

DOSSIER



LA MALADIE DE DUPUYTREN

Prise en charge et traitements

Dossier coordonné par le Docteur Henri Lellouche (Paris)

Consensus sur la prise en charge médico-chirurgicale de la maladie de Dupuytren P. 96

Dr Henri Lellouche et Dr Eric Roulot (Paris)

1 La maladie de Dupuytren : anatomie, épidémiologie et physiopathologie P. 97

Dr Henri Lellouche, Dr Eric Roulot, Dr Jean-Luc Lermusiaux

2 Le point sur les traitements : traitements médicaux et chirurgicaux P. 101

Dr Henri Lellouche, Dr Eric Roulot, Dr Jean-Luc Lermusiaux

3 L'aponévrotomie à l'aiguille : une alternative à la chirurgie P. 106

Dr Henri Lellouche, Dr Eric Roulot, Dr Jean-Luc Lermusiaux

DOSSIER

CONSENSUS SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICO-CHIRURGICALE DE LA MALADIE DE DUPUYTREN

La prise en charge de la maladie de Dupuytren a fait l'objet de nombreuses discussions, voir contradictions, ces dernières années. Aujourd'hui, il semble bien y avoir en France un consensus pour la prise en charge de certaines formes. Les formes palmaires avec flessum, même débutant, relèvent de l'aponévrotomie à l'aiguille, réalisée en cabinet de consultation dans les conditions d'une infiltration.

Les formes multi-récurrentes, les stades évolués avec blocage articulaire peuvent bénéficier d'une chirurgie traditionnelle.

Les autres formes, notamment les formes digitales et palmo-digitales, sont de traitement difficile compte tenu des variations anatomiques du trajet du nerf collatéral. Elles peuvent être traitées par aponévrotomie à l'aiguille par des praticiens expérimentés.

La nécessaire collaboration médico-chirurgicale dans la prise en charge de la maladie de Dupuytren permet de trouver une réponse adaptée à chaque patient.

Dr Henri Lellouche

Institut de l'appareil locomoteur Nolle, Hôpital Lariboisière, Paris

Dr Eric Roulot

Hôpital Lariboisière, Paris

1 LA MALADIE DE DUPUYTREN

Anatomie, épidémiologie et physiopathologie

La maladie de Dupuytren se définit comme une rétraction de l'aponévrose palmaire moyenne, pouvant entraîner la flexion progressive et irréductible d'un ou de plusieurs doigts. Sa fréquence, sa répartition géographique, sa transmission génétique, ses nombreuses formes cliniques, son mode évolutif impré-

visible et son aggravation par les microtraumatismes et la sénescence, lui confèrent une place toute particulière dans la pathologie de la main.

Dr Henri Lellouche*, Dr Eric Roulot**,
Dr Jean-Luc Lermusiaux***

ANATOMIE FONCTIONNELLE ET CHIRURGICALE

La maladie de Dupuytren est une sclérose rétractile de l'aponévrose palmaire moyenne, pouvant entraîner la flexion progressive et irréductible d'un ou plusieurs doigts.

L'anatomie de l'aponévrose palmaire permet de comprendre la trame selon laquelle se développe l'affection.

L'aponévrose palmaire superficielle

L'aponévrose palmaire superficielle comporte trois parties (Fig. 1) : les aponévroses palmaires interne, externe et moyenne. L'anatomie de l'aponévrose palmaire moyenne, la plus importante

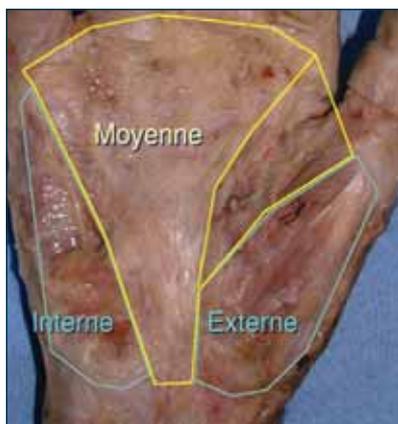


Figure 1 - Organisation de l'aponévrose palmaire superficielle.

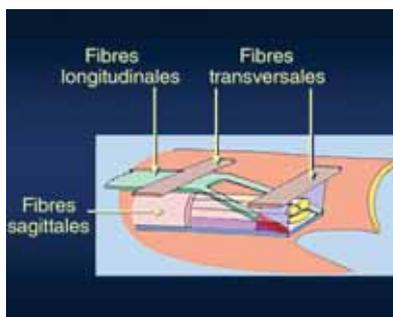


Figure 2- Disposition des fibres constituant l'aponévrose palmaire moyenne.

anatomiquement et pathologiquement, est bien connue. L'aponévrose palmaire moyenne s'étale en éventail de la partie terminale du tendon long palmaire à la partie basse du canal carpien et se poursuit vers les doigts en recouvrant les tendons fléchisseurs des doigts longs. Son système ligamentaire est situé juste sous la peau et comprend des fibres longitudinales, transversales et sagittales (Fig. 2). La pathogenèse de la maladie de Dupuytren repose sur leur structure tridimensionnelle.

Les fibres longitudinales prennent leur origine au niveau du tendon long palmaire ou, si ce tendon est absent, au niveau des fibres de l'aponévrose antébrachiale. Elles s'étendent sur toute la largeur de la paume, en éventail. Elles sont réunies et s'arrêtent au niveau du



Figure 3- Disposition des fibres longitudinales de l'aponévrose palmaire moyenne.

pli de flexion palmaire distal, en formant un hiatus aponévrotique, où la majorité des fibres s'insèrent à la face profonde du derme alors que le reste des fibres s'enfonce en profondeur, en passant de chaque côté des articulations métacarpophalangiennes. Elles viennent alors s'ancrer au fond de chaque commissure interdigitale ou s'associer avec les fibres de l'aponévrose palmaire pro-

* Rhumatologue, Institut de l'appareil locomoteur Nollet, Attaché de rhumatologie à l'Hôpital Lariboisière, Unité Rhumatologique des Affections de la Main (U.R.A.M.)

** Chirurgien, Institut de la main, Clinique Jouvenet, Attaché de chirurgie à l'Hôpital Lariboisière, Unité Rhumatologique des Affections de la Main (U.R.A.M.)

*** Rhumatologue, Attaché de rhumatologie à l'Hôpital Lariboisière, Unité Rhumatologique des Affections de la Main (U.R.A.M.)

DOSSIER

fonde. En avant des fléchisseurs, elles s'épaississent en formant plusieurs bandelettes pré-tendineuses (Fig. 3).

Les fibres transversales se répartissent entre le ligament palmaire transverse superficiel (LPTS) en amont et le ligament palmant interdigital (LPI) ou natatoire en aval. Le LPTS passe transversalement sous les bandelettes prétendineuses. Son bord distal se situe à la hauteur du pli de flexion palmaire distal. Son bord proximal se situe à la partie basse de l'arcade vasculaire palmaire superficielle. Le LPI présente un bord proximal bien délimité, s'étalant du bord radial de l'index au bord cubital du cinquième doigt. En distal, il se poursuit par l'aponévrose digitale et recouvre les pédicules vasculo-nerveux palmaires et les tendons fléchisseurs. Le LPI envoie des fibres longitudinales de chaque côté des doigts, vers la face profonde des paquets vasculo-nerveux digitaux, qui se retrouvent ainsi entourés à la base des doigts par le LPI en superficie et les bandelettes rétrovasculaires. Au fond des commissures, ces fibres sont reliées aux fibres profondes provenant des cloisons interdigitales et elles constituent un chiasma fibreux adhérent aux crêtes commissurales, mais laissant la peau de la base des doigts libre (Fig. 4).

Les fibres sagittales forment huit cloisons verticales qui réunissent les apo-

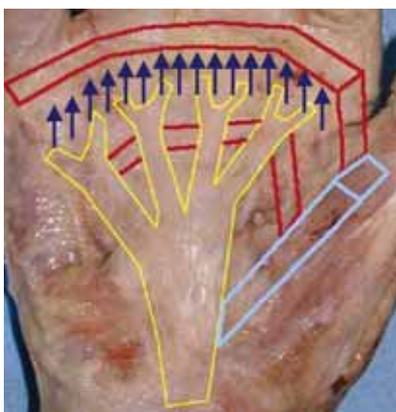


Figure 4 - Aponévrose palmaire moyenne : les fibres transversales responsables des brides palmantes.

