

FACTORI PROGNOSTICI IMPLICAȚI ÎN EVOLUȚIA POST-TERAPEUTICĂ A BOLII DUPUYTREN

VALERIU NICULA¹, LUCIAN MOCAN¹, MIHAI ASCHILIAN¹,
CONSTANTIN CIUCE¹

UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

Rezumat

Obiective. Boala Dupuytren reprezintă o entitate incomplet elucidată din punct de vedere fiziopatologic. Prezentul studiu este destinat identificării factorilor de risc ai evoluției post-chirurgicale a BD.

Material și metodă. S-a realizat un studiu longitudinal prospectiv analitic, cu includerea a 132 de pacienți diagnosticați cu BD în următoarele unități: Cl. Chirurgie I, Spitalul Militar, Cl. Diabet și Boli de Nutriție și Cl. Interservisan Cluj-Napoca și, respectiv, Spitalul Orășenesc Chișinău-Criș în perioada: 01.01.2004-31.12.2007. Dintre aceștia, la 69 de pacienți s-a efectuat cura chirurgicală. S-a înregistrat prezența posibililor factori de risc. S-au urmărit: extensia locală (apariția post-tratament de leziuni în afara ariilor inițiale ale bolii) și recurența la distanță (reapariția leziunilor post-tratament în zona primară anterior tratată).

Rezultate. Factorii semnificativi asociați extensiei locale (9 cazuri) au fost: vârsta ($p=0.010$), mediul rural ($p=0.005$), consumul de alcool ($p<0.001$), suprasolicitarea fizică a mâinii ($p=0.034$), bilateralitatea bolii ($p=0.021$). Dintre acestea, doar mediul rural ($p=0.002$) și bilateralitatea ($p=0.027$) au fost predictori independenți. În cazul recurenței la distanță (8 cazuri), analizele univariate au selectat: vârsta ($p=0.043$) și antecedentele heredo-colaterale ($p<0.001$). Analizele multivariate au identificat ca unic factor de predicție existența antecedentelor heredo-colaterale ($p=0.002$).

Concluzii. Recurența BD după tratamentul chirurgical este un tipar evolutiv cu determinism predominant genetic. Mediul de proveniență și bilateralitatea bolii sunt principalii determinanți ai extensiei locale. Cura chirurgicală prezintă rezultate bune (sub 20% extensiile locale sau recurențele postchirurgicale).

Cuvinte cheie: factori de risc, tratament chirurgical, boală Dupuytren.

PROGNOSTIC FACTORS INVOLVED IN THE POST-THERAPEUTIC EVOLUTION OF DUPUYTREN'S DISEASE

Abstract

Aims. Dupuytren's Disease (DD) represents a still incompletely elucidated physiopathological entity. The present study aims to identify the risk and prediction factors for after-surgery evolution of DD.

Method and Material. 132 patients were enrolled in a longitudinal prospective analytical study between 01.02.2004 and 12.31.2007. Patients were diagnosed with DD from the following clinics: Surgery Clinic I, Military Hospital, Diabetes and Nutrition Clinic and "Interservisan" Clinic Cluj-Napoca as well as Chișinău-Criș Hospital. 69 of the selected patients had had surgical treatment. Possible risk factors were recorded. Also, local extension (the appearance of lesions after surgery treatment in different areas than original areas of the disease) as well as long-time recurrence (reappearance of lesions within the initial treated area) were recorded.

Results. Factors that were significantly associated with local extension (9 cases) were age ($p=0.010$), rural environment ($p=0.005$), alcohol intake ($p<0.001$), excessive physical work with the hand ($p=0.034$), bilaterality of the disease ($p=0.021$).

Among those, only the rural environment ($p=0.002$) and bilaterality ($p=0.027$) were independent predictors. In the case of long term recurrences (8 cases), univariate analyses have selected: age ($p=0.043$) and positive family history for Dupuytren disorder ($p<0.001$). Multivariate analyses have selected genetic factors as being the unique predictor for long-term recurrence ($p=0.002$).

Conclusions. *Recurrence of DD after surgical treatment is an evolution pattern with genetic predominance. By contrast, rural environment and bilateral disease are the principal determinants of local extension. Surgical treatment has good results (under 20% local extension or post- surgery recurrency).*

Keywords: risk factors, surgical treatment, Dupuytren Disease.

