

Kézsebészet

Dupuytren-betegség: saját vélemény (Dupuytren's disease: my personal view) Warwick D. (Consultant Hand Surgeon, University Hospital Southampton, Tremona Road, Southampton SO16 6UY, Egyesült Királyság; e-mail: davidwarwick@handsurgery.co.uk): *J Hand Surg Eur Vol.* 2017; 42: 665–672.

Közel 400 év telt el a *Felix Platter* által (1614-ben) elsőként leírt elváltozásról, mégis 180 év óta a kórképet részletesen vizsgáló és több tudományos munkában leíró *Dupuytren* tartják a névadó szerzőnek. A Dupuytren-kontraktúra (DC) heterogén elváltozás. Számos betegnél a benignus elváltozást találjuk: a bőrön behúzódnásokat és csomókat, ezek általában nem progrediálnak. A kötegek egy része igen vékony, jól elkülöníthető és a felettük lévő bőr jó állapotú; ezeket a szerző *rostoknak* (*twigs*) nevezi. Másfajta kötegek vastagabb, gyökérhez hasonlítható struktúrával (*logs*) rendelkeznek, a felettük elhelyezkedő, hozzájuk nőtt bőr pedig elvékonyodott, vékony, sorvadtabb. A rostos változat (*twig*) idősebb betegeknél jó hatásokkal kezelhető tűfasciotómiával. Ugyanakkor a vastag köteges változatnál (*log*) a teljes, radikális eltávolítás után (*dermatofasciectomy* + bőrátültetés) várható csak alacsonyabb kiújulási arányszám.

Ami a *végeredmények értékelését* illeti, a korábbi (ujj)ízületi mozgások kezelés utáni javulásának összehasonlítása lehet a legcélravezetőbb eljárás. Azonban a szubjektív funkcionális végeredmények értékelése (*patient-related outcome measure* – *PROM*) tűnik a legfontosabbnak. (Ref.: *Bővebb információ az eredeti cikkben olvasható.*) Sajnálatosan csak csekély számban állnak rendelkezésre e témakörben randomizált tanulmányok adatai.

A *betegség kiújulása*: Manapság a leginkább elfogadott definíció a recidíva meghatározására, ha a passzív extenziós deficit legalább az egyik kezelt ujjon több mint 20°-os egy tapintható köteg jelenlétében.

A *beteg bevonása a kezelési eljárások eldöntésébe*: Ez azt jelenti, hogy a páciensekkel meg kell beszélnie a sebésznek a lehetséges kezelési lehetőségeket, és a betegnek kell végső soron döntenie. A munkába történő gyors visszatérés elsősorban a percutan tűfasciotomia (*percutan needle fasciotomy* – *PNF*) és a clostridium collagenase *histolyticum* (*CCH*) kezelések után lehetséges, azonban ezek után jelentősen magasabb a kiújulási arány, mint a limitált fasciectomy (*LF*) után.

Különbségek a kezelési palettában: Számos kezelési eljárás bizonyult eredménytelennek a DC gyógyításában: sínerezések, erőszakos nyújtási eljárások, szteroidinjekciók, egyéb gyógyszeres kezelések. Amikor a sebész megfontolja, hogy melyik hatásos kezelési módszerben részesítse a beteget, több lehetőség közül választhat. A röntgenbesugárzás valamelyest csökkenti a betegség progresszióját, mivel a kiújulásért felelős sejtfunkciókat kikapcsolja. A *PNF* sem a sejtközi állományt (*mátrix*), sem a kontraktúrában található sejteket nem távolítja el, ennél fogva magasabb arányszámú fordul elő a beavatkozás után a kiújulás. Ezzel szemben *CCH*-kezelés során, amelynél részleges mátrixeltávolítás is létrejön, még mindig jelentősebb recidívahajlammal kell számolni. A szerző szerint a legjobb végeredményt és a legkisebb kiújulási arányszámot a *dermatofasciectomy* után találhatjuk, amikor a kötegeknek a felettük elhelyezkedő bőrrel együtt történő eltávolítását, majd a bőrhiány bőrtranszplantátummal történő fedését végezzük el.

A *beavatkozások költségei*: A *PNF* elvégzése viszonylag olcsó; nem csupán a beavatkozáshoz használt tű ára igen kedvező, hanem az ápolás, illetve a rehabilitáció költsége is alacsony. Ezenkívül a beteg munkába állása is igen hamar lehetséges. Ha a kötegek vastagabbak, erősebbek (*twig*), legtöbbször sebészi beavatkozásra van szükség, ilyenkor a pénzügyi ráfordítás lényegesen megemelkedik: a műtét és a műtét utáni rehabilitáció költségei miatt. A leginkább drága eljárás a *CCH* alkalmazása, azonban e módszer vastagabb kötegek (*twigs* vagy *logs* esetében) észszerű választás lehet limitált fasciotomia (*LF*) he-

lyett. (Ref.: Sajnálatosan, hazánkban jelenleg az egészségbiztosító nem támogatja a *CCH*-t tartalmazó [*Xiapex*] injekció beszerzését, amelynek ára így 270 000 Ft körüli.)

A szerző jelenlegi kezelési mintája: Minden sebésznek megvan a saját elképzelése egy kórkép kezeléséről, amely a tapasztalataiból, tanulójaiból, olvasottságából, találgatásából és a kockázatok mérlegeléséből adódik. A DC kezelésében egy alapvető elv nem változik: mindegyik beteg és mindegyik DC-köteg különbözik. További fontos alapelv, hogy a beteget részletesen fel kell világosítani és segíteni kell a legoptimálisabb kezelési eljárás kiválasztásában, beleértve a gyógyulási időt, a szövődmények lehetőségét és a kiújulási eshetőséget. A betegnek fel kell ajánlani a legegyszerűbb, de hatásos kezelési eljárást.

A továbbiakban a szerző részletesen tárgyalja és összefoglalja az általa alkalmazott eljárásokat, a DC-ben észlelhető csomók, rostszerű elváltozások, kötegek, vaskos, gyökérszerű képződmények, végül a többszörös kötegek kezelési lehetőségeit. Ez után a bőrátültetésre szoruló műtét esetében alkalmazott bőrtranszplantátumok sikerét befolyásoló tényezőket ismerteti. Végül külön fejezetben írja le a *CCH* injekciós technikában általa javasolt és sikerre vezető módszereket. A közlemény összegzésként megállapítja, hogy a PubMed-en ez ideig elérhető 2700(!) közlemény szerint még mindig nem tudjuk egyértelműen megállapítani a DC okát. Nyitott elmével szükséges tehát előretéketenünk és elfogadnunk az újabb megállapításokat a költségeket csökkentő új kezelési eljárások irányába is.

(Ref.: A terjedelmes közlemény szerzője az Egyesült Királyság egyik legtapasztaltabb kézsebésze, a Dupuytren-betegség Európa-szerte elismert szaktekintélye. Dolgozatában elsősorban saját tapasztalatait ismerteti, de tárgyalja a legújabb szakirodalmi adatokat is. Hazai klinikus kutatók is több tanulmányt publikáltak e témakörben és korábban kitűnő monográfiát is megjelentettek [S. A.]. A betegséget gyógyító hazai kézsebészek számára azonban a legújabb eredményeket ismertető dolgozat tanulmányozását a cikk referálója őszintén ajánlani tudja.)

Bíró Vilmos dr.