

تظاهر ناشایع بیماری کانتراکچور دیپوترن

دکتر سید کاظم شکوری: استادیار گروه طب فیزیکی و توانبخشی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، بیمارستان امام خمینی بخش طب فیزیکی؛ نویسنده رابط

E-mail: SKO531ir@yahoo.com

دکتر محمد نوالی: استادیار گروه اورتوپدی

دکتر وهاب مقدم: دستیار رشته طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۴/۱۰/۱۲، پذیرش: ۸۵/۱/۲۰

چکیده

بیماری کانتراکچور دیپوترن، بیماری ناشایع دوره های پنجم تا هفتم زندگی بوده و عمدتاً در مردان مشاهده می گردد. بیمار مورد معرفی، خانم ۱۸ ساله ای بودند که از حدود ۹ سالگی به دنبال پیدایش ندول در قاعده انگشتان دوم و سوم دست چپ، دچار ضعف و آتروفی پیشرونده تمام اندام فوقانی سمت چپ، به همراه کانتراکچور فلکسیونی در انگشتان مزبور گردیده بود که جهت بررسی به بخش الکترودیآگنوزیس ارجاع شده بود.

کلیدواژه ها: کانتراکچور، دیپوترن، آتروفی، دفورمیتی فلکسیونی

مقدمه

موضعی نیز نداشت. تا دو سال اخیر، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و کورتیکو استروئید (غیر تزریقی) را دریافت، ولی از دو سال قبل دارویی مصرف نکرده بود. بیمار شکایتی از دستگاه گوارش مثل ازو فازیت، یبوست و دیس پیسی نداشت، و نیز سابقه ای از آرتريت مفاصل کوچک و بزرگ را نیز نمی داد. در معاینه بیمار نرموسفال با چهره طبیعی بوده، ضایعات جلدی (غیر از ندول مزبور) نداشت. مفاصل فاقد آرتريت بوده و از نظر دامنه حرکتی فقط محدودیت اکستانسیون در مفاصل کارپومتاکارپال و بین انگشتی پروگزیمال و تا حدود کمتر در مفاصل بین انگشتی دیستال دست چپ وجود داشت. دفورمیتی حالت ثابت داشت.

کانتراکچور دیپوترن^۱ به فیروزه شدن فاسیای پالمار کف دست اطلاق می شود که به کانتراکچور فلکسیونی^۲ انگشتان دست می انجامد و برای اولین بار در سال ۱۸۸۰ توسط سیلو^۳ تشریح شده است. (۳) با توجه به اینکه بیماری عمدتاً در سنین بالا ظاهر می گردد و آتروفی از تظاهرات بارز بیماری نبوده و بیماری عمدتاً با دفورمیتی خود را نشان می دهد. (۳و ۲) فلذا تشخیص صحیح و درمان به موقع در مواردی که بیماری در سنین پایین خود را نشان می دهد بسیار حایز اهمیت می باشد (۳و ۱).

معرفی بیمار

بیمار خانم ۱۸ ساله ای بودند که اهل و ساکن تبریز بوده به علت ضعف و آتروفی دست چپ از حدود ۵ سال قبل، به درمانگاه طب فیزیکی و توانبخشی بیمارستان شهدای تبریز مراجعه کرده بودند. مشکل بیمار از حدود ۹ سالگی با پیدایش ندول سفت در قاعده انگشتان دوم و سوم آغاز شده و به طور پیشرونده با درگیری پوست و فاسیای زیر جلدی، منجر به کانتراکچور فلکسیونی در انگشتان گردیده بود. بیمار با علائم فوق به پزشکان متعدد مراجعه و درمانهای مختلفی را نیز دریافت کرده بود که البته هیچکدام موثر نبوده و نهایتاً بیمار با آتروفی بارز اندام فوقانی سمت چپ جهت بررسی بیشتر جهت الکترومیوگرافی به درمانگاه، طب فیزیکی و توانبخشی ارجاع می گردد. در سابقه بیمار دومین فرزند خانواده بوده، حاصل زایمان طبیعی با اپگار نرمال می باشد. سابقه ای از مشکلات رشد و نمو وجود ندارد. بیماری روماتولوژیک و یا متابولیک مثل دیابت، آرتريت روماتوئید، اسکرودرمی و بیماریهای تیروئید نیز در سابقه بیمار و یا سایر افراد خانواده منفی است. بیمار سابقه ترومای موضعی و غیر



تصویر ۱: ندول سفت بدون درد در قاعده انگشت دوم و سوم دست چپ وجود داشت، که باعث دفورمیتی بارز پوست و فاسیای زیر آن شده بود

1. Dupuytren's Contracture
2. Flexion Contracture
3. Cilve

بحث

همانطور که گفته شد، فیروزه شدن فاسیای پالمار کف دست، منجر به کانتراکچور در وضعیت فلکسیون انگشتان دست می شود، که تحت عنوان کانتراکچور دیپوترن شناخته شده است (۳ و ۲). علت‌های برانگیزاننده حالت اخیر هنوز ناشناخته بوده، هر چند که گاهی ترومای مکرر موضعی و یا بیماری‌های متابولیک نظیر دیابت و یا مشکلات تیروئید را گاهی "مسئول دانسته اند. عمدتاً بیماری در جنس مذکر مشاهده می گردد و اغلب افراد مسن را در دهه های پنجم تا هفتم زندگی درگیر می کند " بیماری مزبور معمولاً یکطرفه بروز می کند، ولی موارد دو طرفه نیز مشاهده شده است (۱ و ۲ و ۳). انگشتان چهارم و پنجم، بویژه قاعده این انگشتان، اغلب درگیر می شود (۳ و ۲) فلذا جالب توجه است که اولاً " بیمار مورد معرفی، خانم بوده و دوم اینکه در سن ۹ سالگی بیماری آغاز شده و سوم اینکه قاعده انگشتان دوم و سوم را درگیر نموده بود. یعنی تقریباً " تمام مشخصات حالت کلاسیک بیماری، در مورد این بیمار، وجود نداشت (۳ و ۲).