Introducere

Boala Dupuytren (BD) reprezintă o retracție fibroasă a aponevrozei palmare și digitale, responsabilă de noduli și coarde și însoțită pe termen lung de retracție palmo-digitală, flexia-contractură rezultând în pierderea progresivă a funcției mâinii. Deși cunoscută de aproximativ 400 de ani, entitatea rămâne încă o enigmă din punct de vedere etiopatogenetic și terapeutic. O serie de factori au fost implicați în apariția bolii Dupuytren: arealul geografic, sexul pacienților, vârsta înaintată, antecedentele heredo-colaterale, alcoolul, fumatul, suprasolicitarea fizică, traumatismele în antecedente, nivelele ridicate de lipide serice, precum și unele comorbidități precum: diabetul zaharat, epilepsia, boala reumatoidă, ciroza hepatică, boala Peyronie, HIV/SIDA [1-5].

Totuși, evidențele legate de factorii ce influențează evoluția post-terapeutică a bolii Dupuytren sunt limitate sau chiar absente, rezultatele cercetărilor pe plan internațional fiind constrânse de prevalența redusă a bolii (cu număr consecutiv mic de pacienți), precum și de intervalul relativ lung necesar validării evenimentelor post-operatorii de tip evolutiv [6].

Literatura incriminează cauze foarte diferite ale apariției recurenței: evoluția agresivă, intensitatea afectării, excizia inadecvată (afectarea microscopică fiind mult extinsă celei macroscopice, excizia completă fiind deseori imposibilă), alteori reapariția sau neapariția BD (deși clinic și histologic leziunea e distinctă față de cicatrice), este din cauza necompliancei la terapia postoperatorie (mobilizarea inadecvată) [7].

Recurența contracturii în flexie apare frecvent la nivelul articulației interfalangiene proximale și articulației interfalangiene distale (ultima afectare fiind mai rară în boală primară), deseori apare postura vicioasă a mâinii (datorită cicatrizării peritendinoase intrinseci, cu reducerea excursiei, consecutive disecției palmare extensive) [8].

Studiul de față își propune evaluarea factorilor implicați în evoluția post-operatorie a pacienților cu BD.

Material și metodă

S-a realizat un studiu longitudinal prospectiv analitic. Au fost incluși în studiu un număr de 132 de pacienți care s-au prezentat în următoarele unități sanitare: Clinica Chirurgie I Cluj-Napoca, Spitalul Militar Cluj-Napoca, Clinica de Diabet și Boli de Nutriție Cluj-Napoca, Clinica Interservisan Cluj-Napoca, Spitalul Orașenesc Chișinău-Criș în perioada: 01.01.2004 - 31.12.2007 și care au prezentat diagnostic de BD (prezența clinică a minim unei leziuni patognomonice pentru boala Dupuytren). Au fost excluse cazurile la care nu s-a efectuat tratament chirurgical al leziunilor. Pacienții au fost urmăriți până la data de 01.02.2009 (timp median de urmărire de 3.4 ± 0.7 ani).

Au fost înregistrate, în vederea studiului: sexul, vârsta, mediul de proveniență, prezența și intensitatea consumului de alcool, prezența și intensitatea fumatului, existența condițiilor de suprasolicitare fizică a mâinii, existența traumatismelor în antecedente, antecedentele heredo-colaterale de BD, existența comorbidităților: diabet zaharat, epilepsie, boală reumatoidă, B. Peyronie, ciroză, epilepsie, HIV/SIDA, tipul leziunilor și severitatea acestora. Pentru aprecierea globală a gradului afectării s-a luat în considerare gradul mâinii unice afectate (în cazul bolii unilaterale) sau gradul mâinii mai sever afectate (în cazul bolii bilaterale). S-au înregistrat date legate de tipul și extensia tratamentului efectuat.

De asemenea, s-au înregistrat valorile parametrilor serici: trigliceride (TG), respectiv colesterol total (Col). Au fost considerate normale valorile $TG < 150 \text{ mg/dl}$, respectiv $Col < 220 \text{ mg/dl}$.