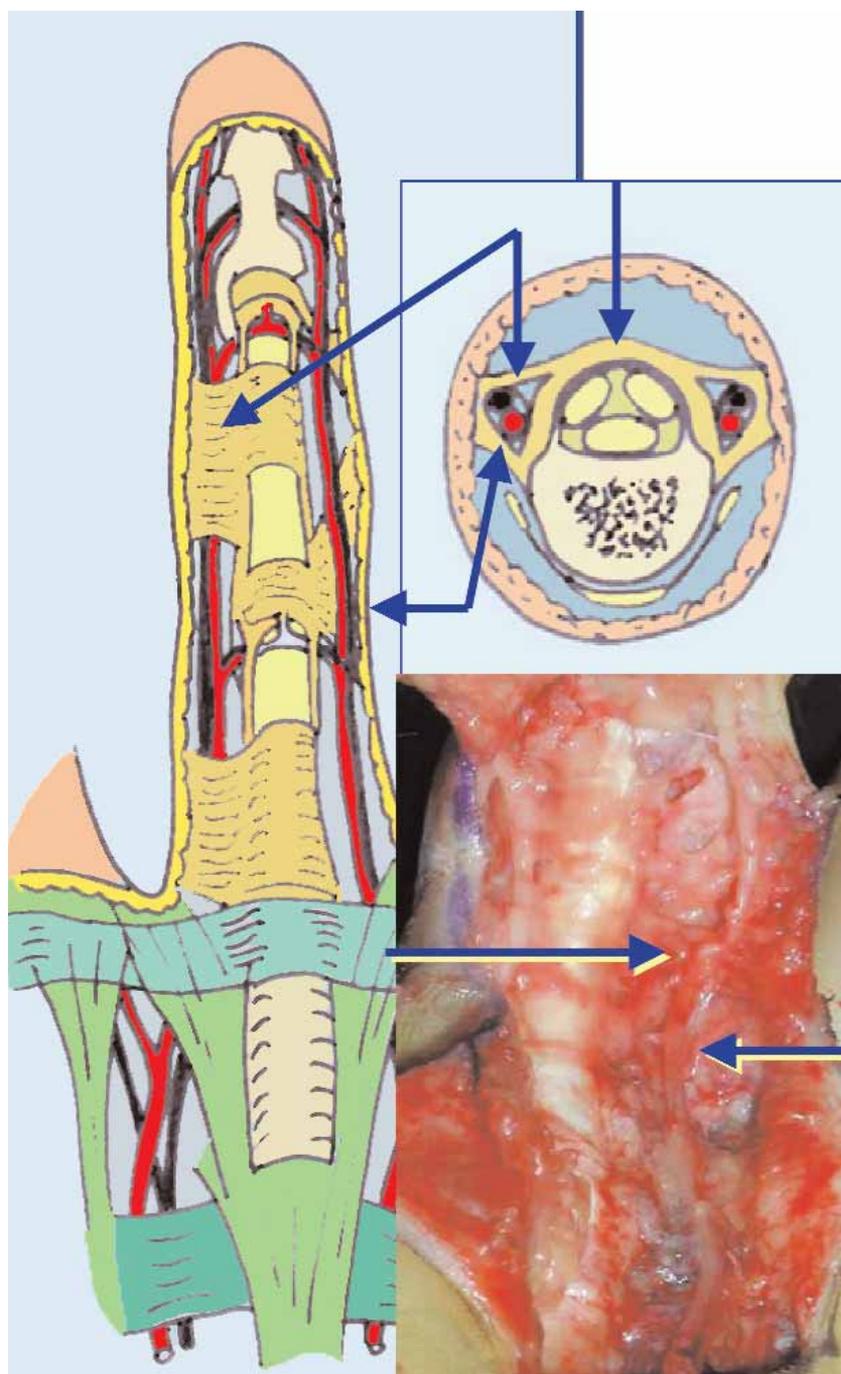


Figure 5 - Aponévrose digitale : ses rapports avec le paquet vasculo-nerveux.

névroses palmaires moyenne et profonde, de part et d'autre des fléchisseurs. Ces cloisons séparent des loges contenant soit les fléchisseurs, soit les pédicules vasculo-nerveux et les muscles lombricaux (Fig. 5).

■ L'aponévrose digitale

L'aponévrose digitale est essentiellement

composée de fibres circulaires, qui se dédoublent au niveau des faces antéro-latérales pour englober les pédicules vasculo-nerveux. Elle est constituée d'une lame latérale digitale, en continuité avec le ligament palmant interdigital et la terminaison de l'aponévrose palmaire moyenne. Le canal digital est limité du côté interne par les flé-

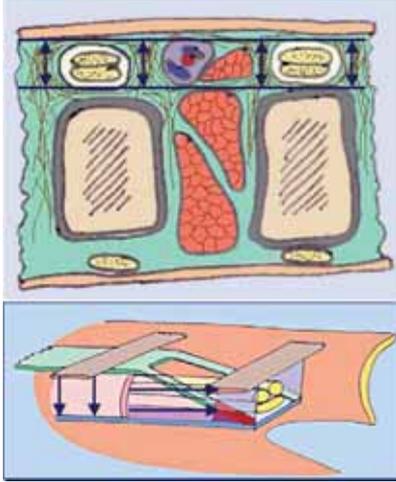


Figure 6 - Aponévrose palmaire : répartition des cloisons sagittales.

chisseurs, en avant de chaque pédicule par le ligament de Cleland, qui s'étend du derme aux phalanges et en arrière par le ligament de Grayson, qui serait le dédoublement antérieur de la gaine fibreuse entourant les pédicules. Le ligament de Cleland est perforé par endroit pour laisser passer les branches vasculaires et nerveuses à destinée dorsale. Le feuillet superficiel adhère latéralement aux gaines entourant les fléchisseurs et au derme par des cordons fibreux (Fig. 6).

■ Anatomie pathologique et formes cliniques

Les formations aponévrotiques normales constituent un guide anatomique et un support mécanique au développement de la rétraction fibreuse, mais celle-ci apparaît également dans d'autres



Figure 7 - Les différents stades de la maladie : le stade IV est ici particulièrement sévère.

secteurs du conjonctif palmaire, notamment dans les travées conjonctives qui relient la face profonde du derme aux plans sous-jacents. La fibrose rétractile ne reprend pas l'organisation normale du système aponévrotique et épargne, par exemple constamment, les fibres du LPTS. La maladie de Dupuytren produit d'abord des nodules et des ombilications en palmaire. Les nodules correspondent à l'hypertrophie localisée des bandelettes spirales en avant de la gaine des fléchisseurs. Les ombilications traduisent l'adhérence de la partie superficielle des bandelettes prétendineuses à la face profonde du derme. Les brides correspondent ensuite à un épaissement et une rétraction des bandelettes prétendineuses dans la paume et des bandelettes spiralées en direction des doigts (1).

Même si l'anatomie de l'aponévrose palmaire a bien été décrite depuis de nombreuses années, l'extrême variabilité de la localisation de l'aponévrose pathologique a récemment été étudiée sur des dissections cadavériques (2). Ainsi, la possibilité d'une organisation différente de l'aponévrose pathologique selon les sujets et selon les doigts, a été évoquée. De plus, sa capacité à subir des contraintes serait liée à sa forme anatomique. On peut donc décrire plusieurs types d'anatomie fonctionnelle de l'aponévrose palmaire. Ceci permettrait notamment d'expliquer la fréquence de l'atteinte du quatrième et du cinquième doigt. Le choix thérapeutique sera guidé notamment par la forme clinique.

