

Morbus Dupuytren

Dupuytren Kontraktur, Palmarfibromatose

Baron Guillaume Dupuytren, ein französischer Arzt, war nicht der Erstbeschreiber des Morbus Dupuytren. Er war der Erste, der bei dieser Erkrankung im Jahre 1831 eine Operation durchführte. Die ersten Beschreibungen einer Beugeverkrümmung der Finger, die der heutigen Bezeichnung Morbus Dupuytren entsprechen, sind auf den Basler Anatomen Felix Platter im Jahre 1614 zurückzuführen. Bereits im 12. Jahrhundert wird in der Magnus-Saga von Orkney in Schottland von einer Fingerverkrümmung an der Hand berichtet.

Inzidenz der Erkrankung

Die Erkrankung tritt häufiger bei Männern als bei Frauen auf (4:1). Am häufigsten ist der Morbus Dupuytren im 4. und 5. Lebensjahrzehnt. Der Morbus Dupuytren kann mit anderen Fibromatosen assoziiert sein. Bei Asiaten und Afrikanern sind nur Einzelfälle bekannt.

Entstehung des Morbus Dupuytren

Die genaue **Ursache des Morbus Dupuytren ist unklar**. Er wird aber oft vererbt. Auch ist ein Zusammenhang mit Lebererkrankungen, Zuckerkrankheit und der Einnahme von Antiepileptika bekannt.

Die Dupuytren Erkrankung fällt zu Beginn durch die Ausbildung derber Stränge oder knotiger Veränderungen meist an der Hohlhand auf. Später ist eine **Streckhemmung und Beugekontraktur der Finger** zu beobachten. Am häufigsten ist der Klein- und Ringfinger betroffen. Der Morbus Dupuytren tritt aber auch an den anderen Fingern einschließlich des Daumens auf, wo ein Strang oft in der ersten Zwischenfingerfurche zu tasten ist, welcher die Abspreitzung des Daumens einschränkt. Die Streckhemmung der Finger ist Folge der **gutartigen Vermehrung von Kollagen**. Ähnlich einer überschießenden Narbenbildung werden die Stränge und Knoten des Dupuytren immer härter und ziehen sich schließlich zusammen. Die Struktur, welche die oben beschriebenen Veränderungen erfährt wird Palmarfaszie genannt. Sie ist eine feste, normalerweise recht schlanke Faserschicht, die zwischen der oberflächlichen und tiefen Fettschicht der Hohlhand lokalisiert ist und sich vom Handgelenk bis zu den Fingern aufspannt.

Der **Morbus Dupuytren** ist nicht nur an der Hand zu finden sondern kann auch an der Fußsohle auftreten und wird dort als **Morbus Ledderhose** bezeichnet.

Beim **Morbus Ledderhose** (Plantarfibromatose) bilden sich die Stränge an der Fußsohle. Das gemeinsame Auftreten von Morbus Ledderhose und Morbus Dupuytren ist am häufigsten anzutreffen.

Beim **Morbus Peyronie** (Induratio penis plastica) sind Verhärtung am Penis vorhanden, die zu dessen Deformation führen können.

Die **Fasciitis nodularis**, ist eine Verhärtung an der Bauchwand.

Extrem **selten** sind Fibromatosen an Ohrmuschel, Zunge oder Unterarm.

Symptome des Morbus Dupuytren

Zu Beginn bestehen beim **Morbus Dupuytren** keine Beschwerden. Es lassen sich nur leichte knotige oder strangförmige Verhärtungen in der Hohlhand tasten. Allerdings können die knotigen Veränderungen der Hohlhand auch bei noch geringer Ausprägung Beschwerden auslösen. Beim kräftigen Zupacken kommt es dann zu mäßigen aber lästigen Druckschmerzen.

Im späteren Verlauf des Morbus Dupuytren breiten sich diese Veränderungen weiter aus und führen zur Beugefehlstellung meist des Klein- und/ oder Ringfingers. Wie bereits beschrieben können die anderen Finger und die gesamte Hohlhand betroffen sein. Im Endstadium liegen die Finger an der Hohlhand an und können nicht mehr bewegt werden.

Das Hauptproblem stellt jedoch die Einschränkung der Fingerstreckung dar. Der Erkrankte bleibt oft mit der Hand hängen (z.B. am Rand der Hosentasche, oder an Taschen). Weiterhin ist die Greiffunktion der Hand in Bezug auf die Kraftentfaltung und die Feinmotorik deutlich eingeschränkt. Eine **Griffunsicherheit** erhöht auch die Unfallgefahr.

