



Maladie de Dupuytren

Document de travail à l'intention du

Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et
de l'assurance contre les accidents du travail

Juillet 2002

préparé par le

D^r Lawrence N. Hurst, MD, FRCS(C)

Chirurgie plastique, chirurgie reconstructive,
chirurgie de la main et microchirurgie

Le D^r Lawrence N. Hurst a obtenu son doctorat de l'Université de Toronto en 1965. Il a fait des études postdoctorales en chirurgie plastique à l'Université de Toronto de 1966 à 1971. Il a obtenu son certificat en chirurgie et est devenu associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en 1971. En 1972, il a fait un an de spécialisation en chirurgie plastique au Stanford University Medical Centre en Californie, et il détient un certificat en chirurgie plastique de l'American Board of Surgery. Il s'est joint au corps professoral de l'Université de Western Ontario en 1973, et il a été président de la division de chirurgie plastique et reconstructive de cet établissement. Il s'intéresse à la pratique clinique et à la recherche dans les domaines de la chirurgie plastique, de la chirurgie de la main et de la microchirurgie. Il a publié de nombreux ouvrages sur ces sujets. Il a agi comme directeur du programme de résidence en chirurgie plastique et reconstructive de 1992 à 1997 à l'Université de Western Ontario et il occupe présentement une chaire de professeur émérite à cet établissement.

Après examen de la recherche documentaire du TASPAAAT en 2010, le D^r J. Duff estime que ce document fournit encore un aperçu équilibré des connaissances médicales sur le sujet.

Ce document de travail médical sera utile à toute personne en quête de renseignements généraux au sujet de la question médicale traitée. Il vise à donner un aperçu général d'un sujet médical que le Tribunal examine souvent dans les appels.

Ce document de travail médical est l'œuvre d'un expert reconnu dans le domaine, qui a été recommandé par les conseillers médicaux du Tribunal. Son auteur avait pour directive de présenter la connaissance médicale existant sur le sujet, le tout, en partant d'un point de vue équilibré. Les documents de travail médicaux ne font pas l'objet d'un examen par les pairs, et ils sont rédigés pour être compris par les personnes qui ne sont pas du métier.

Les documents de travail médicaux ne représentent pas nécessairement les vues du Tribunal. Les décideurs du Tribunal peuvent s'appuyer sur les renseignements contenus dans les documents de travail médicaux mais le Tribunal n'est pas lié par les opinions qui y sont exprimées. Toute décision du Tribunal doit s'appuyer sur les faits entourant le cas particulier visé. Les décideurs du Tribunal reconnaissent que les parties à un appel peuvent toujours s'appuyer sur un document de travail médical, s'en servir pour établir une distinction ou le contester à l'aide d'autres éléments de preuve. Voir *Kamara c. Ontario (Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal)* [2009] O.J. No. 2080 (Ont Div Court).

Traduit de l'anglais par A+ Translations
Odette Côté, trad. a. (Canada)
Membre du Conseil des traducteurs et interprètes du Canada
(par affiliation à l'Association des traducteurs et interprètes de l'Ontario)

MALADIE DE DUPUYTREN

La maladie de Dupuytren est une affection fibroproliférative qui touche principalement l'aponévrose palmaire et le fascia digital et qui peut provoquer une rétraction des articulations métacarpiennes, phalangiennes et interphalangiennes de la main.

La paume de la main peut être visualisée comme une série de couches. La couche la plus externe est la peau. En dessous de la peau se trouve l'aponévrose palmaire, qui est une fine couche de tissus fibreux. En dessous de cette couche de tissu fibreux se trouve une couche de tendons, de nerfs et de vaisseaux sanguins. La dernière couche (et la plus profonde) est composée de muscles et d'os.

La deuxième couche en partant du bas, à savoir l'aponévrose palmaire, commence à développer la maladie de Dupuytren, ce qui entraîne la formation d'un nodule douloureux au niveau de la paume [figure 1].



Figure 1 : Nodule palmaire nouvellement formé

La sensation de gêne disparaît spontanément au bout de quelques mois. Le tissu fibreux continue à se développer et forme une corde prétendineuse, ou bride indurée, décelée à la palpation, qui s'étend de la paume à la base d'un doigt [figure 2].



