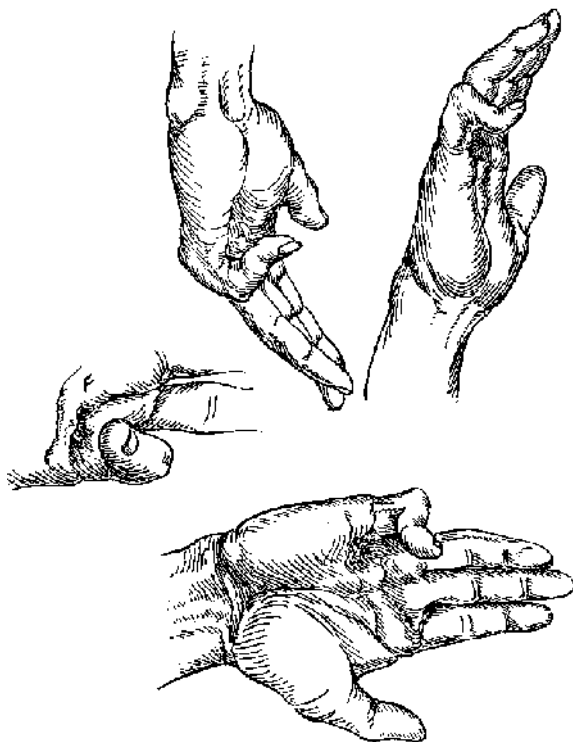


De quoi s'agit-il ?

C'est une rétraction progressive de l'aponévrose palmaire qui conduit à la flexion forcée des doigts. Les plus atteints sont les 4 et 5^{ème} doigts. La flexion peut être telle qu'il devient impossible de prendre soin des doigts atteints. L'affection commence en général par une induration sous forme de nodule qui s'étend progressivement de la paume au doigt (bride), puis aux rayons voisins. La rapidité de l'extension de l'induration est très variable d'une personne à l'autre, mais aussi d'un doigt à l'autre.



La maladie de Dupuytren

aspect typique de la contracture du 5^{ème} doigt. Plus la contracture s'aggrave, plus l'opération devient délicate.

Figure 1 :

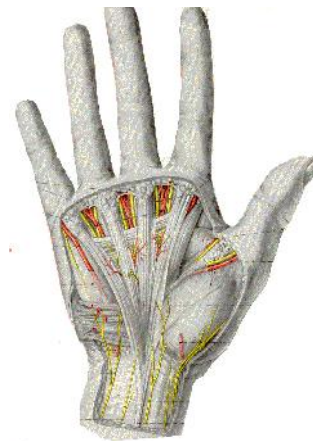
La progression de la maladie est donc très variable, elle peut rester imperceptible des années durant ou s'aggraver brusquement en quelques mois.

Cette affection a un caractère héréditaire très marqué. Elle est favorisée par les traumatismes répétés, par certains médicaments, et se retrouve souvent associée à des affections du foie ou le diabète.

L'aponévrose palmaire est une structure fibreuse spéciale qui fixe la peau au squelette ce qui lui donne la stabilité. C'est grâce à elle que la préhension est possible. En effet, si la peau de la paume était aussi mobile que celle du dos de la main, il serait difficile de manipuler les objets avec précision. Au pied, on parle d'aponévrose plantaire. Elle fixe également la peau de la plante du pied au squelette. Grâce à cette particularité l'adhérence peau squelette est parfaite. Sans elle, on aurait un peu la sensation de marcher sur une surface glissante. Comme à la main, cette structure peut aussi se contracter (analogue à ce qui se passe dans la paume de la main). On parle alors de maladie de Lederhose. Ces deux affections peuvent être combinées.

Figure 2 :

L'aponévrose palmaire telle qu'elle apparaît sous la peau.



Comment traiter cette maladie?

Il n'y a pas de traitement conservateur efficace connu. Certains recommandent une irradiation, d'autres des infiltrations de cortisone. Actuellement, on expérimente de nouveaux produits qui, injectés dans les nodules, devraient arrêter l'évolution de la maladie. Les premiers rapports sont difficiles à interpréter et aucun résultat à long terme n'a été publié.

En d'autres termes, seul le traitement chirurgical permet de maîtriser la contracture. Certains préconisent de simplement sectionner les brides, d'autres préconisent un traitement plus agressif afin d'éviter les récurrences assez fréquentes, si le traitement chirurgical est trop limité.

Par contre, la grande majorité des chirurgiens de la main ne propose une opération qu'à partir du moment où la main ne peut plus être mise à plat sur une table à

cause des rétractions ou si l'affection provoque des douleurs lors de l'usage de la main, que ce soit à domicile ou lors d'activités professionnelles. Cette prudence n'est pas due au hasard, en effet, l'algodystrophie n'est pas rare après cette intervention et la rééducation de la main demande beaucoup de temps.

Comment l'opération se déroule-t-elle?

