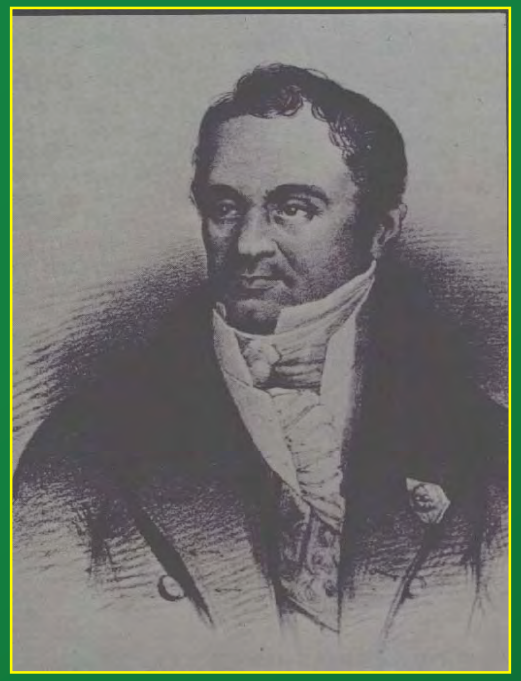


Traitement de la maladie de Dupuytren

C.Leclercq
Institut de la Main
Paris

Traitement

- médical
- chirurgical

Traitement médical

-Général

Vitamine E

-Local

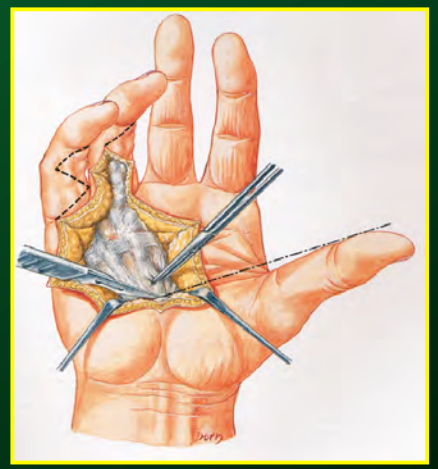
Corticoïdes

Collagénases

Traitement chirurgical

- APONEVROTOMIE
  section des brides

- APONEVRECTOMIE
  excision des brides

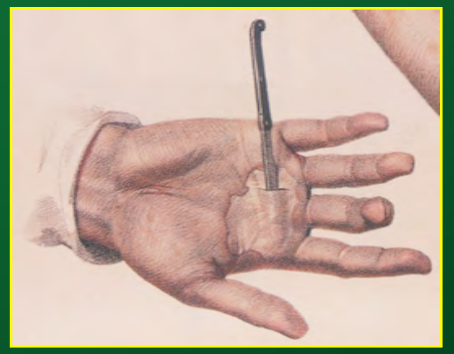


Un peu d 'histoire…

Aponévrotomie

-fermée

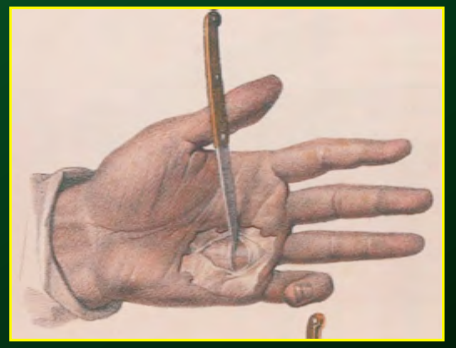
Astley-Cooper-1822



-ouverte

Dupuytren-1832

Goyrand -1833

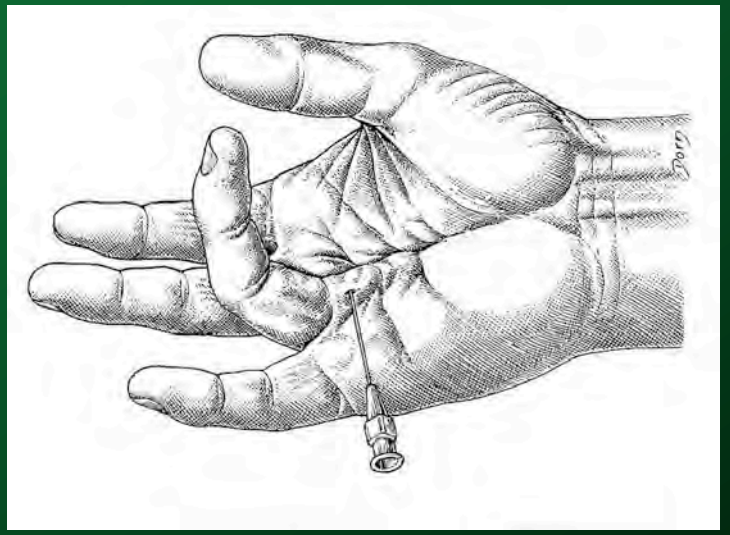


Aponévrotomie à l'aiguille
de Seze 1957

Anesthésie locale

Fragilisation à l'aiguille

Puis rupture de la bride



Très populaire chez les rhumatologues français

Institut de la

Aponévrotomie à l'aiguille

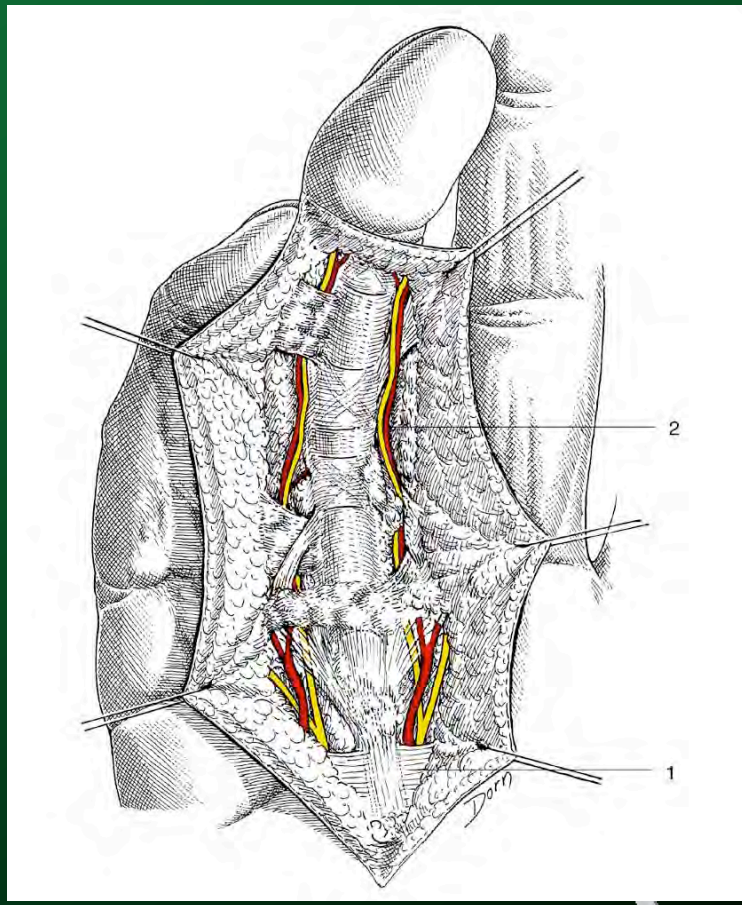
Complications potentielles

-section nerf, artère

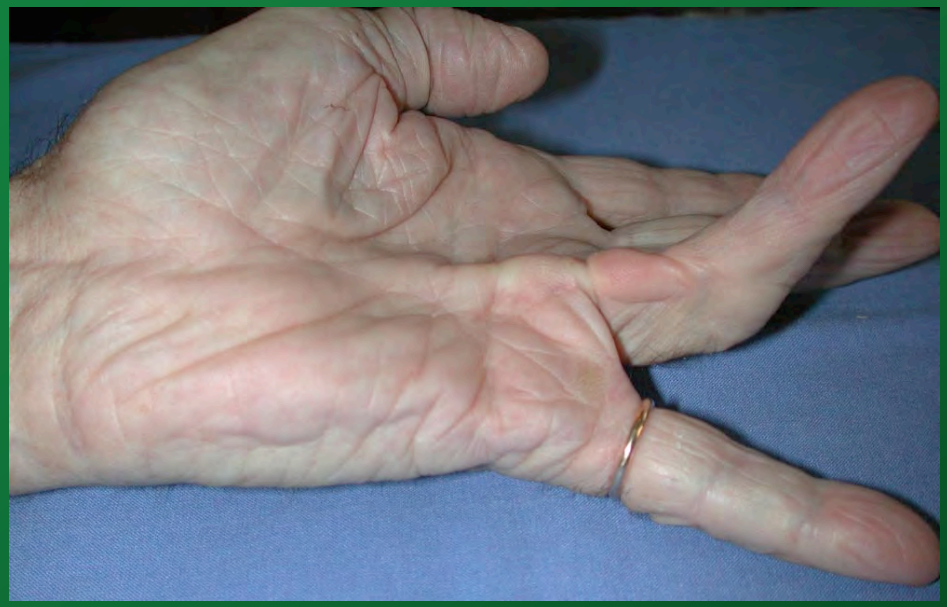
