

Traitement Chirurgical de la Maladie de Dupuytren



Aurore Debet-Méjean

Institut Français de Chirurgie de la Main, Paris

Caroline Leclercq, Christian Dumontier

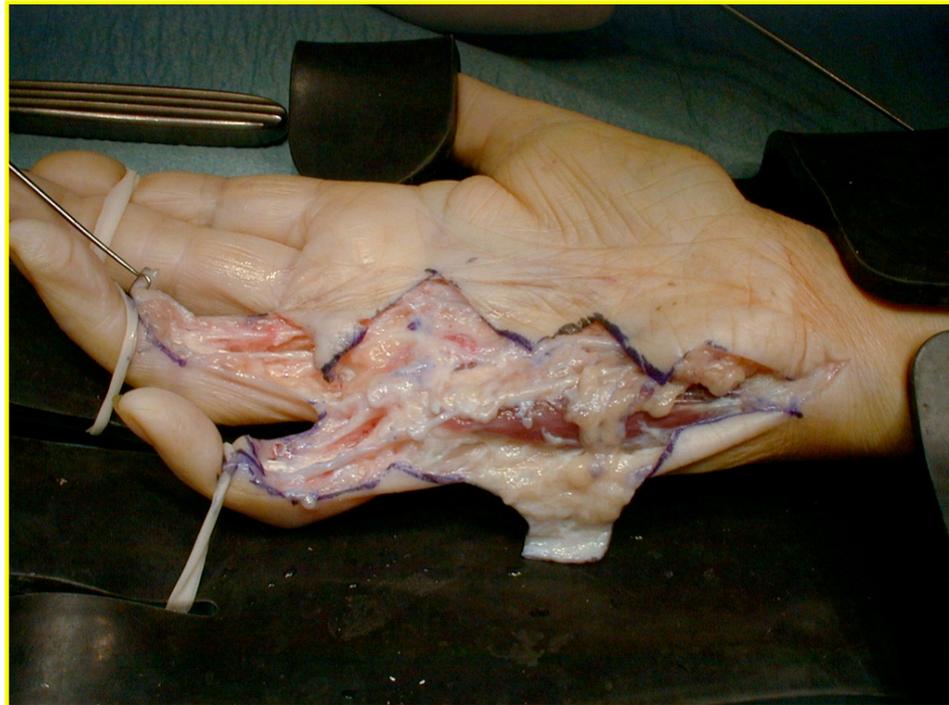
Institut de la Main, Paris

Hôpital Saint Antoine



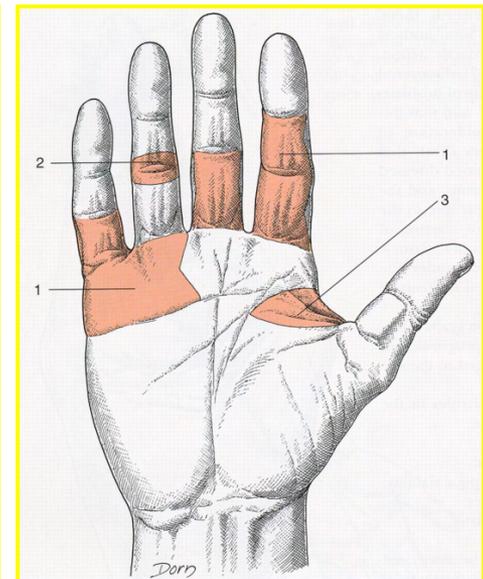
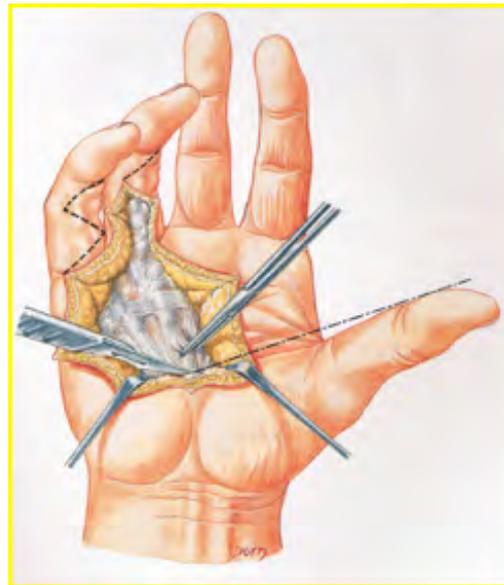
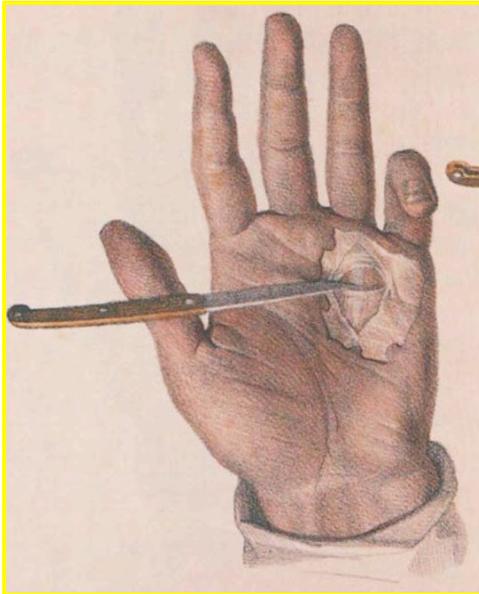
Principes du traitement chirurgical

- Rétablir la fonction
- Pas de séquelle
- Pas de « jusqu'au boutiste »



