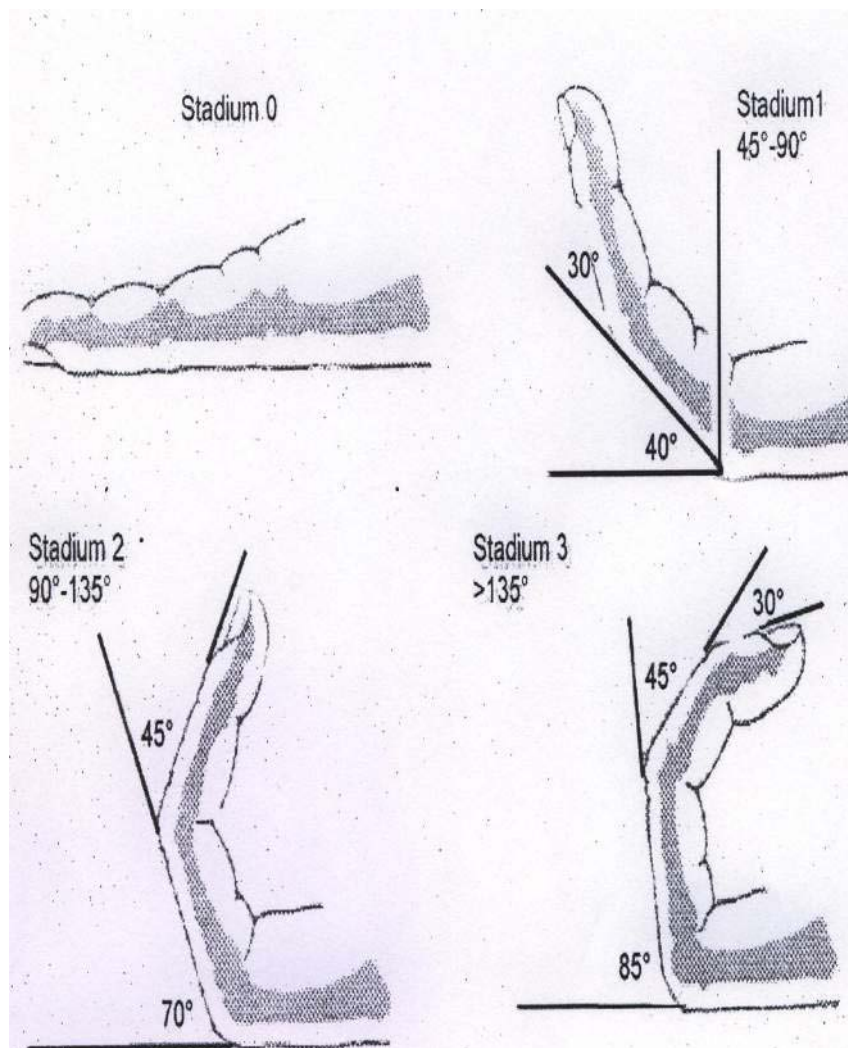
Stadium O : keine Kontrakturen

Stadium I: Kontrakturen von 0 - 45

Stadium II: Kontrakturen von 45 - 90

Stadium III: Kontrakturen von 90 - 135

Stadium IV: Kontrakturen über 135



### **Verlauf**

Typischer Verlauf: Ausbildung von knotigen Verdickungen in straffen Faserzügen der Palmaraponeurose über dem 4. u. 5. Mittelhandstrahl. Selten ist der Zeigefinger betroffen. Schubweise narbige Umwandlung, mögliche Stagnation, Schmerzen unüblich, selten Sensibilitätsstörungen;

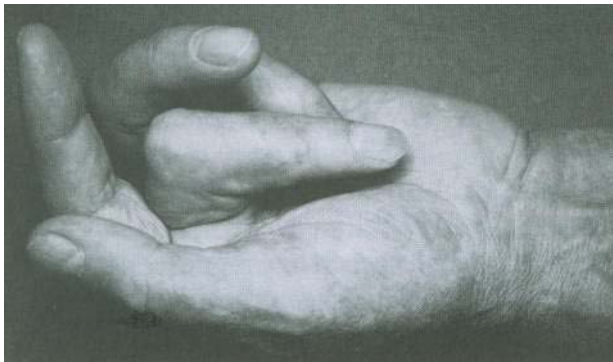
Zeitliche Entwicklung: unterschiedlich

Nachlassen der Erscheinungen im Anfangsstadium bei 6% der Patienten möglich.

### Häufigkeit des Befalles der einzelnen Finger

Daumen	114	23,9% der Hände
Zeigefinger	114	23,9% der Hände
Mittelfinger	338	70,86% der Hände
Ringfinger	412	80,29% der Hände
Kleinfinger	382	80,29% der Hände

### Warum kommt es zur Beugekontraktur?



Keine Regeneration des Fasergewebes, Narbengewebe bildet sich – Schrumpfung

Es gibt noch ähnliche und/oder gleichzeitig auftretende Erscheinungen. Dies sind:

Morbus Ledderhose  
Induratio penis plastica  
Knuckle pads



## **Geographische Verbreitung und Häufigkeit**

Die Erkrankung tritt überwiegend in Mittel- und Nordeuropa sowie in Nordamerika auf. Sie kommt selten in Afrika vor. In letzter Zeit sind vermehrt Fälle aus Japan und China berichtet worden. Im Europäischen Raum tritt die Erkrankung mit 17% in Frankreich, Irland und Schottland am meisten auf.

