

Richtlijnen nabehandeling na naaldfasciotomie of fasciectomy bij m. Dupuytren

*Auteurs: Stefanie Janse
Dr. Annemieke Videler
Arry van Hoorn*

*Evaluatoren: Drs. HP van Not
Dr. Ton A.R. Schreuders*

*Akkoord door verwijzers en behandelaars per: **december 2018**
Evaluatiedatum: **december 2022***

Dit is een publicatie van
Hand & Pols Revalidatie Nederland



WWW.HPRN.INFO

Beleid behandeling

Deze richtlijn is bedoeld om de individuele behandeling vorm te geven. Wanneer het beloop bij de individuele patiënt daar aanleiding toe geeft wordt de behandelaar geacht op basis van zijn professionaliteit de behandeling aan te passen. Beschrijf hierbij goed waarom en hoe de behandeling is aangepast.

Uitgangspunten

De chirurgische behandeling van M. Dupuytren is niet gericht op het wegnemen van de ziekte maar op het herstellen van de handfunctie. Een vaak gebruikt criterium als indicatie voor een operatie is een zodanige flexiestand van de vinger(s) dat, wanneer de patiënt zijn of haar hand vlak op de tafel legt, er een pen onder de vinger(s) door geschoven kan worden. Daarbij dient men zich te realiseren dat een flexiecontractuur van het PIP-gewricht moeilijker te herstellen is dan eenzelfde contractuur van het MCP-gewricht en dus een andere timing vraagt. Timing van operatie is met name afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt, de mate van progressie van de ziekte en de mate van functieverlies van de hand. De ziekte wordt niet genezen door de operatie, hetgeen

betekent dat er opnieuw een kromstand van de vingers kan ontstaan (recurrence). Ook kan de ziekte van de operatie zich op andere plaatsen openbaren.



Operatie

Naaldfasciotomie:

De streng wordt percutaan op meerdere plaatsen met een naald doorgenomen en vervolgens gebroken door de vinger met kracht te extenderen (Rowley, 1984 en Foucher, 2001).

Fasciectomie (met of zonder split skin graft of full thickness graft):

Bij een fasciectomie wordt het aangedane weefsel verwijderd, waarna de wond weer gesloten wordt via Z-plastieken of V-Y incisies. Wanneer er sprake is van een huidtekort en/of bij een veelvuldig recidief kan er worden gekozen voor een bedekking met een split skin graft (SSG) of een full thickness graft (FTG). Een FTG blijkt de kans op een recidief te verkleinen.



fasciectomie

Handtherapeutische behandeling

Preoperatief (1/2 u HT)

- Protocolaire meting (zie bijgevoegd meetprotocol).
- Voorlichting over de (chirurgische en handtherapeutische) behandeling.
- Intake (o.a. medische voorgeschiedenis, nevendiagnose, medicatie, intoxicaties, dominantie).
- Inventarisatie ADL, werk en hobby's en advies voor de eerste periode na de operatie.
- Rokers worden geadviseerd 8 weken voor de operatie te stoppen met roken.
- Meegeven informatiebrief met daarin de besproken informatie.

Het ziekteproces is voor zover nu bekend **niet** tegen te gaan middels spalken of oefeningen.

Postoperatief, start 2-5 dagen na de operatie

Informatie van chirurg

- Welke stralen?
- Bijzondere peroperatieve bevindingen (zoals schade aan zenuw) of niet standaard procedures (zoals een uitgevoerde artrolyse).
- Indien van toepassing: instructie ten aanzien van wondverzorging/bescherming graft.
- Indien van toepassing: gewenste afwijkingen van deze richtlijn beschrijven + motivatie.

Behandelfrequentie

Het uitgangspunt is:

- Naaldfasciotomie:
Alléén indicatie voor nabehandeling bij afwijkend herstel (o.a. bij infectie of resterende kapselcontracturen).
- Fasciectomie:
Start dag 2-5 met 1 u HT. De patiënt wordt in de loop van het traject gezien door zowel de ergotherapeut als fysiotherapeut (beiden gespecialiseerde handtherapeuten). In principe wordt patiënt in de eerste maand 1 keer per week gezien. De behandelfrequentie is echter afhankelijk van o.a. de ernst van de aandoening, de wondgenezing, de therapietrouw en het gekozen beleid en dient naar inzicht van de behandelend therapeut en zo nodig te worden aangepast.

Zodra de wond dicht is, de patiënt thuis de oefeningen goed uitvoert, er een volledige vuist gemaakt kan worden en de bij de operatie gewonnen extensie behouden blijft, kan de behandeling worden afgebouwd.