Principes du traitement chirurgical

- Aponévrotomie chirurgicale (abandonnée)
- Aponévrectomie
- Dermofasciectomie



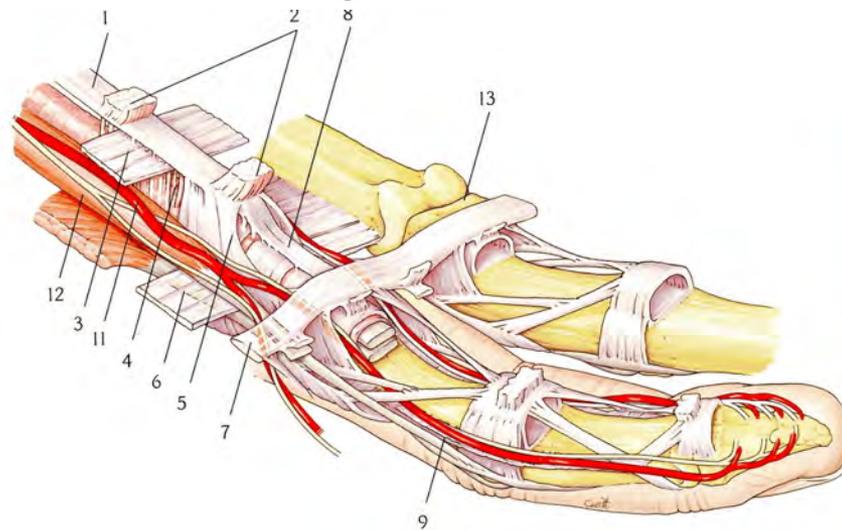
Principes du traitement chirurgical

- Aponévrotomie chirurgicale
- Sectionner la bride sans l'exciser



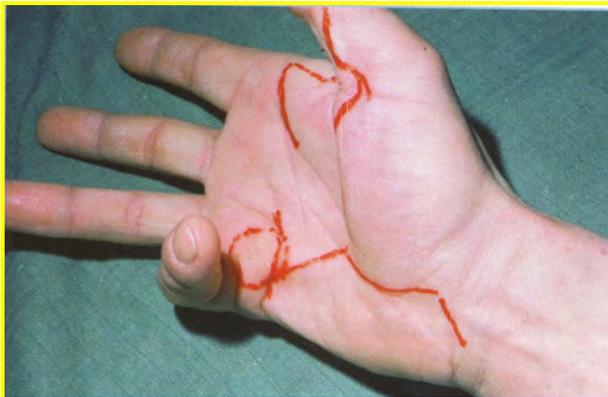
Principes du traitement chirurgical

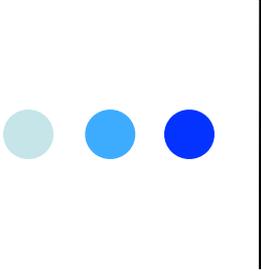
- **Aponévrectomie** :
exérèse des tissus macroscopiquement atteints
- Goyrand (1834) 1^{ière} aponévrectomie totale
- Hueston : Aponévrectomie limitée « régionale »
 - Partielle paume de la main
 - Complète au niveau digital



Principes du traitement chirurgical

- Dermofasciectomie : aponévrose et peau
- Piulachs en 52
- Codifié par Hueston en 62
 - envahissement cutané important
 - en cas de récurrence
 - à titre prophylactique « coupe feu »





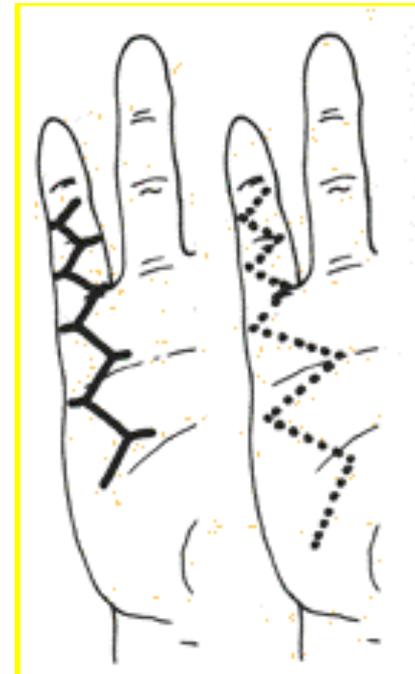
Traitement chirurgical Modalités

- Ambulatoire sauf très âgé
- Anesthésie loco-régionale (bloc plexique)
- Garrot pneumatique
- Loupes
- Installation :
 - main de plomb
 - fils tracteurs ethilon 3/0
- Hémostase soigneuse (pas de lâcher de garrot)



Voies d'abord

- 60 abords différents décrits !!!
- Voies d'abord en zig zag selon Bruner
- Ou modifié selon Palmen (1932)



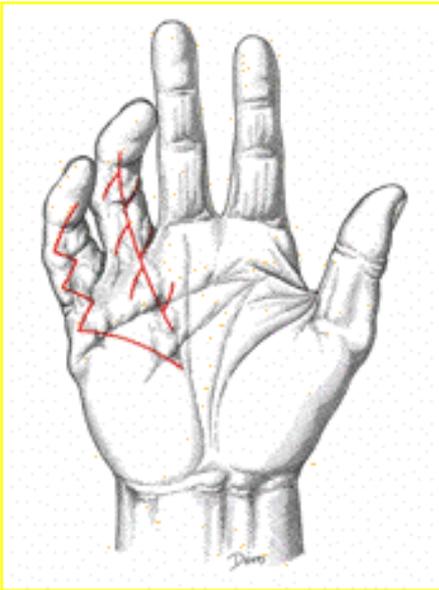
Voies d'abord

- Incisions en zig zag + incision transversale
 - plusieurs doigts
 - technique paume ouverte



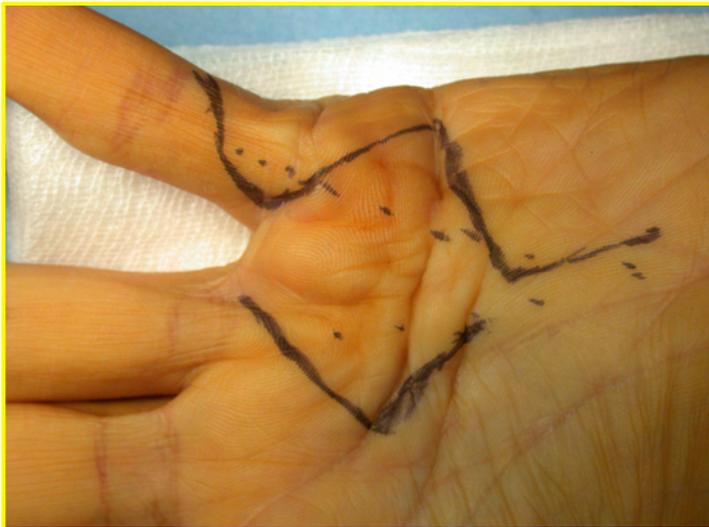
Voies d'abord

- Incision longitudinale avec plastie en Z (Tubiana)
- Plastie en Trident pour la 1ere commissure



