

## Przykurcz palców / Morbus Dupuytren (przykurcz Dupuytren)

---

Przyczyna zachorowania na przykurcz Dupuytren jest dotychczas nieznana. Wiadomo jest, że ta choroba może być dziedziczona. Uniwersytety w Kolonii i Groeningen przeprowadzają wspólne badania nad podłożem genetycznym przykurczu Dupuytren i tymczasem już wiadomo, że tę chorobę można zlokalizować na pewnych chromosomach. Do tej pory, nawiasem mówiąc, nie zidentyfikowano w materiałach genetycznych znaczących czynników ryzyka, takich jak cukrzyca, alkohol lub palenie (1).

W ciągu miesięcy i lat tworzą się w trybie ciągłym lub okresowym sploty oraz węzły w dłoni i na palcach. Schorowanych palców nie można później całkowicie wyprostować. Palce coraz bardziej się zaginają, a nawet zdarza się, że opuszki palców dotykają dłoni i w tej pozycji pozostają. W zaawansowanym stadium może dojść do znacznego ograniczenia sprawności ręki, co oznacza trudności w pracy, w sporcie, przy higienie osobistej, przy codziennych czynnościach albo też przy muzykowaniu, wymieniając tylko kilka przykładów.

Od 1993 roku wykonujemy ambulatoryjnie w znieczuleniu miejscowym minimalnie inwazyjną metodą leczenia chirurgicznego prostowanie palców, stosując **fasciotomię igłową** [Perkutane Nadelfasziotomie (PNF)] - (technika ta polega na rozdzieleniu igłą pasm zgrubiałej tkanki powodującej zgięcie palców.). W międzyczasie, zastosowana u ponad 2500 pacjentów (stan lipiec 2013) metoda, pokazuje, że jest nie tylko równorzędna z leczeniem chirurgicznym, ale również:

1. Po zastosowaniu metody PNF czas wyzdrowienia trwa tylko od kilku godzin do kilku dni, natomiast po operacyjnym usunięciu pogrubiałej tkanki od kilku tygodni do kilku miesięcy.
2. Ryzyko uszkodzenia nerwów przy metodzie PNF jest mniejsze niż przy otwartej operacji.
3. Ryzyko zapalenia i zaburzeń gojenia ran jest znacznie mniejsze niż przy otwartej operacji.
4. Reintegracja do życia zawodowego jak i do sportu przebiega przy metodzie PNF znacznie szybciej niż przy otwartej operacji.
5. Odsetek nawrotów, czyli powrót przykurczu Dupuytren, jest znacznie wyższy jak po operacji otwartej. Jednak metodę PNF, w przeciwieństwie do operacji otwartej, w przypadku nawrotu można wielokrotnie łatwo zastosować. W przypadku otwartej operacji z nacięciami skóry każda dalsza operacja ze względu na blizny po poprzednich zabiegach obciążona jest zwiększonym ryzykiem powikłań.
6. Zabieg metodą PNF przeprowadza się ambulatoryjnie w znieczuleniu miejscowym i trwa w zależności od stopnia zaawansowania tylko od 10 do 45 minut.  
To są istotne zalety metody PNF korzystne dla pacjentów w porównaniu do konwencjonalnej techniki chirurgicznej.  
Zbędny pobyt w szpitalu jak i znacznie krótszy czas niezdolności do pracy ma również duże znaczenie gospodarcze.

Nawet jeszcze teraz, po 20 latach stosowania metody PNF w naszej praktyce lekarskiej pacjenci pytają dlaczego ta metoda nie jest wszędzie znana i stosowana. Ta najmniej inwazyjna metoda leczenia, która już przed 200 laty była opisana w literaturze, poszła całkowicie w zapomnienie. Jeszcze kilka lat temu mało który chirurg znał metodę PNF, nie mówiąc już że ktoś tej techniki nauczał. Jeśli pacjenci się o tej metodzie dowiedzą, czy przez internet albo od innych pacjentów, którzy już tą metodą byli leczeni, nadal spotykają się z reakcjami naszych kolegów: ci z niedowierzaniem kręcą głową albo otwarcie odrzucają tą metodę pod hasłem „czego chłop nie zna, tego nie je”, albo też odpowiadają, że splotów i węzłów można się pozbyć tylko metodą operacji otwartej.

