

Valutazione dei risultati del trattamento per malattia di Dupuytren: proposta di integrazione del sistema TMT con criteri clinici

Evaluation of results after surgical treatment for Dupuytren's disease by TMT score integrated by clinical criteria

DI GIUSEPPE P., TUNESI D.

Parole chiave: Dupuytren, risultati, punteggio TMT

Key words: Dupuytren, results, TMT score

SUMMARY

We analysed our casistic of the last 25 years to verify the clinical results and above all the recurrences rate. We compared our data with those in the literature to propose some considerations about the problem of recurrences and of methods of evaluation. We considered 616 cases treated from 1970 to 1994, divided in 4 groups. In the first three groups we used Iselin's classification in four stages, while in the last group we used our graphic form founded on TMT classification. In the literature we considered 2546 patients, with a mean follow-up of 13 years, controlled mostly by TMT classification. We found a great discordance in evaluation criteria and in the definition of recurrence. We think that we should distinguish "surgical" from "histological" recurrences, on the basis of need for further surgery or not; moreover we should distinguish recurrences from extensions over the site of prior surgery and pseudo-recurrences (due to scar contracture). TMT classification is very useful to consider groups of casuistic but it is not helpful to define a single case. We feel that a better evaluation of results should include clinical and functional criteria with the possibility of correction by a numerical factor to integrate the TMT score system. Finally we need homogeneous follow-up timing to compare significantly the different experiences and the different techniques.

INTRODUZIONE

Abbiamo analizzato la nostra casistica degli ultimi 25 anni, allo scopo di verificare i risultati clinici ma soprattutto l'incidenza di recidive.

Dal confronto dei nostri dati con quelli di una vasta letteratura, abbiamo potuto fare alcune considerazioni sia sul problema delle recidive che sui metodi di valutazione dei risultati.

MATERIALI E METODI

1. La nostra casistica

Sono stati considerati 616 casi trattati tra il 1970 ed il 1994 di cui sono stati controllati 119 in 4 occasioni diverse.

I quattro gruppi così ottenuti, risultarono scarsamente comparabili, a causa dei diversi criteri di valu-

tazione e dei diversi intervalli di follow-up previsti all'interno di ogni gruppo.

Si è così evidenziata la necessità di definire meglio i termini, i parametri ed i metodi.

2. Revisione delle letterature

E' stata effettuata un'indagine nella letteratura internazionale, scegliendo le casistiche più direttamente comparabili per maggiore omogeneità dei dati. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Le 19 casistiche comprese nell'indagine hanno interessato una totalità di 2546 pazienti dichiarati. Il follow-up medio dichiarato è risultato di 13 anni. La valutazione è avvenuta nella maggior parte dei casi utilizzando il sistema TMT.

L'incidenza media delle recidive è risultata pari al 33%, mentre per le progressioni risulta discretamente attendibile un valore intorno al 31%.

RISULTATI

Verificato che la percentuale di recidive nella nostra casistica, non si discosta dai dati della letteratura, la

AZIENDA USSL 35 - OSPEDALE DI MAGENTA
DIVISIONE DI CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA
E CENTRO DI CHIRURGIA DELLA MANO
Primario: Dr. Piero Di Giuseppe

data: _____

SCHEDA NOSOLOGICA DUPUYTREN

cognome _____ nome _____ età _____ data di nascita _____
indirizzo _____ telefono _____
origine nard med altro _____ lavoro leggero pesante _____ dominanza D S A _____ sesso M F

età insorgenza _____ evoluzione lenta rapida _____ interventi precedenti S N _____ psiche calmo ansioso
Ledderhose S N La Peyronie S N Noduli dorsali S N **Indicare nel disegno**

Diabete Epilessia Epatopatia Broncopatia Reumipatie Traumi
Paziente diretto indiretto continuativo

FAMILIARITA' S N DIATESI S N

Disegnare la distribuzione di corde e noduli

DESTRA SINISTRA

GRADO ISELIN

NOTE:

Fig. 1a - Scheda grafica per la raccolta dei dati alla prima valutazione.

nostra attenzione è stata attirata dalla constatazione di una grande difformità nei criteri di valutazione e discordanze persino nella definizione stessa di recidiva. In queste condizioni ogni confronto risulta inattendibile, per cui abbiamo affrontato uno per uno i problemi riscontrati.