Doelen/aandachtspunten behandeling

- Voorwaarden creëren voor optimaal wondherstel :
-oedeembestrijding -> o.a. hooghoudinstructie, zo nodig sling, drukverband/coban

-wondcontrole -> bij tekenen van ontsteking overleg met chirurg.

- Behoud van de bij de operatie gewonnen extensie van de vingers
- Herwinnen volledige flexie vingers.
- Voorkomen en behandelen van beperkende adhesies.
- Herstel van kracht en belastbaarheid.
- Volledig herstel functionele inzet.

Complicaties

Bij elke operatie kunnen complicaties voorkomen zoals bloedingen, vertraagde wondgenezing, infectie en weefselversterf. De gevoelszenuwen van de vingers kunnen bij de operatieve behandeling beschadigd worden en een gedeeltelijke gevoelsstoornis geven. Er kunnen ook problemen van de digitale zenuw of bloedvaatjes ontstaan doordat ook deze structuren bij een lang bestaande contractuur verkorten. Zodra de vinger bij de operatie wordt gestrekt ontstaat er veel tractie op deze structuren.

Vaker voorkomende complicaties zijn:

- Vertraagde wondgenezing
- Maceratie
- Infectie
- Beschadiging zenuw : Verlies sensibiliteit, pijn a.g.v. neuroom, koude-intolerantie
- Beschadiging arterie
- Huidprobleem/drukplek als gevolg van spalk
- Contracturen
- CRPS

Wat te doen bij complicaties?

De patiënt wordt geïnformeerd dat hij bij een bloeding of koorts binnen kantoortijden contact dient op te nemen met de behandelend arts en buiten kantoortijden met de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Bij een verminderd of prikkend gevoel of problemen die samenhangen met de handtherapeutische behandeling, zoals drukplekken van de spalk dient patiënt contact op te nemen met het HPC (voor dringende problemen is het HPC ook buiten kantoortijden bereikbaar).

Pijn

In principe dient de pijn na 5 dagen duidelijk minder te worden. Indien dit niet het geval is wordt patiënt geadviseerd contact op te nemen met de behandelend chirurg. Hierbij dient te worden opgemerkt dat met name bij lang bestaande PIP-contracturen patiënten vaak langer last hebben van gewrichtspijn.

Wond/littekenzorg (zie ook protocol wondzorg en richtlijnen littekenzorg).

Wondcontrole (bij twijfel overleg met arts), na 10-14 dagen hechtingen verwijderen en starten met littekenzorg (denk aan bijvoorbeeld vaseline of crème, littekenmassage, medical taping en siliconenpleisters of –gel).

Wondzorg:

- 1 Beoordeling wond (kleur, exsudaat, geur)

- "niet pluis" – terug naar chirurg

- "pluis" – start oefenschema

- 2 Spoel de wond onder de kraan (lauw water) en laat goed drogen.
- 3 In geval van wond exsudaat: Verband aanbrengen -> volgorde = Mepitel, gaas, zelfklevend verband, tubiton/tubifast.

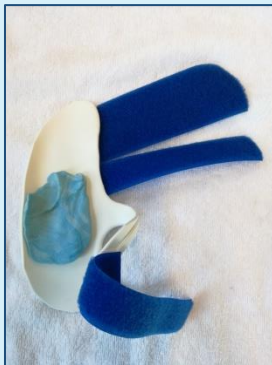


Bij droge wonden is over het algemeen tubiton en/of tubifast (eventueel dubbel) voldoende. Leg het verband zo aan dat het de beweging zo min mogelijk belemmert. Zorg wel voor voldoende gaas om het wondvocht te kunnen absorberen om maceratie te voorkomen.

- 4 Bij een SSG of FTG de graft dient de graft 5 dagen beschermd te worden:
Bij een SSG of FTG vindt de start van de behandeling dus pas plaats op dag 5 na operatie.
- 5 Na 10-14 dagen verwijderen hechtingen.

Littekenzorg:

Zodra de wond dicht is kunnen siliconenpleisters/gel en medical taping overwogen worden en mag gestart worden met milde littekenmassage. In het geval van een FTG start de littekenmassage eerst via de omliggende huid (zie ook richtlijn littekenbehandeling). Bij actieve littekens is druk middels elastomeer een optie.



Elastomeer inlay



Oedeem

Zo nodig worden er oedeemmaatregelen toegepast, zoals hooghoudadviezen, zelfmanagement technieken, medical taping en coban.