Figure 2 : Corde prétendineuse avec rétraction en flexion de l'articulation métacarpienne-phalangienne de l'annulaire

L'annulaire est le doigt le plus communément touché, suivi par l'auriculaire. La corde prétendineuse peut se contracter ou se raccourcir et entraîner dès lors une rétraction de l'articulation métacarpienne-phalangienne (MP). À mesure que la maladie progresse, la rétraction peut s'étendre aux articulations interphalangiennes proximales et, plus rarement, aux articulations interphalangiennes distales. Le patient est capable d'opérer une flexion des doigts au creux de la main, mais l'extension est limitée. La corde nataoire peut provoquer une adduction des doigts adjacents à tel point qu'une abduction passive de ces derniers devient impossible. L'incapacité à écarter les doigts risque d'entraîner une macération de la peau située entre les doigts [figure 3].



Figure 3 : Cordes natatoires et incapacité d'écarter l'annulaire et le majeur

Une importante rétraction des doigts entrave sensiblement la motricité de la main ainsi que des actes aussi routiniers que le fait de porter des gants. L'évolution de la maladie peut être anticipée dans une certaine mesure et dépend du patient, de la présentation de la maladie et des affections associées.

Facteurs influençant le contrôle des symptômes de la maladie de Dupuytren	
BIEN CONTRÔLÉS	DIFFICILEMENT CONTRÔLABLES
Aucun antécédent familial	Lourds antécédents familiaux
Atteinte minimale	Atteinte bilatérale
Apparition tardive	Apparition précoce
Aucune maladie intercurrente	Maladie intercurrente (par ex., épilepsie, diabète, alcoolisme, séropositivité)
Aucune affection associée	Affections associées (par ex., coussinet des phalanges, fibromatose plantaire, maladie de La Peyronie)
Patient fidèle au programme de réadaptation	Patient non fidèle au programme de rééducation

Le fibroblaste du fascia subit une modification structurelle et se transforme en myofibroblaste, tel que décrit par Majno (1). Cette cellule est capable de se contracter et engendre les phénomènes de rétraction de la maladie de Dupuytren.

Incidence

L'incidence de la maladie de Dupuytren varie fortement entre les différents groupes ethniques. Elle est particulièrement élevée chez les descendants de l'ethnie celte qui peuplait à l'origine le nord de l'Europe et les îles Britanniques. McFarlane (2) a signalé une enquête qui montrait que 82 pour cent des patients atteints de la maladie de Dupuytren étaient de familles provenant de pays nordiques. On notait également une plus forte incidence au sein de la population masculine, le rapport hommes-femmes étant de 82

pour 16 dans la plupart des pays étudiés. Bower (3) a signalé que l'incidence de la maladie de Dupuytren parmi les personnes porteuses du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) était plus élevée que chez la population générale.

La maladie de Dupuytren est une maladie génétique transmise par un gène autosomique dominant à pénétrance variable (4). L'expression de ce gène est moins complète chez la femme, ce qui explique l'incidence plus faible et l'apparition plus tardive de cette maladie au sein de la population féminine (5). L'apparition de la maladie de Dupuytren survient généralement à partir de 50 ans chez l'homme et de 60 ans chez la femme. La maladie présente une évolution progressive. Un traumatisme est souvent cité comme agent causal, mais McFarlane (6) estime que les résultats des études épidémiologiques sont insuffisants pour étayer cette conclusion dans la plupart des cas. Cependant, on peut avancer l'existence d'un lien de cause à effet chez les jeunes patients qui développent la maladie de Dupuytren dans un délai de deux ans après avoir subi un traumatisme accidentel.

En 1996, Liss et Stalk (7) ont signalé l'existence d'éléments probants faisant état d'un lien entre une exposition aux vibrations et la maladie de Dupuytren. Ces mêmes éléments probants seraient moins nombreux quant à un éventuel lien entre cette maladie et le travail manuel. McFarlane a examiné minutieusement tous les documents concernant un possible lien entre l'exposition aux vibrations, le travail manuel et la maladie de Dupuytren et est arrivé à la conclusion qu'un traumatisme découlant d'une exposition aux vibrations ne présentait qu'un lien potentiel avec la maladie et qu'aucun lien avec le travail manuel n'avait été démontré à ce jour. Ces données sont documentées dans le rapport intitulé « *Dupuytren's Disease: The Relation to Manual Work, Vibration Exposure and a Single Injury to the Hand* ». Il s'agissait là d'une mise à jour d'informations réalisée à la demande du Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail et présentée par le Dr Robert M. McFarlane en décembre 1996.

Le terme de « microtraumatisme » a été forgé par le Dr Skoog en 1948 afin d'attirer l'attention de la communauté scientifique sur les microruptures de l'aponévrose palmaire. Le Dr Skoog considérait ces microruptures comme étant le résultat de lésions multiples résultant d'un travail manuel. En 1960, au cours de ruptures expérimentales de l'aponévrose palmaire chez des singes, Larson avait observé un schéma histologique identique à celui de la maladie de Dupuytren chez l'homme. Néanmoins, aucun des singes étudiés n'avait développé de rétraction des doigts. Par conséquent, l'étude n'avait pu démontrer l'existence d'un lien quelconque entre un microtraumatisme et la maladie de Dupuytren.

