

BEHANDELING VAN DE ZIEKTE VAN DUPUYTREN

De ziekte van Dupuytren werd voor het eerst beschreven door de Parijse chirurg dr. Guillaume Dupuytren in 1831. Deze ziekte wordt gekenmerkt door het ontstaan van harde knobbels in de handpalm, die uit kunnen groeien tot strengen die de vingers gebogen houden. Dr. Duerinckx, orthopedisch chirurg, legde zich toe op de behandeling van deze afwijking.

De afwijking ontstaat doordat de aponeurose van de handpalm verlittekt en krimpt. De aponeurose is een netwerk van vezels dat net onder de huid ligt en de huid van de handpalm haar stevigheid geeft. De ziekte van Dupuytren is progressief, wat betekent dat het strektekort van de vingers steeds erger wordt.

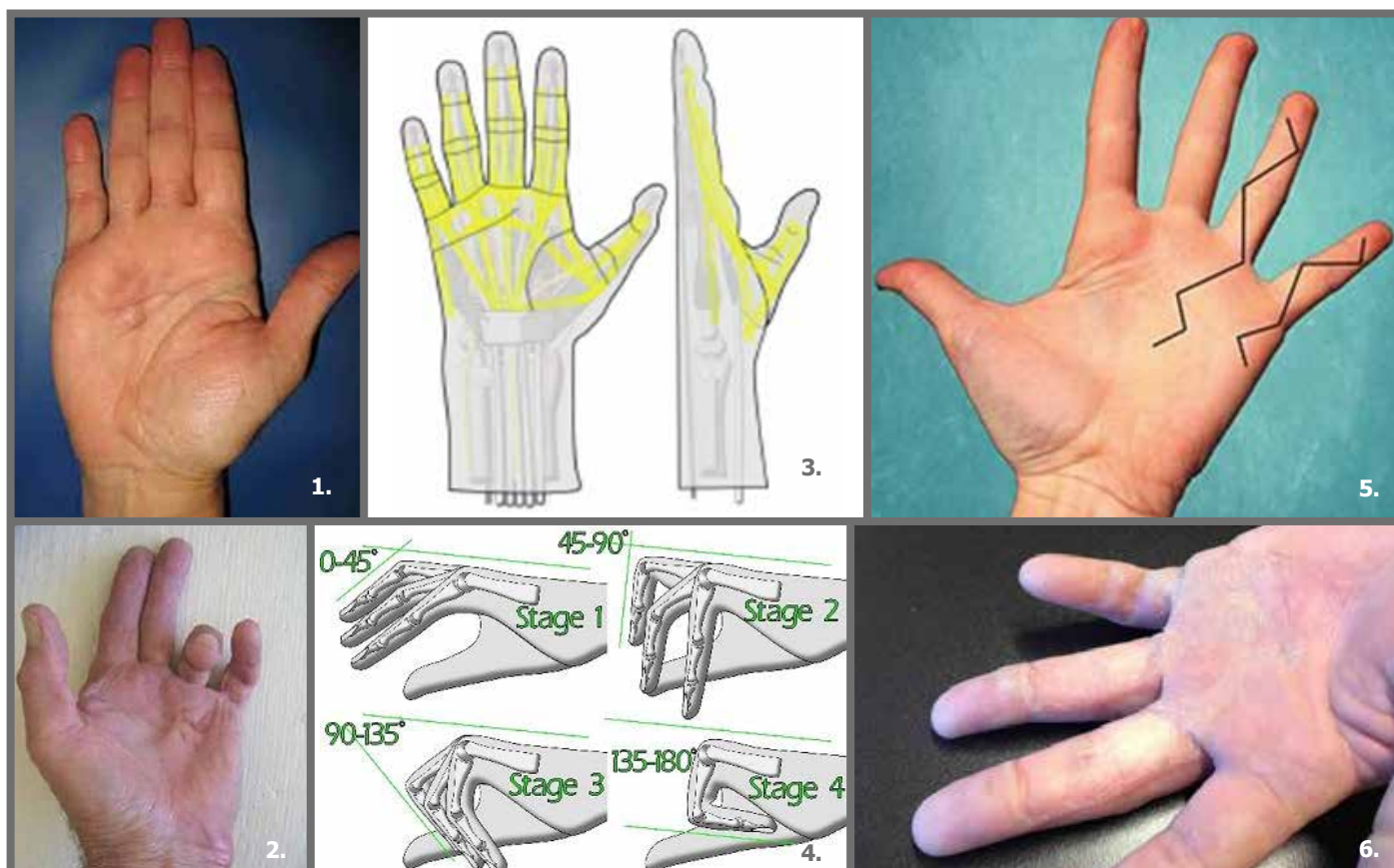
Uiteindelijk is normaal gebruik van de hand niet meer mogelijk. Meestal zijn de ringvinger of de pink aangetast. Er moet onderscheid gemaakt worden met bepaalde peesaandoeningen die ook tot een gefixeerde plooiestand van de vingers leiden zoals springvinger, boutonnière en een sagittale bandruptuur.