نشانه اصلی بیماری، افزایش ضخامت فاسیای پالمار کف دست بوده، که با افزایش ضخامت فاسیا و تحت فشار قرار گرفتن عروق موضعی، ضخامت ندول افزایش یافته و باعث افزایش کانتراکچور و ایجاد حالت آتروفی بر روی پوست بیمار می گردد (۱ و ۲ و ۳). Shaw بیماری مزبور را به چهار مرحله طبقه بندی کرده که شامل موارد زیر می باشد:

مرحله اول: حضور ندول بدون علائم درگیری در کف دست و بدون درگیری پوستی.

مرحله دوم: حضور ندول به همراه چسبندگی پوستی.

مرحله سوم: ندول به همراه کانتراکچور ثابت یک یا چند انگشت.

مرحله چهارم: کانتراکچور ثابت مفصل و تاندونهای اطراف آن عدم تشخیص صحیح، گاهی منجر به اعمال کشش در ناحیه می گردد که کاملاً غیر مفید بوده و ادامه کشش، حتی منجر به تشدید بیماری می گردد (۳). درمان انتخابی برای بیمار، جراحی بوده و البته فقط در مواردی که همراه با کانتراکچور شدید انگشتان باشد، توصیه می گردد (۱ و ۲ و ۳).

فلذا می توان نتیجه گرفت که عدم پیگیری صحیح و تاخیر در درمان و جراحی فاسیای فیروزه در این خانم جوان، باعث تاخیر در رشد انگشتان و پیدایش کانتراکچور ثابت در انگشتان درگیر گردیده، که این هم به نوبه خود، باعث آتروفی ناشی از عدم استفاده در کل اندام شده بود. با اینحال بیمار جهت بررسی امکان جراحی مورد مشاوره با بخش ارتوپدی قرار گرفت.



تصویر ۲: انگشتان دوم و سوم بیمار، آتروفی واضحی داشت و از نظر طول نیز واضحاً از سایر انگشتان کوچکتر بنظر می رسید.

آتروفی حدوداً " ۲ سانتی متر در ناحیه ساعد چپ در مقایسه با ساعد راست، به همراه یک و نیم سانتی متر آتروفی، در بازوی همان سمت، به طور واضح وجود داشت. رفلکسهای عمقی تاندونی نرمال بودند و در معاینه حسی نیز حس لمس سطحی و عمقی و حس گرما و سرما همگی نرمال بودند و مشکلی وجود نداشت. در معاینه قدرت عضلانی:



تصویر ۳: در گرافی ساده، غیر از دفورمیتی استخوانی مزبور، استخوانهای انگشتان سمت چپ، تراکم استخوانی کمتری داشتند.

در ناحیه بازوی سمت چپ تمامی عضلات قدرت 4/5 + و در ناحیه ساعد سمت چپ عضلات قدرت 4/5 داشتند. قدرت مشت کردن^۱ بیمار نیز در چپ، بطور بارز از سمت راست ضعیفتر بود. در ادامه بررسی بیمار در آزمایشات الکترودییاگنوستیک، فیبرهای سنسوری و موتور و امواج F و الکترومیوگرافی عضلات نرمال ارزیابی شدند و مشکلی مشاهده نشد. با توجه به شرح حال و معاینه، برای بیمار تشخیص کانتراکچور دیپوترن مطرح، و علت آتروفی اندام نیز، عدم استفاده از عضلات، تشخیص داده شد.^۲

1. Grip
2. Disuse atrophy

References

1. Fam AG. Axial & Peripheral joints. In: Kilippel JH, Diepple PA, ed. Rheumatology. 2nd ed. Philadelphia; Mosby, 1998; PP: 497-8.
2. Mainardi CL. Localized Fibrotic disease .In: Kelley WN, Ruddy S, Harris ED, SledgeCB, ed. Rheumatology. 5thed. Philadelphia; Saunders, 1997; PP: 1165-1166.
3. Strakowski JA, Wiand JW, Johnsen EW. Upper limb musculoskeletal pain syndromes. In: BraddomRC, Buschloacher RM, Dumitru D, Johnson EW, Matthws D, Sinaki M, ed. Physical medicine & Rehabilitation. 2nd ed. Philadelphia; Saunders, 2000; P: 813.
4. Bulstrode NW, Jemec B, Smith PJ. The complications of Dupuytren's contracture. J Hand Surg 2005; **30**(5): 1021-5.
5. Bebbington A, Sarage R. Dupuytren's disease in an infant. J Bone Joint Surg 2005; **87**(1): 111-3.
6. Geoghegan JM, Fonbes J, Clark DI, Smith C. Dupuytren's disease risk factors. J Hand Surg 2004; **29**(5): 423-6.
7. Childs SG. Dupuytren's disease Orthop. Neurs 2005; **24**(2): 160-3.