Oefeningen

1. Rustig een actieve vuist maken, eventueel met de andere hand passief ondersteund (a) of door de vingers passief te flecteren door de toppen op de handdoek te laten staan en de hand over de toppen heen te buigen (b).



2. Tendon gliding exercises (TGE), ook als peesschede niet is aangedaan, aangezien deze oefeningen eenvoudig te instrueren zijn en de volledige ROM wordt geoefend.
3. Bij beperkte extensie ook de extensie passief mobiliseren met de andere hand en/of rollen met hand op grote cilinder.
4. Bij beperkte flexie; omvatten van steeds kleinere cilinders.



Oefening 3



Oefening 4

5. Functionele oefentherapie / oefenen van betekenisvolle activiteiten

Oefeninstructies

- Oefen in een rustig tempo. Oefeningen mogen gevoelig zijn maar niet pijnlijk (pijn mag in ieder geval niet langer dan een uur aanhouden).
- Streven: na 3 weken volledige vuist.
- Frequentie oefeningen 1-5 keer per dag o.a. afhankelijk van wondgenezing en mobiliteit.
 - Bij een trage wondgenezing overwegen minder frequent te oefenen.
 - Wanneer de mobiliteit niet verbetert overwegen om de frequentie juist op te voeren.
 - Wanneer na het oefenen het oedeem toeneemt dient men te beoordelen of de intensiteit waarmee geoefend wordt te groot is.

Indien de wond goed genezen is mag de belasting worden opgevoerd: Er kan er een opbouw worden gemaakt in spierversterkende oefeningen en patiënt mag de functionele inzet gaan opbouwen. Zodra hand functioneel kan worden ingeschakeld kan de oefenfrequentie omlaag.

Spalk

Postoperatief krijgt de patiënt een gipsspalk of alleen een drukverband, onder andere afhankelijk van de ernst van de preoperatieve contractuur. In het geval van gips zijn de MCP-gewrichten licht geflecteerd en de PIP-gewrichten zo maximaal mogelijk geëxtendeerd, echter zonder spanning. Het gips/drukverband wordt tijdens de eerste postoperatieve behandeling verwijderd en indien van toepassing vervangen door een spalk.

Uitgangspunten spalk



- Het routinematig gebruik van een postoperatieve spalk wordt afgeraden.
- De indicatiestelling dient op individuele basis plaats te vinden:⁹

Factoren die bij deze indicatiestelling een rol spelen zijn o.a. :

1. Kan de patiënt na de chirurgische behandeling de vingers zonder veel moeite strekken? → In dat geval **is er geen spalk nodig**.
2. Overweeg een postoperatieve (nacht-)spalk bij patiënten met capsulogene flexiecontracturen.⁹
3. Wanneer in het verloop van de behandeling de extensie terugloopt (NB. meten!) kan alsnog voor een spalk worden gekozen.
4. Bij een recidief en/of forse preoperatieve PIP-extensiebeperking (>40 graden) zou er eerder voor een spalk gekozen kunnen worden.
5. Bij grote wonden met veel spanning op de wondranden kan de behandelaar ervoor kiezen een spalk te geven om de wond meer rust te geven.
6. Wanneer de behandelaar inschat dat de patiënt neigt tot overbelasten kan de behandelaar een spalk adviseren.

- Indien straal dig III, IV en/of V geopereerd zijn, ervaren veel patiënten het als comfortabel wanneer deze vingers samen gespalkt worden.
- Let op circulatie en spanning op de wond; eventueel enige flexie in de MCP-gewrichten.
- Globale draaginstructie in geval van spalk:
 - a. Spalk alleen 's nachts tenzij de extensie nog erg beperkt is of snel dreigt terug te lopen, wanneer de patiënt neigt tot overbelasten en/of bij grote wonden met veel spanning op de wondranden: in dat geval kan patiënt geadviseerd worden de spalk ook delen van de dag te dragen.

- b. Afbouwen op geleide van de mobiliteit naar extensie. Spalken blijven soms tot maanden postoperatief nodig.