La maladie de Dupuytren et le syndrome du canal carpien peuvent survenir chez le même patient. Toutefois, aucun lien de cause à effet n'a été démontré entre ces deux maladies.

Affections associées

La maladie de Dupuytren est associée à d'autres malformations dues à une prolifération des tissus fibreux, notamment le coussinet des phalanges [figure 4].



Figure 4 : Coussinet des phalanges affectant la face dorsale des articulations interphalangiennes proximales (IPP)

Le coussinet des phalanges se présente sous la forme d'un épaissement nodulaire au niveau de la face dorsale des articulations interphalangiennes proximales. Cette affection peut être douloureuse, mais n'entraîne aucune rétraction et peut se résorber spontanément. Le dépôt de plaques fibreuses sur le dos de la verge, dans le cas de la maladie de La Peyronie, provoque une déviation douloureuse du pénis lors de l'érection. Le fascia plantaire fait l'objet d'une fibromatose plantaire, similaire à celle observée au niveau de l'aponévrose palmaire dans la maladie de Dupuytren. Les rétractions en flexion des orteils surviennent très rarement (8), mais des nodules peuvent

apparaître au niveau du fascia plantaire, généralement sur le cou-de-pied [figure 5].



Figure 5 : Nodule plantaire

Houston (9) a décrit les caractéristiques cliniques des patients atteints d'une maladie de Dupuytren particulièrement agressive : présence d'antécédents familiaux, apparition de la maladie avant l'âge de 40 ans, coussinet des phalanges, fibromatose plantaire et atteinte bilatérale aiguë. Ces patients présentent une forte diathèse de Dupuytren et doivent donc être identifiés en raison d'une nette tendance de la maladie à progresser et à récidiver après traitement.

Maladies associées

Une incidence plus élevée de la maladie de Dupuytren peut être observée chez les personnes souffrant d'épilepsie (10). Chez ces patients, la maladie apparaît à un plus jeune âge, présente une distribution normale au niveau du côté cubital de la main, est bilatérale et agressive. L'incidence augmente avec l'âge du patient et la durée de l'épilepsie. Les personnes souffrant d'épilepsie idiopathique et traumatique sont touchées de la même façon. Aussi, l'incidence plus élevée au sein de cette population serait-elle causée par les effets à long terme des barbituriques utilisés dans le cadre de la thérapie (11).

La maladie de Dupuytren est couramment observable chez les personnes souffrant de diabète. De plus, l'incidence de la maladie augmente avec l'âge et la durée du diabète (12, 13). La distribution de la maladie est davantage axée sur le côté radial de la main et des nodules apparaissent généralement à la base de l'annulaire et du majeur. L'atteinte est modérée, centrée principalement sur la paume de la main et s'accompagne d'une légère rétraction des doigts. L'intervention chirurgicale n'est pas nécessaire. La relation entre le diabète et la maladie de Dupuytren est très probablement liée à la microangiopathie diabétique, laquelle perturbe la structure des macromolécules de la matrice extracellulaire et provoque un dépôt anormal du tissu conjonctif (12).

Le lien entre la maladie de Dupuytren et l'alcoolisme, avec ou sans cirrhose, a fait l'objet de nombreuses études (14, 15, 16) et les rapports d'étude montrent une incidence plus élevée de la maladie de Dupuytren chez les patients alcooliques. Chez ces patients, la maladie se caractérise essentiellement par un épaissement de l'aponévrose palmaire accompagné d'une rétraction très légère. Cependant, la maladie peut être très agressive et conduire, dans certains cas, à une grave rétraction des articulations. Ce lien peut être lié à la quantité d'alcool ingérée et à ses effets sur la microcirculation. La maladie de Dupuytren a fait l'objet d'un rapprochement étroit avec la cigarette et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (17).

