



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Particularités de la maladie de Dupuytren chez la femme. À propos de 67 cas

Characteristics of Dupuytren's disease in woman. A study of 67 cases

N. Ferry*, G. Lasserre, J. Pauchot, D. Lepage, Y. Tropet

Service de chirurgie orthopédie, traumatologique, plastique et réadaptation fonctionnelle, hôpital Jean-Minjoz, boulevard Fleming, 25030 Besançon cedex, France

Reçu le 13 mai 2012 ; accepté le 1 août 2012

MOTS CLÉS

Maladie de Dupuytren ;
Femme ;
Testostérone ;
Hormones
androgéniques ;
Sexe

Résumé

Buts de l'étude. – Le but principal de cette étude était de rechercher et d'analyser les disparités cliniques de la maladie de Dupuytren en fonction du sexe. De plus, l'influence des hormones androgéniques sur la prolifération des myofibroblastes de la maladie de Dupuytren a été établie in vitro. Nous avons recherché un lien entre l'augmentation du taux de ces hormones durant la grossesse et la ménopause et les données cliniques relatives à la maladie de Dupuytren chez les patientes de notre étude.

Patients et méthode. – Cette étude rétrospective comparative portait sur 67 femmes opérées entre 1980 et 2010, et sur 69 hommes tirés au sort parmi 465 hommes opérés durant la même période. Nous avons noté les données épidémiologiques et cliniques préopératoires, les données opératoires et les complications. Les gains d'amplitude articulaire, les réponses au questionnaire d'incapacité Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) et les données spécifiques aux femmes ont été recensés à la révision.

Résultats. – Soixante-sept femmes et 69 hommes ont été comparés. Le taux d'algodystrophie était huit fois plus élevé chez les femmes. Le gain articulaire moyen au niveau de l'interphalangienne proximale était significativement inférieur chez les femmes. Le taux de récurrence et le recul ne présentaient pas de différence significative. Le score d'incapacité moyen des femmes était supérieur à celui des hommes. Nous n'avons pas retrouvé de lien statistique entre la ménopause, la grossesse et l'âge de début de la maladie, la récurrence ou l'extension.

Conclusion. – La maladie de Dupuytren est cliniquement plus sévère chez les femmes que chez les hommes. D'autres études sont nécessaires pour définir le lien entre les hormones androgéniques et l'histoire clinique de la maladie chez la femme.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicoferry@hotmail.fr (N. Ferry).

KEYWORDS

Dupuytren's disease;
Woman;
Testosterone;
Androgenic hormones;
Sex

Summary

Objectives. – The aim of this study was to identify the clinical differences of the Dupuytren's disease in gender. Testosterone induces an increase of the Dupuytren's fibroblast proliferation via androgen's receptors. Testosterone rate increases during pregnancy and menopause. We also reached a link between this factors and the clinical aspects of Dupuytren' disease in the women of our study.

Methods. – This retrospective, comparative study was about all women and a randomized number of men, who underwent surgery for Dupuytren' disease between 1980 and 2010. We analysed all the epidemiologic and clinical data, the surgery procedures and the complications. Pre- and postoperative measurements of the extension lack of all the joints were performed with a manual goniometer. Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) questionnaire was used to evaluate the patients function. This specific data of women were reached.

Results. – Sixty-seven women and 69 men were compared. The complex regional pain syndrome was significantly more common in women and the correction of the proximal interphalangeal joint was significantly lower in women. Recurrence rate and mean follow up were not statistically different. Mean DASH score was higher in women. We have not found any association between menopause, pregnancy and the average age at presentation of the disease, the recurrence rate or the extension rate.

Conclusions. – The prognosis of the Dupuytren's disease is worse in women than in men. Other studies are necessary to reach the link between the testosterone and the clinical history of the disease in women.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

En France, la prévalence de la maladie de Dupuytren (MD) est proche de neuf pour cent [1] chez l'homme et 15 000 patients par an bénéficient d'un traitement chirurgical. Elle touche une large majorité d'hommes [2] et elle semble présenter des disparités en fonction du sexe. Toutefois, la littérature sur le sujet est pauvre et les données sont parfois contradictoires [3–7]. Notre étude a pour but principal de recenser et d'analyser les principales disparités cliniques de la MD selon le sexe.

Par ailleurs, une étude expérimentale a décrit, in vitro, l'influence des hormones androgéniques sur les myofibroblastes présents au sein du tissu pathologique de la MD [8,9]. En effet, le fascia palmaire pathologique de la MD présente des récepteurs aux hormones androgéniques, notamment la 5-alpha-dihydrotestostérone, la forme active circulante de la testostérone. On peut donc supposer qu'il existe une relation entre la distribution de la maladie en fonction du sexe et les hormones androgéniques. Chez les femmes, le taux d'hormones androgéniques augmente en période de grossesse et lors de la ménopause. C'est pourquoi nous avons cherché un lien entre ces paramètres et les données cliniques de la MD, chez les patientes de notre étude.

Patients et méthodes

Cette étude rétrospective comparative monocentrique portait sur l'ensemble des femmes opérées dans notre service entre 1980 et 2010, ainsi qu'un effectif comparable d'hommes tirés au sort parmi l'ensemble des hommes opérés durant la même période.

Cinq cent soixante-douze patients ont été opérés dont 107 femmes et 465 hommes (sex-ratio = 4,35). Cent-trente-six patients ont été revus en 2011 dont 67 femmes et

69 hommes (parmi les 131 hommes que nous avons tirés au sort).

Pour chaque sujet, nous avons recensé l'âge de début de la maladie, l'âge lors de la première opération, le délai de prise en charge, l'origine ethnique, les facteurs de risques de MD (éthylisme chronique, tabagisme, diabète, hypercholestérolémie, épilepsie, antécédents traumatiques, travail manuel), les antécédents familiaux de MD, les antécédents personnels de maladie de Ledderhose, la latéralité de l'atteinte, le nombre d'interventions, le nombre et le type de rayons atteints, le type d'atteinte (digito-palmaire, palmaire pure, digitale pure), le type de chirurgie, le nombre d'opérateurs, les modalités d'anesthésie, la durée de garrot, ainsi que les protocoles de rééducation. Nous avons mesuré les amplitudes articulaires préopératoires et lors de la révision, nous avons calculé le gain d'amplitude articulaire pour les articulations métacarpophalangienne (MP), interphalangienne proximale (IPP) et interphalangienne distale (IPD) à l'aide d'un goniomètre manuel. Le recul postopératoire, les complications, les extensions et les récidives ont également été recensés. Le pourcentage d'incapacité de chaque sujet a été évalué à l'aide du questionnaire Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH). Ce questionnaire est un auto-questionnaire qui évalue l'état de santé général des patients et leurs problèmes musculo-articulaires au niveau du membre supérieur en particulier.

Les facteurs hormonaux spécifiques aux femmes tels que la parité, l'âge au moment de la ménopause, la durée de la ménopause avant la première intervention et avant la révision ont été précisés.

Analyse statistique et résultats

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel S.A.S 9.2. Excel. Nous avons utilisé différents tests statistiques : le

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184673>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184673>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)