

Morbus Dupuytren

1832 stellte Baron Guillaume Dupuytren die nach ihm benannte Erkrankung in Paris vor. Er stellte fest, dass es sich um eine Erkrankung des straffen Bindegewebe der Hohlhand (Hohlhandfascie) und nicht um eine Schrumpfung der Beugesehnen handelte. Als Synonym wird auch der Begriff „Palmarfibromatose“ gebraucht.

Es handelt sich um anfangs knotige oder flächenhafte Veränderungen im Bindegewebe der Hohlhand, welche im

Verlauf derbe Stränge bis in den Finger hinein ausbilden können. Diese Stränge können zu einer Einschränkung der Streckung bis hin zur völligen Bewegungsunfähigkeit des Fingers führen. Über die Ursachen der Erkrankung ist keine eindeutige Aussage möglich. Männer erkranken häufiger als Frauen. Eine familiäre Häufung ist nicht selten. Ähnliche, aber sehr seltene Erkrankungen sind auch am Fuß (Plantarfibromatose = M. Ledderhose) oder am Penis (Induratio penis plastica) bekannt.

Typischer Weise beginnt die Erkrankung mit knotigen Verdickungen der Palmarfascie über dem 4. und 5. Mittelhandknochen im Bereich der Beugefalte (Stadium I). Im Verlauf kommt es zu strangförmigen oder flächenhaft knotigen Veränderungen, welche zur

fortschreitenden Verkürzung des Bindegewebes führen. Damit wird die Streckung des betroffenen Fingers immer weiter eingeschränkt und im Endstadium ganz und gar unmöglich (Stadium IV). In diesem Stadium sind auch meist Nachbarfinger beeinträchtigt. Die Erkrankung verläuft chronisch, jedoch kann der zeitliche Verlauf bis zum Erreichen des Endstadiums individuell sehr unterschiedlich sein.

Zur Einteilung und auch als Hilfsmittel zur Therapieentscheidung benutzen wir die Klassifikation nach **Tubiana**:

Stadium 0 : keine Kontrakturen

Stadium I : Kontrakturen von 0°- 45°

Stadium II : Kontrakturen von 45°- 90°

Stadium III: Kontrakturen von 90°- 135°

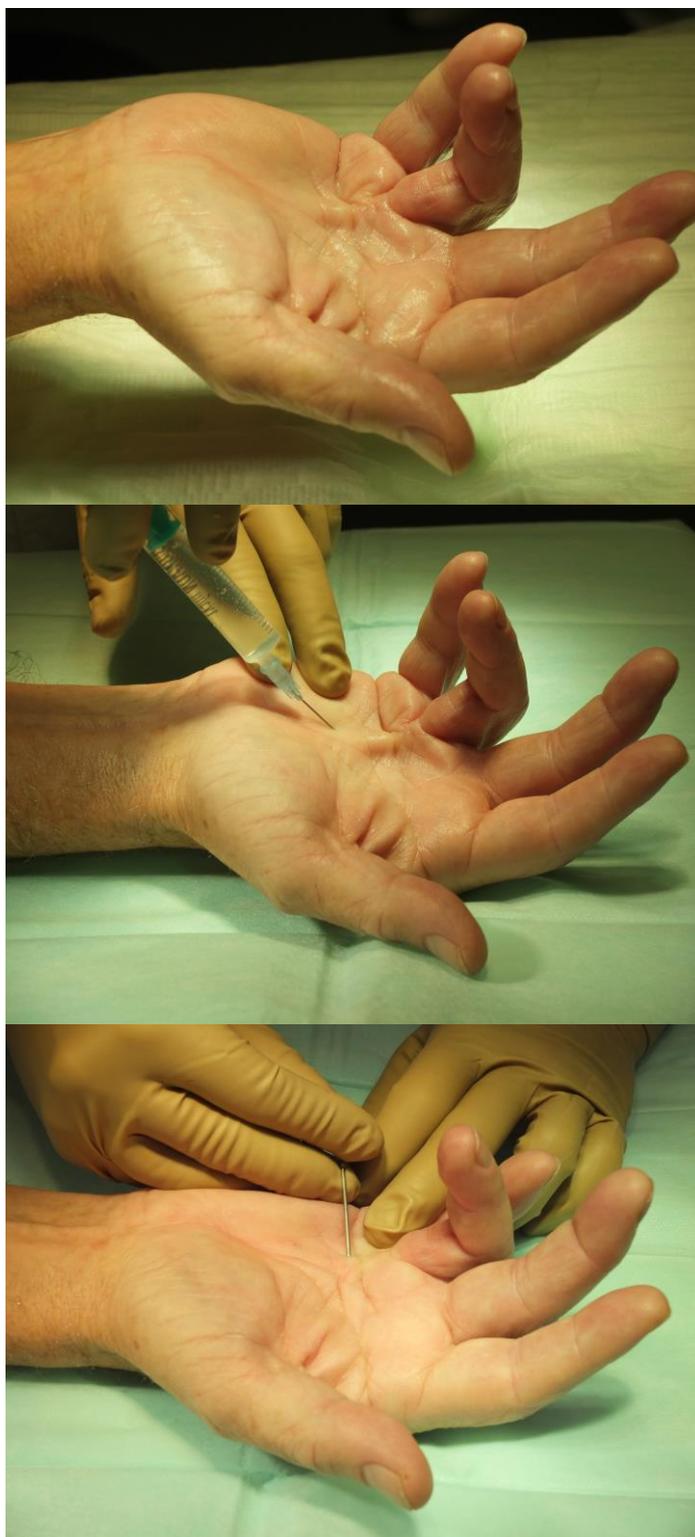
Stadium IV: Kontrakturen über 135°

Die Therapie richtet sich nach dem Stadium der Erkrankung und dem Leidensdruck der Patienten. Am Beginn favorisieren wir ein Abwarten. Nicht schmerzende Knoten und Stränge ohne deutliche Bewegungseinschränkungen werden belassen.

Wichtig ist, sich einige Fakten vor Augen zu führen: es handelt sich um eine gutartige Erkrankung, es kann in jedem Stadium zum vorübergehenden oder auch anhaltenden Stillstand kommen, ernsthafte Behinderungen liegen erst im Stadium III vor und eine Operation weist einige Komplikationsmöglichkeiten auf.

Konservative Maßnahmen wie Salbenverbände, Medikamente, Krankengymnastik oder Massagen haben keine Aussicht auf einen anhaltenden Erfolg. In frühen Stadien wird manchmal die Röntgenbestrahlung durchgeführt.

Bei uns kommt in Fällen mit Strangbildungen im Hohlhandbereich und damit verbundener Bewegungseinschränkung des Fingers die Nadelfasciotomie zum Einsatz. Hierbei kann unter lokaler Betäubung der Strang durch die Haut hindurch mit einer scharfen Kanüle gelockert und schließlich durchtrennt werden. Danach ist die sofortige Beübung des Fingers möglich, ggf. können Quengelschienen verordnet werden. Entstehen hierbei kleine Hautdefekte, heilen diese im Verlauf meist ohne Probleme ab. Der Eingriff kann wiederholt werden und ist auch als Vorbereitung auf eine offene Operation gut einzusetzen.





Nadelfasciotomie / sog. Needeling bei M.Dupuytren

Sollte bei ausgeprägtem Befund eine Operation notwendig sein, so wird dabei der veränderte Anteil der Hohlhandfascie entfernt. Hierzu wird nach exakter Planung die Haut eröffnet. Die Arterien, Nerven und Beugesehen werden befreit und wenn notwendig auch die Fingergelenke gelöst. In schweren Fällen oder bei schon mehrfach voroperierten Fingern sind manchmal aufwendige Rekonstruktionen erforderlich.



M. Dupuytren vor und nach der Operation

Der Hautverschluss wird über kleine Hautlappenplastiken möglich. Manchmal sind Hauttransplantationen (z.B. von der Handgelenksbeugefalte oder aus dem Ellenbogenbereich) zur Deckung der durch die Streckung der Finger entstandenen Defekte notwendig.

Da es sich hierbei oft um aufwendige Operationen handelt, ist meist eine Vollnarkose oder eine Betäubung des Armnervengeflechtes (*Plexusanästhesie*) notwendig. Die Schmerzen nach der Operation sind meist nur gering.

Als letzte Möglichkeit ist in ausgesprochen seltenen Fällen die Amputation des Fingers bzw. Verschmälerung der Hand sinnvoll.

Für den Erfolg der Operation ist eine intensive, rasch nach der OP beginnende Physiotherapie erforderlich, um die im OP erreichte Streckung der Finger zu sichern. Die Patienten werden angehalten, die Finger auch eigenständig zu bewegen und zu dehnen.

Wir beraten Sie im Rahmen der Handsprechstunde gern im persönlichen Gespräch zum geeigneten OP-Zeitpunkt, zu Risiken und der Nachbehandlung.