Traitements non chirurgicaux :

À ce jour, les traitements non chirurgicaux n'ont donné aucun résultat. Les attelles classiques ne peuvent ni prévenir ni guérir les rétractions. Les thérapies par ultrasons, laser ou radiation se sont révélées inefficaces. La fasciotomie à la vitamine E ou aux enzymes n'apporte aucun résultat concluant à long terme, à moins d'être combinée à un traitement chirurgical (18, 19, 11). Cependant, Ketcham (20) a obtenu des résultats convaincants grâce à l'injection de stéroïdes au niveau de nodules palmaires naissants et douloureux, visant à réduire les symptômes de la maladie. La traction squelettique s'est également avérée efficace pour enrayer la progression des rétractions au niveau des articulations chez les patients en phase préopératoire (21, 22). Le Dr Lawrence C. Hurst, chirurgien orthopédique de Stonybrook, New York, participe actuellement à un essai multicentrique portant sur les agents collagénolytiques. Ses études préliminaires sont particulièrement encourageantes et laissent augurer la possibilité de procéder à une correction non chirurgicale des rétractions au niveau des articulations.

Les travaux de recherche actuels s'intéressent au niveau cellulaire et concernent l'étude de certains paramètres tels que le facteur de croissance des macrophages, les radicaux libres de l'oxygène et le possible rôle de

l'hypoxie et des cytokines. En approfondissant notre compréhension de la biologie cellulaire, peut-être parviendrons-nous à mieux contrôler l'activité cellulaire. Actuellement, nous en sommes encore à « l'âge de pierre » en ce qui concerne le traitement de la maladie de Dupuytren. Au lieu de découper les tissus malades, le génie génétique devrait nous permettre d'enrayer la progression de la maladie. En attendant, la chirurgie reste néanmoins le traitement le plus efficace qui soit.

Indications chirurgicales

La formation d'un nodule palmaire ou d'une corde prétendineuse au cours de la phase initiale de la maladie de Dupuytren ne constitue pas nécessairement une indication chirurgicale. Cependant, certains travailleurs manuels tels que les menuisiers ou les mécaniciens éprouvent des difficultés dans leur travail en raison d'un nodule palmaire douloureux, susceptible de gêner la motricité de la main. Si l'injection de stéroïdes au niveau du nodule n'entraîne pas de réduction des symptômes, une exérèse limitée du nodule douloureux peut permettre à certains patients de continuer à exercer leur travail. Les nodules peuvent devenir asymptomatiques au fil du temps, mais certains patients nécessitent un traitement pour être soulagés de leurs symptômes. Le « test de la table » de Houston (23) détermine un stade auquel le patient est incapable de mettre sa main bien à plat sur une surface plane en raison des rétractions présentes au niveau des articulations métacarpiennes-phalangiennes (MP). Une rétraction précoce des articulations métacarpiennes-phalangiennes peut être suivie par un médecin, mais une rétraction des articulations métacarpiennes-phalangiennes de 30 degrés ou plus doit être corrigée (24). Même les rétractions plus graves des articulations métacarpiennes-phalangiennes peuvent en général être complètement corrigées. Néanmoins, les rétractions des articulations interphalangiennes proximales sont plus complexes à traiter. Une rétraction des articulations interphalangiennes proximales de 30 degrés ou plus est une indication chirurgicale (25), de même qu'une grave rétraction en adduction susceptible d'entraîner une macération de la peau en raison de l'incapacité du patient à écarter les doigts. Les figures 6 et 7 montrent un patient en phase préopératoire présentant une rétraction en flexion des articulations métacarpiennes-phalangiennes de l'auriculaire et de l'annulaire et des articulations interphalangiennes proximales de l'auriculaire, de l'annulaire et du majeur. La figure 8 montre un patient en phase préopératoire, encore capable de fermer complètement le poing.



Figure 6 : Patient en phase préopératoire présentant une rétraction en flexion des articulations métacarpiennes-phalangiennes de l'auriculaire et de l'annulaire et des articulations interphalangiennes proximales de l'auriculaire, de l'annulaire et du majeur



Figure 7 : Patient en phase préopératoire présentant une rétraction en flexion des articulations métacarpiennes-phalangiennes de l'auriculaire et de l'annulaire et des articulations interphalangiennes proximales de l'auriculaire, de l'annulaire et du majeur



Figure 8 : Patient en phase préopératoire encore capable de fermer complètement le poing

Traitements

Il est important d'éduquer les patients à l'égard du traitement chirurgical et de la rééducation que nécessite la maladie de Dupuytren afin que leurs attentes soient réalistes. L'objectif est de corriger à la fois la rétraction des doigts et les cordes de la paume. La chirurgie ne peut venir à bout de la maladie. Comme nous l'avons dit précédemment, la correction des rétractions au niveau des articulations métacarpiennes-phalangiennes est généralement couronnée de succès, mais les rétractions des articulations interphalangiennes proximales sont beaucoup plus difficiles à corriger, ne se corrigent pas systématiquement et présentent un taux de récurrence plus élevé, particulièrement au niveau de l'auriculaire (25).

