

Dupuytren Kontraktürü Nedeniyle Parsiyel Fasyektomi Uygulanan Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi

Retrospective Assessment of Dupuytren's Contracture Patients with Partial Fasciectomy

Ümit Gök¹, Alper Gültekin², Nazlı Demir Gök³

1 İzmit Seka Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Kocaeli, Türkiye

2 Sağlık Bilimler Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye

3 İzmit Seka Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, Kocaeli, Türkiye

ÖZ

GİRİŞ ve AMAÇ: Kliniğimizde parsiyel fasyektomi yöntemi ile tedavi edilen Dupuytren kontraktürlü hastaların postoperatif sonuçlarının değerlendirilmesidir.

YÖNTEM ve GEREÇLER: Mart 2012- Mart 2016 yılları arasında kliniğimizde Dupuytren kontraktürü nedeniyle parsiyel fasyektomi ile opere edilen 20 hasta retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Hastaların 14'ü erkek (%70); 6'sı (%30) kadın idi (erkek/kadın oranı: 2,33/1). Hastalar minimum 23 yaşında; maksimum 78 yaşında idi. Erkeklerde yaş ortalaması 58,35 yıl; kadınlarda 56,16 yıl olarak bulundu. Bir hasta (%5) çift taraflı el tutulumu nedeniyle opere edildi. Ondokuz hasta ise (%95) tek taraflı el tutulumu nedeniyle ameliyat edildiler. Tek taraflı el tutulumu olanların 8 tanesi (%42,1) sol elinden; 11 tanesi (%57,9) sağ elinden opere edildi. Eksize edilen fibrosis dokusu ortalama 26,5 mm idi (min/max: 10-40 mm). Ortalama takip süresi 30,65 ay idi (11-50 ay). İki hastada rekürrens görüldü (%10).

TARTIŞMA ve SONUÇ: İleri olgularda bile parsiyel fasyektomi tercihinin dupuytren kontraktürü tedavisinde güvenli ve başarılı bir yöntem olabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Dupuytren kontraktürü; parsiyel fasyektomi; palmar fibrozis.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The aim of this study is analysing the Dupuytren's Contracture patients retrospectively who underwent partial fasciectomy.

METHODS: We analyze 20 patients retrospectively who underwent surgery between March 2012 to March 2016 at our department.

RESULTS: 14 patients were men (70%); 6 patients were women (30%) (Male / female ratio 2;33/1). The youngest one of patients was 23 years old and the oldest one was 78 years old. Mean age was 58,35 in men and 56,16 in women. 1 patients had bilateral hand involvement (5%) and 19 patients had one hand involvement(95%). 8(42,1%) of them were operated from the left hand; 11 of them (57,9%) were operated by the right hand. The mean measure of excision material is 26,5 mm (min/max: 10-40 mm). Mean follow-up is 30,65 month (11-50 month). There was recurrence in 2 patients (10%).

DISCUSSION and CONCLUSION: Even in advanced cases, we believe that partial fasciectomy may be a safe and successful method for the treatment of Dupuytren Contracture.

Keywords: Dupuytren's contracture; partial fasciectomy; palmar fibrosis.

İletişim / Correspondence:

Dr. Ümit Gök

İzmit Seka Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Kocaeli, Türkiye

E-mail: drumitgok@hotmail.com

Başvuru Tarihi: 06.04.2017

Kabul Tarihi: 09.11.2017

GİRİŞ

Dupuytren kontraktürü, elin palmar bölgesinde anormal skar dokusu oluşumu ile karakterize, palmar ve dijital fasyanın benign fibroproliferatif bir hastalığıdır. Hastalığı ilk tarifleyen Felix Plater (1614) olup, günümüzdeki bilgilere benzer şekilde detaylı bir biçimde tarifleyen 1832 yılında Guillaume Dupuytren'dir (1). Oluşan bu skar dokusu, immatür tip 3 kollajen/ matür tip 1 kollajen oranının fazla olmasıyla, normal skar dokusundan ayrılır. Histolojisinde aşırı aktive olmuş myofibroblast, doku proliferasyonu ve ekstrasellüler matriks sentezinin artışıyla karakterizedir. Bu doku proliferasyonunun başlamasına ve devam etmesine sebep olan etken tam olarak bilinmemesine karşın literatürde; klinik, biyomekanik, epidemiyolojik ve morfolojik değişiklikler bildirilmiştir (2). Histopatolojik sınıflandırması olarak bilinen "Luck sınıflandırması" 3 aşamadan oluşur: 1. Proliferatif faz, 2. İnvolyusyonel faz, 3. Rezidüel faz (3). Tubiana tarafından klinik olarak erken, aktif ve ilerlemiş dönem olmak üzere 3 aşamada sınıflandırılmıştır. Erken dönemde baskın hücre tipi fibroblast, aktif dönemde miyofibroblast ve ilerlemiş dönemde ise fibrosittir. Sırası ile klinik olarak nodül, kontraktür ve tendon benzeri bant görülür (4).

Dupuytren kontraktürü her ırkta görülebilse de, kuzey avrupa ülkelerinde (İskoçya, İzlanda, Norveç gibi) görülme sıklığı yüksek bulunmuş olup zencilerde ve asyalılarda ise nadirdir. Gerek populasyon çalışmaları, gerekse ailesel çalışmalar Dupuytren kontraktürünün otozomal dominant geçişli, inkomplet penetranslı genetik bir hastalık olduğunu desteklemiştir (5).

Hastalık genelde her iki elde görülür ve elin biri diğerine göre daha ciddi olarak etkilenir ancak bu baskın olan el kullanımıyla ilgili değildir. Tek taraflı hastalık daha az klinik problemlere yol açtığı için hastalar genelde hastalığın daha geç döneminde tedavi için başvururlar (6).

Bu çalışmada, kliniğimize başvuran Dupuytren kontraktürü nedeniyle parsiyel fasiyektomi operasyonu yapılan hastaların yaşı, cinsiyeti, hastalığın görüldüğü el, nüks oranları ve fonksiyonel sonuçlar retrospektif olarak incelendi.

GEREÇ ve YÖNTEM

Mart 2012-Mart 2016 tarihleri arasında kliniğimizde Dupuytren kontraktürü nedeniyle parsiyel fasiyektomi operasyonu yapılan 20 hasta hastane kayıtları ve ameliyat notları taranarak retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tarafları, çıkarılan dokunun boyutları, mevcut hastalıkları, postoperatif komplikasyonları, nüks oranları ve fonksiyonel sonuçları incelendi. Tüm hastalara parmaklarda kontraktüre neden olan anormal fasyanın çıkarılması esasına dayalı açık parsiyel fasiyektomi uygulandı. Ameliyatlar loop büyütmesi ve turnike altında uygulandı. Tüm hastalarda kontraktür hattı üzerinden longitudinal insizyon uygulandı ve gereken hastalarda eklem seviyelerinde Z-plasti flepleri insizyona eklendi. Hiçbir hastada deri greftlemesi gerekmedi. Eksizyona parmak kontraktürü tam düzeline kadar devam edildi. Hastalarda turnike açıldıktan sonra parmak dolaşımları kontrol edildi ve hemostaz sağlanıp, cilt naylon dikişlerle dikildi. Uygun pansuman yapıldıktan sonra atel uygulanmadı ve tüm hastalara ilk hafta sonunda dikişler alınmadan erken dönemde pasif ve aktif egzersizler başlandı. Klinik sonuçların değerlendirilmesi için Khan sınıflaması kullanıldı (7).