Ponieważ wielu lekarzy rodzinnych ma złe doświadczenia z wynikami operacji metodą otwartą, posyłają swoich pacjentów do leczenia metodą igłową (PNF) bardzo późno, jak już nic innego nie pomoże. Takie podejście medyczne do choroby przykurczu Dupuytrena jest dla mnie zrozumiałe, ale niekorzystne dla pacjentów.

Przed zastosowaniem metody fasciotomii igłowej (PNF) trzeba pacjentom pewne rzeczy wyjaśnić:

1. Grube sploty i węzły będą po znieczuleniu miejscowym za pomocą igły iniekcyjnej stycznie pod skórą wachlarzowato przebite, a następnie ręcznie przełamane. Ręce które nie były wcześniej operowane można łatwiej leczyć niż te z bliznami po operacji.
2. Wygięcia w stawach śródrečznopaliczkowych palców (stawy MCP) można najczęściej kompletnie wyprostować. Wygięcia w stawach międzypaliczkowych (stawy PIP) można najczęściej poprawić, ale nie zawsze kompletnie wyprostować.
3. W zaawansowanym stadium lub po długotrwałej krzywiźnie palców skóra w obrębie stawów po stronie zginania jest nieelastyczna lub zrośnięta ze splotami lub węzłami. Jednakże jest to nic dramatycznego, gdyż jeśli powstała rana większa niż 10 mm, to od razu będzie pokryta kawałkiem skóry, który zostanie po znieczuleniu miejscowym wycięty z dolnej lub górnej części ramienia wolnej od owłosienia. **(8, 9)**
4. W przypadku przeszczepu skóry konieczne jest unieruchomienie dotkniętego palca na okres 14 dni za pomocą dwu- lub trzypalcowej szyny gipsowej, żeby przeszczep mógł się w spokoju zagoić. Bez przeszczepu skóry trzeba ten opatrunek tylko przez jeden dzień nosić, co oczywiście dla pacjenta jest bardzo komfortowe.
5. Przez okres 3 miesięcy polecam noszenie nocą specjalnej rękawicy, która utrzymuje palec środkowy, serdeczny oraz mały pozycji wyprostowanej.

Fasciotomia igłowa (PNF) jest dla nas chirurgów znacznym wzbogaceniem oraz ułatwieniem naszej codziennej pracy. Zadowolenie pacjentów po tym krótkim zabiegu jest bardzo duże, ponieważ oprócz znieczulenia miejscowego pacjent nie odczuwa żadnych dokuczliwych bólów.

Skutki uboczne są znacznie mniejsze niż po operacji otwartej i występują coraz rzadziej:

1. Przejściowe zaburzenia czucia, zwykle na końcu palca. Rzadziej stałe zaburzenie czucia.
2. Krwawienie powtórne, zapalenie lub zaburzenia krążenia (ból na końcu palca pod wpływem zimna).
3. Zaburzenia gojenia przeszczepu skóry.