DISCUSSIONE

1. La raccolta dei dati

Sulla base del questionario sulla malattia di Dupuytren, presentato a Rotterdam nel 1982 abbiamo elaborato una scheda nosologica e una scheda di controllo dei risultati complete nel contenuto ma semplificate nell'aspetto, con una veste grafica di facile compilazione e consultazione. In particolare gli angoli di retrazione possono essere registrati in modo rapido ed efficace (Fig 1A e B).

2. La definizione dei termini

Occorre riprendere ed applicare con rigore la definizione di recidiva, intesa come ricomparsa della ma-

AZIENDA USSL 35 - OSPEDALE DI MAGENTA
DIVISIONE DI CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA
E CENTRO DI CHIRURGIA DELLA MANO
Primario: Dr. Piero Di Giuseppe

data: _____

CONTROLLO RISULTATO DUPUYTREN MANO DX | SN

cognome _____ nome _____ data di nascita _____
n. cart. di: _____ n. reg. op. _____ n. cart. amb. _____ data intervento _____
indirizzo _____ telefono _____

chirurgo _____ tipo anestesia G P L intervento primo progressione recidiva

INCISIONE	APONEVROSI	CHIUSURA	palmo	pollice	indice	medio	anulare	mignolo
1 trasversale	A aponeurotoma	a lasciata aperta	INCI					
2 zeta	B selettiva	b rito d'ago	APCI					
3 spazzata Y-Y	C radicale	c sutura diretta	CHUI					
4 croce	D demotriaciotomia	d innesto sottile						
5 Sling	E amputazione	e innesto Wolfe						
6 curvilinea	F int. in due tempi	f lembo locale						
7 dorsolaterale	G TEC	g lembo distanza						
8 _____	H _____	h _____						
9 _____	I _____	i _____						

incisione guaina tendinea capsulo/tomia
artrodesi artroprotesi altro: _____

POST-OPERATORIO: -feolterapia -ortesi dinamica -altre: _____
COMPLICAZIONI: -ematoma -necrosi cutanea -infezione -sigodistrofia -altre: _____
RISULTATO CLINICO: -progressione -recidiva clinica -recidiva patologica -pseudorecidiva
POTO: _____ data: _____
- n. r.: _____ data: _____
- n. r.: _____ data: _____

Disegnare le incisioni

DESTRA SINISTRA

Disegnare la distribuzione di corde e noduli al controllo

DESTRA SINISTRA

deficit di flessione _____
Indicare cm dall'apice del dito alla elica patologica

lavoro: cambiato lo stesso pensionato assente gg _____
opinione del paziente: soddisfatto non soddisfatto
note: _____
Punteggio pre-operatorio _____
Punteggio post-operatorio _____
Percentuale di guadagno _____
Medico esaminatore _____

Fig. 1b - Scheda grafica per il controllo dei risultati.