-section tendon

-récidive très fréquente

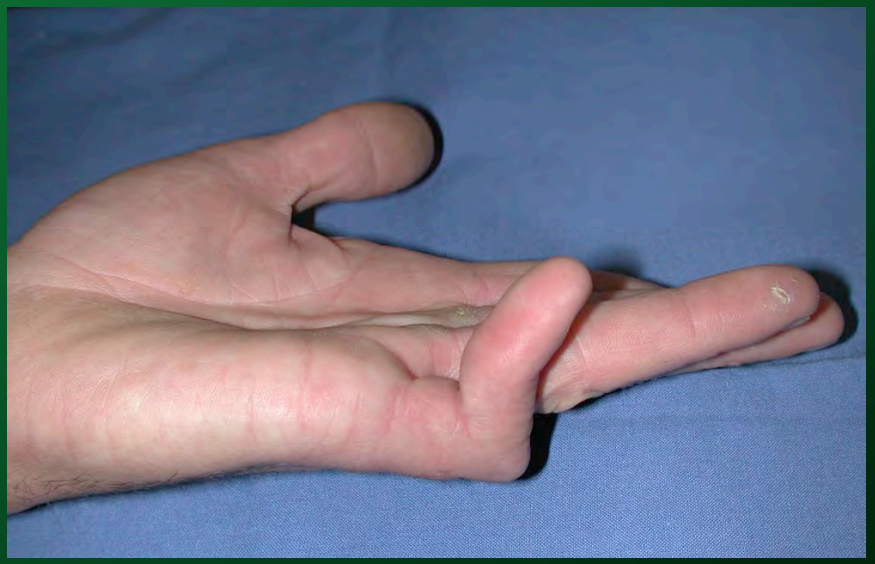
Risque accru au niveau digital



Aponévrotomie à l'aiguille



Bride palmaire individualisée
du sujet âgé : OUI



Bride digitale : NON

Aponévrectomie

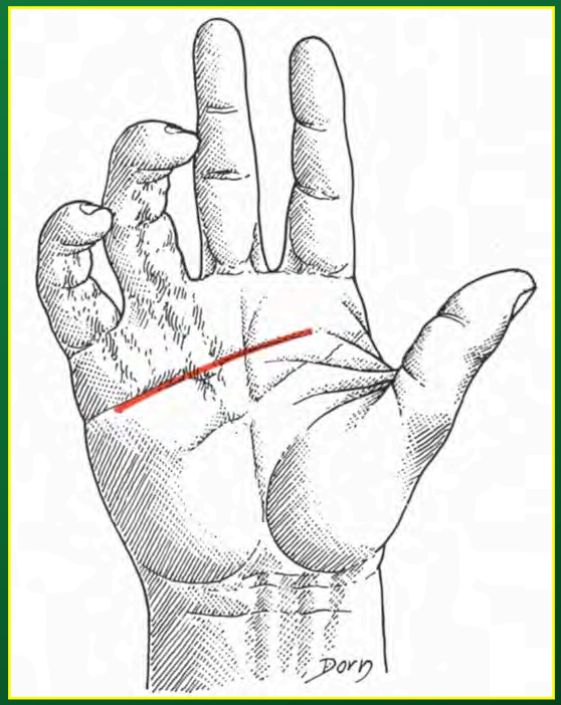
(1842)

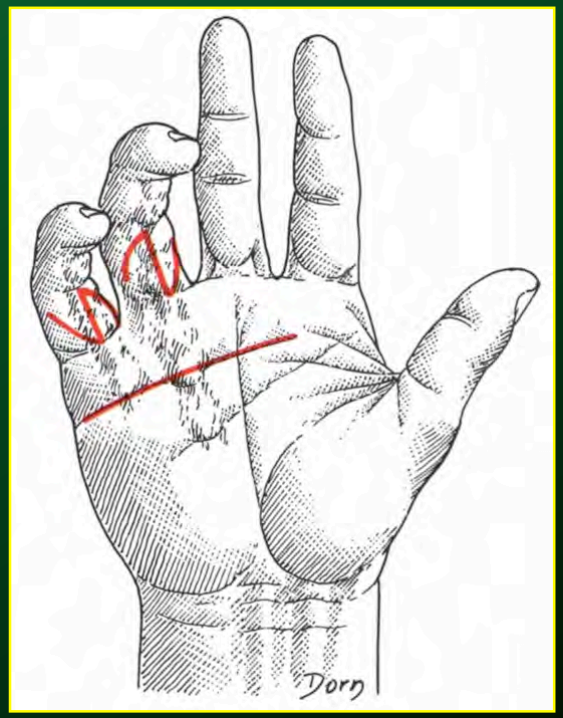
- Exérèse des tissus macroscopiquement atteints

Historique

Autant d'incisions que de chirurgiens

- Transversales
  - Kanavel 1929
  - McIndoe 1948

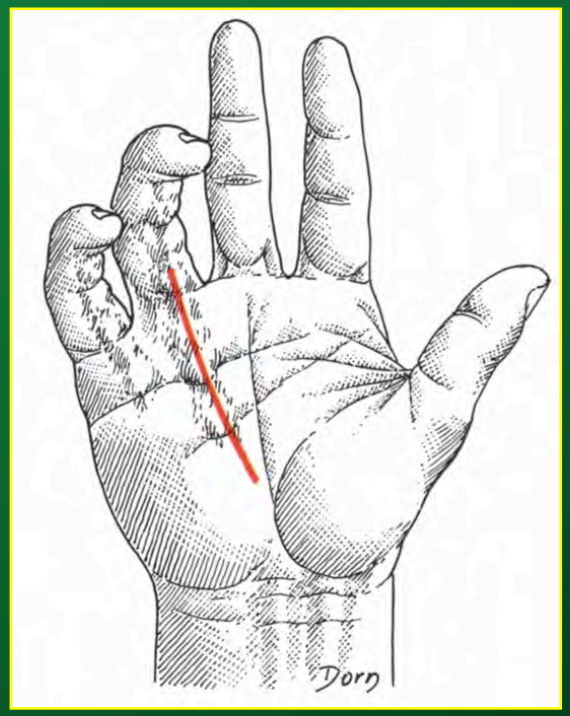


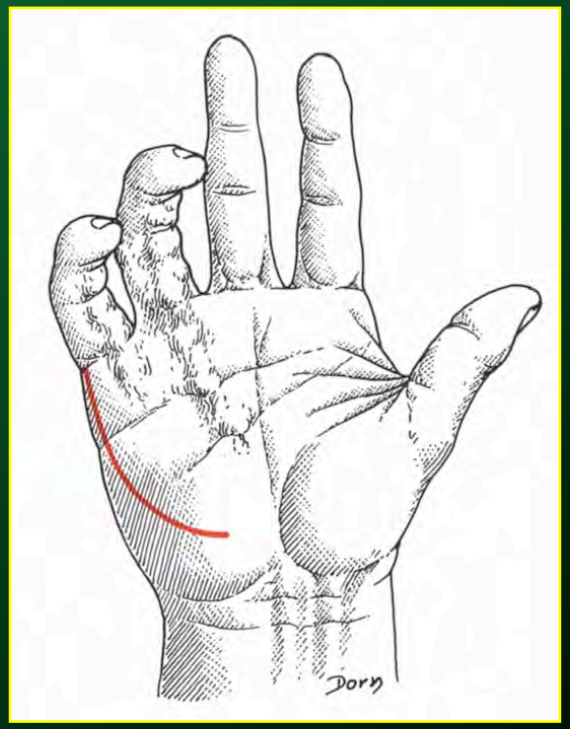


Historique

Autant d'incisions que de chirurgiens

- Transversales
- Longitudinales
  - Kocher 1887
  - Lotheissen 1900

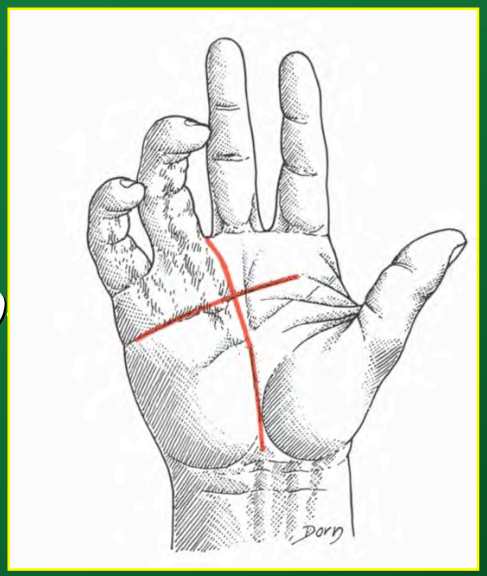


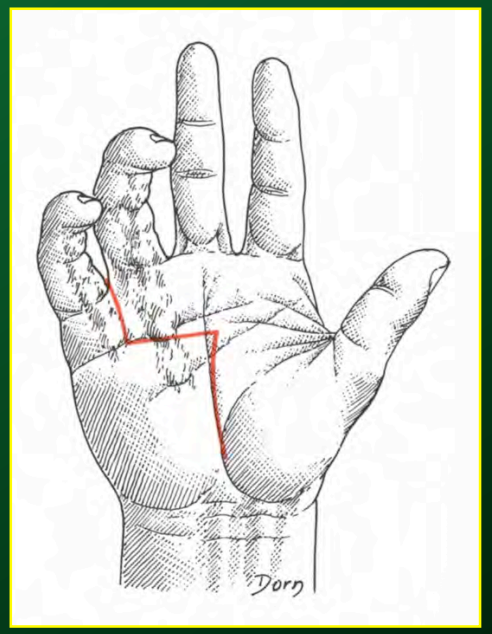


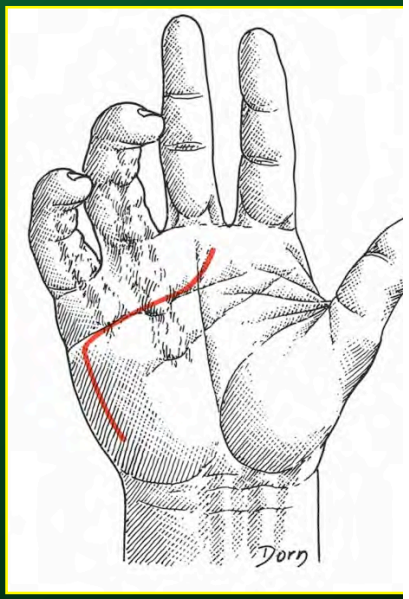
Historique

Autant d'incisions que de chirurgiens

- Transversales
- Longitudinales
- Combinées
  - Von Stapelmohr 19
  - Meyerding 1936
  - Bunnell 1944