Dintre pacienții incluși în studiu, un număr de 69 au impus și au fost supuși curei chirurgicale. Indicațiile de tratament chirurgical au fost: 1. fasciotomie, 2. fasciectomie limitată standard, 3. fasciectomie extensivă, 4. fasciectomie totală. S-au efectuat următoarele tipuri de cure chirurgicale ale leziunilor identificate: fasciotomie, fasciectomia limitată standard, fasciectomia extensivă subtotală, respectiv fasciectomia totală.

S-au înregistrat extensiile locale ale bolii, precum și recurența la distanță. S-a definit **extensia locală** ca recidiva postoperatorie locală prin extensie în afara leziunii operate. **Recurența la distanță** a fost definită ca recidiva postoperatorie în zona leziunii operate.

Metode statistice

Pentru validarea factorilor de risc pentru extensie locală sau recurență s-au utilizat testele: Chi square, sau Fisher, după caz, pentru variabilele de tip calitativ. În cazul variabilelor cantitative s-au utilizat testele Student pentru loturi nepereche sau Mann-Whitney U Test, în funcție de normalitatea datelor.

După stabilirea factorilor de risc semnificativi în analiza univariată, s-au utilizat modele de regresie logistică multiplă pentru selectarea factorilor de risc independenți. Analizele s-au dublat de calculul unor indici epidemiologici precum: odds ratio, împreună cu limitele sale de confidență de 95%. Pentru toate testele utilizate s-a ales un prag de semnificație statistică $p \leq 0.05$. Pentru prelucrarea datelor s-a utilizat pachetul statistic SPSS 17.0 (Chicago, IL).

Rezultate

Mediana timpului de urmărire la pacienții din cele două loturi a fost nesemnificativ diferită (lot extensie: 3.1 ± 1.2 ani vs. lot recurență 3.5 ± 0.8 ani, $p=0.913$). Caracteristicile pacienților înrolați sunt prezentate în Tabelul 1.

Tabelul 1. Caracteristicile pacienților care au fost supuși tratamentului chirurgical.

Variabilă	Valoare
Număr total pacienți	69
Vârsta - ani (<i>medie \pm dev std.</i>)	56.12 ± 7.43
Sex (<i>raport F/M</i>)	18/ 51
Mediul - (<i>raport U/R</i>)	53/ 16
AHC (<i>număr, %</i>)	17(24.6%)
Consum alcool (<i>număr, %</i>)	52(75.3%)
Fumat (<i>număr, %</i>)	40(57.9%)
Suprasolicitatea fizică a mâinii (<i>număr, %</i>)	44(63.7%)
De tip vibrator	4(5.8%)
Prezența traumatismelor în antecedente (<i>număr, %</i>)	
Prezența DZ (<i>număr, %</i>)	12(17.4%)
Prezența comorbidităților (<i>număr, %</i>)	35(50.7%)
Boala reumatoidă	5(7.2%)
B Peyronie	1(1.5%)
HIV	1(1.5%)
Ciroza	4(5.8%)
Diateză Dupuytren	20(43.5%)
Hipercolesterolemie (<i>număr, %</i>)	33(47.8%)
Hipertrigliceridemie (<i>număr, %</i>)	32(46.3%)
Modificări macroscopice (<i>număr, %</i>)	
Noduli	66(95.6%)
Ombilicări	65(94.2%)
Îngroșări	33(47.8%)
Coarde	53(76.8%)
Bilateralitate (<i>număr, %</i>)	31(44.9%)
Tratament chirurgical (<i>număr, %</i>)	69(51.5%)
Fasciotomie	2(2.8%)
Fasciectomie limitată standard	41(59.4%)
Fasciectomie extensivă subtotală	23(33.3%)
Fasciectomie totală	3(4.3%)

Extensia locală

Extensia bolii a fost prezentă numai la sexul masculin (4 pacienți, 5.8%) și s-a asociat cu o medie de

vârstă semnificativ mai scăzută decât a pacienților cu evoluție favorabilă ($p=0.010$). Mediul rural de proveniență a prezentat un potențial de risc crescut în apariția extensiei locale a BD ($p=0.005$).