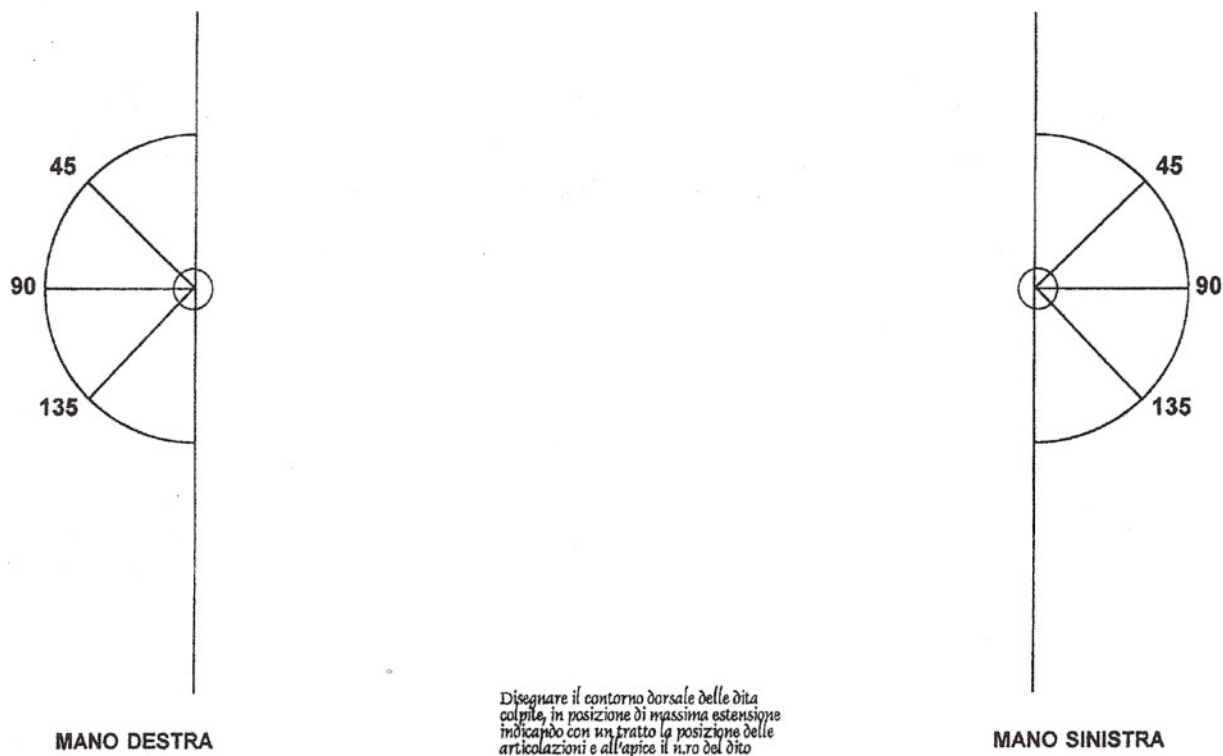


Fig. 1c - Verso delle schede A e B con sistema grafico di rilevamento degli angoli di retrazione.

lattia nell'area precedentemente operata da distinguere dalla progressione (o estensione) che corrisponde alla comparsa al di fuori dell'area operata. La prima è legata all'intervento, la seconda alla diatesi.

Ma la consultazione della letteratura ci ha indotto a proporre una ulteriore precisazione, distinguendo fra recidiva che provoca retrazione e richiede un trattamento chirurgico (definita come "chirurgica") e recidiva senza retrazione (definita come "istologica") di puro interesse statistico. Questo perché il trattamento del Dupuytren è di carattere funzionale e non eziologico.

3. Intervalli di follow-up standard

In una patologia di carattere evolutivo come il Dupuytren, non ha alcun significato paragonare risultati a sei mesi e a sei anni di distanza dall'intervento.

McFarlane distingue il controllo precoce, in cui si verifica la correzione della deformità misurando gli angoli di retrazione e si verificano le complicanze dell'intervento, da un controllo a distanza in cui si verifica la presenza di progressione o recidiva del Dupuytren (12).

Abbiamo proposto di raggruppare i casi controllati entro 1 anno (risultato precoce), quelli fra 1 e 3 anni

(risultato intermedio), e quelli fra 3 e 5 anni (risultato a distanza), per rendere le casistiche più omogenee.

4. La valutazione dei risultati

Il metodo oggi più diffuso per la valutazione dei risultati si basa sulla classificazione di Tubiana, Michon e Tomine. Questo sistema, misurando gli angoli di retrazione delle articolazioni delle dita, determina un punteggio e sulla base del confronto fra il punteggio preoperatorio e quello postoperatorio ricava un indice di miglioramento (13).

Il metodo TMT, che sembra molto obiettivo, contiene delle limitazioni evidenziate già da Marc Iselin e dagli stessi Autori del metodo (14).

Infatti, non considerando nella determinazione del punteggio alcune importanti variabili, non rispecchia la effettiva qualità del risultato ottenuto nel singolo caso e da quindi un'idea approssimativa del risultato globale di una casistica :

- manca l'indicazione del trofismo e stato della cute
- alcuni aspetti importanti come Amputazione, Artrodesi, Bloccaggio, vengono indicati con lettere non codificati come punteggio

CONCLUSIONI

La revisione della nostra esperienza ed il confronto con i dati della letteratura, al di là del conforto dei risultati allineati con gli altri, ci ha offerto lo spunto per ricercare soluzioni ai problemi osservati e fare proposte che stimolino la discussione :

1. Un sistema semplice ed efficace di raccolta dei dati : le schede grafiche.
2. Una miglior definizione dei termini del confronto.
 - intervalli di follow-up standard e condivisi a 1,3,5 anni
 - distinzione fra recidiva di interesse chirurgico e recidiva di puro interesse istologico-statistico.
3. Integrazione del sistema TMT con criteri clinici, che permettano una miglior definizione del quadro clinico e della difficoltà chirurgica del caso da una parte, e della qualità del risultato funzionale dall'altra.
4. Assegnare un "peso" o valore relativo ai criteri considerati, da verificare con l'esperienza.

Codificare con formule matematiche il risultato di un intervento resta un sogno statistico, non essendo possibile ridurre in valori numerici le tante variabili legate alla patologia e alla complessa funzione della mano, specialmente in caso di malattia di Dupuytren, ma ricercare una miglior standardizzazione dei dati è una necessità.