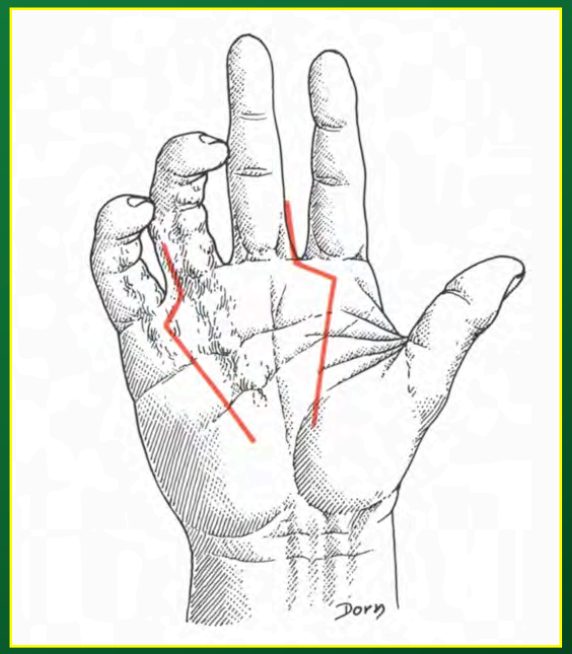


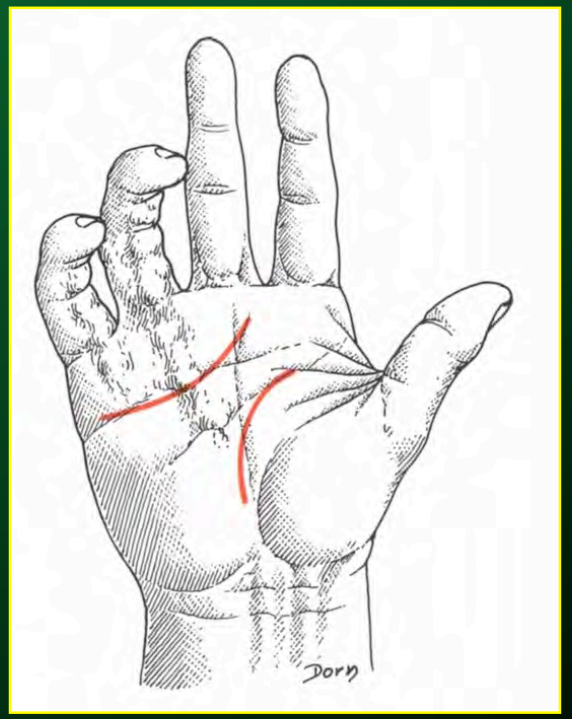


Historique

Autant d'incisions que de chirurgiens

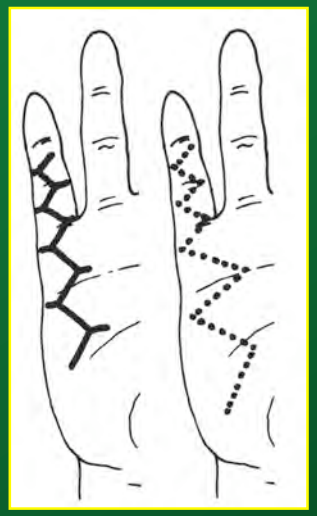
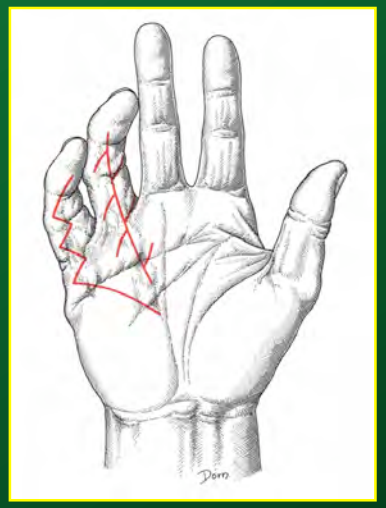
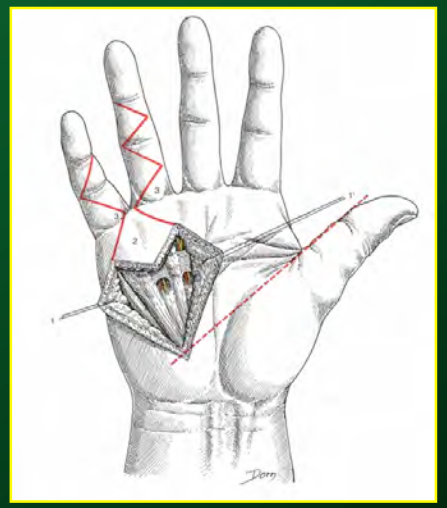
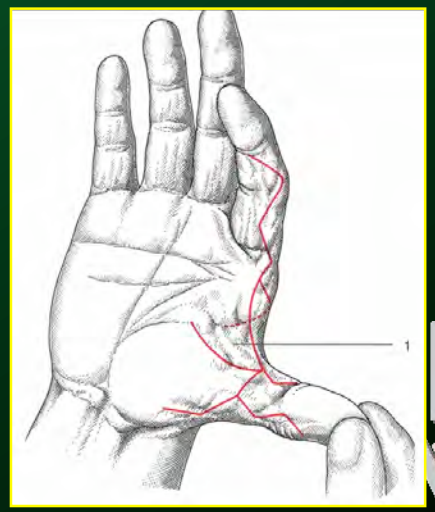
- Transversales
- Longitudinales
- Combinées
- Multiples
  - Desplas 1932
  - Davis 1932





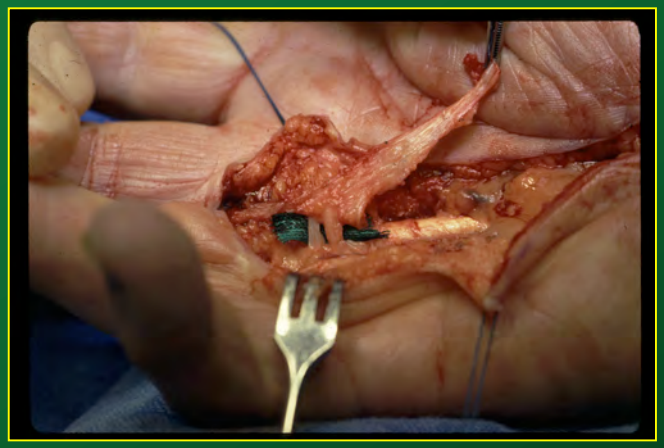
Technique opératoire

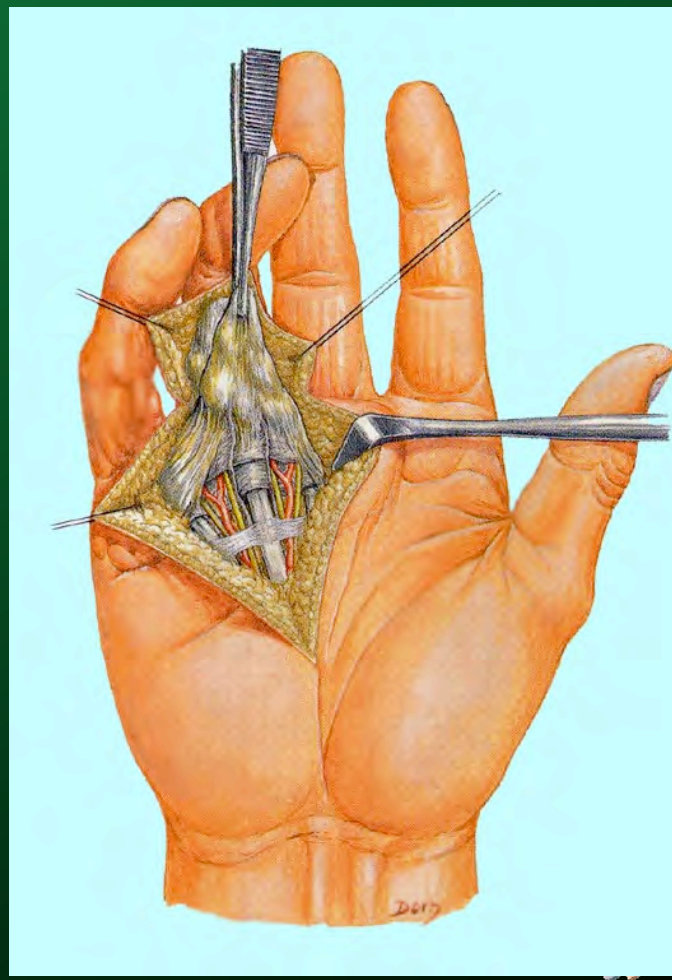
1. ALR-GP
2. Incision
   - Bruner, dérivée de Palmen 1932
   - de préférence aux plasties en Z
   - multiples si besoin (TUBIANA, HURST)
   - partie radiale : TUBIANA