Deși prezența în sine a consumului de alcool nu s-a validat ca factor de risc ($p=0.543$), cantitatea zilnică de alcool ingerată a fost semnificativ mai ridicată la pacienții cu extensie locală a bolii după cura chirurgicală ($p<0.001$). Nici fumatul ($p=0.303$), prezent la 50% din cazurile cu extensie locală post-tratament, nici intensitatea acestuia măsurată în numărul de țigări pe zi (23.0 ± 9.7 vs 25.0 ± 7.1 , $p=0.648$) nu au fost factori de risc semnificativi.

Suprasolicitatea fizică a mâinii s-a demonstrat ca factor de risc semnificativ prin următorii parametri ($p=0.034$). Traumatismele membrului superior nu au fost validate ca și factor de risc în analiza univariată, fiind absente la lotul cu extensie locală a BD post-tratament și prezente în 10.8% din cazuri la lotul cu evoluție favorabilă ($p=0.489$).

Diabetul zaharat nu a prezentat influență semnificativă asupra extensiei locale post-tratament ($p=0.403$).

Nivelele serice ridicate de Colesterol Total, respectiv Trigliceride ridicate, nu au fost corelate semnificativ cu prezența extensiei locale. Nivelul de risc indus de Colesterolul crescut ($p=0.646$), Trigliceridele ridicate ($p=0.600$), respectiv ambii parametri serici simultan crescuți ($p=0.739$) nu au fost semnificative statistic în analiza univariată.

Modul de manifestare al BD nu a reprezentat un factor de risc pentru evoluția locală extensivă post-tratament. În mod individual, nici apariția de noduli ($p=0.217$), de ombilicări ($p=0.311$), de îngroșări ($p=0.803$), și nici formarea de coarde ($p=0.803$) nu au fost factori de risc independenți.

Bilateralitatea bolii ca marker de severitate s-a demonstrat a fi factor de risc semnificativ pentru extensia locală a BD ($p=0.021$). Între pacienții cu boală unilaterală, afectarea mâinii drepte a fost mai frecventă (24, 60.0% vs. 16, 40%). Extensia locală a bolii a fost asociată cu un grad mai sever, deși nesemnificativ al afectării mâinii ($p=0.287$).

Extensia locală a bolii nu s-a putut asocia semnificativ cu un anumit tip de tratament ($p=0.929$) sau cu un anumit grad de extensie al acestuia ($p=0.091$).

Tabelul 2 prezintă rezultatele analizelor univariate. Dintre factorii menționați, numai mediul rural ($p=0.002$) și bilateralitatea bolii au demonstrat putere independentă de predicție a apariției extensiei locale post tratament în urma analizelor multivariate ($p=0.027$, Tabelul 3).

Recurența la distanță

8 (11.5%) dintre cazurile la care s-a efectuat tratament chirurgical au prezentat recurență.

Apariția recurenței nu a fost corelată, în cadrul analizelor univariate, cu sexul pacientului ($p=0.286$) și nici cu mediul de proveniență al pacientului ($p=0.560$) sau cu

Tabelul 2. Analiza univariată a factorilor predictivi pentru extensia locală a bolii Dupuytren.

	OR	CI 95%	P
Sex (M)	1.50	0.10-15.5	0.425
Vârsta	-	-	0.010
Mediul (rural)	14.70	1.40-15.5	0.005
AHC	0.70	0.07-7.70	1.000
Cantitate alcool	-	-	<0.001
Fumatul	0.35	0.05-2.71	0.303
Suprasolicitarea fizică a mâinii	9.70	1.00-88.9	0.034
Traumatismele membrului superior	0.90	0.90-1.80	0.489
Diabetul zaharat	0.90	0.90-1.01	0.403
HColesterolemie	1.60	0.20-12.10	0.646
Htrigliceridemie	1.70	0.20-12.9	0.600
Bilateralitatea bolii	16.50	1.50-17.9	0.021
Gradul afectării	-	-	0.287
Tipul tratamentului chirurgical	-	-	0.929
Extensia tratamentului chirurgical	-	-	0.091

Tabelul 3. Analiza multivariată a factorilor predictivi pentru extensia locală a bolii Dupuytren.

	p	OR	95.0% CI	
			Lower	Upper
Vârsta	0.400	1.15	0.83	1.60
Mediul (rural)	0.002	3.73	1.08	3.86
Cantitate alcool	0.145	1.04	0.99	1.10
Suprasolicitarea fizică a mâinii	0.997	0.00	0.00	1.01
Bilateralitate	0.027	2.17	1.01	2.95

Tabelul 4. Analiza univariată a factorilor predictivi pentru recurența la distanță a BD.