Les formes palmaires isolées fréquentes sont les plus faciles à traiter. Les formes palmo-digitales sont les plus fréquentes. Les formes digitales isolées sont rares et de traitement difficile, avec enraidissement rapide de l'inter phalangienne proximale. Certaines formes peuvent poser des problèmes thérapeutiques particuliers : c'est le cas des formes palmanentes avec impossibilité d'écartement des doigts ou des formes adhérentes à la peau avec puits cutanés, invaginations

et peau fissurée et épaissie, d'où un risque plus important d'infection. Enfin, les formes du sujet jeune sont souvent sévèrement évolutives et récidivantes.

LA CLASSIFICATION DE TUBIANA

La classification de Tubiana (3) est la plus utilisée pour mesurer la rétraction globale des doigts. Pour les doigts longs, on distingue cinq stades (Fig. 7) :

- stade 0 : atteinte nodulaire sans perte de l'extension ;
- stade I : flexum global entre 0° et 45° ;
- stade II : flexum global entre 45° et 90° ;
- stade III : flexum global entre 90° et 135° ;
- stade IV : flexum global de plus de 135°.

ÉTIOPATHOGÉNIE

La maladie de Dupuytren reste une pathologie d'étiologie encore indéterminée. De nombreux facteurs génétiques, mécaniques, anatomiques, vasculaires, toxiques et métaboliques semblent entrer en jeu dans l'installation et le développement de cette "mystérieuse" pathologie.

■ Les facteurs génétiques

Les facteurs génétiques sont au premier plan. On retrouve plus de 30 % de cas familiaux. La transmission se fait sur le mode autosomique dominant à pénétrance variable, ce qui explique l'incidence plus faible et l'apparition plus tardive de cette maladie au sein de la population féminine. Le caractère héréditaire de la maladie est conforté par sa répartition géographique, qui semble suivre l'invasion des vikings en Europe du nord avec un maximum de fréquence en Islande, où près de 20 % de la population masculine est atteinte. De même, toutes les populations scandinaves, britanniques et celles liées à l'émigration au Canada, en Australie et en Amérique du Nord sont concernées (4). De plus, la maladie est exceptionnelle chez les sujets de race noire et seuls quelques cas ponctuels ont été décrits en Asie avec,

DOSSIER

en particulier au Japon, des régions où on a recensé des familles entières atteintes par la maladie (5). Les différentes études génétiques n'ont pas permis jusqu'à présent d'expliquer la prédominance masculine de la maladie, avec en moyenne huit hommes pour deux femmes, même si l'on évoque souvent un facteur génétique lié au sexe.

■ Les facteurs mécaniques

Les résultats des études épidémiologiques sont insuffisants pour prouver un lien direct entre des traumatismes ou des microtraumatismes répétés et l'apparition d'une maladie de Dupuytren, même s'ils sont souvent cités comme agent causal. Elle n'est pas reconnue comme maladie professionnelle en France. C'est pourtant l'étiologie qu'avait retenue le baron de Dupuytren dans sa description princeps. Néanmoins, certains travaux laissent penser que l'hyperutilisation de ses mains peut aggraver une maladie de Dupuytren (3). Nous mettrons à part l'apparition d'une maladie de Dupuytren dans les suites d'une agodystrophie.

■ Les facteurs métaboliques

L'alcoolisme a longtemps été considéré comme responsable de nombreuses maladies de Dupuytren. En fait, la rétraction de l'aponévrose palmaire peut compliquer une maladie alcoolique, mais la plupart de nos patients ont une consommation d'alcool qui reste dans la moyenne nationale de la tranche d'âge concernée (6).

La maladie de Dupuytren est plus fréquemment observée chez les diabétiques : près de 20 % seraient atteints. Ces patients ont de plus de nombreuses petites pathologies des doigts, comme des doigts à ressort et des ténosynovites des fléchisseurs. L'association Dupuytren-chéiroarthropathie diabétique (flexum des doigts par épaissement dermique, des tendons et capsulite rétractile) est fréquente (7). Un terrain génétique commun entre maladie de Dupuytren et diabète a été évoqué. Certains médicaments comme l'isoniazide, le phénobarbital ou le marimat, inhibiteur de la métalloprotéase (8), peuvent induire une maladie de Dupuytren. Par ailleurs, elle a fait l'objet d'un rapprochement étroit avec la cigarette et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, sans preuve formelle de lien de causalité (9).

LES HYPOTHÈSES PHYSIOPATHOLOGIQUES

Les mécanismes physiopathologiques sont mal connus et plusieurs hypothèses ont été avancées.

Les études au microscope électronique retrouvent au sein des nodules une hyperplasie des fibroblastes et une production de collagène immature. L'adhésion de ces éléments aux structures anatomiques normales entraîne une rétraction cutanée et une attraction des articulations en flexion. Le caractère rétractile de ces fibro-

blastes a amené certains auteurs à leur donner le nom de myofibroblastes (10). Les modifications vasculaires se traduisent par une baisse du débit sanguin local.

A partir de ces constatations, deux hypothèses physiopathologiques ont été avancées. Soit intrinsèque, avec l'apparition de microruptures hémorragiques dans et autour des nodules, suivie d'une réparation avec rétraction cicatricielle. Soit intrinsèque, avec localisation initiale de la maladie à la surface de l'aponévrose palmaire, puis extension en profondeur le long des septums préexistants, ainsi qu'à l'intérieur et à la surface de l'aponévrose produisant une rétraction progressive.

CONCLUSION

La confrontation des différents facteurs étiologiques et des hypothèses physiopathologiques permettrait d'expliquer à la fois la notion de terrain génétique, l'évolutivité imprévisible de la maladie de Dupuytren et son aggravation par les microtraumatismes et la sénescence. La prise en charge médicochirurgicale doit permettre de trouver une solution thérapeutique adaptée à chaque cas. ■

MOTS-CLÉS

ANATOMIE, CLINIQUE, PHYSIOPATHOLOGIE, ETIOPATHOGÉNIE, APONÉVROSE PALMAIRE, FIBRES, RÉTRACTION FIBREUSE

Bibliographie

1. W1. Alnot JY, Lamotte S. Pathologie du tissu fibreux de la main. Maladie de Dupuytren. Coussinets fibreux des phalanges. Actualités Rhumatologiques. Paris: Expansion scientifique française 1982; 96-104.
2. Kuhlmann JN. Etude anatomique et mécanique de l'aponévrose palmaire superficielle moyenne. Prédilection à la maladie de Dupuytren? La Main 1999; 4 (1): 1-13.
3. Alnot JY, Tubiana R. Maladie de Dupuytren. Encyclopédie médico-chirurgicale, 14-068-A-10.
4. Brenner P, Krause-Bergmann A, Van VH. Dupuytren contracture in North Germany. Epidemiological study of 500 cases. Unfallchirurg. Abstract 2001; 104: 303-11.
5. Ling RS. The genetic factors in Dupuytren's disease. J Bone Joint Surg Br 1963; 45: 709-18.
6. Su CK, Patek AJ Jr. Dupuytren's contracture: its association with alcoholism and cirrhosis. Arch Intern Med 1970; 126: 278-81.
7. Noble J, Heathcote JG, Cohen H. Diabetes mellitus in the aetiology of Dupuytren's disease. J Bone Joint Surg Br 1984; 66: 322-5.
8. Hutchinson JW, Tierney GM, Parsons JL, Davis TR. Dupuytren's disease and frozen shoulder induced by treatment with a matrix metalloproteinase inhibitor. J Bone Joint Surg Br 1998; 80: 907-8.
9. Bower M, Nelson M, Gazzard BG. Dupuytren's contractures in patients infected with HIV. BMJ 1990; 300: 164-5.
10. Murrell GA. The rôle of the fibroblast in Dupuytren's contracture. Hand Clin 1991; 7: 669-81.

2 LE POINT SUR LES TRAITEMENTS

Traitements médicaux et chirurgicaux

La maladie de Dupuytren pose de nombreux problèmes thérapeutiques qui ne sont pas encore résolus. Les recherches sur les mécanismes physiopathologiques du développement et de l'extension de la maladie, ainsi que sur les solutions et les indications thérapeutiques doivent se poursuivre. Les différents traitements per os n'ont pas aujourd'hui fait la preuve de leur efficacité ni dans le trai-

tement ni dans la prévention des récives. La complémentarité des techniques chirurgicales et de l'aponévrotomie à l'aiguille ne se discute plus. Cet article se propose de faire le point sur les traitements médicaux et chirurgicaux.