Le traitement chirurgical est pratiqué ambulatoirement ou lors d'un court séjour en clinique ce dernier garantissant une surélévation conséquente de la main. Sa durée oscille entre 80 et 120 minutes ; mais peut se prolonger jusqu'à 3 heures s'il s'agit d'une récurrence ou d'un stade avancé, ce qui nécessite parfois de remplacer la peau atteinte par de la peau saine (greffe).

Le jour de l'intervention, le patient est pris en charge par l'aide de salle qui prépare la main (ongles coupés, peau nettoyée). Puis on l'installe dans un lit où l'anesthésiste endort le bras.

Le patient est ensuite transféré sur la table d'opération. C'est là qu'on pratiquera la narcose, si celle-ci s'avère nécessaire. Puis le bras est étendu sur une planche (guitare) alors qu'on y applique un garrot pneumatique. Le chirurgien procède alors à la désinfection du membre supérieur puis installe le champ opératoire.

Figure 3 :

Chaque incision a ses avantages et ses inconvénients. Le choix dépend de l'étendue de l'affection et des caractéristiques des brides.



De nombreuses incisions ont été décrites. Leur but commun est d'assurer le maintien de la vascularisation de la peau opérée. En effet, une nécrose par manque de sang d'un lambeau de peau, retarde la guérison et tend à provoquer des raideurs digitales, parfois des douleurs.

L'intervention se termine par l'immobilisation de la main sur une attelle plâtrée rembourrée.

En quoi consistent les soins post-opératoires?

Si l'intervention s'est faite en anesthésie loco-régionale, le patient regagne son lit où il est surveillé par l'infirmière - anesthésiste. Si tout se déroule normalement durant les une à deux heures d'observation, le patient s'en retourne à domicile avec un rendez-vous, un certificat et une prescription médicale (ou les médicaments nécessaires) ainsi que les recommandations d'usage en particulier de surélever le membre opéré.

Le pansement est enlevé 2 à 3 jour après l'intervention et une attelle est confectionnée par l'ergothérapeute chargée de la rééducation de la main. Cette attelle permet de garantir une position de repos optimale des doigts et d'éviter des contractures secondaires, que celles-ci soient provoquées par les douleurs ou par une cicatrisation trop exubérante. L'ergothérapeute combat également l'œdème de la main par des mesures spécifiques. La durée de la rééducation dépend de la mobilité, des douleurs et de l'enflure.

Les fils sont enlevés après 10 à 20 jours.

Quels sont les risques de l'intervention ?

Cette chirurgie comporte des risques généraux (hématome, infection). Cependant, la dissection des structures est parfois très difficile et il peut arriver que le chirurgien sectionne partiellement ou totalement un nerf ou une artère. Même si le chirurgien répare immédiatement la structure lésée, la récupération de la sensibilité ne sera jamais tout à fait complète et la gêne résultante peut être permanente.

L'apparition d'une tuméfaction diffuse et douloureuse évoluant vers la raideur doit toujours faire penser à une algodystrophie (syndrome de Südeck) ou à une infection. Il sera avantageux d'instaurer immédiatement un traitement spécifique. Le plus tôt sera la mieux. C'est pourquoi il importe que le patient consulte immédiatement son chirurgien de ces cas.

Quel est le pronostic d'un tel traitement ?

Lorsque la rétraction des doigts n'est pas trop prononcée, l'opération permet de récupérer l'extension complète des doigts. Si par contre la maladie a été opérée à un stade avancé, de nombreux facteurs influenceront le résultat fonctionnel final. En règle générale on peut dire que plus le stade est avancé, plus les chances d'une normalisation de la fonction diminuent.

Le pronostic semble moins favorable chez les femmes et chez le jeune où la maladie tend à récidiver et à s'étendre à toute la main.

La durée de la rééducation, c'est-à-dire de la récupération de la fonction de la main, dépendra du stade de la maladie et des réactions cicatricielles spécifiques à chaque personne. Elle peut varier de 2 à 6 mois. Ainsi donc, une opération de Dupuytren n'est jamais une bagatelle même si elle en a encore trop souvent la réputation.

Remarque :

Il faut mentionner ici qu'il est possible d'envisager, avant la chirurgie ou les injections actuellement mises sur le marché, la radio-thérapie.

Certes, celle-ci n'est pas habituelle en France, alors qu'elle est parfaitement usuelle et codifiée en Suisse Allemande et en Allemagne. En Suisse Romande, l'approche est plus réservée, sous l'influence de l'école Française !

Il est donc important de connaître ces différentes approches. Pour ma part, je suis d'avis qu'une radiothérapie comporte moins de risques que la chirurgie ou même les injections de Xiapex récemment propagées.

Quant à moi, je ne recommande pas pour l'instant les injections de Xiapex (collagénase clostridium histolyticum) ou dérivés au vu des résultats et des risques présentés dans la littérature.