	OR	CI95%	P
Sex (M)	2.2	0.5-9.3	0.286
Vârsta	-	-	0.043
Mediul (rural)	1.9	0.2-16.8	0.560
AHC	16.7	1.9-145.9	0.005
Cantitate alcool	-	-	0.213
Fumatul	0.6	0.1-2.7	0.502
Suprasolicitarea fizică a mâinii	1.1	0.2-3.4	0.530
Traumatismele membrului superior	3.7	0.6-23.6	0.586
Diabetul zaharat	1.6	0.3-9.2	0.577
HColesterolemie	0.5	0.1-2.6	0.384
Htrigliceridemie	0.5	0.1-2.7	0.783
Bilateralitatea bolii	0.8	0.2-3.7	0.783
Gradul afectării	-	-	0.326
Tipul tratamentului chirurgical	-	-	0.523
Extensia tratamentului chirurgical	-	-	0.389

prezența comorbidităților (Tabelul 4).

Totuși, aceasta s-a asociat semnificativ cu vârste mai reduse ale pacienților ($p=0.043$), precum și cu prezența antecedentelor heredo-colaterale ($p=0.005$).

Prezența consumului de alcool a fost ușor mai ridicată în cazul pacienților la care s-a înregistrat recurența locală sub tratament (83.6% vs. 75%). Cu toate acestea, diferența nu a atins nivelul de semnificație statistic ($p=0.546$). De asemenea, fumatul nu a prezentat o corelație semnificativă cu apariția recurenței la distanță ($p=0.502$).

Suprasolicitarea fizică a mâinii a fost prezentă în 5 din cele 8 cazuri de recurență. Totuși, ponderea ușor crescută a celor expuși nu a atins pragul de semnificație statistic pentru factorul de risc ($p=0.530$). Nici prezența de traumatisme în antecedente (25% vs. 8%), deși ușor ridicată la pacienții cu BD, nu a reprezentat un factor de risc semnificativ.

Recurența BD după tratament nu a fost semnificativ corelată cu nivelele trigliceridelor ($p=0.431$) și colesterole-

lului seric ($p=0.384$).

Nu s-a putut demonstra o corelație semnificativă între manifestarea macroscopică a bolii și recurența BD post-tratament. Astfel, nici prezența individuală a nodurilor ($p=0.3880$), a ombilicărilor ($p=0.082$), a îngroșărilor la nivel palmar ($p=0.132$), cât și a apariției de coarde ($p=0.715$) nu au fost factori de risc semnificativi în analiza univariată. De asemenea, bilateralitatea bolii nu s-a demonstrat a fi factor de risc semnificativ ($p=0.783$).

Prezența cea mai mare a recurențelor s-a înregistrat în cazul utilizării fasciectomiei limitate standard (6 cazuri), iar absența recurențelor (0 cazuri) s-a constatat la utilizarea fasciotomiei sau a tehnicilor combinate (fasciectomia extensivă). Totuși, diferențele între tipurile de tratament nu s-au validat statistic ($p=0.523$). Extensia mai limitată a tratamentului (2 raze: 6 cazuri) a indus un număr mai ridicat de recurențe, comparativ cu tratamentele mai largite, dar nesemnificativ statistic ($p=0.389$).

Dintre factorii menționați, analizele multivariate au

selectat antecedentele heredo-colaterale ca unic predictor independent al recurențelor post-tratament (Tabelul 5, $p=0.004$).

Tabelul 5. Rezultatele analizei multivariate a factorilor de risc ai recurenței BD.

	p	OR	95.0% C.I	
			Lower	Upper
Vârsta	0.523	1.34	0.94	1.54
AHC	0.002	4.32	1.19	5.28

Discuții

Aspectul evolutiv nefavorabil manifestat prin extensie locală a BD reprezintă un subiect puțin tratat de literatura de specialitate. Rezultatele noastre sugerează existența unui tipar de risc bazat pe două elemente.

