



GESUNDHEIT & FITNESS, OWL-FACHBEITRÄGE

# Nur kurze Pause nach Dupuytren-OP: Interview mit Dr. Wolfgang Lenze

by [Dr. Birgit Lutzer](#) • 15. Januar 2015 • [0 Comments](#)



Um krumme Dupuytren-Finger zu begradigen, greifen viele Ärzte zum Skalpell. Doch dieser Eingriff kann zu einem schmerzhaften Heilungsprozess mit langer Krankschreibung führen. Es gibt noch einen anderen Weg: Der

Bielefelder Chirurg Dr. Wolfgang Lenze hat die sanfte OP-Methode der Nadelfasziotomie (NF) verfeinert und verrät im Interview mit Birgit Lutzer Aktuelles aus der Dupuytren-Forschung.

Gibt es inzwischen neue Erkenntnisse zur Ursache von Dupuytren?

## Stichwort

## Letzte Beiträge

- [Nur kurze Pause nach Dupuytren-OP: Interview mit Dr. Wolfgang Lenze](#)
- [Echte Klasse statt bunte Masse: Zielgerichtetes Netzwerken](#)
- [Inhalt schlägt Werbe-Bla-Bla: Warum „Content Marketing“ wirkt](#)
- [Tücken bei der Befristung von Arbeitsverträgen](#)
- [Firmenkontakt zu spanischen Fachkräften: Recruiting-Tag in](#)

Die Universitäten Köln und Groningen forschen gemeinsam am genetischen Ursprung der Erkrankung. Die Dupuytren'sche Kontraktur ist vor allem auf den Chromosomen 7, 8, 18 und 22 lokalisiert. Diese genetische Verankerung ist wohl auch mit verantwortlich dafür, dass die harten Fibrosestränge früher oder später wieder auftreten, unabhängig davon, mit welcher Methode und mit welcher Radikalität behandelt wird.

### **Wie wirkt sich diese Erkenntnis auf die Behandlung aus?**

Da es noch keine Heilung gibt, ist das Ziel der Behandlung, den Erkrankungsverlauf hinauszuzögern. Es muss durch wiederholte Fingerbegradigung konsequent verhindert werden, dass die Finger bei zunehmender Krümmung die Arbeits- und Alltagsfähigkeit einschränken. Wichtig ist, dass immer wieder die Spannung aus dem Fibrosestrang genommen wird, wenn er sich erneut gebildet hat und die Finger wieder in die Beugehaltung gehen. Bei manchen Berufen, z.B. Kfz-Mechatroniker oder Musiker kann sonst die Berufsunfähigkeit drohen.

### **Wenn sich ein Patient bei jeder kleinen Strangbildung operieren lässt, bedeutet das doch immer wieder eine längere Krankenschreibung mit Abwesenheit von der Arbeit.**

Das ist nur dann der Fall, wenn die Chirurgen jedes Mal zum Messer greifen, statt die sanfte und einfache Methode der Nadelfasziotomie anzuwenden. Bei dieser werden die derben Fibrosestränge und Fibroseknoten ambulant unter lokaler Betäubung mit Nadeln (Kanülen) unter der Haut fächerförmig durchstoßen und manuell aufgebrochen. Die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und die Sportfähigkeit sind viel kürzer als bei Operation – in der Regel nur ein paar Tage.

## **Letzte Kommentare**

- [bausteine 50PLUS bei Älteren Arbeitnehmern Neues nahebringen](#)
- [Helge Reiner bei Berufsunfähigkeit: Absicherung gegen dieses gravierende Lebensrisiko](#)
- [Dr. Birgit Lutzer bei Mehr in weniger Zeit lesen: Mit Leitfragen durch das Informationslabyrinth](#)
- [Christian Peirick bei Mehr in weniger Zeit lesen: Mit Leitfragen durch das Informationslabyrinth](#)
- [Boesch Margaritha bei Eckige Experten oder der Umgang mit so genannten „Nerds“](#)

## **Archive**

- [Januar 2015](#)
- [Dezember 2014](#)
- [November 2014](#)
- [Oktober 2014](#)
- [September 2014](#)
- [August 2014](#)

## Dann müssten doch eigentlich viele Chirurgen zu dieser Methode greifen?

Viele Ärzte kennen die Nadelfasziotomie noch nicht. Hinzu kommt, dass Krankenhausverwaltungen und Mediziner immer auch wirtschaftlich denken müssen. Mit der sanften Methode lässt sich wenig Geld verdienen. Ein stationärer Aufenthalt entfällt in jedem Fall und eine ärztliche Nachbehandlung ist entweder gar nicht oder nur höchstens zweimal erforderlich. Diejenigen Ärzte, die von der Nadelfasziotomie gehört oder gelesen haben, favorisieren trotzdem die offene Operation mit Hautschnitten.

## Welche weiteren Gründe könnten die Entscheidung für die große Operation begünstigen?

Es kann auch damit zusammenhängen, dass die Rezidivrate (Wiederbildung des Strangs mit erneuter Fingerverkrümmung um mindestens 30 Grad) nach der Nadelfasziotomie viermal höher ist als nach einer Skalpelloperation. Eine Studie der holländischen Universität Groningen von 2012 zeigte fünf Jahre nach der jeweiligen Behandlung eine Rezidivrate von 81% nach der Nadelfasziotomie und 21% nach der offenen Operation. Außerdem fehlte bisher auch das technische Know-how für die schwierigen Dupuytrenfälle der höheren Stadien und der voroperierten Patienten mit Rezidiv. Auch diese können sich meiner Erfahrung nach mit der Nadelfasziotomie behandeln lassen.