BULGULAR

Hastaların 14'ü erkek (%70); 6'sı (%30) kadın idi (erkek/kadın oranı: 2,33/1). Hastalar minimum 23 yaşında; maksimum 78 yaşında idi. Erkeklerde yaş ortalaması 58,35 yaş; kadınlarda 56,16 yaş olarak bulundu. Bir hasta (%5) çift taraflı el tutulumu nedeniyle opere edildi. Ondokuz hasta ise (% 95) tek taraflı el tutulumu nedeniyle ameliyat edildiler. Tek taraflı el tutulumu olanların 8 tanesi (%42, 1) sol elinden; 11 tanesi (%57,9) sağ elinden opere edildi. Ortalama takip süresi 30,65 ay idi (11-50 ay). İki hastada rekürrens görüldü (%10). Erkek hastaların 9'unda etyolojik faktör saptanamazken (%64,2), 3 hastada tip 2 diyabetes mellitus (%21,4), 2 hastada ise aynı elde travma (metakarp kırığı) (%14,2) özgeçmiş mevcut idi. Kadın hastalarda ise 5 hastada tip 2 diyabetes mellitus (%83,3), 1 hastada ise aynı elde daha önceden geçirilmiş travma (radius distal uç fraktürü) (%16,66) mevcuttu. Eksize edilen fibrosis dokusu ortalama 26,5 mm idi (min/max:10-40 mm). Olguların histopatolojik incelemelerinin tamamının

palmar fibromatozis ile uyumlu olduğu görüldü. Khan sınıflamasına göre 13 hastada mükemmel (%65), 6 hastada iyi (%30) ve 1 hastada vasat (%5) düzeyde sonuçlar elde edilmiştir.

TARTIŞMA

Dupuytren hastalığında cerrahiye özellikli kılan, hastalıklı dokuların damar ve sinirlere olan yakın komşuluğu nedeni ile zarar görme ihtimallerinin olmasıdır. Altın standart hastalıklı dokunun cerrahi eksizyonu ve varsa parmak kontraktürlerinin düzeltilmesidir. Parsiyel fasiyektomi hastalığın tüm evrelerinde önerilmekle birlikte nüks oranları %8 ile %24 arasında değişmektedir (8). Dupuytren cerrahisinden sonra komplikasyonları en aza indirmek için loop kullanılması, titiz hemostaz yapılması, postoperatif elevasyon, analjezik ve gerekirse sedasyon uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (9-11). Turnike kullanımının cerrahi güvenlik sağladığı ileri sürülse de kullanılmadığı durumlarda anlamlı farkların olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.

Yapılan değişik çalışmalarda hastalığın görülme sıklığı %0.2 ile %56 arasında, erkek kadın oranı ise 3:1 ile 9,5:1 arasında değişmektedir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha geç yaşlarda artar. 40-44 yaş civarında hastalığın gözlenme oranı erkeklerde kadınlara nazaran 8 kat fazlayken, 85-89 yaş civarında bu oran düşmekte ve nerdeyse eşit hale gelmektedir (6). Bizim çalışmamızda erkeklerin yaş oranı daha yüksek olup bunun sebebi çalışmadaki çalışmadaki kadınları % 83,3'ünde diyabet hastalığının bulunması olabilir.

Dupuytren kontraktürünün ortaya çıkmasına neden olan ya da hastalığa eşlik eden pek çok sistemik hastalık ve alışkanlık tanımlanmıştır. Diabetes mellitus, epilepsi nedeniyle uzun süreli anti-konvulsan ilaç kullanımı, karaciğer hastalığı, HIV enfeksiyonu, myokard enfarktüsü, alkol ve/veya sigara, ve kronik travma Dupuytren için risk faktörlerini oluşturur. Alkolizm ve epilepsi gözlenen hastalarda hastalık daha ciddi seyrederek, travma hikayesi olan hastalarda hastalık nispeten daha iyi seyrederek (6,12). Bizim çalışmamızda da en sık karşılaştığımız etyolojik faktörler diyabetes mellitus ve travmadır.

Dupuytren Hastalığı'nın tedavi seçenekleri parmak kontraktür miktarına göre değişmektedir.