Primul dintre ele este mediul rural de proveniență. Acest factor de risc, demonstrat ca independent, induce supraexpresia unor alți factori de risc precum: folosirea intensă, în activități fizice zilnice a mâinilor, cu suprasolicitarea acestora inclusiv post-tratament. Cu limita numărului mic de pacienți la care s-a putut demonstra extensia locală a bolii post-tratament, rezultatele demonstrează chiar grade de afectare mai ridicate ale mâinii drepte, ale membrului solicitat preferențial.

Ocupația pacientului a fost dintotdeauna asociată cu apariția BD, dar nu s-a demonstrat până acum că munca manuală ar reprezenta un factor de recurență al bolii [9].

Cel de-al doilea factor de risc independent identificat este un factor ce ține de caracteristicile intrinseci ale bolii. Afectarea bilaterală, ca marker de severitate sugerează impactul tiparului genetic și/sau molecular al bolii, în paralel cu impactul factorilor de tip ambiental și comportamental.

McFarlane [10] a studiat 338 de pacienți cu BD, timp de 2 ani după tratamentul chirurgical, demonstrând că extensia inițială a bolii este semnificativ asociată cu un risc mai ridicat de recurență. În contrast cu rezultatele prezentului studiu, acest autor arată că alți 3 factori, bilateralitatea bolii, antecedentele personale patologice și numărul razelor afectate nu reprezintă factori de risc pentru recurența bolii după tratamentul chirurgical. Totuși, autorii subliniază că afectarea mai multor raze implică un tratament chirurgical mai agresiv.

Evoluția pe termen mediu după cura chirurgicală BD este, conform analizelor realizate, un aspect dependent de încărcătura genetică a persoanei [11,12]. Spre deosebire de extensia locală a bolii, la care analizele au reliefat un determinism multifactorial dependent de mediul socio-cultural și ocupațional, în cazul recurenței la distanță a bolii cifrele arată un determinism exclusiv sau predominant genetic. Rezultatul este cu atât mai interesant cu cât nici aspectele care țin de manifestarea clinică a bolii nu au atins pragul de semnificație statistică. Aceasta sugerează o susceptibilitate al cărei mecanism nu intervine neapărat

în lanțul patogenetic al bolii, ci mai degrabă ține de terenul genetic al pacientului și de modul în care acesta răspunde la diferiți factori externi [13].

O recurență progresivă a contracturii după tratamentul chirurgical al BD poate indica prezența unei cicatrice consecutive intervenției, mai degrabă decât o recurență propriu zisă.

În studiul de față, diagnosticul de recurență s-a pus pe baza existenței nodulilor sau a corzilor, astfel că reapariția nodulilor oriunde în zona intervenției chirurgicale a fost considerată recurență.

Multe studii care analizează rezultatele pe termen lung ale intervențiilor chirurgicale pentru BD sunt imprecise, întrucât majoritatea autorilor apreciază boala apărută în zona intervenției ca fiind recurență, iar boala apărută în afara ariei chirurgicale ca fiind extensie. Conceptul de extensie al bolii este de asemenea imprecis și de cele mai multe ori delimitarea între extensie și recurență este dificil de realizat.

Hueston [14,15] a arătat că pacienții tineri care au urmat o intervenție chirurgicală pentru BD prezintă un risc mai ridicat de recurență în comparație cu restul pacienților. Totuși autorul nu oferă o posibilă explicație pentru acest fenomen. Similar acestor observații, în studiul de față vârsta tânără a reprezentat un factor de risc, atât pentru extensia locală, cât și pentru recurența la distanță.

În aceeași ordine de idei, Moermans [16] a arătat, utilizând curbe actuariale, că trei factori sunt semnificativ asociați cu recurența bolii: corecția incompletă a contracturii, existența nodulilor cu localizări atipice și pacienții operați înaintea vârstei de 45 de ani.

Corecția incompletă a contracturii, în special la nivelul articulației interfalangiene proximale, apare în special din cauza rigidității articulare și este mai mult specifică pentru ligamentele cu inserție la nivelul falangei proximale [17].