**Also bedeutet das, der große Eingriff verzögert den Rückfall durchschnittlich länger? Das wäre ja durchaus im Sinne der Arbeitsfähigkeit und auch der Lebensqualität der Betroffenen.**

Wenn erst einmal operiert ist, dann kämpft man als Chirurg an zwei Fronten, nämlich gegen den erneut gebildeten Fibrosestrang **und** gegen die Operationsnarben, die nach

- [Juli 2014](#)
- [Juni 2014](#)
- [Mai 2014](#)
- [April 2014](#)

## Kategorien

- [Allgemein](#)
- [Angebote](#)
- [Bildung & Lernen](#)
- [Gesundheit & Fitness](#)
- [Job & Karriere](#)
- [Mitarbeiterbindung](#)
- [OWL-Fachbeiträge](#)
- [OWL-Firmen](#)
- [OWL-Vermischtes](#)
- [OWL-Wirtschaft](#)
- [Personalmarketing](#)
- [Recruiting](#)
- [Spass & Abenteuer](#)

## Meta

- [Registrieren](#)
- [Anmelden](#)
- [Beitrags-Feed \(RSS\)](#)
- [Kommentare als RSS](#)
- [WordPress.org](#)

## Mehr über uns auf ...



jedem Schnitt entstehen. Jede weitere offene Operation ist außerdem mit einer höheren Komplikationsrate verbunden und mit der Gefahr, die Durchblutung der betroffenen Finger nachhaltig zu schädigen.

## **Sie sprachen von einer Weiterentwicklung der Nadelfasziotomie in Ihrer Praxis ...**

Eine wissenschaftliche Studie besagt, dass die durch den Fibrosestrang entstehende Spannung wiederum als Reiz fungiert, sein Wachstum zu beschleunigen. Das ist ein Art unendlicher Kreislauf, der sich aber in diesem Fall nicht nur selbst in Gang hält, sondern immer schlimmer wird. Ich habe im Laufe der letzten 20 Jahre bei meinen Patienten festgestellt, dass es ein Vorteil ist, wenn bei der Nadelfasziotomie der gespannte Fibrosestrang zusammen mit der Haut darüber zerreißt. Der Defekt lässt sich leicht mit einem kleinen, in lokaler Betäubung entnommenen Hauttransplantat decken. Der so behandelte Bezirk hat zumindest für eine begrenzte Zeit die Wirkung einer „Feuerschneise“ wie bei einem Waldbrand, die das Rezidiv verzögert. Wenn die Haut bei den leichteren Fällen der Dupuytren'schen Kontraktur nicht einreißt, sind natürlich auch alle zufrieden. Die Patienten können dann 1 Tag nach der Behandlung die Gipsschiene abnehmen und die Sache ist erst einmal erledigt. Im Falle der Hauttransplantation muss die Zwei-Finger-Unterarmschiene vierzehn Tage lang getragen werden, damit die verpflanzte Haut in Ruhe anwachsen kann.

## **Worin liegen zusammengefasst die Vor- und die Nachteile der Nadelfasziotomie?**

Die Vorteile bestehen darin, dass sie ambulant unter örtlicher Betäubung vorgenommen werden kann. Zudem ist ihre Komplikationsrate niedrig: Entzündung, Nachblutung, Nervenverletzungen und Schmerzen treten seltener auf.

- [Startseite](#)
- [Gesund & fit](#)
- [Job & Karriere](#)
- [Spass & Abenteuer](#)

Nach kurzer Zeit ist die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt. Dies ist von großer sozioökonomischer Bedeutung für die Wirtschaft. Ein weiterer Vorteil liegt in der häufigen Wiederholbarkeit wegen der fehlenden Narbenbildung. Der Nachteil ist, dass zumindest in Groningen nach fünf Jahren bei 81 % der Patienten nach der Nadelfasziotomie ein Rezidiv von mindestens 30 Grad auftrat. Interessant an der Studie aus Groningen ist übrigens, daß keiner der operierten Patienten mit Rezidiv sich erneut operieren lassen wollte. Diejenigen, die noch zu einer erneuten Behandlung bereit waren, wollten allerhöchstens die minimal eingreifende Nadelfasziotomie durchführen lassen.

### **Worauf müssen Patienten achten, die sich diesem Eingriff unterziehen?**

Es empfiehlt sich, nach der Nadelfasziotomie nachts über einen Zeitraum von drei Monaten einen speziellen Handschuh zu tragen, der die Finger in Streckstellung hält. Alle anderen Übungen wie das Aufdehnen, das Sitzen auf dem Handrücken oder das Massieren kommen nicht gegen die gewaltige Kraft des Fibrosestrangs an.

### **Dr. med. Wolfgang Lenze**

- Facharzt für Chirurgie und Kinderchirurgie
- Tätigkeit als Oberarzt an der Universität Tübingen
- 1993 Niederlassung in Bielefeld
- Anwendung und Weiterentwicklung der Nadelfasziotomie seit 1993



F Empfehlen  Twittern

+1  XING

in Share

i  F Empfehlen

Twittern  +1

XING  in Share

i

Tags:

---

← Echte Klasse statt  
bunte Masse:  
Zielgerichtetes  
Netzwerken

## Hinterlasse eine Antwort

Deine E-Mail-Adresse wird nicht veröffentlicht. Erforderliche Felder sind markiert \*

Name \*

E-Mail-Adresse \*

Website

Kommentar

Kommentar abschicken