Fasciectomy régionale

La fasciectomy régionale est le type de fasciectomy le plus couramment pratiqué en cas de traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren. Cette intervention consiste en une exérèse totale du fascia (ou aponévrose) malade au niveau de la paume et des doigts, mais épargne le fascia apparemment sain. Cette opération peut être réalisée sous anesthésie régionale ou générale, avec utilisation d'un tourniquet et d'une lentille de grossissement. L'incision la plus communément pratiquée est l'incision en zigzag ou de type Bruner (26), mais l'incision mi-axiale, rectiligne ou longitudinale peut également être utilisée et refermée au moyen de multiples

plasties en Z afin de casser la ligne droite. Les figures 9 et 10 montrent un patient en phase postopératoire, ayant subi une fasciectomy palmaire visant à corriger les rétractions en flexion de son annulaire et de son auriculaire gauches. La figure 11 montre le même patient en phase postopératoire fermant complètement le poing.



Figure 9 : Patient en phase postopératoire ayant subi une fasciectomy palmaire destinée à corriger les rétractions en flexion de son annulaire et de son auriculaire gauches



Figure 10 : Patient en phase postopératoire ayant subi une fasciectomie palmaire destinée à corriger les rétractions en flexion de son annulaire et de son auriculaire gauches



Figure 11 : Le même patient en phase postopératoire fermant complètement le poing

Fasciectomy radicale

La fasciectomy radicale est réservée aux patients souffrant d'une maladie extensive tels que les personnes atteintes de la diathèse de Dupuytren, décrite par Houston (9). Les fascias malade et sain font l'objet d'une exérèse au niveau de la paume et des doigts rétractés. Cette résection plus extensive s'accompagne d'une morbidité postopératoire accrue, en raison des phénomènes de tuméfaction et de raideur.

Dermo-fasciectomy

La dermo-fasciectomy a été proposée par Houston (27) pour les patients souffrant d'une diathèse agressive et d'une atteinte de la peau. Le fascia malade et la peau sus-jacente sont excisés. L'anomalie tissulaire est corrigée par une greffe de peau d'épaisseur totale. Selon Houston, la greffe cutanée réduit le taux de récurrence (28).

Technique de la paume ouverte

La technique de la paume ouverte, décrite par McCash (28), nécessite des incisions transversales au niveau de la paume et des doigts. Les incisions ne sont pas fermées mais laissées ouvertes afin qu'elles puissent se ré-épithélialiser spontanément, ce qui prend généralement de 4 à 6 semaines. Cette technique empêche la formation d'un hématome, est indolore et permet une mobilisation immédiate des doigts. Néanmoins, dans le cadre de cette intervention, des pansements quotidiens sont nécessaires pendant une longue période.

Traction squelettique

La traction squelettique (22) est pratiquée avec succès pour redresser les rétractions. L'arrêt de la traction donne rapidement lieu à une récurrence, à moins que ce traitement ne soit suivi d'une intervention chirurgicale. Cette technique permet de faciliter la fasciectomy dans les cas de doigts gravement rétractés.

Interventions secondaires

La résection chirurgicale du fascia atteint n'a pas pour but de guérir la maladie, mais d'en contrôler les symptômes. On observe alors une récurrence et une extension de la maladie et Gonzales (30) a observé qu'aucun patient suivi pendant plus de 10 ans après la première intervention n'était exempt de signes de la maladie. Une maladie secondaire s'avère beaucoup plus problématique qu'une maladie primaire. Les plans tissulaires sains sont

perdus après la première opération et les incisions sont généralement dictées par les cicatrices précédentes. L'élévation des lambeaux cutanés au-dessus du fascia malade nouvellement formé requiert une technique ardue. Les faisceaux neurovasculaires sont, la plupart du temps, très superficiels en certains points. Il convient donc de procéder, tout d'abord, à une identification de ces faisceaux au niveau des tissus vierges puis d'opérer une dissection méticuleuse du fascia malade. La perméabilité des faisceaux vasculaires radial et ulnaire doit être vérifiée, dans la mesure où l'un ou l'autre peut avoir été endommagé précédemment. Malheureusement, il n'est pas d'anatomie normale.