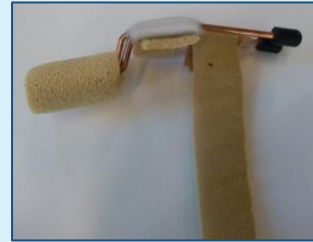
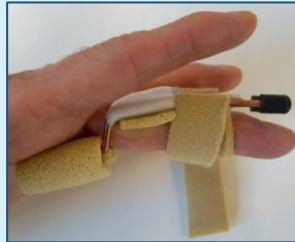
Volaire spalk	Dorsale spalk
Bij patiënten met goede wondgenezing zonder exsudaat en een goede chirurgische correctie van de kromstand van de vingers.	Bij een open of geïnfecteerde wond en bij capsulogene of dermatogene verkortingen van de PIP en MCP gewrichten.
<p>Voorbeeld:</p> 	<p>Voorbeeld:</p> 
<p>No-tension: De spalk wordt zonder spanning aangelegd. In een volaire spalk kan er met een band gefixeerd worden en bepaalt de meest beperkte straal de stand van de spalk.</p>	<p>Low-tension: Er mag alleen met zeer lage spanning rek op het kapsel/bindweefsel gegeven worden. Uit onderzoek blijkt dat te veel rek de myofibroblasten prikkelt en de kans op recidief vergroot. Afhankelijk van de mobiliteit van de gewrichten kan er in een dorsale spalk voor worden gekozen om de vingers met één band te fixeren (bij soepele gewrichten) of per vinger (bij stugge gewrichten).</p>
<p><u>Risico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Maceratie • Compressie in gewrichten, druk op top (met name bij boutonnièrestand) 	<p><u>Risico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Drukplek op PIP-gewricht • Teveel spanning op het litteken

Afhankelijk van de ontwikkeling van de mobiliteit

- Bij achterblijven flexie evt. flexie spalk of -band of zwachtelen.
- Bij teruglopende of niet verbeterende extensie mag vanaf drie weken, mits de wond hersteld is, gestart worden met milde redressie: bijv. neopreen of een dorsale statische redressiespalk.
- In een latere fase kan ook serial casting, een draadspalk of een capener worden overwogen, waarbij dient te worden opgemerkt dat een capener van deze drie vormen de meest agressieve vorm van redressie is.



serial casting



draadspalk

Functionele inzet

De patiënt wordt aangeraden om de hand in de eerste week alleen als steunhand in te schakelen bij lichte activiteiten. Zo nodig worden er adviezen gegeven ten aanzien van (tijdelijke) hulpmiddelen of compensatietechnieken. Na 1 week mag de hand worden ingeschakeld bij lichte ADL-activiteiten. Na 2 weken wordt de functionele inzet geleidelijk opgebouwd (zie ook boven). Opbouwen naar volledige belastbaarheid (waaronder werkhervatting en hobby's) bij 12 weken. Wanneer de patiënt zwaar belast werk heeft of zijn hand/pols intensief belast tijdens hobby's beoordeelt de handtherapeut of deze activiteiten haalbaar zijn en zo ja, wanneer deze mogen worden hervat.

Inzet maatschappelijk werk/arbeidscoach en/of psycholoog

Wanneer daar aanleiding toe is kan de maatschappelijk werker/arbeidscoach en/of psycholoog worden ingeschakeld. Denk hierbij aan participatieproblemen of wanneer psychische problemen het herstel lijken te belemmeren of de beperkingen juist leiden tot psychische klachten.

Controle door chirurg 6 weken na de operatie

Metingen: gebaseerd op advies PROMS-werkgroep NvvH/NVHT

	Preoperatief	3 maanden	12 maanden
Algemene gegevens:	Naam Geboortedatum Aangedane zijde Dominantie Beroep/hobby's Zelfredzaamheid		
Medisch overig	Overige aandoeningen (DM) Roken ja/nee		
Volgens richtlijnen behandeld		Ja/nee + reden.	
pijnscore (NRS 0-10)	+	+	+
Mobiliteit (AROM/PROM)	+	+	+

Richtlijnen nabehandeling na naaldfasciotomie of fasciectomie bij m. Dupuytren

Versie: december 2018

Dynamometrie	Grip strength (jamar stand 2), Pinch indien straal I en/of II zijn aangedaan	Grip strength (jamar stand 2), Pinch indien straal I en/of II zijn aangedaan	Grip strength (jamar stand 2), Pinch indien straal I en/of II zijn aangedaan
SW	Alleen indien van toepassing	Alleen indien van toepassing	Alleen indien van toepassing
Complicaties/incident N.B. Bij complicaties altijd overleg met chirurg. Registreer het gevolgde beleid.		-Vertraging in verwijzing -beschadiging arterie. -zenuwbeschadiging/compressie -vertraagde wondgenezing -maceratie -Infecties -Huidprobleem/ drukplek als gevolg van spalk - koudeintolerantie -Onvoldoende compliance -Pijn (NRS) -CRPS I/II -Contracturen	-Huidprobleem/ drukplek als gevolg van spalk - koudeintolerantie -Onvoldoende compliance -Pijn (NRS) -CRPS I/II -Contracturen
PSFS	+	+	+
HPRN-vragenlijst	+	+	+
Koude-intolerantie	Alleen indien van toepassing	Alleen indien van toepassing	Alleen indien van toepassing
COPM	Alleen indien van toepassing	Alleen indien van toepassing	Alleen indien van toepassing
TSK	Alleen indien van toepassing	Alleen indien van toepassing	Alleen indien van toepassing
UCL	Alleen indien van toepassing	Alleen indien van toepassing	Alleen indien van toepassing
Return to work vragenlijst.		+	+
Tevredenheid behandeling		+	+