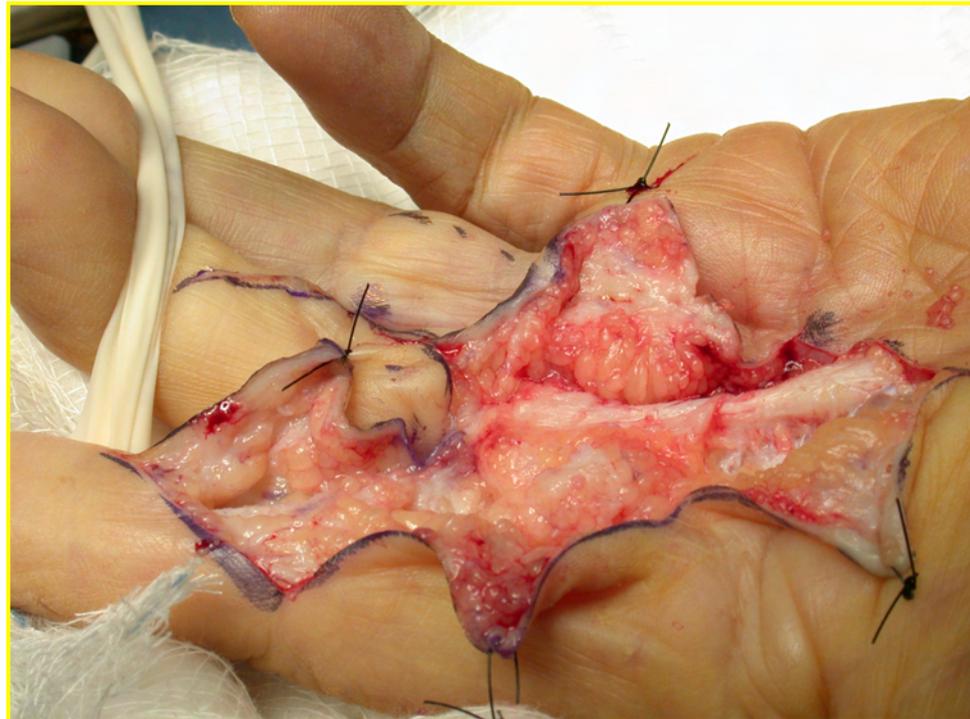
Aponévrectomie : Technique

- Dessiner la bride et l'incision
- Centrée sur la bride
- Penser au sens des lambeaux, à leur vitalité +++



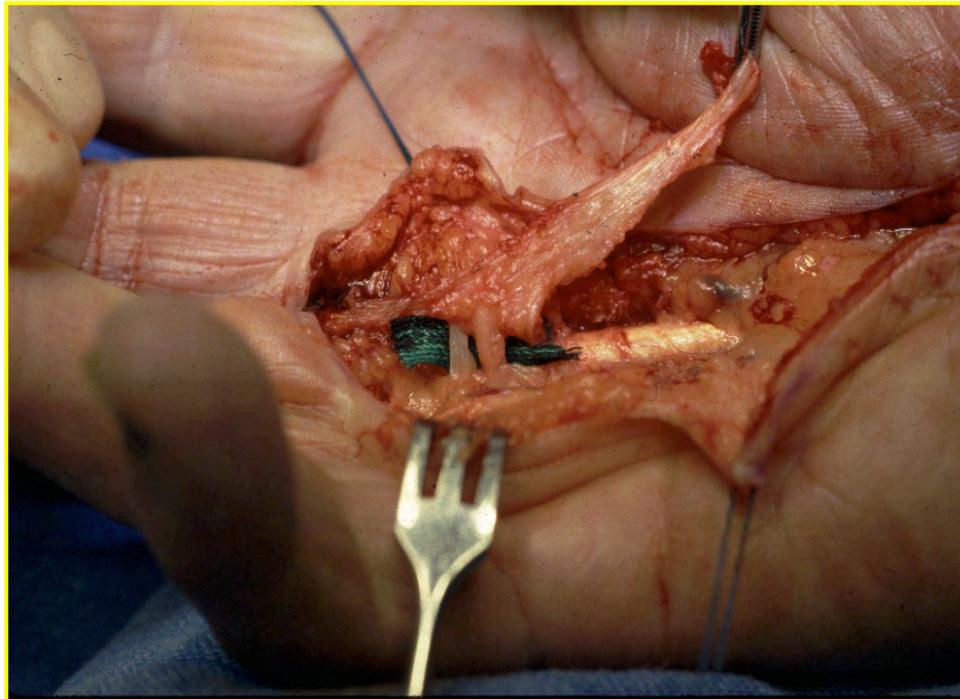
Aponévrectomie : Technique

- Inciser et décoller tous les lambeaux
- Fixer par des fils tracteurs



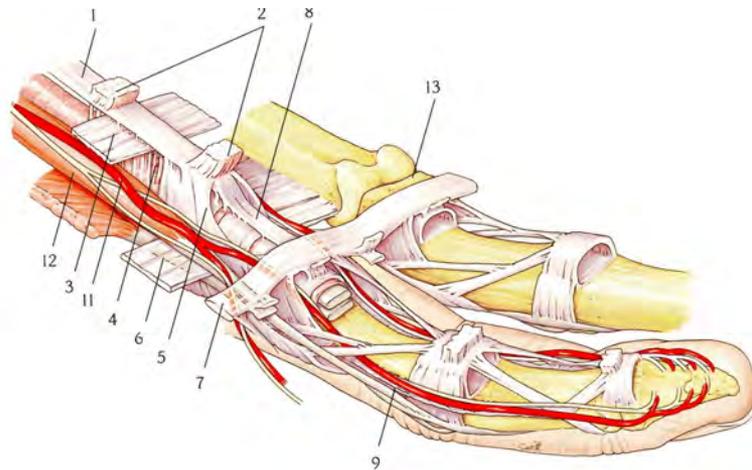
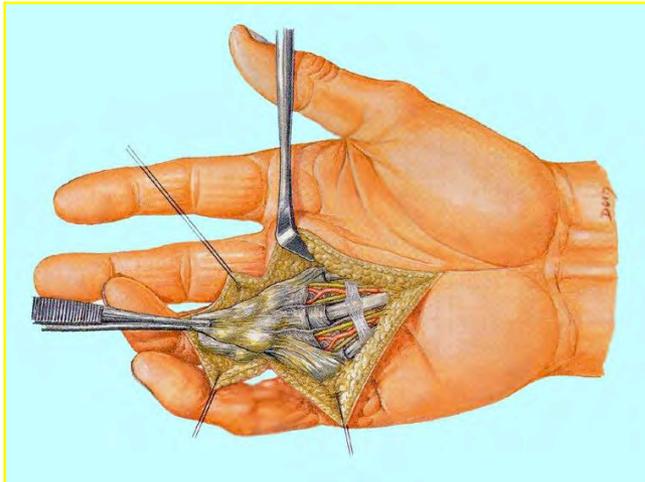
Aponévrectomie : Technique