Amputations

Les amputations, en tant qu'interventions secondaires (particulièrement de l'auriculaire) peuvent générer de nombreux problèmes, tels qu'un manque d'extension, la formation d'un névrome et l'apparition de symptômes caractéristiques de l'illusion des amputés. Jensen (31) recommande des solutions autres que l'amputation. Cependant, chez des patients triés sur le volet, qui présentent une maladie récurrente agressive et de graves rétractions de l'articulation interphalangienne proximale de l'auriculaire, j'ai pu observer que l'amputation était très efficace. La peau dorsale saine de la phalange médiane est utilisée pour remédier à la perte cutanée résultant de l'excision de la peau et du fascia malade au niveau de la face palmaire de la phalange proximale. Cette technique libère complètement l'articulation métacarpienne-phalangienne. Lorsque cette technique est pratiquée, le degré de satisfaction du patient est très élevé. De plus, la largeur totale de la paume est préservée, ce qui aide le patient à avoir une prise stable d'outils (par exemple, marteau et clé anglaise) au cours de la préhension de force.

Traitement postopératoire

La plupart des patients subissent l'intervention chirurgicale en tant que patients externes et retournent à la clinique le jour suivant l'opération. Le programme éducatif préopératoire est hautement bénéfique à ce moment précis, si le patient respecte le protocole qui lui a été soigneusement expliqué lors de la première consultation. Les pansements, l'attelle et les drains sont enlevés et la main fait l'objet d'un examen complet afin de détecter d'éventuels problèmes précoces tels qu'une tuméfaction anormale, la formation d'un hématome ou des complications découlant de lésions existantes. Il est assez rare d'observer l'un ou l'autre de ces problèmes à ce stade-ci. Un léger pansement est apposé et le patient est immédiatement confié aux bons soins d'un thérapeute de la main.

Le thérapeute dispose déjà de données de base préopératoires et détaillées concernant le patient. Des renseignements supplémentaires tels que le degré de correction obtenu grâce à l'opération, l'état des rétractions restantes, la

gravité de la blessure et la réaction du patient et des tissus à la chirurgie, sont recueillis à l'issue de l'intervention chirurgicale et dûment consignés. Les besoins du patient en termes d'attelle sont évalués sur base individuelle. Une atteinte palmaire isolée sans trace de rétraction ne nécessite la pose d'aucune attelle et une série d'exercices de motricité incluant l'utilisation modérée de la main est mise en place à partir du premier jour suivant l'opération.

Au stade initial de la maladie, la main du patient peut aisément être placée en position d'extension à l'aide d'une attelle appliquée au côté intérieur de la main. Une attelle antébrachiale est utilisée en cas d'atteinte plus extensive.

Les programmes thérapeutiques sont adaptés à chaque cas. Le patient doit retirer l'attelle afin de remplacer le pansement et de procéder à des soins cutanés, conformément aux instructions reçues. De plus, il doit exécuter (4 à 6 fois par jour) une série d'exercices de motricité spécifiques, modérés et actifs, lesquels incluent des mouvements alternés de flexion et d'extension. Les progrès du patient sont soigneusement enregistrés et le programme peut généralement être remis à niveau à la fin de la première semaine. Les sutures sont enlevées deux semaines après l'intervention chirurgicale et le programme de rééducation du patient poursuit sa progression, sous le contrôle du thérapeute.

Résultats

Complications

Des complications surviennent régulièrement. Une importante enquête multicentrique a mis en évidence un taux de complication de 19 pour cent (24), lequel inclut la formation d'un hématome, une perte cutanée, une infection, une division nerveuse ou artérielle, une perte de flexion et une dystrophie sympathique réflexe. Tout d'abord, l'incidence de la formation d'un hématome peut être réduite en veillant à ce que le patient cesse la prise d'aspirine, d'anticoagulants, d'agents anti-inflammatoires non stéroïdiens, de vitamine E, de vitamine B12 et de tout autre agent susceptible d'entraver la coagulation avant l'intervention chirurgicale. Ces agents peuvent être prescrits à nouveau à partir du premier jour suivant l'opération.

Une nécrose des lambeaux peut être causée par un hématome non soigné, une dévascularisation des lambeaux ou une déformation en boutonnière des lambeaux durant la réparation chirurgicale de la peau. La dissection est rendue difficile en raison de la présence de trous palmaires, d'articulations gravement rétractées ou d'une maladie récurrente. Les lentilles de

grossissement constituent des outils précieux dans de telles situations, dans la mesure où elles permettent au chirurgien d'enlever tous les tissus malades tout en préservant les tissus sains. L'infection est rare, mais peut être consécutive à un hématome. L'hématome est traité par la pose de drains, la culture de la plaie et l'utilisation d'antibiotiques systémiques adéquats, le tout en veillant à changer régulièrement les pansements au niveau de la zone malade. La tuméfaction résultant d'une infection s'accompagne d'une raideur articulaire. Aussi est-il recommandé de commencer un traitement surveillé le plus tôt possible.