A fost incriminată de asemenea, ca factor de risc pentru recurență, incompleta rezecție a țesutului afectat de boală, deși această teorie nu explică reapariția nodulilor macroscopic recurenți din leziunile microscopice, nedecelelabile intraoperator [18].

Alți autori au sugerat că dacă țesutul afectat de boală este excizat în întregime, atunci miofibroblaștii pot prolifera cauzând o hiperplazie locală [19] a țesutului restant și un tablou clinic de recurență postoperatorie. În consecință, incompleta excizie a țesutului afectat poate fi un factor determinant în reapariția bolii [20,21]. În studiul de față, fasciectomiile limitate au prezentat o rată superioară a recurenței, comparativ cu fasciotomiile extensive.

A fost de asemenea sugerat că traumatismele mâinii cresc riscul de recurență al BD la pacienții cu istoric familial pozitiv [22], fapt înfirmat de alți autori [23]. Rezultatele studiului de față întăresc ideea că suprasolicitarea fizică poate fi un factor de recurență al bolii.

Deși unii autori arată că recurența BD este mai

mare la pacienții cu DZ insulinodependenți [24], rezultatele prezentului studiu nu vin să confirme aceste afirmații.

Epilepsia și tratamentul anticonvulsivant au fost de asemenea incriminate în recurența BD, fapt incriminat de alți autori [25], dar datorită numărului limitat de pacienți nu s-a putut infirma sau confirma acest aspect în studiul de față.

Unii autori [26,27] recomandă un tratament chirurgical mai agresiv al contracturii de la nivelul ligamentelor articulației interfalangiene. Alți autori au raportat însă rezultate modeste ale fasciectomiei segmentare în astfel de cazuri [28].

Alcoolismul este de asemenea incriminat ca un factor de risc pentru recurența BD [29]. Totuși nu am evidențiat o asocieră semnificativă între recurență și consumul de alcool sau de tutun în studiul de față.

Alți autori au arătat că un tratament chirurgical agresiv cum ar fi dermofasciectomia [30] ar scade riscul recurenței BD, idee confirmată și de alte studii [31], care indică o scădere a recurenței cu 100% la 8 ani după dermofasciectomie. Aceste rezultate sunt confirmate și de rezultatele prezentului studiu.

Concluzii

Rezultatele noastre arată că extensia locală a BD după tratament chirurgical are ca și factori independenți de risc: mediul de proveniență și bilateralitatea bolii. Prin contrast, recurența BD după tratament chirurgical este un tipar evolutiv cu determinism unilateral genetic. Se poate afirma că, în general, cura chirurgicală a BD are rezultate bune, extensiile locale sau recurențele la distanță ale bolii situându-se sub pragul de 20% la pacienții operați.