Dr Henri Lellouche*, Dr Eric Roulot**,
Dr Jean-Luc Lermusiaux***

INTRODUCTION

De nombreux traitements médicaux ou physiques ont été essayés dans cette indication, mais aucun traitement médical n'a prouvé son efficacité sans section mécanique ou enzymatique des cordes. Une revue détaillée de la littérature a permis de mettre en avant quelques produits qui pourraient, dans l'avenir, avoir un intérêt thérapeutique dans le traitement ou dans la prévention des récives après aponévrotomie à l'aiguille ou chirurgie.

LES TRAITEMENTS MÉDICAUX

■ La collagénase

Le collagène est la protéine polymérisée la plus abondante dans le monde vivant. Elle représente plus d'un tiers de toutes les protéines de l'homme et compose 75 % de notre peau. C'est le constituant principal de l'aponévrose palmaire. La seule enzyme capable de dégrader les fibrilles hélicoïdales du collagène est la collagénase. Les résultats d'une étude en double aveugle contre placebo (phase 2) ont été publiés en 1999 (1). Elle portait

sur 49 patients. Des 25 patients qui ont reçu une injection simple de collagénase, 18 ont été améliorés avec récupération d'une extension du doigt traité entre 0 et 5 degrés, le contrôle étant effectué à 7 et 14 jours et à 1 mois (soit 72 % de bons résultats). Pour le groupe placebo, 2 des patients ont eu une légère amélioration.

En 2002, Badalamente (2) a présenté les résultats d'une étude portant sur 80 patients (64 hommes et 16 femmes). Les patients présentaient un flessum digital moyen de 49 degrés. Des patients ont été traités avec 2 500, 5 000, ou 10 000 unités de collagénase ou avec un placebo. Parmi les 16 patients traités en palmaire par 10 000 unités de collagénase, 13 ont récupéré une extension normale (0-5 degrés), soit 81 %; 6 sur 15 dans le groupe 5 000 unités (40 %), 7 sur 14 dans le groupe 2 500 unités (50 %), et 0 sur 10 dans le groupe placebo.

Une extension totale du doigt a été obtenue chez 5 des 7 patients ayant un flessum de l'interphalangienne proximale et ayant reçu 10 000 unités de collagénase. En revanche, il n'y a que 4 des 7

patients dans le groupe de 5 000 unités, 2 sur 4 dans le groupe de 2 500 unités et 0 sur 7 dans le groupe placebo.

Les effets indésirables ont été minimes : douleur à la pression au point d'injection, œdème de la main (palmaire et dorsal), hématome localisé et douleur ulnaire intermittente, avec irradiation au coude et au creux axillaire. Tous ses effets secondaires se sont estompés en 5 à 14 jours après l'injection.

D'après les résultats des études et les témoignages de patients traités par la collagénase, il semble que ce traitement corresponde à une simple "fasciotomie" enzymatique par aponévrotomie (3).

En 1992, Mc Carthy (4) montre, dans un article consacré au suivi des "fasciotomie" enzymatiques, que 78 % des patients traités et initialement satisfaits, avaient récidivé dans les trois ans suivant le traitement. Celui-ci semble donc ne rien apporter par rapport à l'aponévrotomie à l'aiguille. L'idée d'une association collagénase - aiguille ne paraît pas avoir d'intérêt particulier, puisque le taux de récive ne semble pas diminué par l'utilisation de l'enzyme.

* Rhumatologue, Institut de l'appareil locomoteur Nollet, Attaché de rhumatologie à l'Hôpital Lariboisière, Unité Rhumatologique des Affections de la Main (U.R.A.M.)

** Chirurgien, Institut de la main, Clinique Jouvenet, Attaché de chirurgie à l'Hôpital Lariboisière, Unité Rhumatologique des Affections de la Main (U.R.A.M.)

*** Rhumatologue, Attaché de rhumatologie à l'Hôpital Lariboisière, Unité Rhumatologique des Affections de la Main (U.R.A.M.)

DOSSIER

■ La colchicine

La colchicine est le médicament traditionnel de la goutte. Son excellente tolérance et son innocuité sur le long cours, à faibles doses, sont bien connues.

Ce médicament est aussi utilisé classiquement dans certaines maladies systémiques inflammatoires et fibrosantes, telles que la sclérodémie, la sclérose pulmonaire idiopathique, la mucoviscidose à forme pulmonaire (5).

Son action a pour effet de réduire la production des fibres de collagène par les myofibroblastes et d'inhiber in vitro la multiplication des fibroblastes.

Dans notre expérience et sur une courte série de maladies de Dupuytren (de 1995 à 2000, non publiée) nous avons constaté, sous colchicine, à la dose de 1mg par jour pendant des durées supérieures à trois mois, un arrêt de l'évolution dans un cas sur deux.

Dans deux essais récents de traitement de la maladie de la Peyronie par la colchicine (6), les auteurs ont fait état de bons résultats consistant en une réduction des plaques fibreuses dans 50 % des cas, pour des doses de 1 mg par jour pendant des durées de trois à cinq mois.

Cet ensemble de faits, encourageants, nous incite à entreprendre dans le service, un essai randomisé, en double insu contre placebo, pour tenter de démontrer l'effet bénéfique de la colchicine sur le cours de la maladie de Dupuytren

■ Le verapamil

Le verapamil (isoptine®) est un inhibiteur calcique cardio-sélectif, utilisé par les cardiologues pour le traitement de l'angor et la prévention des tachycardies paroxystiques supra-ventriculaires.

Son utilisation dans le traitement de la maladie de Dupuytren (et également dans la maladie de La Peyronie) (7) est basée sur la capacité des inhibiteurs calciques à inhiber in vitro et in vivo la synthèse de la matrice extracellulaire. Celle-ci comprend le collagène, mais également les glyco-aminoglycanes et la fibronectine.

Rayan et coll (8) ont démontré, in vitro, que le Verapamil avait une action frénatrice sur la rétraction fibromateuse dans la maladie de Dupuytren.

Une pommade au verapamil est disponible sur internet, bien qu'elle soit délivrée sur ordonnance médicale. Le laboratoire préconise l'utilisation de sa préparation à 2 %, dès le stade nodulaire. A ce jour, aucune étude sérieuse n'a démontré que ce traitement avait une efficacité à long terme dans la maladie de Dupuytren.

■ Les traitements corticoïdes locaux

Les corticoïdes injectables

Au cours de l'aponévrotomie à l'aiguille, nous utilisons une faible dose d'acétate de prednisolone, (Hydrocortancy®) 1ml pour 5 ml de lidocaïne à 2 % (Xylocaine®) afin d'empêcher ou d'amoindrir une possible réaction inflammatoire. Il faut distinguer cet emploi de celui de corticoïdes puissants à effet retard, conjonctivo-atrophiant (acétonide de triamcinolone et cortivazol) que l'on injecte dans les nodules fibreux de la maladie de La Peyronie. A distinguer encore de l'emploi de l'acétate de prednisolone en suspension, mélangé à parts égales à la lidocaïne à 2 % dans le traitement des nodules fibreux isolés de la paume (comme on le fait dans la maladie de Ledderhose). Ici, la régression recherchée des nodules est due à l'action mécanique de l'aiguille, qui désorganise les fibres du nodule et à l'action métabolique atrophiante de la cortisone qui le ramollit.

Les dermocorticoïdes

Le clobétasol (Dermoval®) pourrait être indiqué dans le traitement des nodules douloureux isolés de la paume. On l'utilise à raison de deux applications par 24 heures, en courte durée de quelques jours. Ce produit est atrophiant et majore le risque d'infections et d'aggravation de mycoses. En utilisation prolongée (supérieure à sept jours), il peut provoquer une dermatite suintante.