Technique opératoire

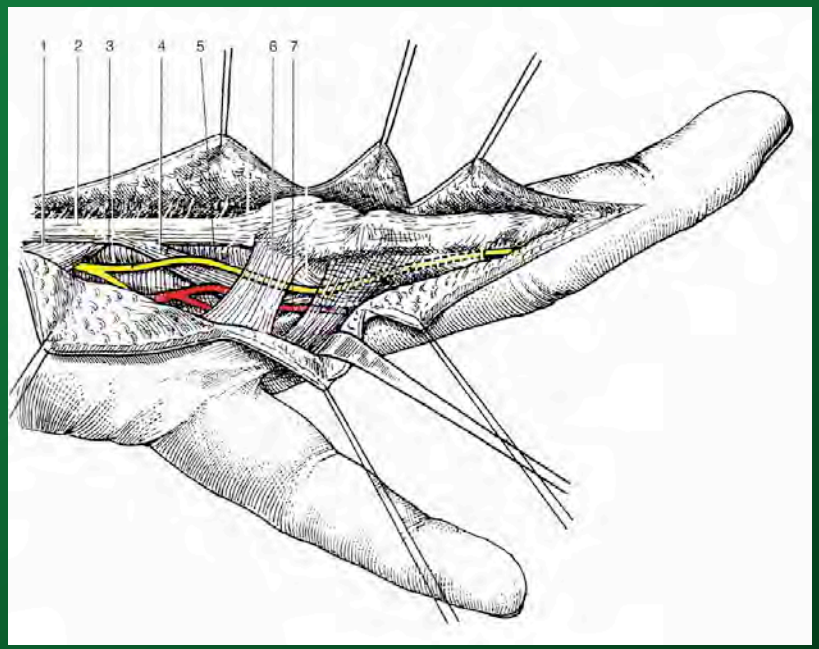
3. Aponévrectomie régionale complète
   - paume

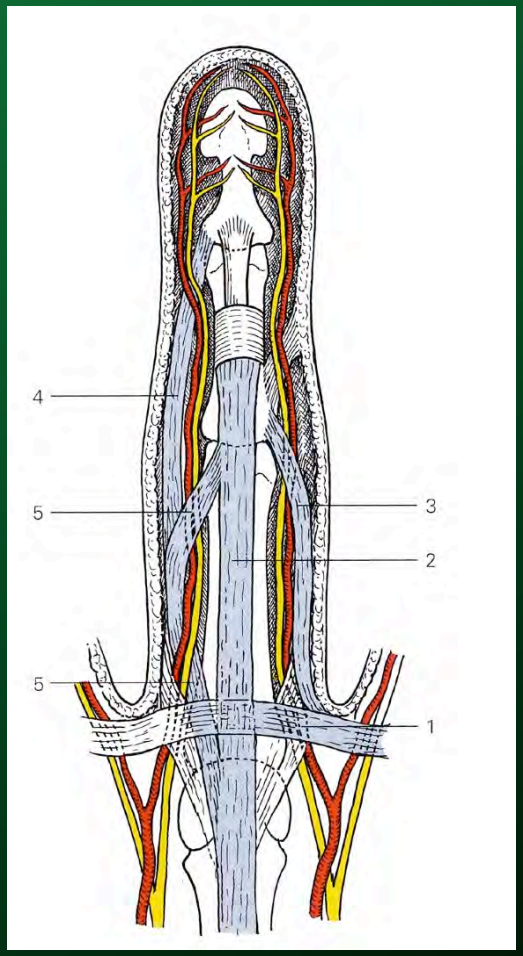




Technique opératoire

3. Aponévrectomie régionale complète
   - digitale

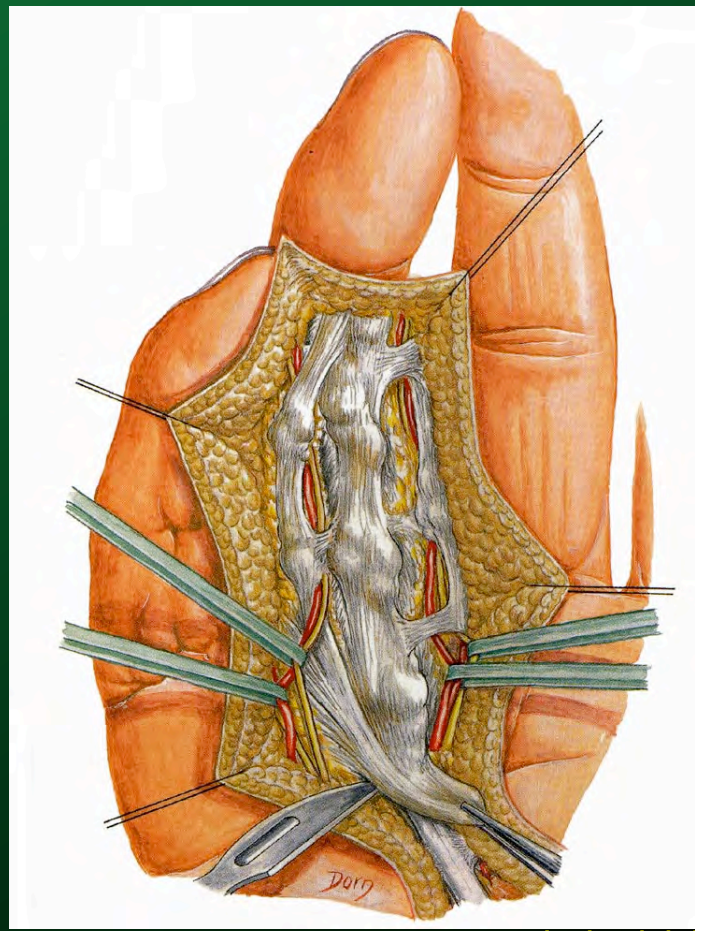




Technique opératoire

3. Aponévrectomie régionale complète
   - digitale

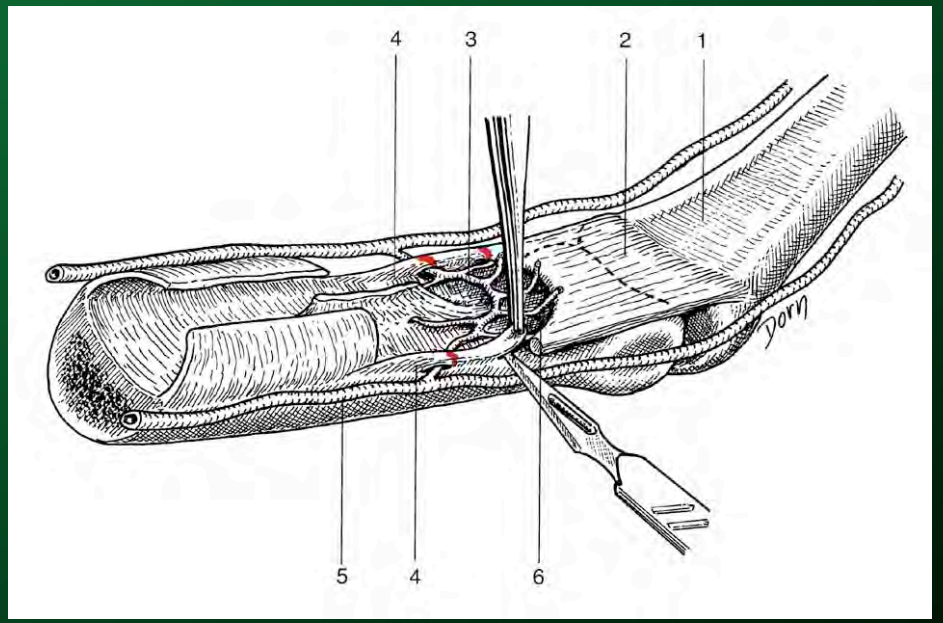
le risque de lésion des
pédicules vasculo-nerveux
est maximal au niveau IPP



Institut de la

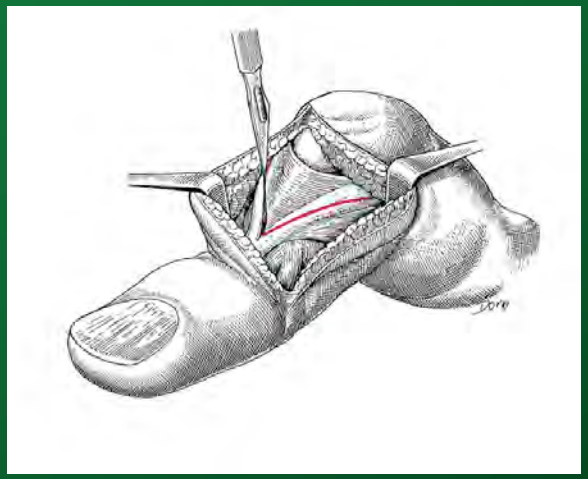
Technique opératoire

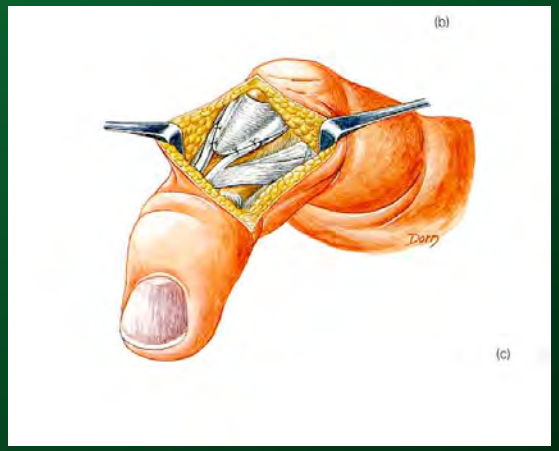
4. Gestes associés
   - freins plaque palmaire