Bibliografie

- Lucas G, Brichet A, Roquelaure Y, et al. Dupuytren's disease: personal factors and occupational exposure. *Am J Ind Med*, 2008; 51(1): 9-15.
- Loos B, Puschkin V, Horsch RE. 50 years experience with Dupuytren's contracture in the Erlangen University Hospital - a retrospective analysis of 2919 operated hands from 1956 to 2006. *BMC Musculoskelet Disord*, 2007; 8: 60.
- Geoghegan JM, Forbes J, Clark DI, et al. Dupuytren's disease risk factors. *J Hand Surg Br*, 2004; 29(5):423-426.
- Gudmundsson KG, Jónsson T, Arngrímsson R, Guillaume Dupuytren and finger contractures. *Lancet*, 2003; 362 (9378):165-168.
- Ross DC. Epidemiology of Dupuytren's disease. *Hand Clin*. 1999; 15(1):53-62.
- Hindocha S, Stanley JK, Watson S, et al. Dupuytren's diathesis revisited: Evaluation of prognostic indicators for risk of disease recurrence. *J Hand Surg Am*, 2006; 31(10):1626-1634.
- Dias JJ, Braybrooke J. Dupuytren's contracture: an audit of the outcomes of surgery. *J Hand Surg Br*, 2006; 31(5):514-521.
- Childs SG. Dupuytren's disease. *Orthop Nurs*, 2005; 24(2):160-163, 164-165.
- Hueston JT, Seyfer AE. Some medicolegal aspects of Dupuytren's contracture. *Hand Clin*, 1991; 7:617-634.
- McFarlane RM, Botz JS. The results of treatment. In: McFarlane RM (ed) Dupuytren's disease. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1990, 387-412.
- Hindocha S, John S, Stanley JK, et al. The heritability of Dupuytren's disease: familial aggregation and its clinical significance. *J Hand Surg Am*, 2006; 31(2):204-210.
- Bayat A, Stanley JK, Watson JS, et al. Genetic susceptibility to Dupuytren's disease: transforming growth factor beta receptor (TGFbetaR) gene polymorphisms and Dupuytren's disease. *Br J Plast Surg*, 2003; 56(4):328-333.
- Rayan GM. Dupuytren's disease: anatomy, pathology, presentation, and treatment. *Instr Course Lect*. 2007; 56:101-111.
- Hueston JT. Dupuytren diathesis. In: McFarlane RM (ed) Dupuytren's disease. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1990, 246-249.
- Hueston JT. Diathesis as a guide to the timing and extent of surgery in Dupuytren's disease. In: Hueston JT, Tubiana R (eds) Dupuytren's disease. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1985, 134-135.
- Moermans JP. Recurrences after surgery for Dupuytren's disease, *European Journal of Plastic Surgery*, 1997; 20(5): 240-245.
- Moermans JP. Long-term results after segmental aponeurectomy for Dupuytren's disease. *J Hand Surg Br*, 1996; 21(6):797-800.
- Hueston JT. Dupuytren's contracture. Edinburgh: E&S Livingstone, 1963; 51-120.
- Luck JV. Dupuytren's contracture; a new concept of the pathogenesis correlated with surgical management. *J Bone Joint Surg*, 1959; 41A:635-664.
- Hueston JT. Unsatisfactory results in Dupuytren's contracture. *Philosophies of Dr. J. T. Hueston. Hand Clin*, 1991; 7:759-763.
- Maravic M, Landais P. Dupuytren's disease in France - 1831 to 2001 - from description to economic burden. *J Hand Surg Br*, 2005; 30(5):484-487.
- McFarlane RM. Dupuytren's disease: relation to work and injury. *J Hand Surg*, 1991; 16A:775-779.
- Hindocha S, Stanley JK, Watson S, et al. Dupuytren's diathesis revisited: Evaluation of prognostic indicators for risk of disease recurrence. *J Hand Surg Am*, 2006; 31(10):1626-1634.
- Akyol A, Kiylioglu N, Copcu E, et al. Is diabetes mellitus type 2 a risk factor for Dupuytren's contracture in the Mediterranean region? *Plast Reconstr Surg*, 2006; 117(6):2105-2106.
- Mikkelsen OA. Dupuytren's disease - initial symptoms, age of onset and spontaneous course. *Hand*, 1977; 9:11-15.
- Watson HK, Light TR, Johnson TR. Checkrein resection for flexion contracture of the middle joint. *J Hand Surg*, 1979; 4:67-71.
- Coert JH, Nérin JP, Meek MF. Results of partial fasciectomy for Dupuytren disease in 261 consecutive patients. *Ann Plast Surg*, 2006; 57(1):13-17.
- Reuben SS, Pristas R, Dixon D, et al. The incidence of complex regional pain syndrome after fasciectomy for Dupuytren's contracture: a prospective observational study of four anesthetic techniques. *Anesth Analg*, 2006; 102(2):499-503.
- McGroutner DA. Skoog's selective fasciectomy. In: McFarlane RM (ed.) Dupuytren's disease. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1990; 357-360.
- McFarlane RM, Botz JS, Cheung H. Epidemiology of surgical patients. In: McFarlane RM (ed) Dupuytren's disease. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1990; 201-238.
- Smith AC. Diagnosis and indications for surgical treatment. *Hand Clin*, 1991; 7:635-643.
- Brotherston TM, Balakrishnan C, Milner RH, et al. Long term follow-up of dermofasciectomy for Dupuytren's contracture. *Br J Plast Surg*, 1994; 47:440-443.