■ Les traitements physiques

De nombreuses techniques de "médecine physique" ont été proposées depuis de nombreuses années, mais malgré certaines descriptions très détaillées et parfois même dithyrambiques sur l'intérêt de ces traitements, nous n'avons pas trouvé d'études précises sur leur efficacité. Nous les citerons ici, sans pour autant pouvoir préciser leur place réelle dans cet arsenal thérapeutique.

Classiquement utilisés en kinésithérapie, les ultrasons et les ionisations ont pu être essayés dans certaines maladies de Dupuytren, notamment les formes douloureuses (ces formes sont exceptionnelles). Une équipe de chiropracteurs du Missouri (9) décrit très précisément une technique de ionophorèse et de phonophorèse, basée sur l'utilisation de trypsine, d'alphachymotrypsine, de hyaluronidase et de lidocaïne, suivie de tractions énergiques sur le doigt. Les séances sont suivies de rééducation en extension du doigt et d'une immobilisation sur attelle. Cette technique est décrite comme douloureuse par ses promoteurs. A noter qu'aucune étude statistique ne fait suite à cette description.

C'est aussi le cas des propositions de séances d'acupuncture, de mésothérapie, d'ostéopathie ou encore de magnétothérapie. On peut aussi trouver en vente directe sur Internet toutes sortes de traitements locaux, comme par exemple un onguent à base de germe de blé (élément à teneur élevée en vitamine E).

L'APONÉVROTOMIE À L'AIGUILLE

Cette technique a aujourd'hui trouvé sa place dans l'arsenal thérapeutique de la maladie de Dupuytren : elle sera traitée dans un article à part.

LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

Le principal objectif du traitement chirurgical est d'empêcher l'installation progressive d'une rétraction digitale, qui conditionne tout le pronostic au long

cours de la maladie de Dupuytren, par la difficulté qu'il y a à récupérer les flessum des inter phalangiennes, qui sont, à la longue, responsables d'un enraidissement articulaire définitif. En effet, la bride est au départ responsable de la mise en flexion du doigt, mais celle-ci, lorsqu'elle atteint une articulation inter phalangienne, enraidit très rapidement l'articulation. Le raidissement de l'articulation, dès lors et même en cas de suppression complète de toute l'atteinte de Dupuytren, empêche toute extension ou impose la réalisation d'une arthrolyse qui est d'autant plus étendue que la rétraction est importante et ancienne.

Cette arthrolyse, lorsqu'elle s'impose, provoque une agression articulaire source de douleur, de gonflement et de rétraction fibreuse cicatricielle, qui peut faire perdre tout le bénéfice de l'intervention quant au gain d'extension et rend les suites opératoires plus complexes. En pratique, les résultats de la chirurgie sont d'autant plus favorables que l'intervention est décidée au bon moment, c'est-à-dire dès l'apparition d'une rétraction interphalangienne non corrigée par l'aponévrotomie. Le piège essentiel reste de se satisfaire d'un gain d'extension palmaire, au détriment de la persistance ou de l'aggravation d'une rétraction digitale qui rendrait le pronostic global très compromis, du fait de la raideur qu'à moyen terme elle impose.

LES TECHNIQUES

Dans le traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren, on peut distinguer schématiquement :

- les aponévrotomies, consistant à supprimer la tension longitudinale en sectionnant les brides de tissu rétractiles ;

- les aponévrectomies, consistant en une résection plus ou moins étendue des tissus malades.

■ L'aponévrotomie

L'aponévrotomie consiste en une section simple de la bride sans la réséquer. Elle peut se pratiquer au bistouri. Elle se fait alors en deux temps, car la peau est préparée quand la macération cutanée

peut entraîner un risque septique. Il s'agit de la plus ancienne technique, puisqu'elle était déjà utilisée par Dupuytren lui-même (10). Elle n'a plus d'intérêt depuis l'avènement de la technique à l'aiguille développée par Lermusiaux et l'équipe de l'Unité Rhumatologique des Affections de la Main de l'hôpital Lariboisière (11). Cette technique (qui sera développée au chapitre suivant)

consiste, après anesthésie locale, à rompre la bride par l'action mécanique du biseau de l'aiguille, aussi bien au niveau palmaire que digital. Elle autorise une réalisation en consultation et un traitement éventuellement répété. Elle permet, en outre, un gain d'extension,

mais laisse les nodules et ombilications en place.

■ L'aponévrectomie

Présentation

L'aponévrectomie peut être totale ou partielle. L'aponévrectomie totale consiste en la résection de toute l'aponévrose palmaire. Elle a été progressivement abandonnée, même pour les formes sévères. En effet, les risques opératoires sont trop importants par rapport au bénéfice et la technique ne garantit pas la guérison définitive.

Dans l'aponévrectomie sélective, la résection du seul tissu anormal est pratiquée, en enlevant le substratum anatomique de la rétraction (Fig. 1). Cette méthode cherche à limiter de façon durable les possibilités de récurrence.

Principe

L'intervention chirurgicale se pratique sous anesthésie locorégionale, en ambulatoire. La voie d'abord est palmaire, de la longueur de la bride. La résection de la bride se fait sous contrôle visuel et garantit une sécurité vasculaire, nerveuse et tendineuse.

Ce type d'intervention autorise des plasties cutanées, l'incision est le plus souvent en zigzag en V ou en Y. Cette technique permet de supprimer les brides

Le principal objectif du traitement chirurgical est d'empêcher l'installation progressive d'une rétraction digitale.



Figure 1 - Résultat opératoire d'une aponévrectomie.

DOSSIER

cutanées rétractiles, ainsi que les ombilications et les zones de macération. Le suivi régulier postopératoire permet de surveiller la cicatrisation, qui se fait en 15 jours et l'absence d'infection ou d'hématome. Dans certains cas, le pli de flexion palmaire transverse est laissé à la cicatrisation dirigée (12) (technique de Mac Cash), permettant de limiter les complications postopératoires au prix d'un temps de cicatrisation plus long (3 à 4 semaines).

En fonction des formes cliniques de la maladie, l'aponévrectomie doit être associée à un geste complémentaire : l'arthrolyse, le traitement de la rétraction tendineuse, voire le remplacement cutané.

L'arthrolyse

Quand la bride est réséquée, il persiste assez souvent une raideur purement articulaire. Si celle-ci n'est pas trop importante et est réductible, la rééducation permet de résoudre le problème. Sinon, l'abord chirurgical permet l'arthrolyse.

L'arthrolyse peut être extra-articulaire et consiste en la section des freins de la plaque palmaire. Cette technique est peu agressive et présente un risque minime, puisqu'il n'y a pas d'effraction articulaire.

L'arthrolyse peut être articulaire, elle consiste alors en une libération de la plaque palmaire et des ligaments latéraux. Cette technique est plus traumatisante et s'accompagne d'un risque de raideur articulaire plus important.

Les rétractions tendineuses

Dans quelques rares cas, la maladie de Dupuytren s'accompagne de rétractions tendineuses. Si la rétraction concerne l'appareil extenseur (boutonnière) avec hyperextension de l'interphalangienne

distale et limitation de la flexion passive, on réalise une ténotomie d'allongement de l'extenseur au dos de la deuxième phalange, ce qui permet de recouvrer une flexion active de l'interphalangienne distale, indispensable au serrage de force, surtout pour l'auriculaire.

La rétraction peut concerner les fléchisseurs, ce qui limite l'extension, même en l'absence de bride résiduelle ou de raideur articulaire, auquel cas on procède

à un allongement tendineux, soit au niveau de la jonction musculotendineuse, soit en intra-tendineux. Malheureusement, l'allongement peut limiter la force de flexion finale.

Le remplacement cutané

Dans les formes très sévères, telles que les diathèses, les formes familiales, ou dans le cas de patients jeunes, l'aponévrectomie peut s'accompagner d'un rempla-

cement cutané par greffe de peau. Elle peut aussi se pratiquer dans les cas de rétraction majeure, avec multiples lésions cutanées : ombilication, adhérences, macération, hyperkératose (13). Elle est aussi proposée dans les cas de récurrences multiples. Parfois, la greffe de peau peut être totale, le prélèvement se fait au niveau de l'avant bras ou du pli inguinal. La peau greffée n'a pas toutes les qualités mécaniques d'une peau palmaire normale, résistant moins bien aux sollicitations importantes des travaux manuels lourds. Parfois, cette peau peut devenir pileuse chez certains patients très poilus.