Les lésions touchant les nerfs et les vaisseaux peuvent survenir, même entre les mains des chirurgiens les plus expérimentés, tout particulièrement au cours d'interventions secondaires. Ces lésions doivent être immédiatement identifiées afin d'éviter une résection des nerfs et des vaisseaux lésés, laquelle ne ferait qu'aggraver la situation. Une lésion nerveuse doit être réparée avant fermeture, au moyen d'une technique microchirurgicale. Même après une fasciectomie non suivie de complications, lorsque le nerf est en continuité, la sensation ressentie au niveau du doigt est souvent diminuée. Une enquête multicentrique a montré qu'une réduction de la flexion survenait dans 6 pour cent des cas (25). La dystrophie sympathique réflexe a été signalée chez 4 pour cent des patients et 8 pour cent des patientes (30). La dystrophie est à distinguer de la réaction érythémateuse, laquelle traduit une réaction des parties molles au traumatisme provoqué par l'intervention chirurgicale. Des patients se plaignant d'une tuméfaction, d'une raideur et d'une douleur cuisante, phénomènes survenant parfois plusieurs semaines après l'opération, doivent conduire le chirurgien à conjecturer l'existence d'une dystrophie sympathique réflexe. Un traitement actif, combiné à l'utilisation d'agents anti-inflammatoires non stéroïdiens, à une élévation et à un blocage ganglionnaire, aide à soulager ces différents symptômes.

Résultats cliniques

Rivers (32) a observé une différence statistiquement significative dans l'amélioration moyenne de l'extension de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) chez les patients fidèles au programme postopératoire prévoyant la pose d'une attelle d'extension, par rapport aux patients moins fidèles au même programme. L'articulation métacarpienne-phalangienne peut en général être considérablement corrigée, mais les articulations interphalangiennes sont rarement complètement corrigées, surtout au niveau de l'auriculaire. L'articulation interphalangienne proximale de l'auriculaire est communément affectée par un degré plus aigu de la maladie (24).

Healey (33) a signalé l'établissement d'un « système de mesure statistiquement valide des résultats cliniques visant à évaluer les scores de symptômes et de fonction physique ainsi que le degré de satisfaction du patient après une correction chirurgicale de la maladie de Dupuytren » au

moyen du questionnaire SF-36. Le degré de satisfaction du patient s'inscrivait en droite ligne avec l'amélioration des scores de fonction physique postopératoires, l'amélioration des scores de symptômes postopératoires et la chirurgie pratiquée au niveau de la main dominante.

Résumé

Le traitement des patients atteints de la maladie de Dupuytren fait appel à tous les aspects des soins apportés à un patient en phase pré- ou postopératoire. La maladie de Dupuytren ne menace pas le pronostic vital, mais ne peut être guérie. L'éducation joue un rôle essentiel afin de veiller à ce que le patient comprenne l'histoire naturelle de la maladie et les limites des traitements actuels. Aujourd'hui néanmoins, pour un patient atteint d'une maladie de Dupuytren à caractère débilitant, une intervention chirurgicale immédiatement suivie d'un programme de rééducation peut améliorer considérablement la motricité de la main.

Index des figures

Figure 1	Nodule palmaire nouvellement formé
Figure 2	Corde prétendineuse avec rétraction en flexion de l'articulation métacarpienne-phalangienne de l'annulaire
Figure 3	Cordes natatoires et incapacité d'écarter l'annulaire et le majeur
Figure 4	Coussinet des phalanges affectant la face dorsale des articulations interphalangiennes proximales (IPP)
Figure 5	Nodule plantaire
Figure 6 & 7	Patient en phase préopératoire présentant une rétraction en flexion des articulations MP de l'auriculaire et de l'annulaire et des articulations IPP de l'auriculaire, de l'annulaire et du majeur
Figure 8	Patient en phase préopératoire encore capable de fermer complètement le poing
Figure 9 & 10	Patient en phase postopératoire ayant subi une fasciectomie palmaire destinée à corriger les rétractions en flexion de son annulaire et de son auriculaire gauches
Figure 11	Le même patient en phase postopératoire fermant complètement le poing