Sadece nodüllerin olduğu dönemde takip edilebilmektedir. Nodüller hassas ise kollojenaz ve triamsinolon enjeksiyonları ile bu nodüllerin yumuşadığı görülmüş fakat 3 yıl içerisinde %50 nüks bildirilmiştir (8). Altın standart halen cerrahidir (13). Cerrahi tedavi seçenekleri arasında perkütan veya açık fasyotomi, parsiyel veya total fasyektomi ve dermofasyektomi bulunmaktadır. Yağ grefti uygulamaları ya da perkutan fasyotomi sonrası yağ grefti uygulamasını kombine eden çalışmalar bildirilmiştir (7,15,16). Parsiyel fasyektomilerin, fasyotomilere göre daha az nüks oranlarına sahiptir. Yara yeri problemleri, dijital arter-sinir hasarı gibi komplikasyon oranları da total fasyektomilerden daha düşüktür (1). Bu nedenle hastalarımıza parsiyel fasiyektomi yöntemi seçilmiştir. %10 nüks oranı görülmesi, Khan sınıflamasına göre % 95 oranında mükemmel ile iyi sonuç elde edilmesi ve hiç komplikasyon görülmemesi ile cerrahi tedavi sonuçlarımızın literatürle uyumlu şekilde başarılı olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak ileri olgularda bile parsiyel fasyektomi tercihinin dupuytren kontraktürü tedavisinde güvenli ve başarılı bir yöntem olabileceği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Neligan Peter C. Plastic Surgery, Volume six, Hand and Upper Extremity, In: Watt Andrew J. Leclercq Caroline, Management of Dupuytren's disease, 3rd edition: Elsevier Saunders 2013;345-62.
2. Şakı MC, Ersen B, Tunalı O, Aksu İ, Kahveci R. Dupuytren Kontraktürü: 87 Olgunun Retrospektif İncelenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2014;40:19-21.
3. Luck JV. Dupuytren's contracture; a new concept of the pathogenesis correlated with surgical management. J Bone Joint Surg Am 1959;41-A:635-64.
4. Tubiana R. Evaluation of deformities in Dupuytren's disease. Ann Chir Main 1986;5:5-11.
5. Weinstein AL, Haddock BS, Sharma S. Dupuytren's Disease in the Hispanic Population: A 10-Year Retrospective Review. Plastic and Reconstructive Surgery 2011;128:1251-1256.

6. Akın Y, Hakan A. Dupuytren Hastalığı. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ders Kitabı İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayın Müdürlüğü 2012; 851-6.

Bras Ortop. 2013;48:545-53.

7. Khan PS, Iqbal S, Zaroo I, Hayat H. Surgical Treatment of Dupuytren's Contracture; Results and Complications of Surgery: Our Experience. J Hand Microsurg. 2010;2:62-6.

8. Çiloğlu NS, Duran A. Parsiyel Fasiyektomi Uygulanan 56 Dupuytren Kontraktürü Hastasının Geriye Dönük Değerlendirilmesi. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derg 2013;21:27-30.

9. Sennwald GR. Fasciectomy for treatment of Dupuytren's disease and early complications. J Hand Surg Am 1990;15:755-61.

10. Watt AJ, Curtin CM, Hentz VR. Collagenase injection as nonsurgical treatment of Dupuytren's Disease: 8 year follow-up. J Hand Surg Am 2010;35:534-9.

11. İnce B, Dadacı M, Altuntaş Z, Bİlgen F. Dupuytren Cerrahisinde Pnömotik Turnikenin Yeri. Selçuk Tıp Derg 2015;31:1-3.

12. Torne CH, Grabb and Smith's Plastic Surgery. In: Freshwater M. Dupuytren's Disease, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business 2007:864-868.

13. Badalmonte MA, Hurst LL. Enzyme injection as non-surgical treatment of Dupuytren's disease. J Hand Surg Am 2000;25:629-36.

14. Hovius SE, Kan HJ, Smit X, Selles RW, Cardoso E, Khouri RK. Extensive percutaneous aponeurotomy and lipografting: a new treatment for Dupuytren disease. Plast Reconstr Surg. 2011; 128:221-8.

15. Özkaya Ö, Yeşilada AK, Karşıdağ S, Soydan AT, Uğurlu K, Baş L. Dupuytren's contracture: etiology, diagnosis and surgical treatment, retrospective analysis of ten years. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2010;30:553-8.

16. Ribak S, Borkowski Jr R, Amaral RP, Massato A, Avila I, Andrade D. Dupuytren contracture: comparative study between partial fasciectomy and percutaneous fasciectomy. Rev