Technique opératoire

4. Gestes associés
   - Hyperextension IPD



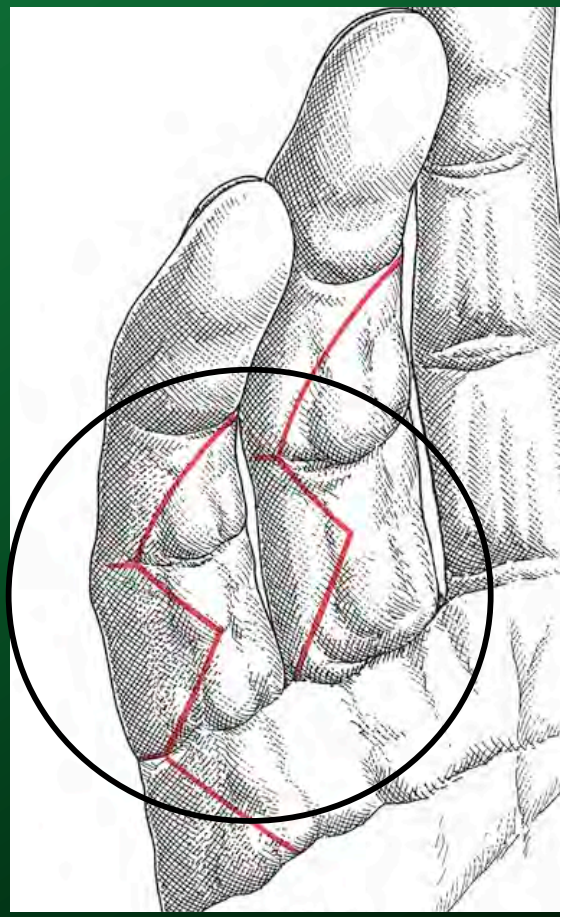


Technique opératoire

5. Lâcher du garrot
6. Hemostase
   - vitalité des lambeaux

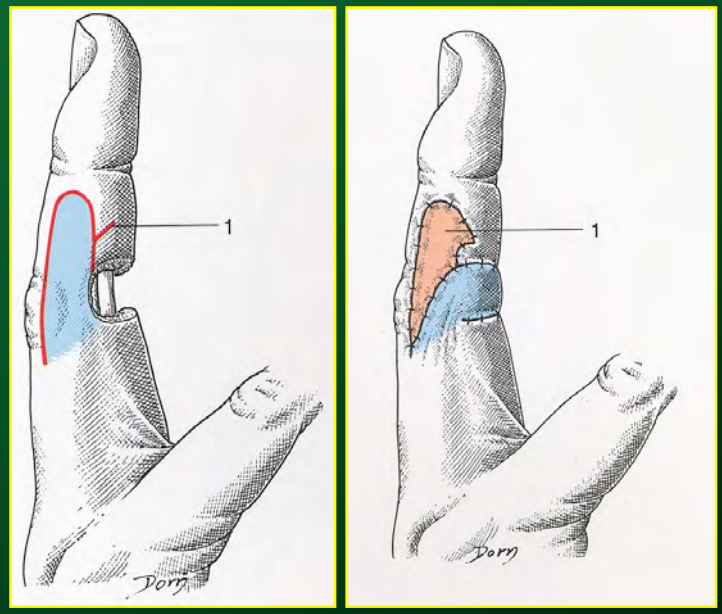
Technique opératoire

7. Fermeture cutanée fils non résorbables
   - V-Y
   - sans tension (doigt en extension)



Difficultés de fermeture

1. Vitalité douteuse, tension excessive
   - lambeau latéro-digital
     - homo-digital
     - hétéro-digital
   - greffe intercalaire



Institut de la

Difficultés de fermeture

2. Envahissement cutané important
   - autre choix thérapeutique : dermo-fasciectomie

Post-opératoire

8. Pansement avec les deux doigts adjacents

Post-opératoire

1er Pansement 8ème jour
Mobilisation immédiate par le patient lui-même

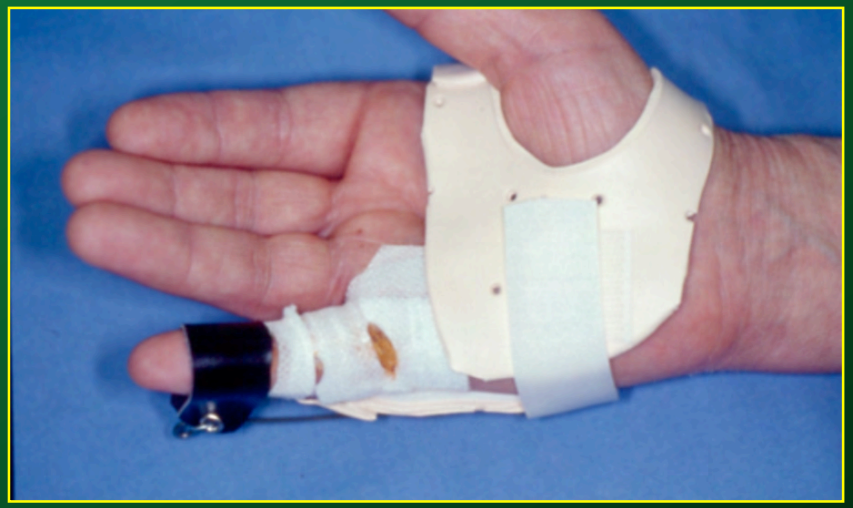
Post-opératoire

2ème Pansement 15ème jour

Post-opératoire

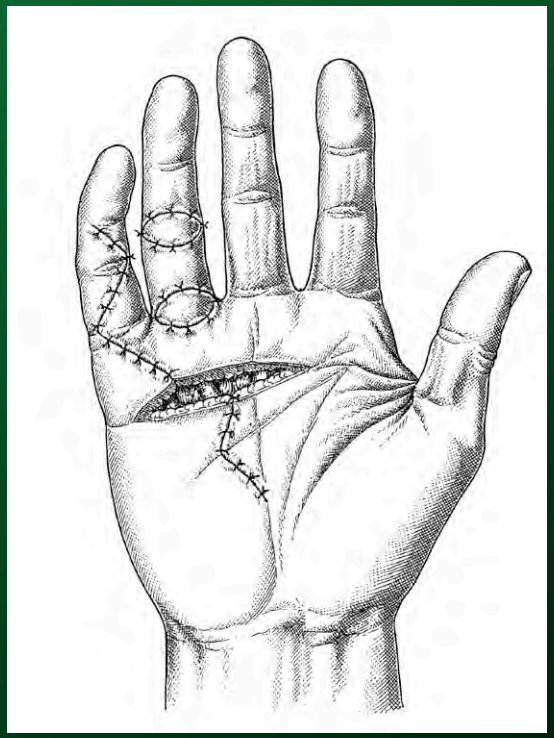
Rééducation (8ème jour) si :

- IPP initial ≥ 50° (+ appareillage dynamique)
- Déficit de FLEXION digitale



PAUME OUVERTE
Mc Cash,1964

1. Incision palmaire transversale (+ incisions digitales zig-zag)



PAUME OUVERTE

2. Aponévrectomie

PAUME OUVERTE

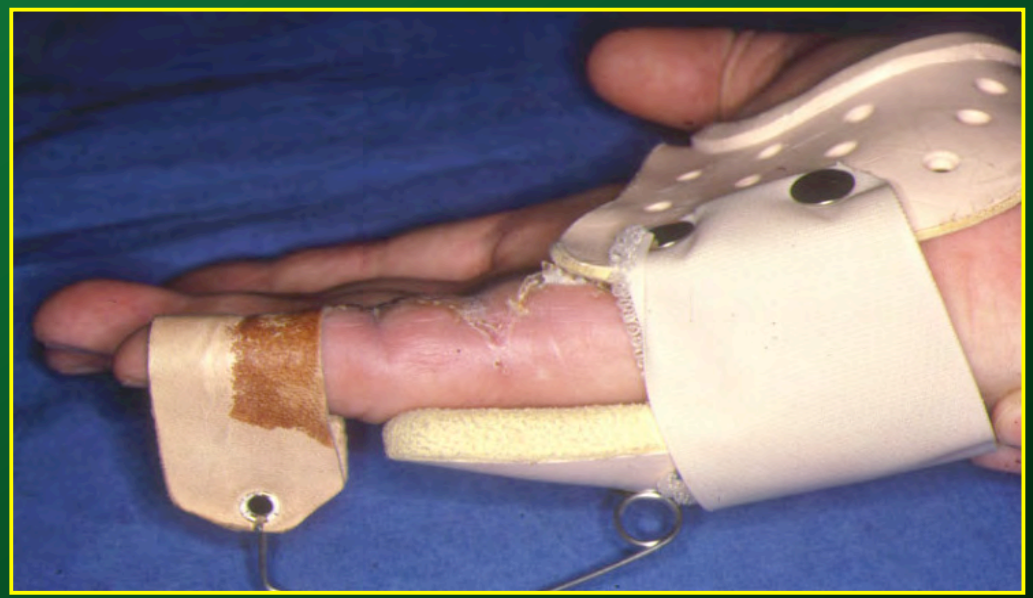
3. Cicatrisation dirigée
pansement tous les deux jours