Bibliographie

1. Majno G, Gabbiani G, Hirschel BJ, et al. Contraction of granulation tissue in vitro. *Science* 173:548, 1971.
2. McFarlane RM. Unpublished data from the Dupuytren's disease committee of the International Federation of Societies for Surgery of the Hand, 1985.
3. Bower M, Nelson M, Gazzard BG. Dupuytren's contracture in patients affected with HIV. *BMJ* 300:164, 1990.
4. Ling RSM. The genetic factors in Dupuytren's disease. *J Bone Joint Surg* 45B:709, 1963.
5. Matthews P. Familial Dupuytren's contracture with predominantly female expression. *Br J Plast Surg* 32:120, 1979.
6. McFarlane RM. Dupuytren's disease: relation to work and injury. *J Hand Surg (Am)* 16:775, 1991.
7. Liss GM, Stock SR. Can Dupuytren's contracture be work related? Review of the evidence. *Am J Indus Med* 29:521, 1996.
8. Classen DJ, Hurst LN. Plantar fibromatosis: a case report of bilateral flexion contractures and review of the literature. *Ann Pl Surg* 28:475, 1992.
9. Hueston JT. State of the art: the management of recurrent Dupuytren's disease. *Eur Med Bibliography* 1:7, 1991.
10. Critchley EMR, Vakil SDF, Hayward HW, et al. Dupuytren's disease in epilepsy: result of prolonged administration of anticonvulsants. *J Neural Neurosurg Psychiatry* 39:498-504, 1976.
11. McFarlane RM. The current status of Dupuytren's disease. *J Hand Ther* 8:181, 1995.
12. Crisp AJ, Heathcote JG. Connective tissue abnormalities in diabetes mellitus. *J R Coll Physicians Lond* 18:132, 1984.
13. Noble J, Heathcote JG, Cohen H. Diabetes mellitus in the etiology of Dupuytren's disease. *J Bone Joint Surg* 66B:322, 1984.

14. Bradlow R, Mowat AG. Dupuytren's contracture and alcohol. *Ann Rheum Dis* 45:304-307, 1986.
15. Sabiston DW. Cataracts, Dupuytren's contracture, and alcohol addiction. *Am J Ophthalmol* 75:1005, 1973.
16. Su CK, Patek AJ Jr. Dupuytren's contracture: its association with alcoholism and cirrhosis. *Arch Intern Med* 126:278, 1970.
17. Murrell GA. An insight into Dupuytren's contracture. *Ann Roy Coll Surgeons England* 74:156, 1992.
18. Berger A, Pelbruck A, Brenner P, et al. Dupuytren's disease. New York, 1994, Springer-Verlag.
19. McCarthy DM. The long term results of enzymatic fasciotomy. *J Hand Surg (Br)* 17:356, 1992.
20. Ketchum LD. The use of the full thickness skin graft in Dupuytren's contracture. *Hand Clin* 7:731, 1991.
21. Hueston JT. Regression of Dupuytren's contracture. *J Hand Surg (Br)* 17:453, 1992.
22. Messina A, Messina J. The continuous elongation treatment by the TEC device for severe Dupuytren's contracture of the fingers. *Plast Reconstr Surg* 92:84, 1993.
23. Hueston JT. Dupuytren's contracture: selection for surgery. *Br J Hosp Med* 13:361, 1974.
24. McFarlane RM. Dupuytren's disease. In McCarthy JG (editor): *Plastic Surgery*. Philadelphia, 1990, WB Saunders.
25. McFarlane RM. Dupuytren's contracture. In Green DP (editor): *Operative hand surgery*. New York, 1993, Churchill Livingstone.
26. Bruner JM. The zig-zag volar-digital incision for flexor tendon surgery. *Plast Reconstr Surg* 40:571, 1967.
27. Hueston JT. Dermatofasciectomy for Dupuytren's disease. *Bull Hosp Joint Dis* 44:224, 1984.
28. Hueston JT. The control of recurrent Dupuytren's contracture by skin replacement. *Br J Plast Surg* 11:152, 1969.

29. McCash CR. The open-palm technique in Dupuytren's contracture. *Br J Plast Surg* 17:271, 1964.
30. McFarlane RM, Botz JS. The results of treatment. In McFarlane RM, McGrouther DA, Flint MH (editors): *Dupuytren's disease: biology and treatment (hand and upper limb series)*. New York, 1990, Churchill Livingstone.
31. Jensen CM, Hangegaard M, Rasmussen SW. Amputations in the treatment of Dupuytren's disease. *J Hand Surg (Br)* 18:781, 1993.
32. Rabinovsky Ed, Weinfeld AB, Barrows T, et al. The role of transforming growth factor (TGF-6) in Dupuytren's contracture. *Am Assoc Hand Surg (27th meeting abs)* 54, 1997.
33. McFarlane RM. Dupuytren's disease. In McCarthy JG (editor): *Plastic surgery*. Philadelphia, 1990, WB Saunders.