Fasciotomia igłowa (PNF) nie jest żadną metodą magiczną, tylko rzemieślniczą umiejętnością chirurga, której musi się nauczyć. Nowe badania wykazują, że wskaźnik nawrotów w ciągu 5 lat po zastosowaniu fasciotomii igłowej (PNF) dochodzi nawet do 84,9 %, co w porównaniu do nawrotów w okresie 5 lat po operacji otwartej - 20,9 %, jest znacznie większy **(2)**. Mimo to, fasciotomia igłowa (PNF) odpowiada życzeniu chorych, którym proste, szybkie, łatwe i bezbolesne, z niskim odsetkiem powikłań przeprowadzenie prostowania wykrzywionych palców jest bardzo ważne. Pacjenci chętnie godzą się z wyższym ryzykiem nawrotów, zwłaszcza że fasciotomię igłową można łatwiej przeprowadzić, w przeciwieństwie do operacji otwartej. W tym drugim przypadku każdy następny zabieg, ze względu na występujące blizny, jest trudniejszy ze względu na rosnące ryzyko powikłań. Fasciotomię igłową (PNF) można częściej przeprowadzić, ale operację otwartą tylko 2, maksymalnie 3 razy. Jednak większość pacjentów już po pierwszej otwartej operacji, z powodu zebranych doświadczeń, na dalsze się nie decyduje. Najwyżej chciałby możliwie jak najmniej inwazyjnego zabiegu.

Często przychodzą do nas pacjenci, którzy nigdy by się operować nie dali. Po zabiegu PNF są całkowicie zadowoleni z podjętej decyzji. To miałem na myśli mówiąc o wzbogaceniu naszej codziennej pracy.

Do dzisiaj jesteśmy jedynymi chirurgami, którzy we wszystkich stadiach przykurczu Dupuytrena stosują **fasciotomię igłową (PNF)**, włącznie z przeszczepem skóry (PNF +). Dotyczy to również przypadków po operacjach otwartych.

## **Historia rozwoju fasciotomi igłowej (PNF) stosowanej przy przykurczu Dupuytrena**

Pierwsze opisy naukowe tzw przykurczu Dupuytrena nie pochodzą od chirurga barona Guillaume'a Dupuytrena (1777-1835), lecz od chirurga Henry'ego Cline S. (1750-1827), a później od jego londyńskiego kolegi chirurga Sir Astley'a Coopera (1768/41).

W tym czasie nie znano znieczulenia miejscowego oraz żadnych antybiotyków. Pasma w dłoni były przerywane za pomocą małych cięć (fasciotomia), gojenie ran przebiegało w sposób otwarty (wtórny). Henry Cline uważał za konieczne pooperacyjne szynowanie.

Na przełomie 19 i 20 wieku radykalne wycinanie chorej tkanki w dłoni mocno się upowszechniło się jako uznana terapia. Aż do chwili obecnej, z nieznaczną modyfikacją, przeprowadzana jest segmentowa lub częściowa fasciotomia. Przez nacięcia na dłoni i na dotkniętych palcach wycina się włókniste pasma i węzły, oddzielając je od wiązków naczyniowo-nerwowych.

W roku 1959 J. Vernon Luck opisał podskórną fasciotomię jako alternatywną metodę do operacji otwartej w leczeniu przykurczu Dupuytrena. Był jednak zdania, że ta metoda nie powinna być stosowana w obrębie palców(3).

W końcu lat 70-tych 20 wieku doszło we Francji do rozwoju i alternatywnego zastosowania minimalnie inwazyjnej metody igłowej. Jean-Francois Badois i jego zespół opisał w 1993 roku fasciotomię igłową ale byli zdania, że można ją stosować tylko we wczesnym stadium choroby przykurczu Dupuytrena (4).

W Niemczech fasciotomia igłowa (PNF) została w 1993 pierwszy raz opublikowana przez ortopedę Kurta Groebena. Dla Groebena fasciotomia igłowa (PNF) była tylko alternatywą dla leczenia operacją otwartą. Był również zdania, że w przypadku deformacji stawów międzypaliczkowych (PIP), metoda ta nie rozwiązuje problemu (5).

W 1997 (na bazie 10-letniej praktyki) Duthie i Chesney uważali że fasciotomia igłowa (PNF) jest korzystna tylko dla tych pacjentów, dla których radykalna fasciotomia okazała się nieodpowiednią (6).