- Débute au bord distal du ligament annulaire du carpe
- De proximal en distal



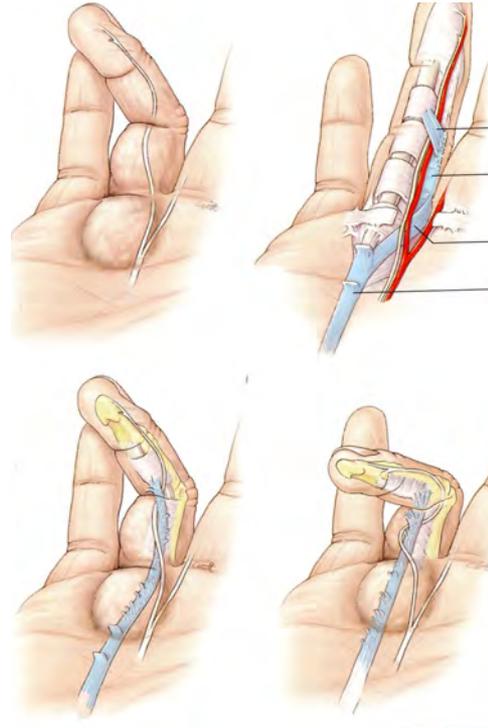
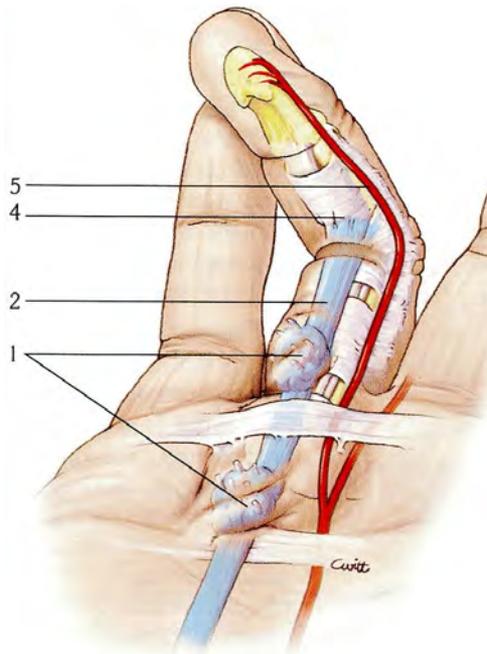
Aponévrectomie : Technique

- Rester au contact de la bride
- Ne pas exciser trop large dans la paume :
respect cloisons de Legueu et Juvara
ligament transverse superficiel

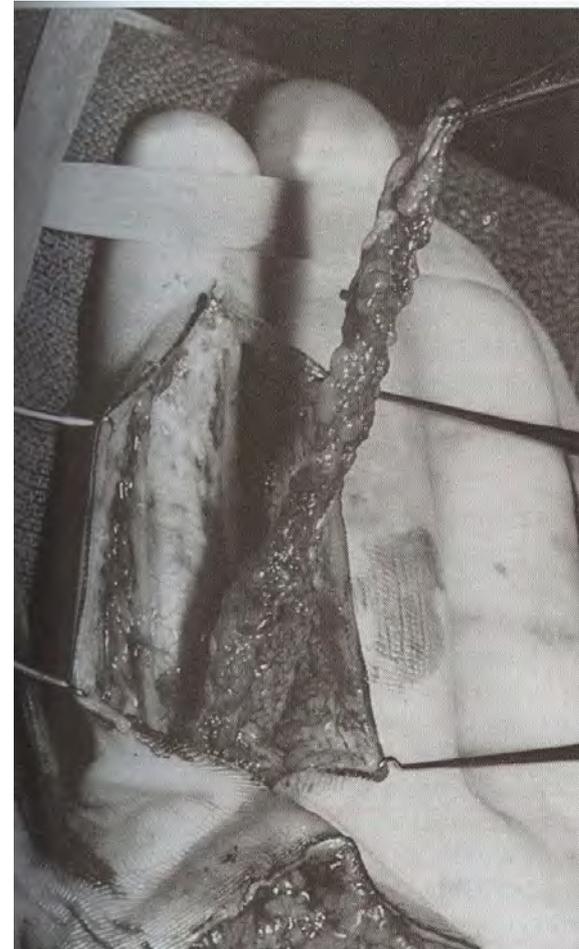
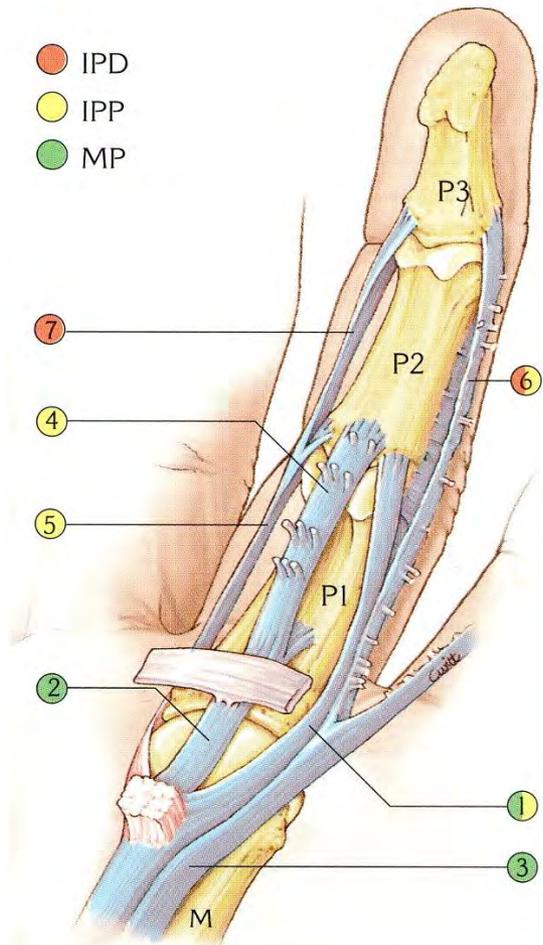


Aponévrectomie : Technique

- Attention au paquet (ouïe du doigt et IPP)
- Aponévrectomie complète au niveau digital

