



Oier GOROSABEL
Fisioterapeuta

Dupuytrenen gaixotasuna

Badakizue nola Jesu Kristoren irudietan eskua-
rekin bedeinkazio keinua eginez agertzen
den? Ahurra erakutsiz, erpurua, hatz erakuslea
eta erdikoa luzaturik, eta beste biak bilduta.
Bada, horrela gelditzen zaigu eskua Dupuytren-
en sindromeak jotzen gaituenean. Hau gradu
ezberdinetan gerta daiteke, bistan da: posible da guztiz zu-
zentzeko pixka bat falta izatea, eguneroko bizitza oztopatu
bai, baina eragotzi barik; edo posible da atzamarra guztiz
kakotuta gelditzea, eskuaren erabilera egokia ezinduz. Ara-
zoaren gradu honen arabera izango da tratamendua;
baina edonola ere, osagileen arteko elkarlana ezinbestekoa
izaten da.

Arazoa Guillaume Dupuytren medikuak 1831n izendatu
bazuen ere, betidanik gure artean izan dela esan daiteke:
lehen kasu dokumentatua 1614koa da, eta aurtan argitaratu
den ikerketa genetiko batek
erakutsi du gure arbaso nean-
dertalengandik jasotako infor-
mazio genetikoaren artean
dagoela Dupuytrenen gaixota-
sunarekin lotutakoa; gaur
egun ere, Europako popula-
zioan agertzen da nagusiki
(Asiako, Afrikako edo Ameri-
ketako jatorrizko pertsonen
artearen baino nabarmen gehia-
go), eta bereziki, normandia-
rren eta bikingoen ondoren-
goetan. Genetikaz gain,
nahiko argi dagoen beste fak-
tore bat da esku lanetan urte
askoz aritzea; baita alkohola
eta tabakoa kontsumitzea ere.

Gertatzen dena hobeto uler dezagun, jakin behar da esku ahurrean badela «aponeurosis palmaris» izeneko egitura bat: eskuaren tendoi, musku- lu, giltzadura eta hezurak eusten eta babesten dituen estalki bat da, sendoa, baina era berean elastikoa, azalaren azpian erraz uki dezakeguna. Dupuytrenen gaixotasunean, *aponeurosis palmaris*-ean zuntz berriak lekuz kanpo sor- tzen dira, aponeurosiaren

elastikotasuna galaraziz eta luzera laburtuz: lehen faseetan korapiloak bezalako gogorguneak sortzen dira, kanpotik erraz uki daitezkeenak. Esku ahurreko tolesturetan egoten direnez, pazienteak kailua dela pentsatu ohi du (gogoratu asko esku langileak direla), eta horrenbestez, ez dio garrantzi handirik ematen. Arazoak aurrera egin ahala, ostera, ko- rapilo puntual horiek soka luzearen forma hartzen dute, eta eskua guztiz irekitzea oztopatzen diote. Normalean orduan- txe joaten da paziente osagilearengana.

Lehen faseetan badago, eskuaren gogortasuna oraindik ez da handia izango, eta tratamenduaren helburua sindromea- ren garapena ekiditea edo leuntzea izango da. Horrelakoe- tan zenbait aukera terapeutiko egoten dira, hala nola erra- dioterapia (X izpien bidez zuntz berrien sorrera eragozte- a), aponeurotomi perkutaneo (orratzekin aponeurosiaren

kizkurdura desegitea) edo farmakoen injezioa (kola- geno gogorguneak suntsi- tzeko helburuarekin). Gai- xotasuna aurreratuta badago, berriz, aponeuro- tomia kirurgikoa izaten da aukerarik onena; operazioa eginez, kizkurtutako egitu- rak askatu eta eskua ahal bezainbeste zuzentzea, ale- gia.

Guk, fisioterapeutok, or- duan ikusi ohi ditugu pa- ziente gehienak: operazioa- ren ostean etortzen zaizkigu, zanbroa malgu- tzeko eta mugikortasuna hobetzeko beharrezkoak diren terapia fisikoak egite- ra. Eboluzio oso aldakorra izaten da paziente batetik bestera (are, paziente bera- ren esku batetik bestera ere; askotan Dupuytren bi eskuetan agertzen baita), baina askotan interbentzio hauekin hobekuntza na- barmena izaten da, eta ho- rregatik merezi du saia- tzeak. •



Dupuytrenen gaixotasunak jotako eskua. GAUR8