W 1997 Jean-Luc Lermusiaux i jego zespół jako pierwszy napisał że przy leczeniu przykurczu Dupuytrena fasciotomia igłowa (PNF) jest „metodą wyboru” (7). Leczenie chirurgiczne powinno być według autorów stosowane tylko u pacjentów, którzy nie byli zadowoleni z wyniku leczenia fasciotomią igłową (PNF). Lermusiaux również po raz pierwszy wspominał, że fasciotomia igłowa (PNF) może zmniejszyć w połączeniu z przeszczepem skóry częstość nawrotów.

Kurt Groeben przedstawił w 1993 roku w naszej praktyce (Bielefeld) fasciotomię igłową, która w Niemczech aż do początku 21 wieku znajdowała się w letargu. Aż do tego czasu byliśmy wraz z Groebenem w kraju jedynymi, którzy tę metodę praktykowali. Od 1993 roku metoda ta była w Bielefeld konsekwentnie rozwijana do obecnej postaci PNF + (z przeszczepem skóry), która ma zastosowanie w najcięższych przypadkach przykurczu Dupuytrena.

Również metodę PNF+ uważają pacjenci za minimalnie inwazyjną, jak wykazała ankieta przeprowadzona wiosną 2013 roku. W ankiecie brali udział pacjenci którzy w latach 2007-2011 byli leczeni tą metodą.

Technika tej metody została przez mnie opublikowana na kongresie chirurgii ręki 2012 w Lübeck (Plakat: Technika poszerzonej metody PNF)

W skrócie można powiedzieć, że pacjenci z przykurczem Dupuytrena są dzisiaj przeważnie bardzo dobrze poinformowani poprzez internet, przez forum pacjentów, czy nawet w bezpośrednim kontakcie z innymi pacjentami. Cieszymy się z takiego rozwoju i być może da się podczas zabiegu u nas poznać jak chętnie tą minimalnie inwazyjną metodą, **fasciotomią igłową (PNF)**, prostujemy wykrzywione palce. Pacjenci nie mogą czasami zrozumieć, jak szybko i bezproblemowo dochodzi do sukcesu.

Dr.med.Wolfgang Lenze

#### Bibliografia:

1. Dolmans GHCG, Hennies HC. The Genetic Basis of Dupuytren´s Disease: An Introduction. In: Eaton C, Seegenschmiedt MH, Bayat A, Gabbiani G, Werker P, Wach W, eds. Dupuytren´s Disease and Related Hyperproliferative Disorders. Heidelberg: Springer 2012: 87-91
2. Van Rijssen AL, Ter Linden H, Werker PMN. Five-Year Results of a Randomized Clinical Trial on Treatment in Dupuytren´s Disease: Percutaneous Needle Fasciotomy versus Limited Fasciectomy. Plastic & Reconstructive Surgery.2012; 129(2): 469-477
3. Luck JV. Dupuytren´s Contracture: A new concept of the pathogenesis correlated with surgical management. J Bone Joint Surg. 1959; 41A: 635-664
4. Badois FJ, Lermusiaux JL, Masse C & Kuntz D. Nonsurgical treatment of Dupuytren´s disease using needle fasciotomy. Rev Rhum ED Fr. 1993; 60: 808-813
5. Groeben K, Groeben H. Die Behandlung der Dupuytren´schen Kontraktur durch transkutane Fibrosenperforation und nachfolgende manuelle Redression. Orthop. Praxis. 1993; 3: 189-192
6. Duthie RA & Chesney RB. Percutaneous fasciotomy for Dupuytren´s contracture: a 10-year review. J Hand Surg. 1997; 22B: 517-521
7. Lermusiaux JL, Lellouche H, Badois JF & Kuntz D. How should Dupuytren´s disease be managed in 1997? Rev Rhum (Engl.ED). 1997; 64(12): 775-776
8. Lenze W. Die Technik der erweiterten PNF. Poster. 53.Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie. Lübeck. 2012.
9. Lenze W. Nadelfasziotomie und Hautrisse bei der schweren Dupuytren´schen Kontraktur. Vortrag. 56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie. Ludwigsburg. 2015.