Literatuur

1. Rowley DI, Couch M, Chesney RB, Norris SH. Assessment of percutaneous fasciotomy in the management of Dupuytren's contracture. *J Hand Surg [Br]* 1984;9-2:163-4.
 2. Foucher G, Medina J, Malizos K. Percutaneous needle fasciotomy in Dupuytren disease. *Tech Hand Up ExtremSurg* 2001;5-3:161-4.
 3. Bulstrode NW, Jemec B, Smith PJ. The complications of Dupuytren's contracture surgery. *J Hand Surg [Am]* 2005;30-5:1021-5.
 4. Au-Yong IT, Wildin CJ, Dias JJ, Page RE. A review of common practice in Dupuytren surgery. *Tech Hand Up ExtremSurg* 2005;9-4:178-87.
 5. Draviaraj KP, Chakrabarti I. Functional outcome after surgery for Dupuytren's contracture: a prospective study. *J Hand Surg [Am]* 2004;29-5:804-8.
 6. Prosser R, Conolly WB. Complications following surgical treatment for Dupuytren's contracture. *J Hand Ther* 1996;9-4:344-8.
 7. Tubiana R, Fahrer M, McCullough CJ. Recurrence and other complications in surgery of Dupuytren's contracture. *ClinPlastSurg* 1981;8-1:45-50.
 8. "Nighttime splinting after fasciectomy or dermatofasciectomie for Dupuytren's contracture; a pragmatiek, multicentre, randomised controlled trial" 2011.
 9. CBO richtlijnen (https://www.nvpc.nl/uploads/stand/2015-04_Richtlijn_Ziekte_van_Dupuytren148.pdf)
-

Bijlage

Achtergrond



Morbus Dupuytren, ook wel Ziekte van Dupuytren of Contractuur van Dupuytren genoemd (ICD-10 code M 72.0), is een ziekte van de huid en de fascies. Er vormt zich hierbij een harde streng in de handpalm (palmaire aponeurosis) van de vingers en/of duim. De aandoening werd in 1831 door baron Guillaume Dupuytren beschreven. Tot op heden is de oorzaak onbekend. De aandoening begint vaak met een knobbeltje in de handpalm. Soms ontstaat de streng binnen enkele maanden, soms kan het ook jarenlang duren voor de ziekte verergert. Vergelijkbare aandoeningen kunnen voorkomen op andere lichaamsdelen, zoals de voetzool, aponeurosis plantaris (ziekte van Lederhose), of op de penisschacht (ziekte van Peyronie). De strengen zijn over het algemeen niet pijnlijk, maar kunnen contracturen veroorzaken van de vingergewrichten waardoor beperkingen in het dagelijks handelen kunnen ontstaan.

De ziekte treedt meestal op na het 40e levensjaar. Dupuytren komt vaker voor bij mannen dan vrouwen. Wanneer de ziekte op jonge leeftijd begint aan beide handen en het in de familie voorkomt, is de ziekte vaak agressiever met een snellere progressie. De ziekte wordt soms ook geassocieerd met epilepsie (hogere incidentie Dupuytren van 56%), diabetes (verhoogde collageenproductie en slechte microvaten), zware arbeid (mogelijk t.g.v. microtrauma van palmaire fascie), overmatig alcohol gebruik, roken (waarschijnlijk t.g.v. microvasculaire veranderingen) en een verhoogd cholesterol. Bij reumatoïde artritis blijkt Dupuytren juist minder vaak voor te komen. Dupuytren komt vooral voor bij Noordwest-Europese volkeren, terwijl het vrijwel niet voorkomt bij Afrikaanse volkeren. Hierdoor wordt verondersteld dat er een genetische factor een rol speelt. Het wordt ook wel de Viking ziekte genoemd, omdat de geografische verspreiding van de ziekte over Europa en Groot-Brittannië overeenkomt met de Viking trektochten.