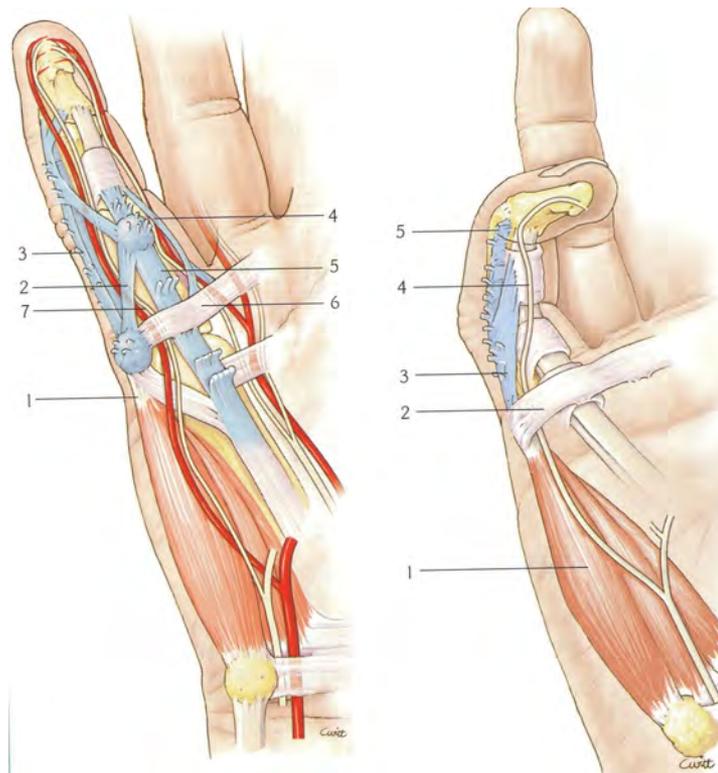


Aponévrectomie : Technique



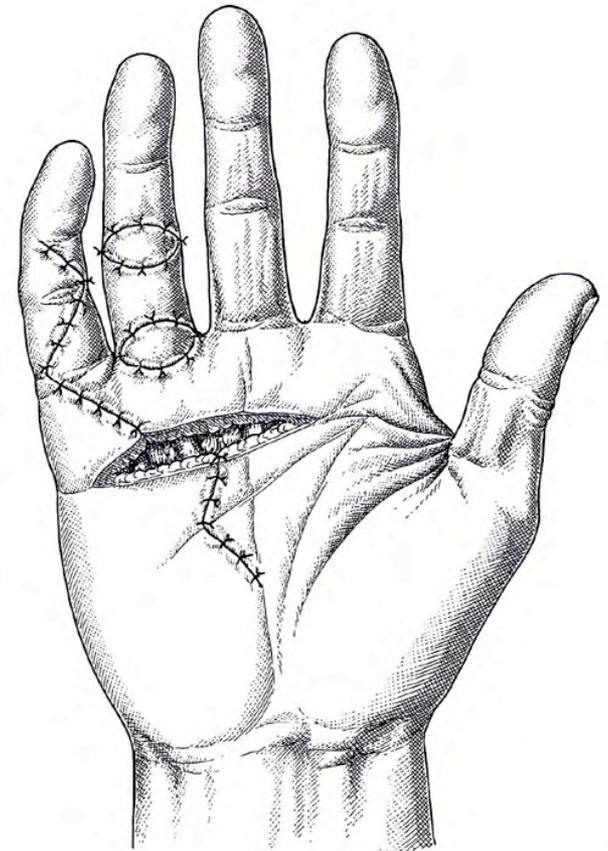
Aponévrectomie: Technique

- Particularités du 5ième doigt



Techniques de fermeture

- Absence de fermeture!
- Paume ouverte
- Mac Cash 1964



Technique de la paume ouverte



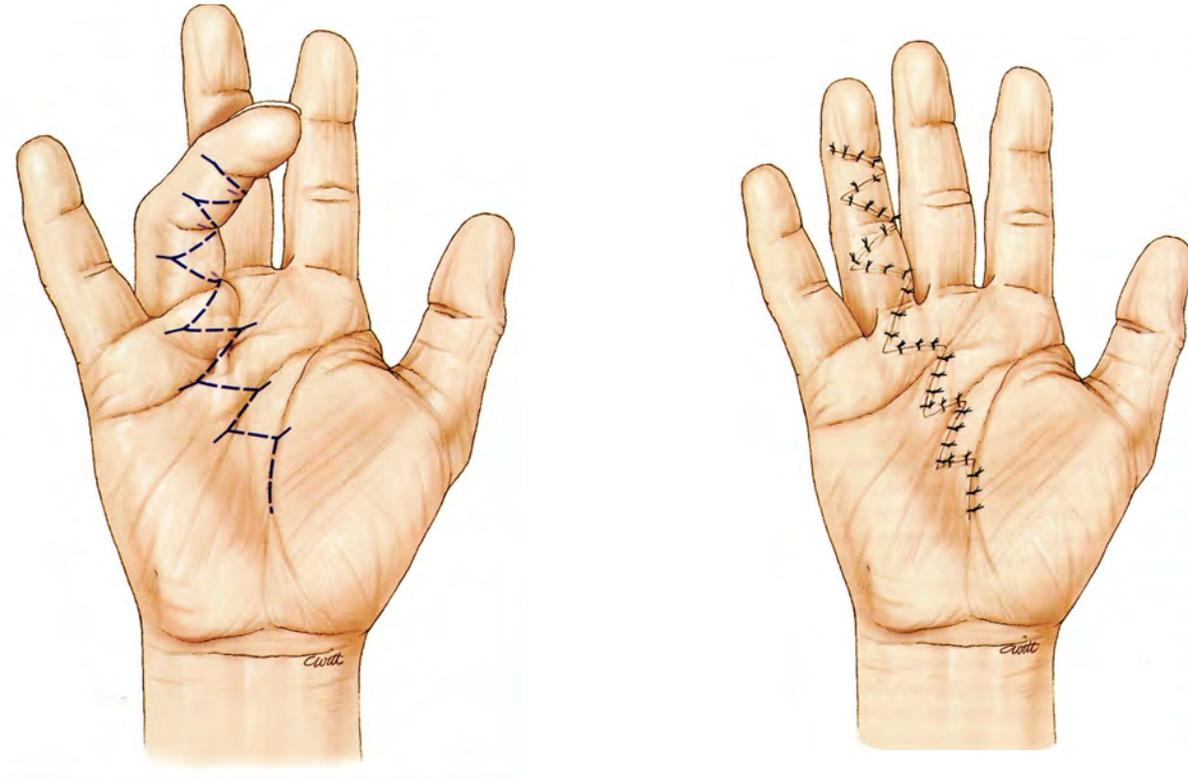
Aponévrectomie puis cicatrisation dirigée





