

Dr L. Ardouin

Dr A. Fournier

Dr F-A. Lecoq

Dr P. Bellemère

Dr E. Gaisne

Dr M. Leroy

Dr Y. Bouju

Dr Y. Kerjean

Dr T. Loubersac

LA PATHOLOGIE :

La maladie de Dupuytren est une maladie d'origine inconnue touchant l'aponévrose palmaire superficielle dont le rôle est de protéger les muscles, les nerfs et les vaisseaux, au niveau de la face palmaire de la main et des doigts.

Pour des raisons mal connues, un tissu fibreux se crée et s'épaissit progressivement, se pelotonnent d'abord en boule (nodules), ce qui entraîne des plis dans la paume ou les doigts.

Au fur et à mesure que la maladie évolue, ce nouveau tissu fibreux se rétracte, entraînant la formation de « cordes » dans la main (les brides) qui limitent les possibilités d'extension des doigts

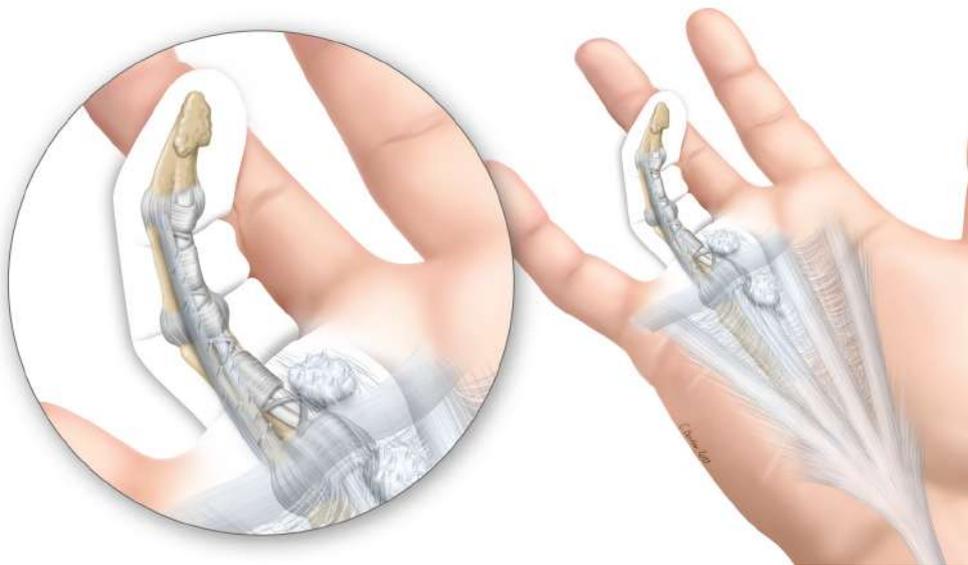
alors que la fermeture de la main reste possible car les tendons sont sains. Au maximum, les doigts sont refermés dans la paume.

Cette maladie touche préférentiellement les 4^{ème} et 5^{ème} doigts mais peut atteindre toute la main et les doigts. Elle est habituellement indolore.

Cette maladie est souvent d'origine génétique ; c'est pour cette raison que d'autres membres de votre famille sont souvent atteints, avec des formes et des fréquences très variables.

Plus la maladie débute précocement, plus grave est l'atteinte. En général, elle apparaît autour de la cinquantaine chez l'homme et plus tardivement chez la femme.

Plusieurs maladies sont préférentiellement associées à la maladie de Dupuytren : l'hypertension artérielle, l'épilepsie, le diabète, l'hypertriglycéridémie, la consommation d'alcool et de tabac. Le travail manuel n'est en aucun cas responsable de la maladie de Dupuytren. En revanche, la maladie peut apparaître parfois dans les suites d'un accident ou d'une intervention banale à la main ou au poignet.



LE TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Il n'y a, à l'heure actuelle, **aucun traitement médical de la maladie** et on ne peut faire aucun pronostic sur la sévérité et la rapidité de son évolution. Le traitement reste essentiellement chirurgical.

Le seul traitement possible reste donc la section ou l'ablation des tissus malades. Parce que l'origine est inconnue, le traitement chirurgical ne peut, à lui seul, empêcher l'extension de la maladie à d'autres doigts, voire la récurrence sur les doigts opérés.

Dans les formes sévères, le traitement est difficile et plus risqué. Les résultats sont moins bons et le risque de récurrence est plus élevé.

L'atteinte préférentielle du 5^{ème} doigt, ou des articulations des doigts, est également responsable de moins bons résultats.

Schématiquement, on conseille une intervention chirurgicale lorsque le patient ne peut plus poser sa main à plat sur une table en appuyant avec l'autre main.

Les techniques d'interventions sont variées et leurs indications dépendent de la gravité de la maladie et du patient. Il n'existe pas une opération réglée mais un geste adapté à chaque main, voire à chaque rayon atteint.