Konservative Behandlung

Es wurden bereits viele Versuche unternommen den Morbus Dupuytren mittels konservativer Behandlung in Griff zu bekommen, leider ohne wirklichen Erfolg.

Pharmakodynamische Exhärese - Mit einer Unterspritzung eines Gemisches aus Hyaluronidase und Trypsin, wurden nur kurzfristige Teilerfolge erzielt (Hueston 1974, Lamb 1981).

Allopurinol - Verbesserung der Gelenkstreckung um ca. 8° nach Murrel (1987). Eine stärkere Verbesserung war nur in Einzelfällen zu beobachten.

Kollegennasebehandlung - Die Rezidivrate liegt nach 2 Jahren bei 25 % (Mc Carthy 1992). Es können enzymatische Sehnenrisse und Nervenschädigungen hervorgerufen werden.

Für die Wirksamkeit folgender konservativer Maßnahmen, in der Dupuytren-Behandlung, existiert bislang kein wissenschaftlicher Nachweis:

Kortisoninjektion, Kryotherapie, Lasertherapie, Stoßwellentherapie, Röntgenbestrahlung.

Operation des Morbus Dupuytren

Macht der **Morbus Dupuytren Beschwerden** oder zeigt sich eine beginnende Verkrümmung der Finger, sollte über eine Operation nachgedacht werden. Wird der Zeitpunkt unnötig weit hinaus gezögert, ist die Operation meist um einiges komplizierter, als bei einer zeitgerechten Indikationsstellung. Allerdings ist es auch absolut unsinnig Verhärtungen zu entfernen, die keine Beschwerden verursachen.

Operation im Anfangsstadium

Ist der Morbus Dupuytren noch nicht zu weit fortgeschritten, wird nach zickzackförmigem Hautschnitt das krankhaft veränderte Gewebe freigelegt und entfernt. Bei der Operation müssen die Nerven und Gefäße der Hand geschont werden. Schon ein zu starkes Quetschen eines Nervs mit der Pinzette kann bleibende Schäden verursachen. Die Operation erfolgt unter Sicht mit einer Lupenoptik.

Operation im fortgeschrittenen Stadium

Bei fortgeschrittenem Morbus Dupuytren ist die Haut an der Beugeseite der Finger derart geschrumpft, dass bei der Fingerstreckung nach Entfernung der Stränge ein regelrechter Hautdefekt entsteht. In solchen Fällen wird die **Defektdeckung** durch eine **Hautverschiebung** oder durch eine **Hauttransplantation** erreicht. Wegen der persistierenden Beugestellung kann auch eine ausgeprägte Schrumpfung der Gelenkkapseln vorhanden sein. Mittels **Gelenkmobilisation** (Dehnung/ Lösen mit dem Skalpell) erfolgt dann die Begradigung. Manchmal ist es in diesen Fällen erforderlich, das mobilisierte Fingergelenk vorübergehend durch einen **Draht zu fixieren**, der durch das Gelenk gebohrt wird (temporäre Arthrodesse), um ein Wiederauftreten der Beugefehlstellung im Rahmen der Narbenschrimpung zu vermeiden.

Das Endstadium ist beim Dupuytren mit der kompletten Verkrümmung der Finger und der Steifstellung der Gelenke erreicht. Bei solchen Befunden kann auch eine **Amputation** eines Fingers notwendig werden, insbesondere wenn es sich um bereits voroperierte Finger handelt.

Den Eingriff kann in iv. Regionalanästhesie mit Dämmerschlaf, Plexusanästhesie (Betäubung in der Achselhöhle) oder in Vollnarkose erfolgen. Bei einem mittleren Operationsaufwand und wenn keine Gründe (Nebenerkrankungen, extreme Befunde) dagegen sprechen, kann die Operation bei intensiven Nachkontrollen ambulant durchgeführt werden.

Der Morbus Dupuytren ist trotz eines chirurgischen Eingriffes NICHT zu heilen. Das Ziel ist möglichst viel des veränderten Gewebes zu entfernen, damit es Jahre dauert, bis sich wieder ein Knoten oder Strang bildet.

Nachbehandlung

Die Nachbehandlung richtet sich nach dem Ausmaß der Operation. In leichteren Fällen können bereits nach wenigen Tagen eigentätige Bewegungsübungen mit Streckübungen durchgeführt werden. Eine Schienenbehandlung oder Krankengymnastik ist hier nicht erforderlich.

In schwereren Fällen ist intensive Krankengymnastik und Narbenmassage von entscheidender Bedeutung um das Operationsergebnis positiv zu beeinflussen. Gelegentlich ist der Gebrauch von dynamischen oder statischen Fingerschienen zur Quengelung erforderlich.