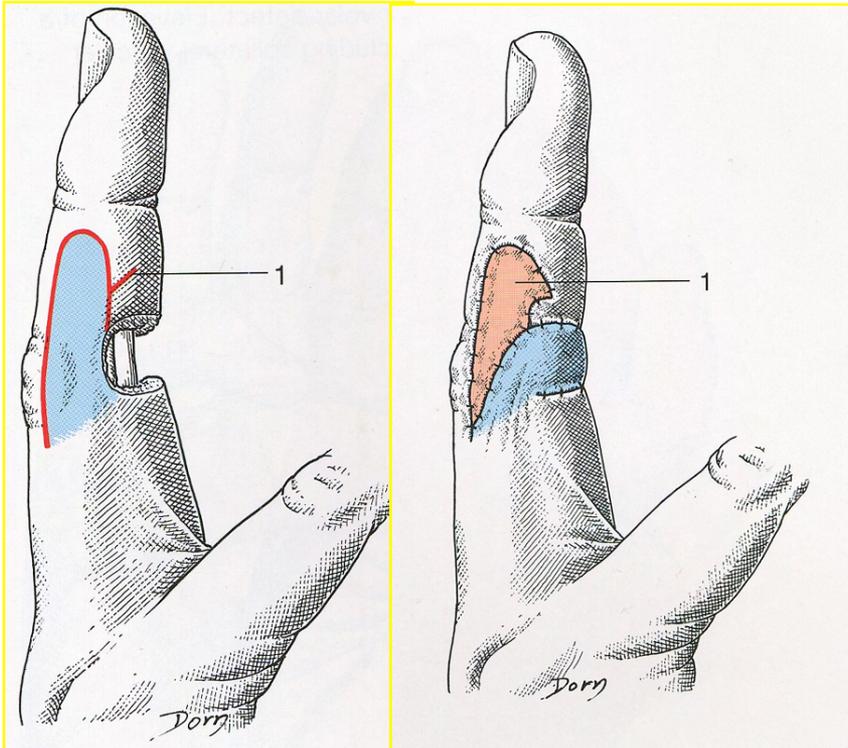
Techniques de fermeture

- Plastie locale VY

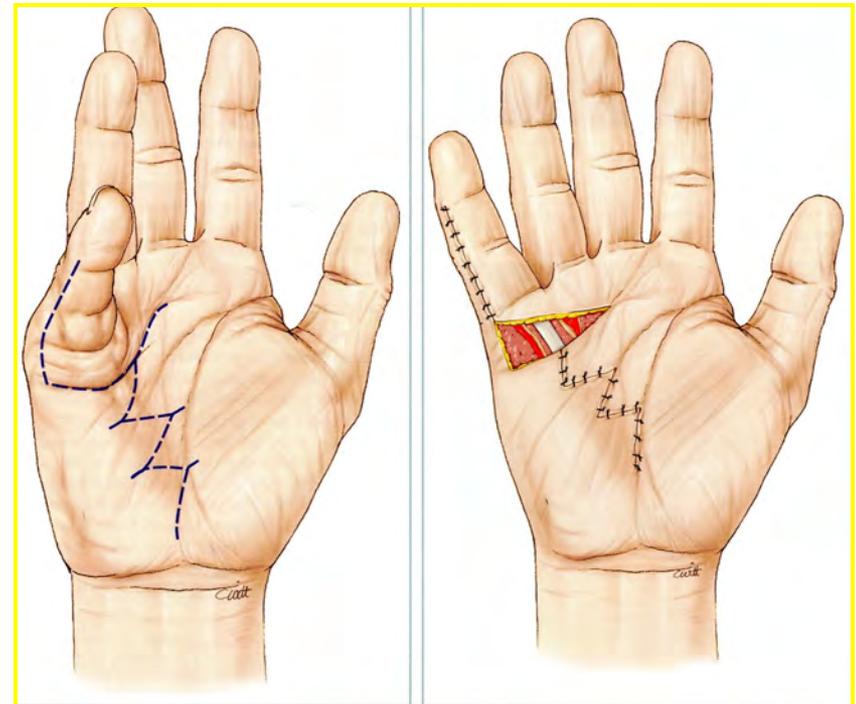


Techniques de fermeture

- **Lambeaux** : à décider avant pour choisir ses incisions



Lambeau de Colson



Lambeau de Jacobsen



Techniques de fermeture

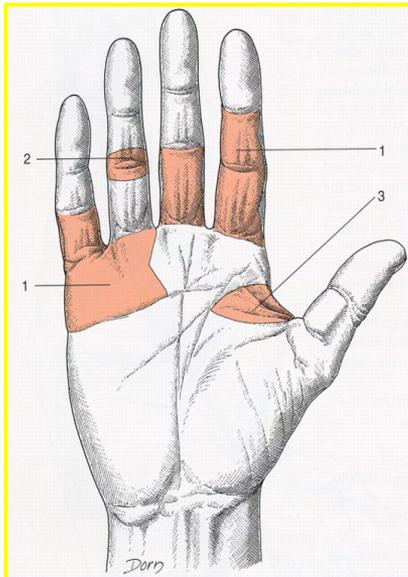
- Greffe de peau totale

Quand ? Vitalité douteuse du lambeau reposé

Dermo-fasciectomy

Principe du « coupe feu » :

pas de récurrence sous une greffe de peau

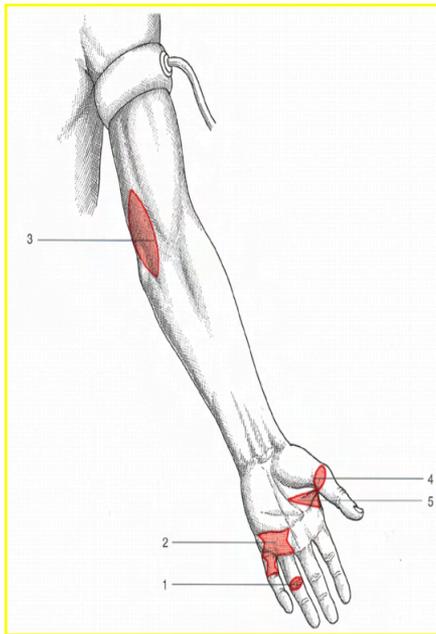




Techniques de fermeture

- Greffe de peau totale
(hémostase)

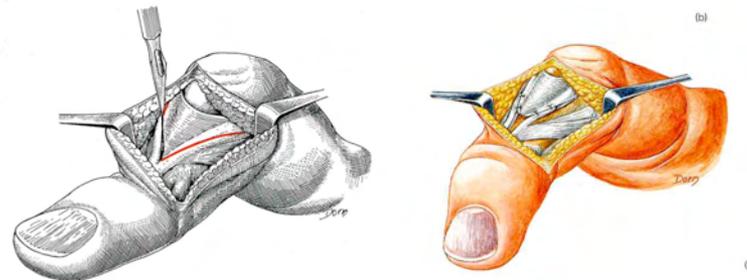
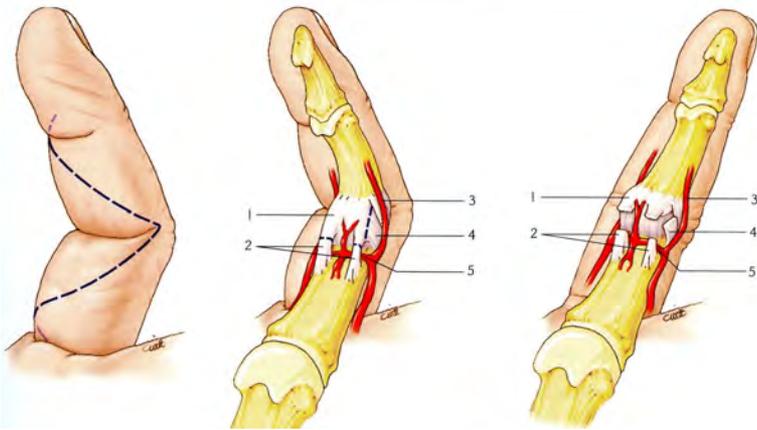
Fixation par un bourdonnet | J5-J8



Gestes associés

- Raideur IPP
Section des Chek-Rein

- Hyperextension IPD
Mobilisation section bandelettes latérales





Pansement



Doigts adjacents

Américain

Attention à l'elastoplast!!!

