

617.577-009.12:616.75-089

NAŠE ZKUŠENOSTI S LÉČENÍM DUPUYTRENOVY KONTRAKTURY

MUDr. Bohuslava HOLASOVÁ
 Vojenská nemocnice Plzeň
 (náčelník: plk. MUDr. Z. Sulan)
 Chirurgické oddělení
 (náčelník: plk. MUDr. O. Smola)

Úvod

Onemocnění popsal již v počátku minulého století francouzský chirurg Guillaume Dupuytren. Od té doby se Dupuytrenovou kontrakturou zabývalo mnoho odborníků z celého světa, z našich je nutno jmenovat prof. Karfíka, který výsledky svých dlouholetých zkušeností a bádání shrnul již před 30 lety ve své stále čtené monografii.

Naše zkušenosti

V následujícím sdělení popisujeme naše zkušenosti s 50 operovanými, u nichž byla operace provedena na našem pracovišti v předcházejících 3 letech.

Prováděli jsme typickou totální aponeurektomii (po odklopení ulnárního kožního laloku) s odstraněním uzlovitých ložisek, včetně zbuřelých pruhů na prstech, s cílem maximálního uvolnění kontraktury. Výkon provádíme v lokální anestézii 1% mesocainem, bez ischemizace. Ve většině případů nebylo nutno vykrývat defekty v dlani a na prstech volnými štěpy, menší defekty jsme vykryli výměnou kožních klínů proti sobě. Jen ve 3 případech jsme na dlaňové straně 5. prstu užili volný štěp (prst byl výrazně flektován a kožní změny nedovolily jinou možnost). Amputaci flektovaných prstů jsme neprováděli. Rány drénujeme, po operaci přikládáme lehký kompresivní obvaz, ruku a předloktí imobilizujeme pomocí tvarované volární dlahy. Prsty ruky ponecháváme lehce poohnuté. Operovanou končetinu v prv-

ních pooperačních dnech podle potřeby elevujeme. Druhý pooperační den provádíme převaz a odstraňujeme drény, také od druhého dne pacient v obvazu lehce pohybuje prsty, které však zůstávají lehce poohnuté. Po zhojení rány, asi po 10–14 dnech, odstraníme zbylé krusty a zrohovatělé zbytky kůže a pacient započne s cílenou rehabilitací. Nejprve pacient cvičí volnou flexi prstů do dlaně, nácvik extenze prstů přidáváme postupně. S extenzí nespěcháme, v prvních pooperačních dnech by natažení prstů a digitálních cév, které po dlouhou dobu trvání kontraktury odvykly této poloze, mohlo způsobit anemizaci prstů a následující nekrózu.

Jestliže nedošlo ke komplikaci v pooperačním období, operovaní se vracejí do zaměstnání během 5 týdnů, manuálně pracující se vracejí do práce později.

Tab. 1

délka pobytu v nemocnici	počet pacientů	rekonvales- cence	počet pacientů
od 10–20 dnů	32	do 5 týdnů	24
6–10 dnů	13	do 6 týdnů	20
4–6 dnů	5	nad 6–8 týdnů	6

Tabulka 1 dává přehled délky pobytu v nemocnici a dobu potřebnou k rekonvalescenci.

Ty pacienty, u nichž docházelo k dobrému hojení rány, bez výraznějších komplikací, jsme brzy propouštěli do domácího léčení a tito pak

docházeli ambulantně k dalšímu ošetření. Počet ambulantních návštěv nepřekročil počet 5 až 7 návštěv. Délka hospitalizace a rekonvalescence se prodlužovala v závislosti na stupni postižení Dupuytrenovou kontrakturou, s níž pacienti přicházeli k operaci. Zde udávaná délka rekonvalescence sledovaná až do návratu pacienta do zaměstnání ještě neznámá, že operovaná ruka plně dosáhla svého původního vzhledu a funkce, i když se pacienti mohli vrátit bez větších obtíží ke svému původnímu zaměstnání, přetrvával u některých dlouhodobě otok a u některých dlouhodobě semiflekční postavení některého z prstů ruky. Tito pacienti i po nástupu do práce pokračovali dále ve fyzikální terapii podle potřeby.

Jak bylo uvedeno, léčení není vždy zcela úspěšné, nehledě na to, že operujeme s maximálním šetřením tkání, dochází k nežádoucím komplikacím. Jen výjimečně jsme se setkali s hematomy (3 pacienti), častější komplikací byla okrajová nekróza lalůčku kůže (15 pacientů), k odumrtí celého laloku u žádného z našich pacientů nedošlo, rovněž jsme se nesetkali s poruchou arteriálního zásobení prstu ruky. Častou komplikací byl pooperační edém, který dlouhodobě odezníval. U několika našich pacientů jsme se setkali s poruchou citlivosti (7 pacientů) v oblasti ulnární hrany a 4. a 5. prstu po operační lézi nervových větví této oblasti.

Ve skupině 50 nemocných popsaných v tomto sdělení, kteří byli operováni na našem pracovišti, došlo k recidivě v 5 případech. Šlo o to, že s odstupem času bylo nutné odstranit pruh vláken zbujele na prstech v předchozím období nepostižených. V celém souboru byly jen 4 ženy ve věku nad 50 let, profesí učitelka TV, 2 úřednice a žena v domácnosti, ostatní byli muži.

Větší počet nemocných jsme zaznamenali ve věkové kategorii nad 50 let; u těchto byl patrný těžší stupeň postižení a onemocnění postihovalo obě ruce ve více případech. Nižší stupeň postižení byl patrný u mladších věkových kategorií; tito pacienti vyhledávají lékaře dříve, neotálejí se zájmem o léčení a onemocnění u nich dlouhodobě neprogreduje jako u starších.