On sépare les traitements chirurgicaux en 3 grands groupes :

- La **section simple des brides** (aponévrotomie per cutanée à l'aiguille) avec le biseau d'une aiguille. Elle a l'avantage de la simplicité et on peut utiliser rapidement la main. Le risque est que le chirurgien ne voit pas les vaisseaux, les nerfs ou les tendons qui peuvent être blessés. Elle est surtout indiquée lorsque la bride est superficielle, sous la peau. Elle n'enlève pas la bride. La récurrence de la maladie est systématique.
- Très fréquente : **L'ablation des brides** (aponévrotomie) est un geste chirurgical qui dure entre 30 minutes et 2 heures selon l'étendue de la maladie. Elle est effectuée sous anesthésie locorégionale et l'hospitalisation n'est pas systématique. Les incisions mettent environ 3 semaines à cicatriser et seront épaisses plusieurs mois. Dans certains cas, le chirurgien peut laisser ouverte une partie de la cicatrice, notamment dans la paume. Une rééducation et le port d'une attelle pour étendre les doigts sont très souvent nécessaires.
- L'ablation des brides et de la peau avec remplacement cutané (par un greffe de peau) est une technique plus ambitieuse et longue. Les récurrences sont rares sous les greffes de la peau mais les séquelles esthétiques sont plus importantes. On réserve plutôt cette technique aux sujets qui ont des formes graves ou qui ont eu une récurrence après traitement chirurgical. La cicatrisation est plus longue à obtenir.

Si le traitement chirurgical est envisagé, l'arrêt de travail est d'au moins 1 mois, parfois plus long. Chaque patient étant différent le traitement sera adapté au cas particulier.

La consultation pré-anesthésie a lieu à la clinique et est TOUJOURS obligatoire

LA REEDUCATION:

La rééducation associée à des **attelles de posture** débute dès la 48^{ième} heure. Elle est essentielle pour la récupération. Le but est de faire récupérer le plus rapidement possible la flexion complète des doigts, l'extension étant récupérée beaucoup plus progressivement en fonction de l'état cutané, du résultat post-opératoire. Celle-ci sera réalisée en douceur et sans douleur pour éviter une algoneurodystrophie.

L'attelle doit être portée en post opératoire durant 2 mois :

- En journée : 2h le matin et 3h l'après-midi
- Toutes les nuits
- En aucun cas elle ne doit provoquer de douleur

La rééducation doit débuter chez le kinésithérapeute 5 jours après l'intervention.

Dès votre sortie et en dehors des séances, vous devez mobiliser vos doigts selon les indications suivantes

Dès la cicatrisation :

- Baigner la main dans de l'eau tiède à 30°C
- Bien masser les cicatrices avec une crème grasse (Biafine, Vaseline, Jonctum Effidia...)



LES SUITES OPERATOIRES:

OPERATION



LES COMPLICATIONS TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Il n'existe pas d'acte chirurgical sans risque de complication secondaire, elles peuvent être liées :

- A la fragilité de la peau (qui est épaissie mais fragilisée par la maladie et parfois le tabac),
- A la proximité de la maladie de Dupuytren avec les nerfs et les vaisseaux. Il peut donc exister un risque de **perte de sensibilité**, transitoire ou permanente et même dans les cas les plus sévères ou déjà opérés de **nécrose** du doigt qui pourra conduire à une amputation partielle ou totale du doigt.

Une récurrence qui n'est pas rare dans cette pathologie, elle est imprévisible.

Les autres complications sont :

- **L'infection locale** est rare. La prise d'antibiotiques est parfois nécessaire pour l'éviter. En cas d'infection, une nouvelle intervention peut être nécessaire.
- **L'algodystrophie** : c'est une main gonflée, douloureuse, inflammatoire qui devient raide progressivement. L'évolution est traînante sur plusieurs mois voire plusieurs années. Des séquelles sont possibles comme des douleurs résiduelles, une certaine raideur des doigts et / ou du poignet (parfois même de l'épaule). Le traitement fait appel à la mise en place d'un protocole adapté par une équipe de médecins de la douleur.
- **La raideur** : De nombreux patients se font traiter tardivement et leurs articulations des doigts sont enraidies. Il est parfois impossible au chirurgien de pouvoir étendre le doigt du patient.
- Des douleurs au froid qui peuvent persister longtemps.

LES CONSIGNES :

- Le **manque de force** est habituel pendant plusieurs mois (prise d'outils, port de charges lourdes..) et variable selon les patients
- La reprise des activités dépend de leur nature : elle a lieu en moyenne après 4 à 6 semaines.
- **Bougez vos doigts** le plus normalement possible.
- Evitez le port de charges lourdes ou des activités nécessitant un serrage fort
- La cicatrisation se fait habituellement en 3 à 4 semaines.
- Parfois, la main peut être douloureuse en permanence avec des crises hyperalgiques, gonflée avec des doigts « boudinés ». Dans ce cas, il faut consulter votre médecin pour éliminer une algoneurodystrophie.

Votre chirurgien est le mieux placé pour répondre à toutes les questions que vous vous poseriez avant et après votre intervention.
N'hésitez pas à lui en reparler avant de prendre votre décision.

Vous pouvez relire ces informations sur notre site internet et télécharger ce document