RIASSUNTO

Gli Autori, analizzando la propria casistica di 25 anni, confrontano i risultati con quelli di una vasta letteratura e facendo alcune considerazioni generali sia sul problema delle recidive che sui metodi di valutazione, elaborano delle proposte al fine di migliorare il confronto fra le varie esperienze. Sono stati considerati 616 casi di Morbo di Dupuytren trattati tra il 1970 ed il 1994 all'Ospedale di Magenta. Le casistiche esaminate nella letteratura internazionale hanno interessato una totalità di 2546 pazienti, con un follow-up medio dichiarato di 13 anni. Durante questa indagine viene riscontrata una grande disparità fra le varie percentuali di progressioni e recidive dovuta all' utilizzo di un diverso criterio di valutazione dei risultati ma, soprattutto, alle incongruenze nella definizione stessa di recidiva e la variabilità degli intervalli di follow-up. Gli Autori evidenziano quindi la necessità di una più rigorosa definizione delle recidive, e di una standardizzazione degli intervalli di follow-up per consentire un confronto più obiettivo fra le varie casistiche. Inoltre la classificazione TMT offre una buona base di confronto ma presenta limiti già evidenziati dagli stessi autori del metodo. Sulla base di questi elementi viene elaborata una proposta di integrazione della valutazione TMT con

criteri clinici, in modo da ottenere dati più fedeli alle reali caratteristiche dei singoli casi.

BIBLIOGRAFIA

1. HOET F, BOXHO J, ET AL: Maladie de Dupuytren. Revue de 326 patients opérés. Ann. Chir. Main 7 (3): 251-255, 1988.
2. DEL DUCE G, COBBATO GP, ET AL: Controllo statistico della valutazione dei risultati nel trattamento chirurgico del morbo di Dupuytren. Riv Ital Chir Plast 17: 421-425, 1985.
3. PANCIER C, D'ANTONIO GF, ET AL: La aponevrectomia selettiva secondo Skoog nella cura della malattia di Dupuytren. Revisione di 62 casi. Riv Ital Chir Mano 17 (2): 207-213, 1980.
4. MANTERO R, MORETTI F, ET AL: Le forme recidivanti della malattia di Dupuytren (analisi di una casistica). Riv Ital Chir Mano 21 (3): 373-376, 1984.
5. LECLERCQ C, TUBIANA R: Résultat à long terme des aponevrectomies pour maladie de Dupuytren. Chir 112: 194-197, 1986.
6. NOROTTE G, APOIL A, ET AL: A ten years follow-up of the results of surgery for Dupuytren's disease. A study of 58 cases. Ann Chir Main 7 (4): 277-281, 1988.
7. VICROUX JP, VALENTIN P: A natural history of Dupuytren's contracture treated by surgical fasciectomy: the influence of dathesis (76 hands reviewed at more than 10 years. Ann Hand Surg 11 (5): 367-374, 1992.
8. SEARLE AE, LOGAN AM: A mid-term review of the results of dermofasciectomy for Dupuytren's disease. Ann Hand Surg 11 (5): 375-380, 1992.
9. ZEMEL MP, BALCOMB TV, ET AL: Dupuytren's disease in women: evaluation of long-term results after operation. Jour Hand Surg 12A (6): 1012-1016, 1987.
10. AMILLO S, LOSADA JJ, ET AL: Long term results of surgery for Dupuytren's disease. Act 6th Cong IFSSH, 881-885, 1995.
11. CODEGA G, DI GIUSEPPE P, ET AL: Analisi computerizzata dei risultati a distanza della plastica a croce predeterminata (Codega) nel trattamento chirurgico del Dupuytren. Riv Itale. Chir Plast 17: 169-172, 1985.
12. MC FARLANE RM, JAMIESON WG: Dupuytren's contracture. The management of 100 patients. J Bone Joint Surg 48A: 1095, 1966.
13. TUBIANA R, MICHON J, THOMINE JM: Uno schema per la valutazione delle deformità nella Malattia di Dupuytren. Ed Ital Clin Chirur N Amer, Piccin 1 (5): 1025-1030, 1969.
14. TUBIANA R: La Maladie de Dupuytren, 2nd Ed. Expansion Scientific Française, Paris, 1972.

Dott. Dante Tunesi

Divisione di Chirurgia Plastica Ricostruttiva

e Centro di Chirurgia della Mano

Ospedale "G. Fornaroli"

Via Donatore di Sangue, 50

20013 MAGENTA (MI)