

Boala Dupuytren

Boala Dupuytren se caracterizeaza prin scurtarea fasciei palmare, ceea ce determina in timp flexia ireductibila a degetelor. Nodulul palmar reprezinta manifestarea initiala. Pe masura ce acesta creste in dimensiuni apar scurtarea si tensionarea benzilor fasciale longitudinale ale aponevrozei palmare, rezultand in adevarate corzi de tesut hipertrofiat.

Care este cauza? Initial s-a crezut ca este vorba de microtraumatisme repetate si de munca manuala. Acum se considera ca microlesiunile existente sunt mai degraba secundare contracturii, decat cauza ei primara. La muncitorii pensionari s-a constatat ca oprirea muncii manuale poate determina o accelerare a bolii. Exista de asemenea o predispozitie genetica. Apare mai frecvent la persoanele in varsta, iar atunci cand are debutul mai devreme, evolutia tinde sa devina mai severa. Femeile sunt afectate mai rar decat barbatii. De obicei este afectata mai sever mana dominanta. Printre patologiiile cu care se asociaza se numara diabetul zaharat, epilepsia, alcoolismul, tabagismul, infectia HIV, fractura de epifiza distala de radius (Colles).

Care sunt simptomele? De regula evolutia este asimptomatica (fara durere). Primul semn care apare este un nodul palmar pe axa degetului al patrulea (inelar), in apropierea pliului palmar distal, sau chiar pe falanga proximala. Policele si aratorul sunt cel mai rar afectate. Daca nodulul este mobil cu tendonul, trebuie facut diagnosticul diferential cu tenosinovita stenoizanta. Cand se instaleaza déjà retractura in flexie a degetelor, diagnosticul este clar.

Biopsia nu se recomanda decat atunci cand suspectam un sarcom.

Ce putem face?

- De cele mai multe ori, conditia nu evolueaza spre o limitare functionala marcata si nici nu este dureroasa
- Tratamentul conservator nu ajuta foarte mult in prevenirea contracturii Dupuytren sau in prevenirea recurentei acesteia (injectarea locala de AIS, ortezare, tratament cu AINS)
- Au mai fost propuse ca tratament radioterapia, interferonul, colchicina, dar nu a fost demonstrata eficienta lor pe termen lung
- Tractiunea pasiva continua este folosita doar ca procedura pre-chirurgicala
- Atunci cand se instaleaza limitarea functionalitatii mainii, se modifica obiectele folosite pentru a usura viata de zi cu zi (tacamuri mai groase, nasturi mai mari, incaltaminte cu arici in loc de sireturi, etc)
- Interventia chirurgicala se indica atunci cand pacientul prezinta contractura in flexie articulatiilor metacarpofalangiene de 30 de grade, a articulatiilor interfalangiene proximale de 15 grade, sau incapacitatea de a introduce mana in buzunar si de a o extinde pe o suprafata plana

- Retractura articulatiilor interfalangiene proximale necesita o interventie chirurgicala precoce pentru ca este cel mai greu de corectat, spre deosebire de cea a articulatiilor metacarpofalangiene care nu pune astfel de probleme
- Procedurile chirurgicale constau in fasciotomie subcutanata/completa/partiala/cu grefa de tesut cutanat si uneori in amputatie
- Recurenta si/sau extinderea contracturii postchirurgical sunt mai frecvente la pacientii cu predispozitie genetica, cu atat mai frecvent cu cat procedura este realizata in timpul fazei proliferative a bolii
- La pacientii varstnici cu retractura articulatiilor metacarpofalagiene, se prefera fasciotomia subcutanata, care se poate realiza si sub anestezie locala
 - in prima saptamana postoperator, puteti incepe déjà exercitiile de stretching
 - se recomanda folosirea unei orteze de repaus care sa mentina degetele in extensie, pe parcursul zilei intre exercitii si pe tot parcursul noptii in primele 7 zile dupa operatie
 - in urmatoarele 6 saptamani, se va folosi orteza in fiecare noapte