■ L'arthrodèse

L'arthrodèse est proposée pour traiter les raideurs articulaires invétérées en forte flexion (doigt en crochet).

L'arthrodèse se pratique par un abord dorsal, sans prendre le risque d'un nouvel abord antérieur. Cette technique permet de repositionner le doigt dans une position dite de "fonction", en réduisant le flessum et protège "en principe" de la récurrence. La consolidation se fait en 6 semaines.

■ L'amputation

Parfois, l'amputation reste la seule attitude raisonnable et il faut savoir la proposer au patient. Elle peut être pratiquée sur un doigt multi-opéré, à un stade très évolué (ongle incarcerated dans la paume), en cas de limitation de la force et de la capacité de serrage, de douleur, de macération ou d'accrochages fréquents et douloureux. Dans certains cas, la demande peut émaner du patient qui peut être handicapé, notamment professionnellement, par un doigt en crochet irréductible. Il s'agit d'une intervention simple, rapide et efficace, mais parfois mal acceptée psychologiquement et qu'une arthrodèse en bonne position permet en principe d'éviter. On la réserve plus volontiers aux doigts séquellaires douloureux ou insensibles.

■ Les complications chirurgicales

Les complications concernent surtout les formes sévères avec handicap fonctionnel important. On peut citer : ischémie digitale, nécrose cutanée, sepsis, raideur articulaire, chondrolyse, brides rétractiles, syndrome algoneurodystrophique plus ou moins sévère. Certaines formes très évoluées, relativement peu handicapantes, relèvent de l'abandon thérapeutique plutôt que d'une chirurgie à haut risque. Ce risque est cependant plus important lorsque la chirurgie concerne des formes récidivées, présentant des pédicules fragilisés par une aponévrotomie ou une aponévrectomie (Fig. 2). Certaines de ces formes très évoluées, avec un haut potentiel de récurrence, relèvent ainsi plus volontiers de l'abstention thérapeutique, plutôt que d'une chirurgie à risque.

Les résultats de la chirurgie sont d'autant plus favorables que l'intervention est décidée au bon moment, c'est-à-dire dès l'apparition d'une rétraction interphalangienne.



Figure 2 : Cicatrices post-opératoire immédiate, puis à 3 mois.



CONCLUSION

Il n'y a pas aujourd'hui de traitement médicamenteux de la maladie de Dupuytren. L'aponévrotomie à l'aiguille peut être considérée comme un traitement non chirurgical, compte tenu de ses conditions de réalisation. C'est une alternative incontournable dans l'arsenal thérapeutique de la maladie de Dupuytren. L'intérêt théorique du traitement chirurgical est d'enlever le tissu rétractile et non pas de simplement le sectionner. Le but étant de diminuer ainsi la vitesse et la fréquence de la récurrence. Ce rôle préventif est amélioré en cas de remplacement de la peau pathologique par un greffe de peau totale.

Les principaux écueils du traitement chirurgical restent les raideurs articulaires post-opératoires. ■

MOTS-CLÉS

TRAITEMENTS MÉDICAUX,
APONÉVROTOMIE À L'AIGUILLE,
APONÉVRECTOMIE,
RÉTRACTION TENDINEUSE,
ARTHRODÈSE,
AMPUTATION

Bibliographie

- Hurst LC, Badalamente MA. Related Articles Nonoperative treatment of Dupuytren's disease. *Hand Clin* 1999 ; 15 (1) : 97-107.
- Badalamente MA, Hurst LC. Enzyme injection as nonsurgical treatment of Dupuytren's disease. *Hand Surg Am* 2000 ; 25 (4) : 629-36.
- Hueston J. Enzymic fasciotomy. *Hand* 1971 ; 3 : 38-40.
- McCarthy DM. The long-term results of enzymic fasciotomy. *J Hand Surg Br* 1992 ; 17 (3) : 356.
- Dominguez-Malagon HR, Alfeiran-Ruiz A, Chavarria-Xicotencatl P, Duran-Hernandez MS. Clinical and cellular effects of colchicine in fibromatosis. *Cancer* 1992 ; 69 (10) : 2478-83.
- Kadioglu A, Tefekli A, Koksal T et al. Treatment of Peyronie disease with oral colchicine : long-term results and predictive parameters of successful outcome. *Int J Impot Res* 2000 ; 12 : 289-93.
- Rehman J, Benet A, Melman A. Related Articles Use of intraslesional verapamil to dissolve Peyronie's disease plaque : a long-term single-blind study. *Urology* 1998 ; 51 (4) : 620-6.
- Rayan GM, Parizi M, Tomasek JJ. Pharmacologic regulation of Dupuytren's fibroblast contraction in vitro. *J Hand Surg Am* 1996 ; 21 (6) : 1065-70.
- Davis RV. *Therapeutic Modalities for the Clinical Health Sciences*, Ed 1. Copyright — Library of Congress, 1983 ; TXU-389-661.
- Dupuytren G. De la rétraction des doigts par suite d'une affection de l'aponévrose palmaire. *Compte rendu de la clinique chirurgicale de l'Hotel Dieu. J Hebdo Med Chir* 1831 ; V : 349-65.
- Badois F, Lermusiaux JL, Massé C, Kuntz D. Le traitement non chirurgical de la maladie de Dupuytren par aponévrotomie à l'aiguille. *Rev Rhum* 1993 ; 60 : 808-81.
- McCash CR. La technique de la paume ouverte dans la maladie de Dupuytren. In : la maladie de Dupuytren, R Tubiana, JT Hueston, Expansion Scientifique Française -GEM 1986.
- Tubiana R, Hueston JT. La Maladie de Dupuytren. Monographie du Groupe d'études de la main . Paris, Expansion scientifique française, 1986 : 1-230.

3 L'APONÉVROTOMIE À L'AIGUILLE

Une alternative à la chirurgie

La maladie de Dupuytren est considérée depuis sa description en 1831 comme une maladie chirurgicale. Son traitement a été bouleversé par l'émergence de l'aponévrotomie à l'aiguille, traitement non chirurgical, ambulatoire, rapide, performant et peu onéreux, pouvant aisément être réalisé en ville

ou en consultation externe par un praticien expérimenté. Ce devrait être aujourd'hui le traitement de première intention de la maladie de Dupuytren.

Dr Henri Lellouche*, Dr Eric Roulot**,
Dr Jean-Luc Lermusiaux***

INTRODUCTION

L'aponévrotomie à l'aiguille est utilisée depuis déjà 30 ans, sous l'impulsion de Lermusiaux (1) de l'Hôpital Lariboisière à Paris. C'est actuellement le seul traitement alternatif à la chirurgie, avec peut être la collagénase. Actuellement, 2 000 séances par an sont pratiquées à l'hôpital Lariboisière et dix praticiens ont recours à l'Unité Rhumatologique des Affections de la Main (U.R.A.M.). Cette technique est également pratiquée dans de nombreux pays : Belgique, Suisse, Italie, Canada, Pays-Bas, Brésil et même aux USA.

LE PRINCIPE DE L'APONÉVROTOMIE À L'AIGUILLE

Le principe de l'aponévrotomie à l'aiguille consiste à réaliser une ou plusieurs sections des cordes aponévrotiques, à l'aide du biseau de l'aiguille utilisée pour l'anesthésie locale.

Les conditions d'asepsie sont celles des infiltrations au cabinet médical. On procède tout d'abord à une désinfection iodée soigneuse de la peau. On injecte ensuite sous pression 1 à 3 cc d'un mélange de 4 cc de lidocaïne à 2 % et de 1 cc d'acétate

de prednisolone dans la corde aponévrotique, avec une aiguille de 16 mm, 5/10ème. La section est obtenue par des mouvements de va et vient en étoile, dans un plan transversal à la paume.