Pas de pst avant 8 jours



Rééducation

- Très importante, précoce (sauf si greffe de peau)



Surtout si :
IPP initial $\geq 50^\circ$
Déficit de flexion digitale
Paume ouverte





Appareillage



Appareillage



Complications

Plaies neurovasculaires 1 à 1,5%

Hématome 4 à 15%

Nécrose cutanée 5 à 11%

Désunion cutanée 0 à 10%

Infection 0 à 6%

Algodystrophie 4 à 5%

Déficit de flexion 6.5%





Complications



Récidives et extension

- Leclerq entre 8 et 14 ans : 66% de récidives(-de 40 ans +++)

Table ronde du Gem 1992

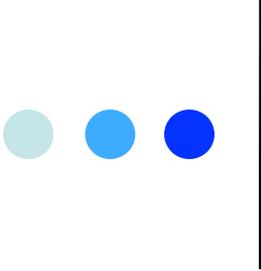
- Aponévrotomie
Beaucoup plus fréquentes (Raimbeau : 100%)
- Aponévrectomie
Indépendante du mode de fermeture cutané
VIGROUX et VALENTIN - fermeture
FOUCHER - paume ouverte
KELLY et VARIAN - dermofasciectomie



Indications

- Main à plat impossible
- Redonner une fonction
- Ne pas nuire
- Dépend
 - de l'atteinte (nb de doigts, localisation, sévérité)
 - du patient (age, diathèse, profession, désirs)
 - du chirurgien (habitudes, environnement)





Indications

- Aucun traitement médical n'a montré son efficacité
- Seul le traitement chirurgical est indiqué mais:
 - Extension de la maladie
 - Récidive ($\approx 50\%$ à 10-20 ans)





Nodules

- Pas de chirurgie
- Douleur : injection de corticoïdes
- Diagnostic : excision biopsique



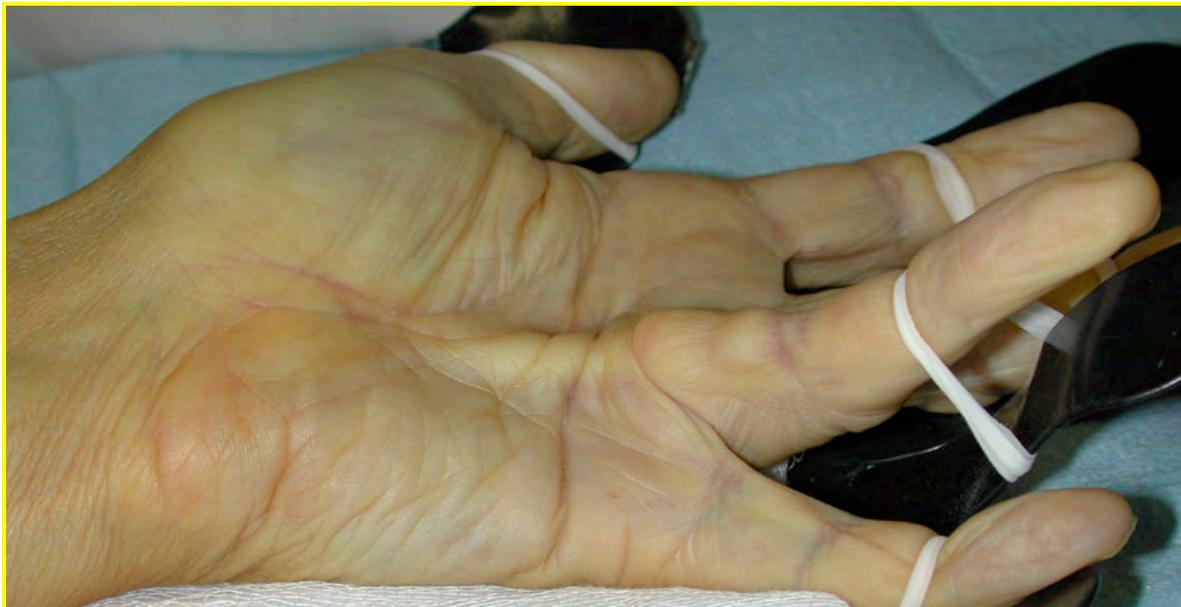


Bride palmaire

rétraction isolée MP

Patient âgé, bride bien délimitée

Aponévrotomie



Bride palmaire

rétraction isolée MP

Aponévrectomie et fermeture directe



- Résultats habituellement satisfaisants
- Peu ou pas de rééducation
- Résultats à long terme fonction de la diathèse





Brides palmaires multiples

Aponévrectomie
et paume ouverte (Mc Cash)



Bride digitale isolée

- 1. patient d'âge moyen (> 50 ans)
Aponévrectomie et fermeture directe



Peut nécessiter une arthrolyse

+ orthèse dynamique

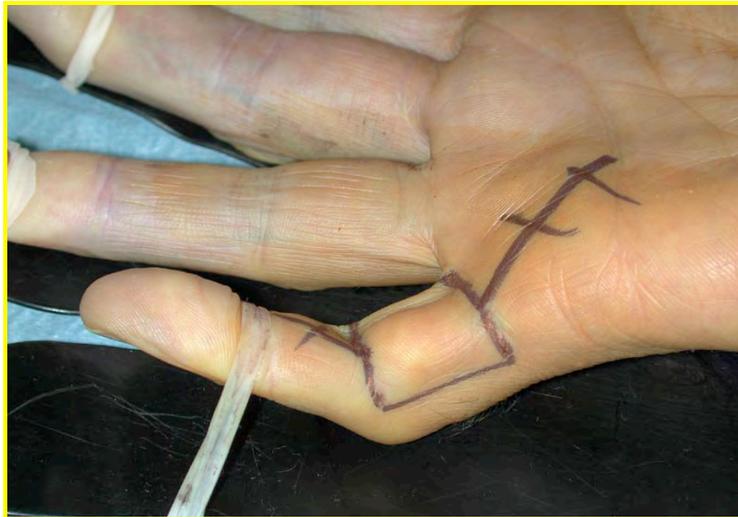
+ rééducation

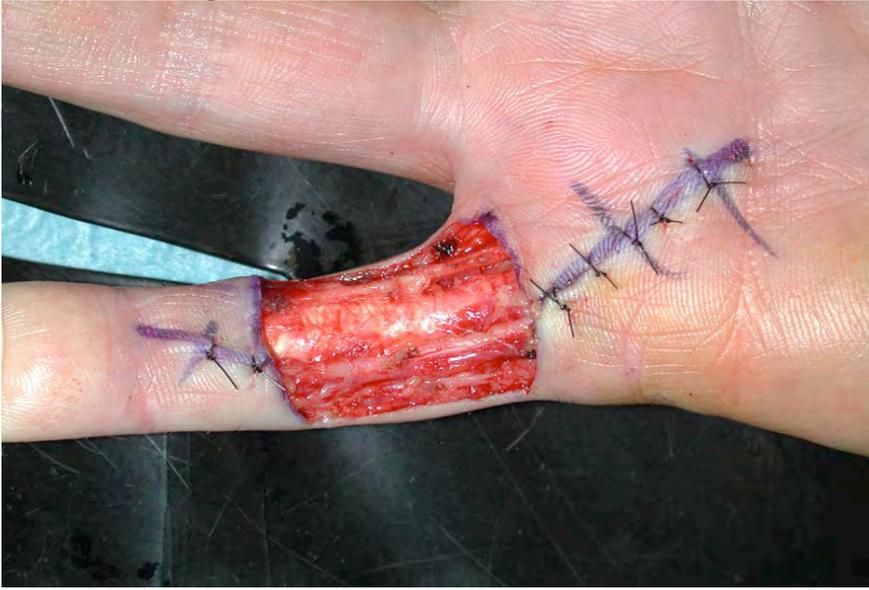
resultats incomplets (PIP)