De oorzaak van de ziekte van Dupuytren is nog steeds niet gekend. Wel weten we dat er een genetische aanleg is die ervoor zorgt dat bepaalde mensen deze ziekte ontwikkelen. Daarom zien we dat Dupuytren frequent in familiaal verband voorkomt en bijna uitsluitend bij het blanke ras. De hoogste incidentie wordt waargenomen in de Scandinavische landen, zodat het ook de 'vikingziekte' of de 'Keltische klauwhand' wordt genoemd.

Er wordt geschat dat in Vlaanderen 32 percent van de bevolking deze aandoening heeft, maar dat dit slechts bij 8 percent van de bevolking evolueert naar een strektekort van de vingers. Dupuytren ontwikkelt zich meestal bij mannen en dit vanaf middelbare leeftijd. Dezelfde aantasting wordt soms ook gezien ter hoogte van de voetzolen (ziekte van Ledderhosen) en ter hoogte van de penis (ziekte van Peyronie).

Gezien de erfelijke oorsprong kan de ziekte van Dupuytren niet worden 'genezen'. Behandeling is nodig om het strektekort van de vingers te verbeteren. Ook na succesvolle therapie blijft later recidief mogelijk, zodat herhaling van de behandeling soms noodzakelijk is.

De meeste patiënten tolereren een fors strektekort vooraleer ze hinder ondervinden en de hulp van een arts invoeren. Toch is behandeling reeds aangewezen bij een beginnend strektekort. Bij forse en langdurige klauwstand zullen de vingergewrichten immers mee verstijven en de buigpezen van de vingers verkorten waardoor volledige correctie soms niet meer mogelijk is. De eenvoudigste test om een strektekort van de vingers vast te stellen is door te kijken of de handpalm nog plat



1. Een knobbel in de handpalm kan wijzen op beginnende Dupuytren aantasting., 2. Gevorderde ziekte van Dupuytren met strengvorming in de handpalm en strektekort van enkele vingers., 3. Schematische voorstelling van de aponeurose van de handpalm die progressief verlittekt bij de ziekte van Dupuytren., 4. Tubiana classificatie van het strektekort van de vingers bij de ziekte van Dupuytren., 5. Klassieke zig-zag incisie voor heelkundige aponeurectomie voor de ziekte van Dupuytren., 6. Resultaat na plaatsen van een huidgreffe ter hoogte van middenvinger en ringvinger links na verscheidene vroegere operaties. Volledige correctie.

op tafel kan worden gelegd. Verdere classificatie gebeurt met de Tubiana-stadiëring door het aantal graden strektekort van de verschillende vingergewrichten op te tellen.