Z našich zkušeností vyplývá pro nás následující: Odstranění změněné palmární aponeurózy v celém rozsahu, s mezisvalovými septy a zbujelejšími vazivovými pruhy a uzly — jako optimální operační řešení, které nedovolí recidivy. Nejvhodnější pro operaci jsou pacienti s prostým typem Dupuytrenovy kontraktury, exstirpace aponeurózy je snadnější, sutura rány nepůsobí větší potíže, je méně pooperačních komplikací, také rehabilitace je kratší, návrat do zaměstnání je časnější. U těch pacientů, kteří přicházeli k operaci s těžkými kontrakturami, ireverzibilními změnami IP kloubů a kůže, jsme se častěji setkali s pooperačními komplikacemi (nekrózy okrajů lalůčků, edémy, poruchy citlivosti), léčení a také rehabilitace nutně byly delší.

U všech pacientů se vždy celkově podařilo zlepšit funkci ruky, i když některým zůstalo po operaci semiflekční postavení některého z prstů ruky (V. prstu u 10 pacientů, IV. a V. prstu u 5 pacientů); u žádného z pacientů nebyla provedena amputace prstu. U všech pacientů došlo k úplnému obnovení pracovní schopnosti a k návratu do původního zaměstnání. Recidivu onemocnění jsme zaznamenali u 12 % operovaných. Uzdravení a návrat do zaměstnání je závislý na věku pacienta, typu operované kontraktury a celkovém stavu pacienta před operací.

Diskuse

V otázkách etiologie a patogeneze je u Dupuytrenovy kontraktury mnoho nejasností. Toto potvrzuje existence více teorií, z nichž mnohá se zdá být reálnou, ale žádná není optimální. Většina autorů (Karfík a jiní) pokládá za faktor podílející se na vzniku Dupuytrenovy kontraktury opakovaná mikrotraumata vazivové soustavy ruky, způsobená přetěžováním rukou namáhavou a zejména nárazovou prací. Netrénované ruce s menší odolností (které nejsou přivyklé manuální práci) jsou náchylnější ke vzniku mikrotraumat vazivové soustavy ruky než trvale manuálně pracující ruce. V místě mikrotraumat vazivových vláken dochází při konstitučně, případně geneticky podmíněné dispozici k bujení vaziva. Ve vazivu z operačních preparátů dokázala Pospíšilová změny v zastoupení typu kolagenu — převažoval typ kolagenu III., jehož výskyt svědčí pro Karfíkovu etiologickou hypotézu mikrotraumat vazivové soustavy ruky. V některých sděleních uvádějí autoři jako možnou příčinu Dupuytrenovy kontraktury patologické imunitní děje, jiní zdůrazňují souvislost Dupuytrenovy kontraktury s deficitem vitamínu E (Leroy — Steinberg) atd. Pátralo se také po vztahu Dupuytrenovy kontraktury k celkovým onemocněním, zejména k revmatické chorobě.

Tab. 2

Přehled onemocnění DK dle profese

zaměstnání	počet	%
zámečník	4	8
skladník	3	6
lesní dělník	4	8
zedník	3	6
voják	12	24
řidič	4	8
úředník	7	14
dělník	10	20
číšník	1	2
hudebník	2	4
celkem	50	100 %

Tabulka 2 — z tabulky u tohoto malého souboru je patrné, že lehce převažují dělnické profese, ale neopravňují nás k závěru, že profesionální faktor je pro vznik Dupuytrenovy kontraktury dominantní (v této skupině).

Tab. 3

onemocnění uvedené v anamnéze	počet pacientů	%
revmat. onemocnění	4	8
diabetes mellitus	4	8
úrazy rukou	13	26
hypertenze	5	10
anamnéza negat.	24	48
celkem	50	100 %

Tabulka 3 — hledali jsme závislost, případně souvislost, Dupuytrenovy kontraktury s jinými celkovými onemocněními a úrazy rukou.

Ani tento přehled nenaznačuje možnou hledanou souvislost. Je možné, že až v budoucnu bude objasněna definitivní etiologie této choroby, že názory na současnou léčebnou taktiku se změní, i když v současné době k ní nepřichází v úvahu diskuse. V současné době je jedinou možností léčení terapie chirurgická a konzervativní metody (jako je rtg záření, aplikace ultrazvuku, magnetické pole, vitamín E, kortikoidy) lze označit za neefektivní, i když

chirurgický zákrok zaměřený na mechanickou příčinu kontraktury, odstranění aponeurózy, není radikálním etiologickým řešením.

Souhrn

Popsány zkušenosti s chirurgickým léčením 50 pacientů onemocnělých Dupuytrenovou kontrakturou.

V souhrnu řečeno, že etiopatogenetické vzájemné vztahy ještě zůstávají nevyjasněny, indikován k operaci je každý vyvinutý typ Dupuytrenovy kontraktury, optimální jsou pacienti s prostým typem Dupuytrenovy kontraktury.

Pokud jde o operační taktiku, je plně na místě odstranění změněné palmární aponeurózy v celém rozsahu, operace v jedné době, přístupná dlaňovým ulnárním lalokem. Operace ve 2 dobách, jak je praktikována na některých zahraničních pracovištích, u nás nebyla prováděna. Výsledky u sledovaných pacientů jsou velmi dobré, k úplnému obnovení pracovní schopnosti bez nutnosti změny zaměstnání došlo u všech pacientů, recidivy jsme zaznamenali u 12 % pacientů. Těžké, dlouhou dobu trvající kontraktury přinášejí horší pooperační výsledky, jsou častější pooperační komplikace a je delší doba celkového léčení.

Literatura u autora.

Klíčová slova: Dupuytrenova kontraktura; Chirurgická léčba; Zkušenosti.