Avec l'habitude, le praticien éprouve la sensation tactile de rupture progressive des fibres sous le biseau de l'aiguille, le doigt étant maintenu en légère traction, sans sortir l'aiguille de la peau.

La rupture des fibres restantes est ensuite obtenue par une extension énergique du doigt. Un pansement sec, maintenu par une bande adhésive, est gardé 48 heures. L'utilisation de la main est immédiate (sauf pour les travaux salissants).

On pratique 1 à 3 aponévrotomies par séance de 10 à 20 minutes, c'est ce qui est en moyenne nécessaire pour récupérer l'extension d'un stade I, II ou III.

L'opographie des points de piqûre est toujours la même : de proximal à distal (palmaire, proximal, médian, distal, cordes palmaires et digitale première phalange P1, rarement P2 et P3). Les séances sont espacées d'au moins une semaine (Fig. 1). Le port d'une orthèse thermoplastique d'extension passive nocturne est parfois nécessaire.



Figure 1 – Résultats après 2 séances d'aponévrotomie à l'aiguille.

LES AVANTAGES DE L'APONÉVROTOMIE À L'AIGUILLE

L'aponévrotomie à l'aiguille est actuellement le seul traitement alternatif à la chirurgie. Le coût économique et social de cette technique est très faible : elle ne nécessite pas de salle d'opération, pas d'arrêt de travail (sauf en cas de travaux salissants), pas de soins postopératoires, ni de rééducation. L'intervention ne laisse aucune cicatrice et les accidents dus au traitement sont rares (moins de 1 pour 1 000). Elle peut, dans certains cas, permettre de rattraper un échec chirurgical (Tab. 1).

* Rhumatologue, Institut de l'appareil locomoteur Nollet, Attaché de rhumatologie à l'Hôpital Lariboisière, Unité Rhumatologique des Affections de la Main (U.R.A.M.)

** Chirurgien, Institut de la main, Clinique Jouvenet, Attaché de chirurgie à l'Hôpital Lariboisière, Unité Rhumatologique des Affections de la Main (U.R.A.M.)

*** Rhumatologue, Attaché de rhumatologie à l'Hôpital Lariboisière, Unité Rhumatologique des Affections de la Main (U.R.A.M.)

Tableau I – Les notions importantes de l'aponévrotomie à l'aiguille.

- L'aponévrotomie à l'aiguille est indiquée en première intention dans toutes les formes de la maladie de Dupuytren.
- Le traitement de la flexion métacarpo-phalangienne est relativement facile, mais l'opérateur n'est à l'aise qu'après une centaine d'aponévrotomies.
- Le traitement de la flexion interphalangienne est difficile et nécessite une importante pratique.
- Les résultats sont moins bons dans les formes digitales, mais restent tout à fait acceptables.
- Les complications sont de plus en plus rares et les résultats de plus en plus satisfaisants.
- En cas de rechute, l'aponévrotomie à l'aiguille est toujours possible.
- Cette technique doit être réservée aux praticiens expérimentés.

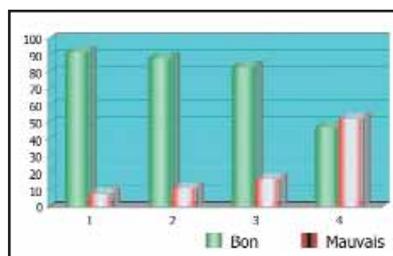
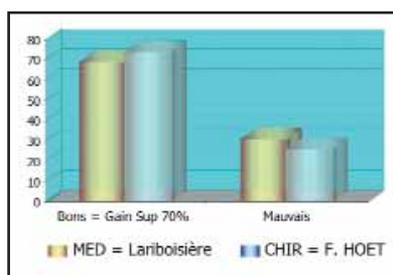
**Figure 2 – Le test de la table.**

Après avoir appliqué le test de la table (Fig. 2), l'aponévrotomie peut donc être proposée en première intention si le patient ne présente pas de rétraction digitale majeure, stade IV de la classification de Tubiana (dans ce cas, une discussion médico-chirurgicale s'impose). Le praticien doit posséder une bonne connaissance de la technique et des variantes anatomiques. Le patient est informé des complications possibles et accepte le traitement itératif. Dans les cas de récurrences ou d'extensions post-chirurgicales, ou encore si il existe un blocage articulaire, le résultat peut être incomplet.

LES RÉSULTATS

Une étude portant sur 123 mains, publiée en 1993 (2), montre que les résultats immédiats sont tout à fait comparables à ceux de la chirurgie (3). Le taux de récurrences à cinq ans est élevé (> 50 %), mais très proche des résultats chirurgicaux, tout en gardant la possibilité de retraiter les patients dès que la flexion du doigt

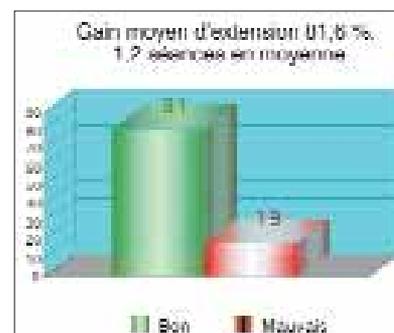
dépasse 30°. Le jeune âge de début, l'hérédité, le diabète, la prise d'alcool ou de gardénal sont des facteurs aggravants et favorisent les récurrences. Seules les greffes cutanées, qui sont des interventions lourdes, diminuent le taux de récurrences. Une autre étude publiée en 1997 (4), portant sur 992 mains (799 patients) confirme les pourcentages de bons résultats immédiats (93 % pour le stade I, 78 % pour le stade II, 71 % pour le stade III et 57 % pour le stade IV), ce qui incite à traiter rapide-

**Figure 3 – Les résultats immédiats toutes formes confondues.****Figure 4 – Comparaison médico-chirurgicale à 5 ans.**

ment les patients avant une flexion trop avancée (Fig. 3 et 4). Ces résultats ont été également retrouvés dans une étude publiée en 1995 par des chirurgiens de la main (5).

Il existe donc actuellement un consensus médico-chirurgical assez large pour traiter les formes palmaires à l'aiguille. Mais pour beaucoup de chirurgiens, il ne faudrait pas traiter à l'aiguille les formes digitales, car le risque de complications tendineuses et vasculo-nerveuses serait trop grand.

Pour essayer d'étendre le consensus, nous nous sommes attachés à faire une étude prospective de toutes les formes digitales pures traitées par l'équipe de l'U.R.A.M (6), entre septembre 1999 et mai 2000 (Fig. 5 et 6). Cette étude a permis de confirmer que l'aponévrotomie à l'aiguille donne de bons résultats dans toutes les formes de la maladie de Dupuytren. Les résultats sont moins bons dans le traitement des formes digitales, mais restent

**Figure 5 – Formes digitales pures : les résultats immédiats.****Figure 6 – Formes digitales pures : les résultats à 3 mois.**

DOSSIER

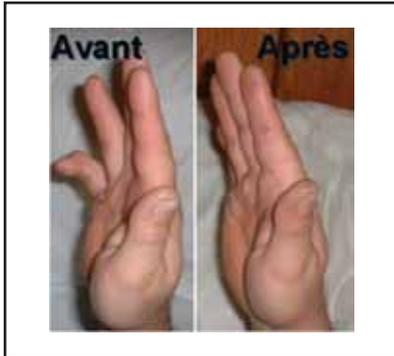


Figure 7 – Résultat avant et après l'aponévrotomie à l'aiguille.

tout à fait acceptables, par rapport à la difficulté du traitement chirurgical de ces formes. L'aponévrotomie à l'aiguille reste une technique difficile, en particulier dans les formes digitales et elle doit donc être pratiquée par des praticiens expérimentés. Dans ce cas, les complications deviennent de plus en plus rares et les résultats de plus en plus satisfaisants. Il ne faut pas oublier, en outre, qu'en cas de rechute, l'aponévrotomie à l'aiguille est toujours possible (7) (Fig. 7).