De efficiënte behandelingen tot op heden zijn:

1. Chirurgie.
2. Percutane naaldaponeurotomie.
3. Collagenase injecties.

Chirurgie

Bij een operatie wordt het samengetrokken dupuytrenweefsel verwijderd (aponeurectomie). Meestal volstaat dit om de vingers opnieuw te kunnen strekken. Bij belangrijke contracturen kan een bijkomende verlenging van de huid of de gewrichtskapsels nodig zijn. Bij recidief na vroegere chirurgie met verlittekte huid in de handpalm wordt deze vervangen door een huidgreffe (dermo-aponeurectomie). Dit vermindert de kans op wondgenezingsproblemen en lokaal recidief. Deze ingrepen gebeuren gewoonlijk via daghospitalisatie onder locoregionale (plexus) verdoving. Na de ingreep wordt de geopereerde hand gedurende enkele dagen

geïmmobiliseerd. Daarna mogen de vingers opnieuw worden bewogen. De operatiewonde dient dagelijks aseptisch te worden verzorgd tot een 10-tal dagen na de ingreep, waarna de hechtingen worden verwijderd. 's Nachts worden de vingers gestrekt gehouden in een op maat gemaakte spalk. Zo nodig wordt kinesitherapie opgestart. De totale revalidatie bedraagt enkele maanden.

Percutane naaldaponeurotomie

In veel gevallen is als alternatief een niet-operatieve behandeling mogelijk. De percutane naaldaponeurotomie is een minimaal invasieve behandeling voor de ziekte van Dupuytren waarbij met een fijne naald de harde strengen onder de huid worden doorgenomen. Hierdoor kan de streng zich onder de huid verlengen zodat de vinger onmiddellijk opnieuw gestrekt kan worden. Deze behandeling gebeurt onder lokale anesthesie en kan op de raadpleging of via een dagopname in het operatiekwartier worden uitgevoerd. Immobilisatie nadien is niet nodig en de hand kan onmiddellijk gebruikt worden. De bedoeling is om de vingers zo recht mogelijk te krijgen met een minimum aan ongemak voor de patiënt en een minimum aan littekenvorming.



7. Infiltratie van de Dupuytrenstreng met Xiapex, 8-9. Klauwstand van midden- en ringvinger, 10-11. Resultaat na vier weken XIAPEX behandeling

Deze ingreep kan daarom probleemloos worden herhaald, mocht het later nodig zijn. De techniek werd ruim 30 jaar geleden ontwikkeld door dr. Lermusiaux. Dr. Duerinckx heeft als een van de weinige handspecialisten in België deze techniek geleerd bij zijn team in het Hôpital Lariboisière in Parijs. Het is essentieel dat deze behandeling door een goed opgeleide specialist wordt uitgevoerd. Dan is het een veilige techniek met een minimum aan complicaties.

Collagenase injecties

'Collagenase Clostridium histolyticum' werd recent op de markt gebracht onder de naam Xiapex. In België is Xiapex onder strikte voorwaarden terugbetaald sinds eind 2012. De voornaamste criteria voor terugbetaling zijn dat de Dupuytrenstreng goed voelbaar is en

dat het strektekort van de vinger(s) minstens 20° bedraagt. Xiapex is dus niet terugbetaald voor knobbels in de handpalm die de vinger-mobiliteit niet beperken.

Xiapex wordt in de Dupuytrenstrengen ingespoten waardoor deze verweken. Het inspuiten gebeurt via daghospitalisatie onder locoregionale verdoving (zie fig. 7).

Nadien wordt een dik wattenverband aangelegd om de vingers tijdelijk te immobiliseren. De behandeling is meestal heel comfortabel, maar er dient rekening te worden gehouden met mogelijk tijdelijke pijn, zwelling en verkleuring van de hand, jeuk en gezwollen okselklieren. Deze ongemakken zijn binnen de week verdwenen. In de dagen na de inspuiting kan de streng op de raadpleging worden doorbroken en de vinger gestrekt. Wanneer er een

fors strektekort van de vingers of veel eeltvorming is, kan de huid bij het strekken soms een scheurtje vertonen dat nadien lokale wondzorg behoeft. Na deze behandeling is onmiddellijk gebruik van de hand toegestaan. Bij forse strektekortten wordt een strekspalk van de vingers voor 's nachts voorgeschreven.

De resultaten zijn tot op heden zeer gunstig en doorstaan de vergelijking met een operatieve behandeling goed (zie fig 8-11).

Dr. Duerinckx heeft expertise in deze drie behandelingsmogelijkheden. Na een onderzoek op de raadpleging kan worden bepaald welke behandeling de meest aangewezen is.

Dr. Joris Duerinckx
Orthopedisch chirurg