Bride digitale isolée

- 2. Patient jeune et / ou diathèse forte
Dermofasciectomie et greffe de peau totale

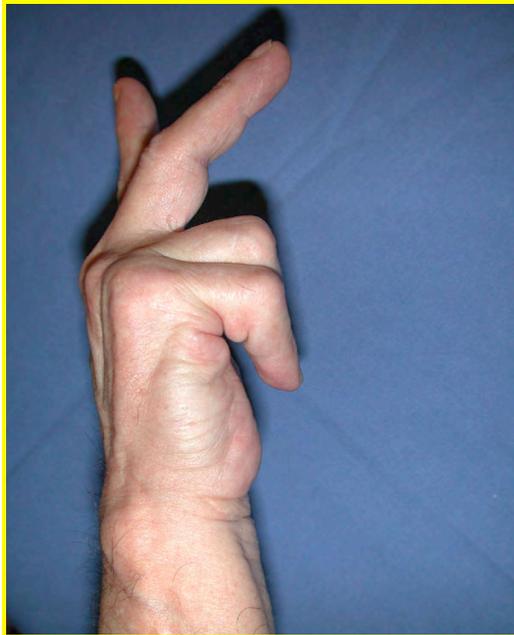




Bride digito-palmaire

- 1. Age moyen

Aponévrectomie et fermeture directe



MP: satisfaisants
IPP: parfois incomplets





Bride digito-palmaire

•2. Jeune et / ou diathèse forte

Dermofasciectomie et greffe de peau totale dans les zones d'adhérence





Traitement des récurrences

La chirurgie est difficile

Tissu cicatriciel + tissu de Dupuytren

Risque important pour les pédicules vasculo-nerveux



Traitement des récurrences

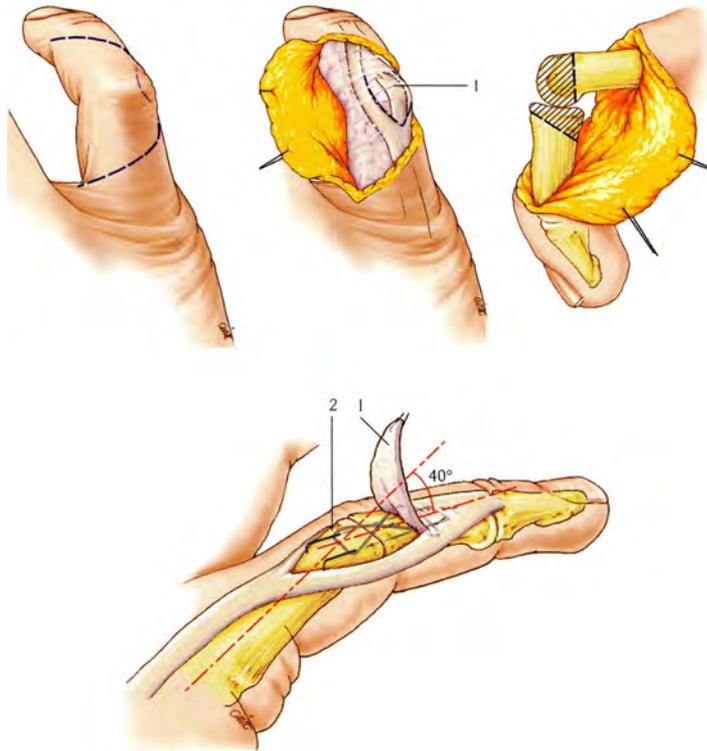
Dermofasciectomie

Limiter la fasciectomie
aux tissus responsables de la rétraction
Pas de résection extensive de la maladie

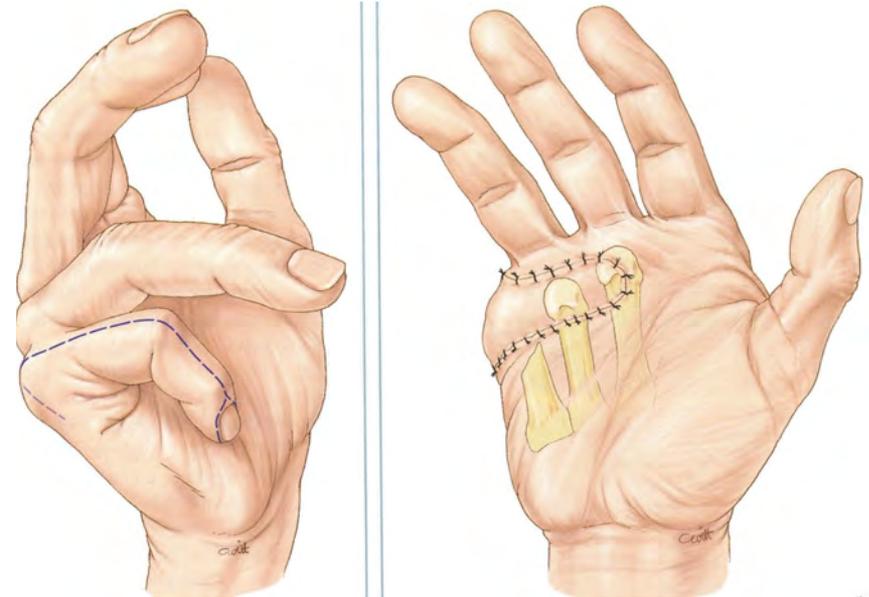
Rétraction sévère IPP
Ténoarthrolyse totale antérieure
Arthrodèse raccourcissante
Amputation parfois (5ième doigt)



Traitement des récurrences



Arthrodèse raccourcissante



Amputation



Conclusion

- Technique opératoire sans faute : diminue les complications
- Choix de la voie d'abord +++
- Mobilisation précoce
- Récupérer la flexion
- Indications adaptées
- Pas de "guérison"
- Caractère évolutif de la maladie