PAUME OUVERTE

3. Cicatrisation dirigée

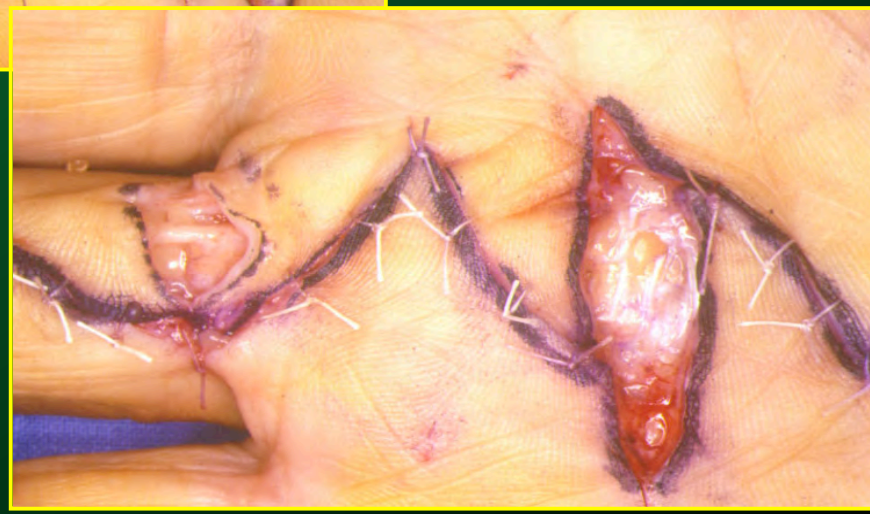
Appareillage nocturne en extension

Mobilisation en flexion +++ (kiné)



4. Puis compression de la cicatrice
   - Silicone moulé sur attelle « Cicacare »
- Rééducation active (flexion)

Méthode semi-ouverte



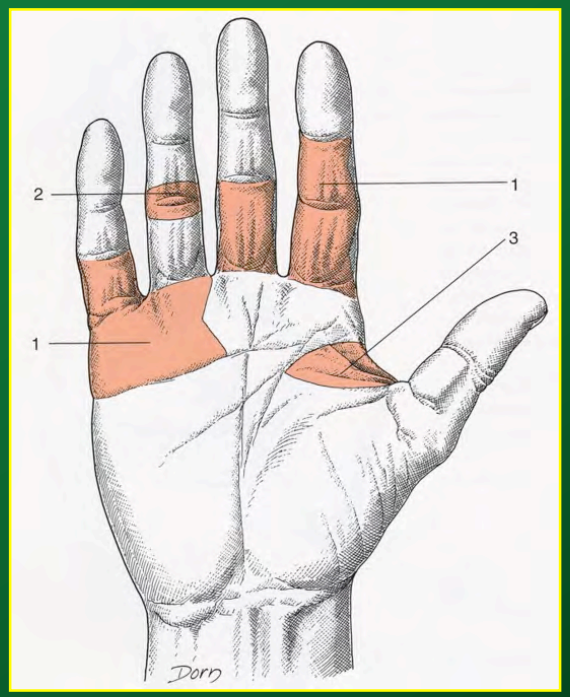
J+2

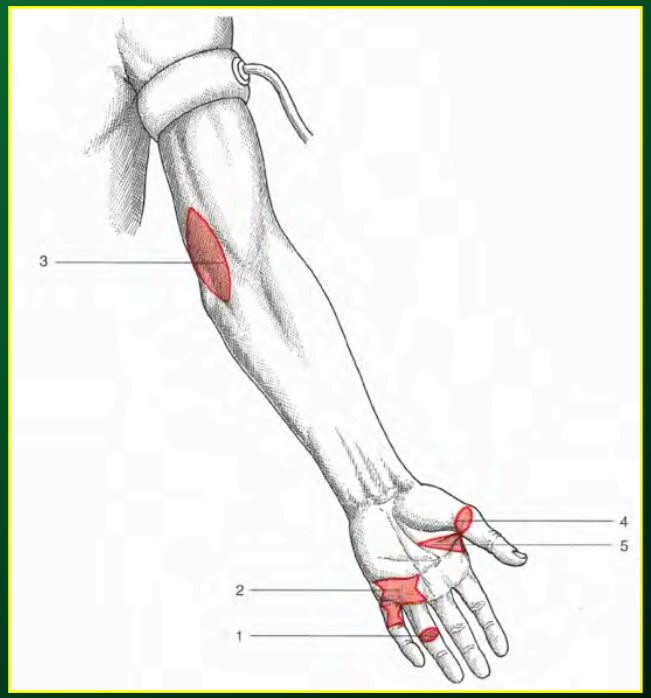
J+15

J+1 mois

Dermo-fasciectomie

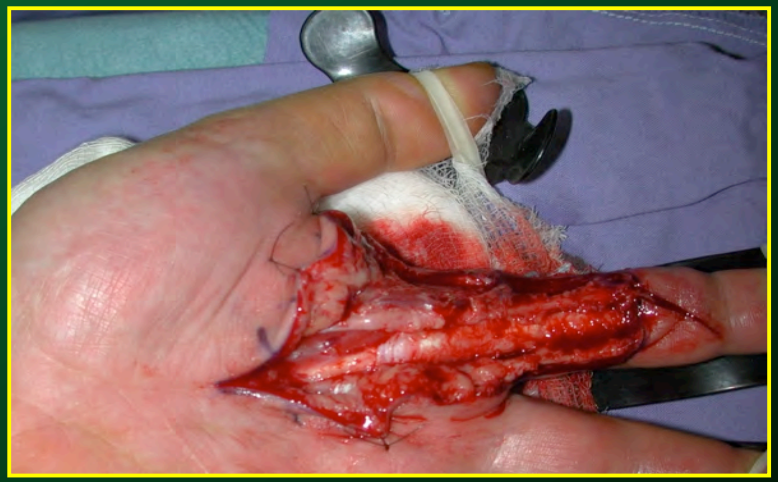
- Technique
  Unités fonctionnelles (MICHON)
  Site donneur





Dermo-fasciectomie

- Technique
  Aponévrectomie
  Lâcher du garrot
  Hémostase



Dermo-fasciectomie

- Technique
  Aponévrectomie
  Lâcher du garrot
  Hémostase
  Regonflage du garrot
  Mise en place de la greffe
  Pansement Bourdonnet

Dermo-fasciectomie

- Post-opératoire

  Ablation bourdonnet 8e jour
  Immobilisation relative 15 jours
  Rééducation souvent nécessaire

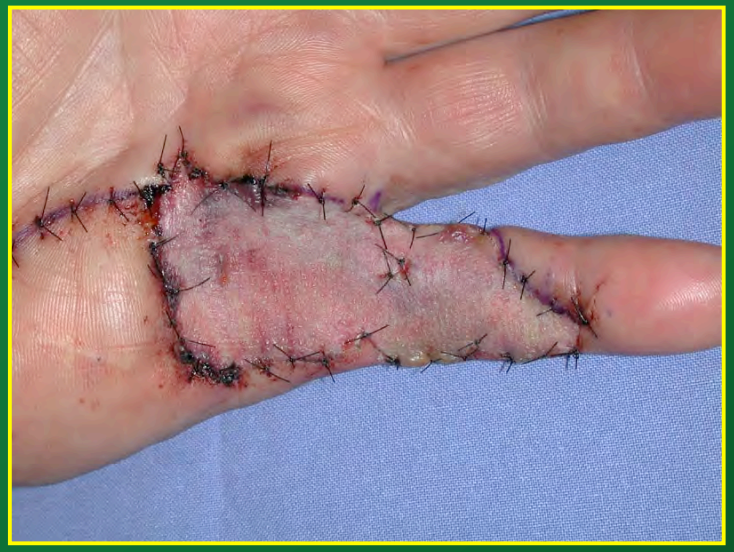
J0

J8

J15

J+3m

Institut de la



Complications

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%

Gestes articulaires IPP

Fermeture directe

Hématome

Désunion cutanée 0 à 10%

Nécrose cutanée 5 à 11%

- Souffrance cutanée sans retard à la cicatrisation 2.6%
- Délai de cicatrisation 50 jours

Paume ouverte

Inesthétique
Suites longues et astreignantes
Arrêt de travail prolongé
Déficit de flexion doigts

Greffes de peau totale

Longueur d'intervention
Nécrose de la greffe
Déficit de flexion doigts

La récidive

fréquence?

