



Operative Therapie bei Morbus Dupuytren

Die Dupuytren-Kontraktur kann neben der Hand auch den Fuß (Morbus Ledderhose) und noch seltener den Penis (Induration penis plastica) betreffen. Die Dupuytren-Kontraktur im engeren Sinn ist die Ausprägung dieser Erkrankung an der Hand (palmare Fibromatose). Verschiedene Indizien, wie die regionale Häufung in nordeuropäischen Staaten, das Fehlen der Erkrankung in weiten Teilen von Asien und Afrika sowie die familiäre Häufung legen eine hereditäre Komponente nahe. Eine große genetische Studie zeigte bei Patienten mit Morbus Dupuytren ein auffallendes Genmuster speziell auf Chromosom 7 [1].

» Morbus Dupuytren ist eine multifaktorielle Erkrankung mit erblicher Veranlagung

Neben der genetischen Disposition werden verschiedene Risikofaktoren diskutiert, welche die Ausprägung und den Verlauf der Erkrankung beeinflussen. Eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit findet sich aber nur bei Diabetes mellitus. Mechanische Faktoren und Unfälle werden ebenfalls diskutiert, sind aber auch noch nicht umfassend abgeklärt. Letztendlich handelt es sich um eine multifaktorielle Erkrankung mit einer erblichen Veranlagung.

Man muss diese Betrachtungen immer im Auge behalten, wenn man sich mit der Therapie der palmaren Fibromatose auseinandersetzt. Von den derzeit beschriebenen Verfahren ist keines in der Lage, die Erkrankung kausal zu behandeln. Die Therapie muss daher immer auf die spezielle Situation des Patienten und seine Bedürfnisse angepasst werden.

Ein besonderes Augenmerk erfordern dabei die „aggressiven“ Formen der Dupuytren-Erkrankung, die von Hueston (1963) als Dupuytren-Diathese bezeichnet wurden [2]. Zu den Merkmalen dieser aggressiven Formen zählen: frühzeitiges Auftreten, Befall mehrerer Strahlen, starke Schwellneigung, „knuckle-pads“ und ektopes Auftreten.

Für die fortgeschrittenen Erkrankungen und die Rezidive dürfte eine weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich der Therapie herrschen. Hier sind die speziellen Präparationstechniken für Rezidiveingriffe, die verschiedenen Lappenplastiken sowie häufig die Arthrolyse der Mittelgelenke erforderlich. Bei den weniger ausgeprägten Erkrankungen hat sich durch eine Renaissance älterer Verfahren (Nadelaponeurotomie) und die Möglichkeit der chemischen Strangauflösung (Kollagenase) eine Alternative zur partiellen Aponeurektomie ergeben. Jedes dieser Verfahren bietet Vor- und Nachteile hinsichtlich Rezidivrate, Komplikationshäufigkeit und -schwere. Ökonomische Faktoren spielen auch eine Rolle.

» Patienten mit Dupuytren-Kontraktur stehen meist ein Leben lang neue Eingriffe bevor

Die Wahl der Verfahren sollte sich primär an den Erfordernissen der Patienten orientieren. Der behandelnde Chirurg sollte aber auch bei vermeintlich „minimalen“ Eingriffen wie der Nadelaponeurotomie und der Kollagenasebehandlung über die Erfahrung und den Weitblick für das potentielle Gesamtbild der Erkrankung verfügen. Nur dann ist eine suffiziente Therapie möglich. Man sollte schon bei den

ersten Maßnahmen daran denken, dass viele Patienten mit Dupuytren-Kontraktur ein Leben lang immer wieder Eingriffe erleiden müssen.

» Eine typische Dupuytren-Kontraktur gibt es nicht

In diesem Heft stellen erfahrene Autoren die notwendigen Verfahren detailliert dar. Die minimal-invasiven Verfahren werden ebenso erläutert wie auch Techniken, die bei ausgeprägter Kontraktur häufig zusätzlich notwendig sind. Die wissenschaftliche Diskussion über die Wertigkeit der einzelnen Verfahren wird mit Sicherheit noch lange andauern. Letztendlich gibt es keine typische Dupuytren-Kontraktur, da jeder Patient in der Ausprägung seiner individuellen Faktoren eine ganz eigene Erkrankung hat. Daher braucht jeder Patient auch eine individuelle Therapie.

Peter Hahn

P. Hahn

Frank Unglaub

F. Unglaub

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. P. Hahn
 Handchirurgie, Vulpius Klinik
 Vulpiusstr. 29,
 74906 Bad Rappenau,
 Deutschland
 peter.hahn@vulpiusklinik.de



Prof. Dr. F. Unglaub
 Handchirurgie, Vulpius Klinik
 Vulpiusstr. 29,
 74906 Bad Rappenau,
 Deutschland
 frank.unglaub@vulpiusklinik.de

Interessenkonflikt. P. Hahn und F. Unglaub geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Dolmans GH, Werker PM, Hennies HC et al (2011) Wnt signaling and Dupuytren's disease. N Engl J Med 365(4):307–317
2. Hueston JT (1963) Dupuytren's contracture. E&S Livingstone, Edinburgh, 551–120

Call for Abstracts für den 44. Kongress der DGRh

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir möchten Sie herzlich einladen, Ihre Abstracts für den 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) zusammen mit der 30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh), der 26. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) und dem 18. Forum Experimentelle Rheumatologie (FER) einzureichen, der vom 31.08. bis 3.9.2016 in Frankfurt am Main stattfindet.

Beiträge können zu allen Themenbereichen der klinischen und experimentellen Rheumatologie, der Kinderrheumatologie sowie zu rheumaorthopädischen Fragestellungen und zur Versorgungsforschung eingereicht werden.

Schwerpunkte des diesjährigen Kongresses sind

- **Schwerpunktforschung:** basiswissenschaftliche Leistungsfähigkeit
- **Moderne Medikamente:** personalisierter und ökonomischer Therapieeinsatz
- **Transition:** Win-win für Patienten und Ärzte
- **Vergessene rheumatische Erkrankungen**
- **Rheumatologie am Limit:** Lösungen für „unlösbare“ Situationen

Es ist vorgesehen, dass herausragende Beiträge zusätzlich als Vortrag präsentiert werden.

Ihre Abstracts

- sollten zwischen 250 und max. 350 Wörter enthalten und in deutscher oder englischer Sprache eingereicht werden – außer für das 18. Forum für Experimentelle Rheumatologie, dort bitte ausschließlich in englischer Sprache,
- werden in einem anonymisierten Verfahren durch das Abstract-Komitee begutachtet,
- können zusätzlich als Vortrag ausgewählt werden,
- können nur über die Internetseite www.dgrh-kongress.de angemeldet werden.

Alle Hinweise zum Prozedere sowie die Regeln zu Inhalt, Gestaltung und Beurteilung finden Sie auf der Homepage unter www.dgrh-kongress.de.

Einsendeschluss ist der 31. März 2016. (Bitte beachten Sie: Diese Frist wird nicht verlängert!)

Wir bitten Sie, diesen Aufruf an interessierte Kolleginnen und Kollegen weiterzuleiten. Das Vorprogramm wird voraussichtlich im April 2016 im Internet veröffentlicht.

Mit freundlichen Grüßen, Prof. Dr. Ulf Müller-Ladner, Prof. Dr. Stefan Rehart und Dr. Christoph Rietschel