Männer zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr sind meist betroffen. (2-8 mal mehr Männer als Frauen)

30-50 jährige: 20 -30%

80 jährige: 40%

Die Erkrankung tritt meist doppelseitig auf.

## **Therapie**

### Konservativ:

Vit E

Strahlenbehandlung

Ultraschall, Laser

Cortison

Schienenbehandlung, Massage

### Operativ:

einzig wirksam

## **Praeoperative Vorbereitung**

Aufklärungsgespräch: den Patienten über die Eigenverantwortlichkeit aufzuklären, vor allem postoperativ eine längere Behandlungstherapie notwendig, wo der Patient aktiv mitarbeiten muß;

Hinweis auf Komplikationen: Nervenläsionen, Wundheilungsstörungen

1/3 Operation – 2/3 Nachbehandlung (Ergo/ Physikalische Therapie)

## **Operative Behandlung**

### Indikation

Die Dupuytren'sche Kontraktur ist eine gutartige Erkrankung wo es in jedem Stadium zum Stillstand kommen kann. Eine ernsthafte Behinderung im täglichen Leben ist ab Stadium III gegeben. Danach kann es zu ernstzunehmenden Komplikationsmöglichkeiten kommen, die bis zur Amputation eines Fingergliedes führen können.

### **Operative Behandlungsmöglichkeiten (mit Lupenbrille)**

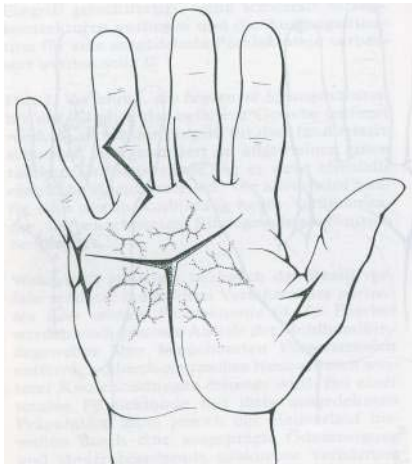
Fasziotomie: hier wird ein Strang ohne Excision desselben durchtrennt; hohe Rezidivgefahr!

begrenzte Strangexzision: Rezidivgefahr!

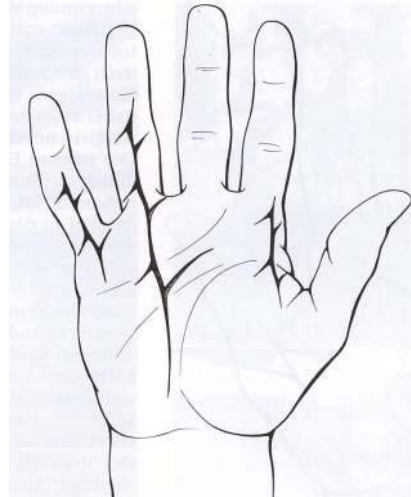
partielle oder totale Fasziektomie

Arthrodesse, Amputation

## Schnittführung



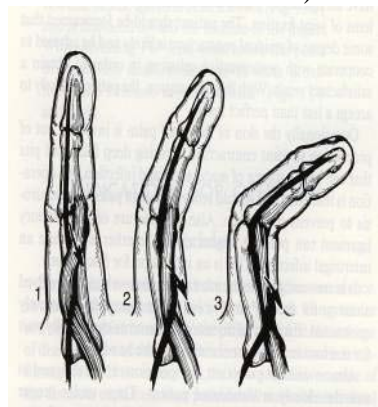
Y-förmige Incision n. *Millesi*



Z-Plastik n. *Iselin*

Lokalisation des neurovaskulären Bündels

- 1) zur Mittellinie verzogen
- 2) nach proximal verzogen
- 3) zur Oberfläche verzogen



## Ergänzende Eingriffe

- Kapsulektomie an der Mittelgelenksbeugeseite
- Plastischer Hautersatz (Verschiebelappenplastik, Vollhauttransplantat)

## Komplikationen

- Nervenläsionen
- Hohlhandhämatom
- Wundheilungsstörung, Hautnekrosen
- CRPS
- Rezidiv

## Nachbehandlung

- Postoperativer Verband mit Fettgaze/Stahlwolle, Cave Hämatom!
- UA Gipslonguette mit Fingereinschluß
- 1. Verbandwechsel 2. postoperativer Tag
- Ergoschiene (Tag und Nacht, nicht betroffene Finger aussparen)
- Narbenpflege, Silikonbäder, Massage
- Ödemprophylaxe
- Ergotherapie