Récidives

100%
80%
60%
40%
20%
0%
0
5
10
15
20
25
30
(années)
Mantero
Norotte
Tubiana

Récidives

(Table Ronde 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

Les indications

Guérir la maladie?

impossible

Le but

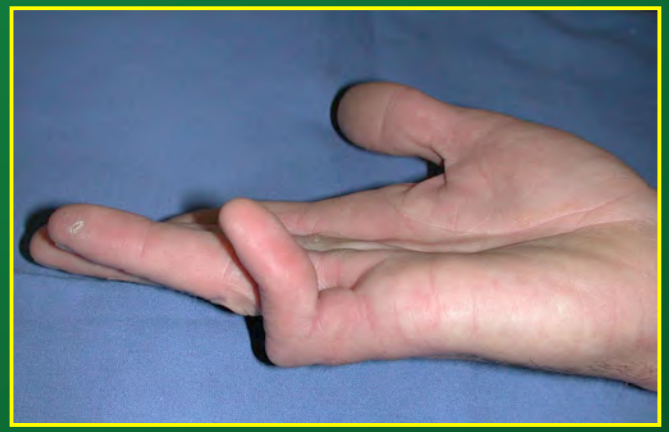
Rendre le (s) doigt atteint

- aussi fonctionnel que possible
- aussi longtemps que possible

Le choix du traitement dépend de nombreux facteurs

- la main
  - Nombre de doigts atteints
  - Région atteinte (doigt / paume)
  - Severité de la rétraction

indications



Le choix du traitement dépend de nombreux facteurs

- le patient
  - Age
  - Histoire familiale de Dupuytren
  - Profession
  - Desirs

Le choix du traitement dépend de nombreux facteurs

- le chirurgien
  - Habitudes
  - Environnement médical (soins, rééducation, orthèses…

Le choix du traitement dépend de nombreux facteurs

- les récidives

  Certains patients présentent un risque de récidive plus élevé que d'autres

La "diathèse" de Dupuytren

Hueston, 1963

- âge jeune
- antécédents familiaux
- lésions ectopiques
- local. digitale (IPP)

Pas de récidive sous les greffes de peau totale

Tubiana & Leclercq 1986
Kelly & Varian 1992
Searle & Logan 1992

Dermofasciectomie

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

- Autres :
  - Aponévrectomie et fermeture directe

Résultats habituellement satisfaisants

Peu ou pas de rééducation

Resultats à long terme fonction de la diathèse

Brides palmaires multiples

- Aponévrectomie
  et paume ouverte (Mc Cash)

Bride digitale isolée

Indications larges : éviter la rétraction articulaire

Pas d'aponévrotomie (danger)

Bride digitale isolée

1. patient d'âge moyen (> 50 ans)

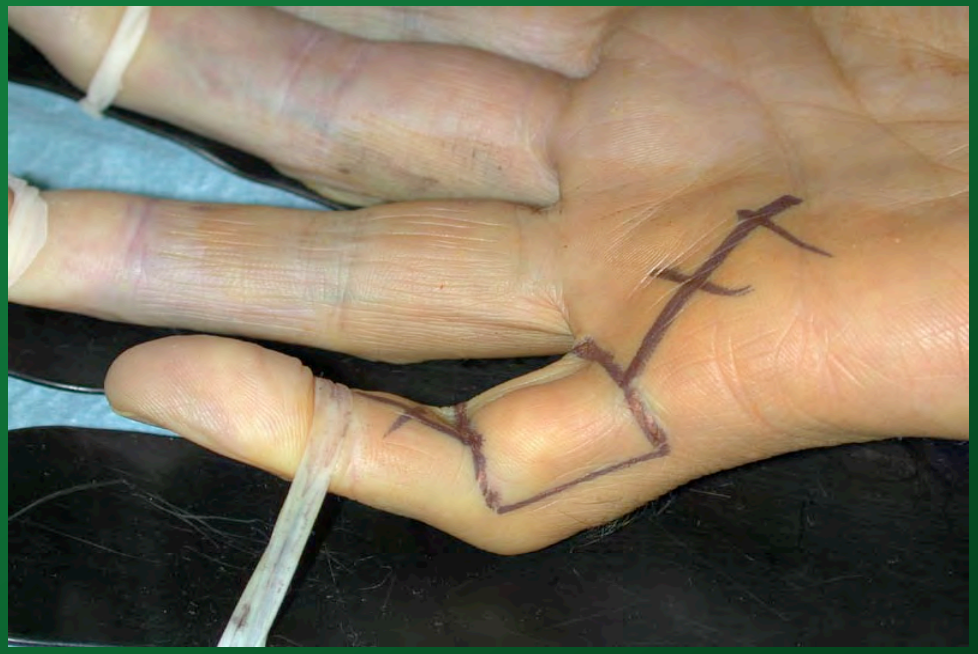
➢ aponévrectomie et fermeture directe

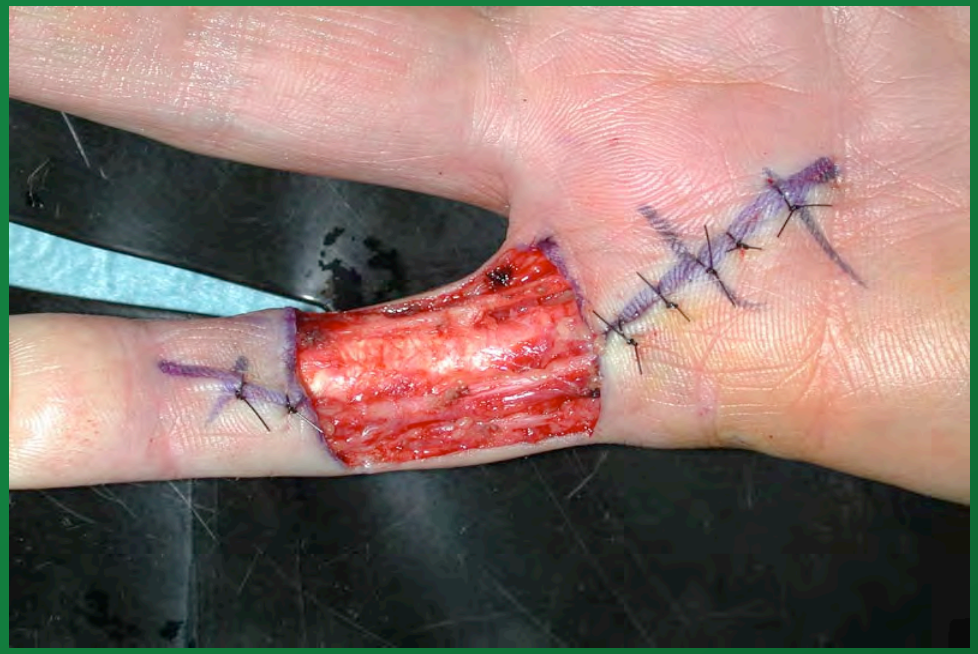
Peut nécessiter une arthrolyse
+ orthèse dynamique
+ rééducation
resultats incomplets (PIP)