LES COMPLICATIONS POSSIBLES

Les accidents inhérents au traitement par l'aponévrotomie à l'aiguille sont rares (moins de 1 pour 1 000). On peut néanmoins relever la rupture du tendon fléchisseur, la section du nerf collatéral, des ruptures et invaginations cutanées et, exceptionnellement, le phlegmon des gaines.

■ Les ruptures tendineuses

Les ruptures tendineuses sont tout à fait exceptionnelles et rarement immédiates : elles surviennent généralement après une à trois semaines. La prévention ne peut se faire que par la bonne maîtrise de la technique et il faut particulièrement faire attention au pouce chez la femme et aux récurrences post-chirurgicales.

■ La section du nerf collatéral

La section du nerf collatéral est un accident rare. Elle se traduit par une hypo-

esthésie latérale du doigt, rarement définitive mais persistante pendant plusieurs mois. Pour prévenir cet incident, l'anesthésie au niveau du doigt ne doit pas être trop importante. C'est aussi une des raisons de l'inutilité, voire du danger, des anesthésies tronculaires ou plexiques avant aponévrotomie. Le risque n'est pas encouru au niveau de la paume (Fig. 8).



Figure 8 – Risques vasculo-nerveux.

■ Les ruptures cutanées

La rupture, ou déchirure cutanée, est un accident lié à l'état local et à l'expérience du praticien. La peau peut être infiltrée par le tissu aponévrotique, créant de véritables zones d'adhérences qui risquent d'être fragilisées lors de la dissection des fibres par l'aiguille et de rompre lors de la traction et l'extension du doigt (Fig. 9). Ces formes avec adhérences sont de moins bon pronostic chirurgical, mais compliquent aussi le trai-



Figure 9 – Le traitement des ruptures cutanées.

tement à l'aiguille. Ces adhérences peuvent être primitives ou secondaires à une chirurgie ou faire suite à des aponévrotomies itératives.

La rupture cutanée peut être minime et considérée comme une simple effraction, mais elle peut parfois être plus importante avec, au maximum, une mise à jour des éléments nobles que sont les paquets vasculo-nerveux et le tendon fléchisseur. C'est alors, dans certains cas, le moyen de générer, par une cicatrisation dirigée, un hypoderme et un derme sain, qui permettront de conserver les degrés d'extension du doigt obtenus lors de la traction. Ceci est à rapprocher de la technique chirurgicale dite à paume ouverte décrite par Mc Cash (8).

■ Le problème du sepsis

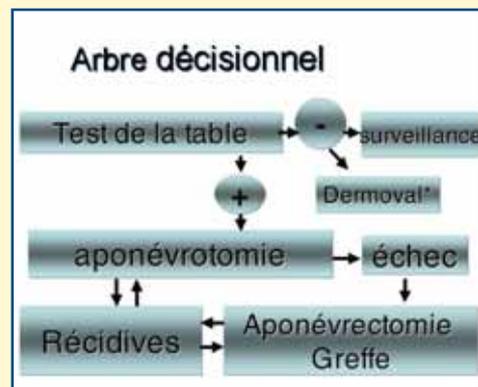
Le problème du bon niveau d'asepsie dans l'aponévrotomie à l'aiguille est analogue à celui posé par les injections intra-articulaires, les ponctions et le traitement par infiltrations des rhumatismes abarticulaires (1-11). L'aponévrotomie à l'aiguille peut être pratiquée au cabinet du médecin ou en salle de soins. Il n'est pas nécessaire que l'opérateur porte masque, casaque, calotte, gants et qu'il utilise des champs opératoires. Les taux d'infections, mineures, bénignes et sans suites (suintements,

Stratégie thérapeutique dans la prise en charge médicochirurgicale de la maladie de Dupuytren

Compte tenu des nombreuses formes cliniques, chaque patient, chaque main, chaque doigt atteint de la maladie de Dupuytren, nécessitent une réponse réfléchie et adaptée. L'abstention thérapeutique est la règle dans les formes simples sans rétraction avec possibilité de mettre la main à plat sur une table (test de la table négatif), mais lorsque le flessum s'installe, un avis spécialisé s'impose, avant que la maladie n'évolue vers une forme sévère pour laquelle le choix thérapeutique devient plus complexe.

De même, les formes récidivantes et notamment les formes multi récidivantes, doivent faire l'objet d'une discussion médicochirurgicale.

En pratique, l'aponévrotomie à l'aiguille n'est pas en concurrence avec l'aponévrectomie chirurgicale. Les deux techniques sont complémentaires et la collaboration médico-chirurgicale doit permettre de trouver la solution qui convient à chaque patient.



fissures sur infectées...), est de l'ordre de 0,7 % des mains traitées. Un seul cas d'infection majeure, revêtant la forme d'un phlegmon de la main ayant du être traité chirurgicalement et guéri sans séquelles, a été relevé par l'équipe de Lariboisière en 30 années !

CONCLUSION

Tous cas confondus, les résultats du traitement médical sont analogues à ceux du traitement chirurgical. A cinq ans de

recul, on observe en gros 50 % de récurrences avec l'une ou l'autre méthode. Mais le traitement de la maladie de Dupuytren par aponévrotomie à l'aiguille a l'avantage considérable de pouvoir être répété sur les mêmes sites à plusieurs reprises, du fait de son faible effet traumatisant, surtout dans les formes où la fibromatose palmaire pseudo-tumorale "repousse" rapidement, se prêtant mal à une chirurgie itérative, ou dans des formes digitales répondant bien au traitement, mais récidivant rapidement et

de façon multiple. C'est dans ces formes que se pose la question d'un traitement médical de fond "antifibrosant" par la cochlécine ou le vérapamil. ■

MOTS-CLÉS

APONÉVROTOMIE À L'AIGUILLE, AMBULATOIRE, EFFICACITÉ, CONNAISSANCES ANATOMIQUES, RÉCIDIVES

Remerciements aux docteurs F Badois et JP Teyssedou (U.R.A.M.)

Bibliographie

1. Lermusiaux JL, Debeyre N. Le traitement médical de la maladie de Dupuytren. Actualité rhumatologique présentée au praticien. Paris Expansion Scientifique Française Ed 1980 ; 338-43.
2. Badois F, Lermusiaux JL, Massé C, Kuntz D. Le traitement non chirurgical de la maladie de Dupuytren par aponévrotomie à l'aiguille. Rev Rhum 1993 ; 60 : 808-13.
3. Hoet F, Boxho J, Decsotere, et al. Maladie de Dupuytren. Revue de 326 patients opérés. Ann Chir Main 1988 ; 7 : 251-5.
4. Lermusiaux JL, Lellouche H, Badois F, Kuntz D. Le traitement de la maladie de Dupuytren en 1997. Rev Rhum 1997 ; 64 [12] : 889-91.
5. Bléton R. Place de l'aponévrotomie percutanée à l'aiguille dans le traitement de la maladie de Dupuytren. Entretiens de Bichat Orthopédie, Paris, Expansion Scientifique Française 1995 ; 1222-6.
6. Lermusiaux JL, Badois FJ, Lellouche H. Maladie de Dupuytren. Rev Rhum 2001 ; 68 : 542-7.
7. Badois FJ, Bardin T, Lellouche H, Lermusiaux JL. Le traitement médical de la maladie de Dupuytren. In: Simon L, Revel M, Rodineau J editors. Main et médecine orthopédique. Paris, Masson 1997 ; 142-8.
8. McCash CR La technique de la paume ouverte dans la maladie de Dupuytren In : la maladie de Dupuytren R Tubiana, JT Hueston, Expansion Scientifique Française -GEM 1986.
9. Amor B. Les infiltrations articulaires. Droit de réponse. La lettre du rhumatologue 1998 ; 239 ; 14-7.
10. Lermusiaux JL, Badois FJ, Lellouche H, Masse C. Le traitement médical de la maladie de Dupuytren 17 ans après. Actualité Rhumatologique 1996 présentée au praticien. Expansion Scientifique Française Ed 1997 ; 344-16.
11. Vassal S, Malandin J, Boutin F. Technique de préparation d'une infiltration articulaire et ses implications médico-légales. La lettre du rhumatologue 1997 ; 237 : 9-11.