Bride digitale isolée

2. Patient jeune et / ou diathèse forte

➢ Dermofasciectomie et greffe de peau totale

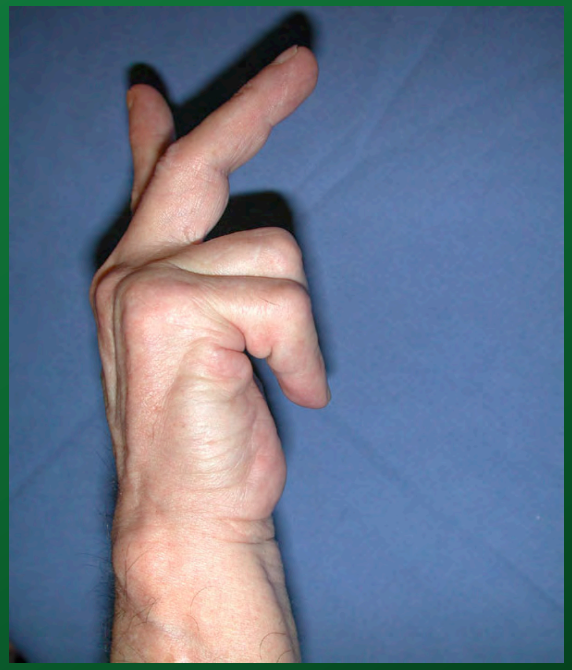


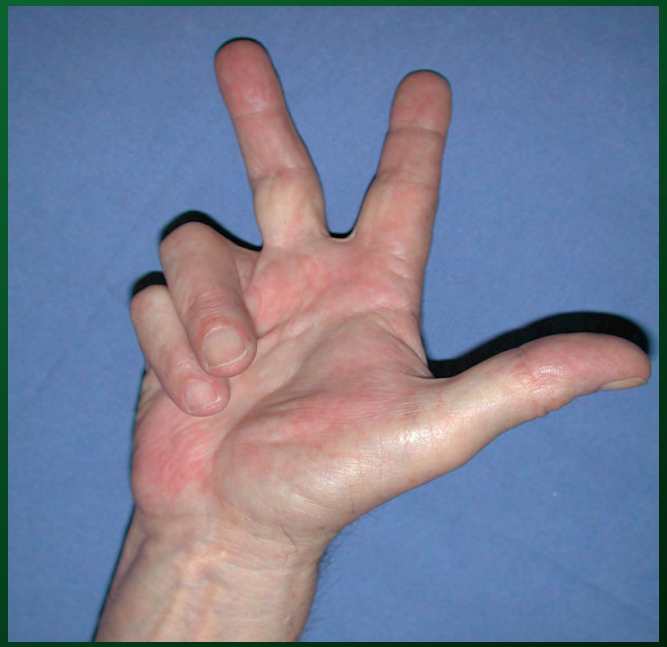


2 weeks

Bride digito-palmaire

1. Age moyen
   - Aponévrectomie et fermeture directe





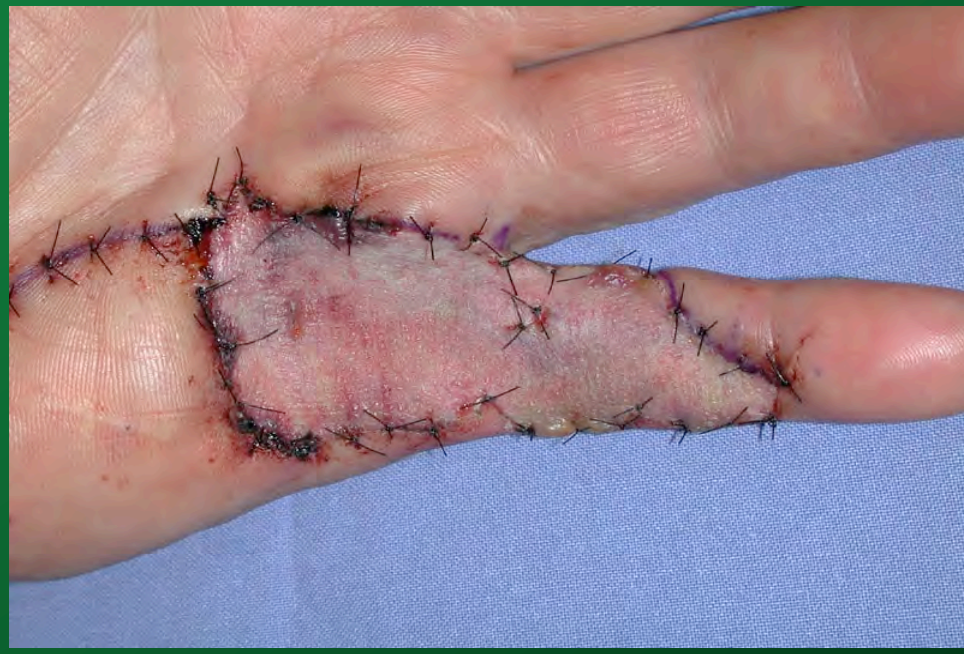
Bride digito-palmaire
résultats

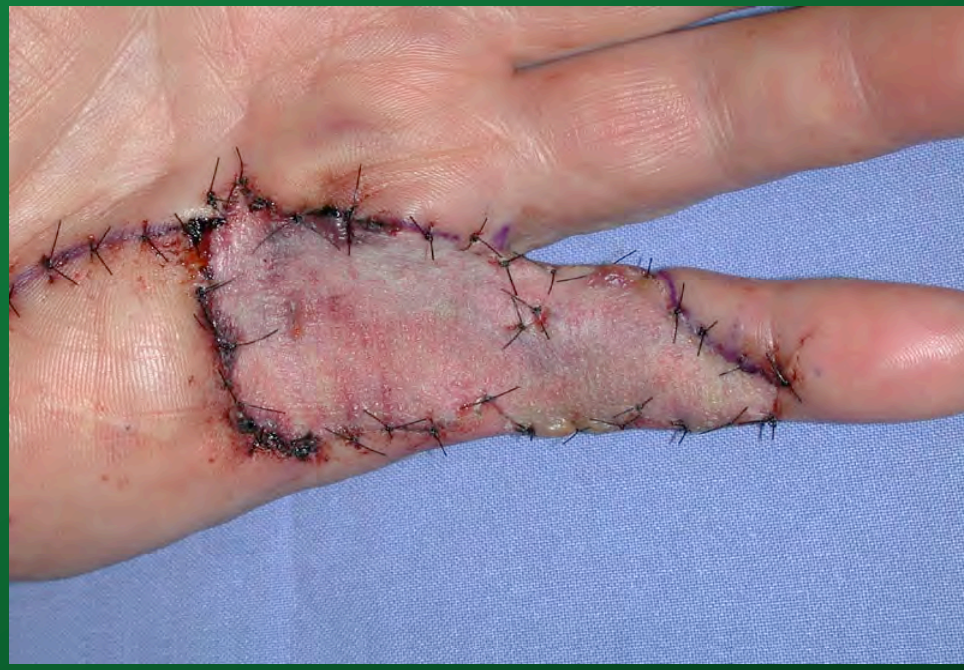
- MP: satisfaisants
- IPP: parfois incomplets

Bride digito-palmaire

2. Jeune et / ou diathèse forte

➢ Dermofasciectomie et greffe de peau totale dans les zones d'adhérence (finger)





2 months

Traitement des récidives

- La chirurgie est difficile
- Tissu cicatriciel + tissu deDupuytren
- Risque important pour les pedicules vasculo-nerveux

Traitement des récidives

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

Traitement des récidives

Rértraction sévere IPP

- ténoarthrolyse totale antérieure
- arthrodèse raccourcissante

Et parfois…

- Amputation
- Abstention

3 récidives

62 ans - 3 interventions
Gentleman-farmer à la retraite
Gêné pour la chasse

MAIN DROITE

Aponévrectomie+ GPT 3 et 4

MAIN GAUCHE

Aponévrectomie+ GPT

- 4 et 5

- puis index

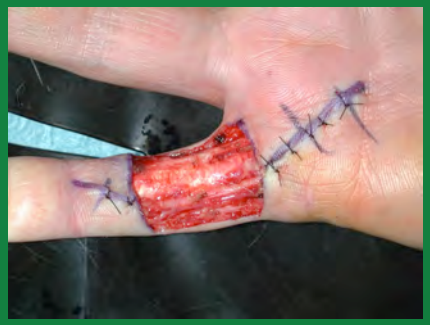
7 ans postop

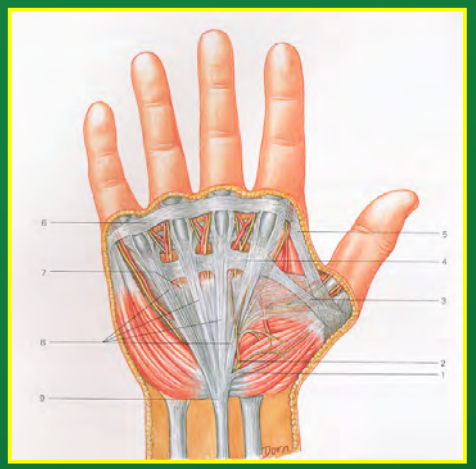
CONCLUSION
Quelle que soit la technique

- Technique opératoire sans faute : diminue les complications
- Mobilisation précoce sans attendre la cicatrisation
- Récupérer la flexion

CONCLUSION
Indications variables

- Adaptées à chaque patient
- Pas de "guérison"
- Faire comprendre le caractère évolutif de la maladie



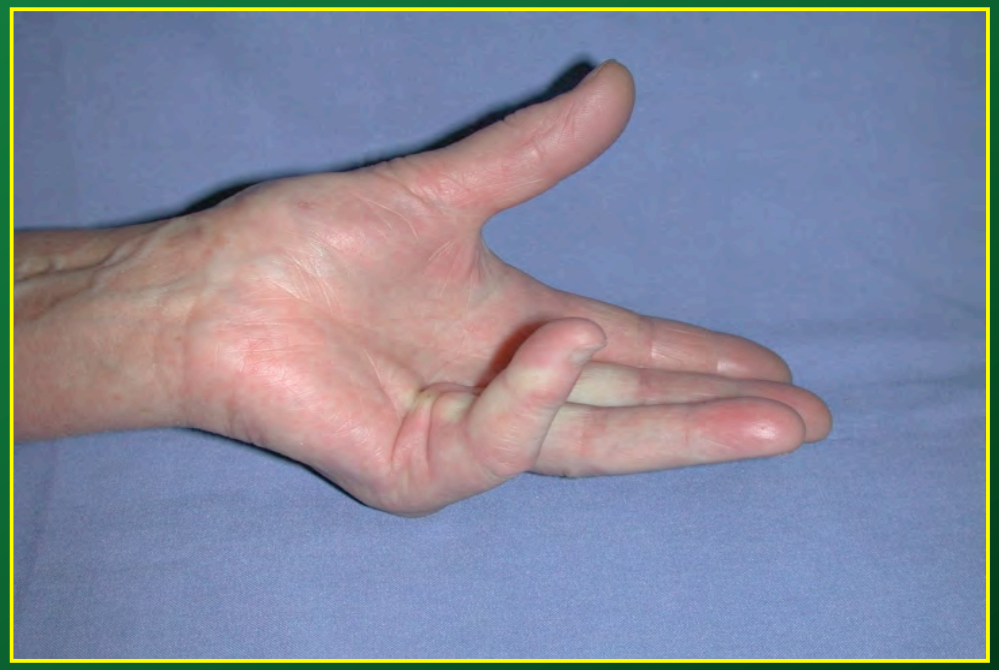


Indications

- Fermeture cutanée (Bruner)
  - Procédé habituel
- Dermo-fasciectomie
  - Récidive
  - Sujet à risque (jeune âge, diathèse)
- Paume «ouverte»
  - atteinte essentiellement palmaire de plusieurs rayons adjacents

Evolution

- Cicatrisation 15 - 18 jours
- Mobilité : dépend des lésions initiales

Evolution

- Cicatrisation 15 - 18 jours
- Mobilité : dépend des lésions initiales