

Déformation palmaire / Morbus Dupuytren

Les causes et origines de la maladie de Dupuytren ne sont toujours pas encore définies. Il est cependant certain que cette maladie est héréditaire. Des chercheurs des universités de Cologne et de Groningen ont fait des recherches génétiques sur le Morbus Dupuytren et ont pu localiser des chromosomes penchés qui en seraient responsables. Les recherches génétiques n'ont à ce jour démontré aucun lien avec des risques significatifs, tels que diabète sucré, alcool ou nicotine (1).

En l'espace de mois ou même d'années, des cordons et des ganglions se forment progressivement ou parfois par crises répétées à l'intérieur de la main ou des doigts. Les doigts ainsi atteints ne peuvent plus être tendus au niveau de l'articulation principale ou intermédiaire. Cette déformation peut aller jusqu'à ce que le bout des doigts atteigne la paume et ne peuvent plus être redressés.

Les doigts ne sont pas seulement inaptes à la flexion, ils peuvent aussi devenir un obstacle pour le travail, le sport, l'hygiène ou la pratique d'un instrument de musique, pour ne citer que quelques exemples.

Depuis 1993, nous pratiquons sans hospitalisation, avec seulement une anesthésie locale un procédé invasif minimal pour la rectification des doigts, l'aponévrotomie à l'aiguille (**AA**). L'expérience obtenue après plus de 2.500 interventions (juillet 2013) démontre que cette méthode n'est pas seulement comparable à la méthode opératoire avec section transversale des tendons :

1. La guérison après une **AA** ne prend que de quelques heures à peu de jours, alors qu'une opération avec coupe de la main nécessite plusieurs semaines à mois pour cicatriser et guérir.
2. Le risque d'une lésion des nerfs est minime lors d'une AA à l'encontre d'une opération.
3. Les risques d'infection et de destruction de cicatrisation des plaies sont très sensiblement inférieurs à ceux encourus lors d'une opération ouverte.
4. La réintégration dans la vie courante, professionnelle ou sportive est beaucoup plus rapide après une **AA**.
5. Les risques de récurrence, c'est-à-dire d'une nouvelle apparition de la flexion des doigts sont plus élevés après une AA qu'après une opération à main ouverte. Il est cependant certain qu'une nouvelle **AA** sera aussi facile à faire en cas de besoin que lors de la première intervention, à l'encontre d'une opération.
En cas de nouvelle opération à main ouverte, chaque intervention sera rendue plus difficile et à risque, due aux cicatrices des opérations précédentes.
6. Une intervention AA dure selon le diagnostic entre 10 et 45 minutes, et est effectuée en ambulatoire, avec anesthésie locale.

Ce sont les principaux avantages d'une intervention de type **AA** par rapport aux techniques opératoires.

Les économies réalisées par les caisses sociales et le raccourcissement évident des temps d'incapacité de travail sont d'autres avantages économiquement importants.

Encore aujourd'hui, après 20 années d'utilisation de la méthode **AA** dans notre cabinet, beaucoup de nos patients se et nous demandent pourquoi cette méthode n'est pas connue de tous et n'est pas pratiquées par d'autres praticiens.

La simple réponse est que cette méthode invasive minimale, qui avait déjà été développée dans la littérature spécialisée il y a plus de 200 ans, a purement été oubliée.

Il y a encore quelques années, aucun chirurgien généraliste ou spécialiste de la main ne connaissait cette méthode, ou ne l'a apprise lors de sa formation.

Lorsque les patients prennent connaissance de cette méthode, par internet ou par d'autres patients atteints de la maladie de Dupuytren, ils reçoivent de nos collègues toujours la même réaction, hochements incrédules de la tête, face à une méthode inconnue, refus absolu, selon la devise « ce que je ne connais pas, je ne le mange pas », ou accessoirement qu'il est nécessaire d'enlever ce qui gêne si on veut que cela soit parti.

Beaucoup de praticiens généraux ayant fait de mauvaises expériences avec les résultats d'une opération à main ouverte de Morbus Dupuytren, ne transfèrent leur patients que très tard, souvent trop tard, lorsque plus rien ne va.

Si ce comportement est compréhensible au niveau médical, il l'est pour moi beaucoup moins au niveau des avantages pour le patient.

Avant l'intervention **AA**, il est nécessaire de bien informer les patients sur les points suivants :

1. Les cordes aponévrotiques seront sectionnées en éventail par le biseau d'une aiguille d'injection, sous anesthésie locale, et ensuite brisées manuellement. Les mains qui n'ont pas encore été opérées se laissent plus facilement traiter que des mains déjà cicatrisées.
2. La flexion de l'articulation principale du doigt (articulation MCP) se laisse éliminer complètement dans la plupart des interventions. Les flexions de l'articulation secondaire (articulation IPP) pourront être très souvent améliorées, mais quelques fois ne pourront pas être complètement éliminées.
3. Suite à une flexion très prononcée ou très ancienne, la peau des articulations a très souvent perdu son élasticité ou adhère aux cordes ou aux ganglions situés juste en dessous. Il est alors possible qu'après l'**AA**, la peau des articulations se déchire spontanément à cet endroit, après une extension énergique du doigt. Ceci est loin d'être dramatique, et si la déchirure est supérieure à 10 mm, il est possible de greffer un petit morceau de peau venant d'une surface chauve du bras ou de l'avant-bras, prélevé sous anesthésie locale (**8, 9**).
4. Dans le cas d'une greffe de peau, une fixation du doigt concerné à l'aide d'un plâtre pour 2-3 doigts pour une durée de 15 jours peut s'avérer nécessaire, de façon que la peau puisse se régénérer. Sans transplantation de peau, le pansement ne doit être porté qu'un jour après une **AA**.
5. Je conseille le port d'un gant spécial qui maintient majeur, annulaire et auriculaire en position tendue pendant la nuit, pour une période de 3 mois après l'**AA**.

L'aponévrotomie à l'aiguille représente pour nous chirurgiens un enrichissement et une simplification de notre travail quotidien. La profonde satisfaction de nos patients après l'intervention est très importante, car mise à part l'anesthésie locale, le patient ne ressent aucune douleur. Dans la très grande majorité des cas, les patients n'ont pas besoin d'analgésique à la maison.

Nous rencontrons beaucoup moins d'effets secondaires après une **AA**. Ceux-ci peuvent être, en ordre décroissant :

1. Perturbation sensorielle passagère, principalement des bouts des doigts. Une perturbation permanente est très rare.
2. Hémorragie secondaire, inflammation ou troubles circulatoires (Douleurs s par grand froid au bout des doigts.)
3. Problèmes de guérison et/ou cicatrisation de la greffe de la peau.

L'aponévrotomie à l'aiguille n'est pas un coup de magie, mais une technique chirurgicale, qui a seulement besoin d'être enseignée. Il est cependant certain que l'**AA** n'apportera pas de réponses aux causes de Morbus Dupuytren. Une étude approfondie a montré que le taux de récurrence après 5 ans s'élevait à 84,9 % après une **AA**, ce taux après une opération à main ouverte (dermo-fasiectomie) ne s'élève qu'à 20,9 % pour la même période (2).

Malgré ces résultats, une intervention **AA** répond aux attentes des patients en ce qui concerne une intervention rapide, simple et pratiquement sans douleur d'un redressement des doigts, avec un taux de complication très faible. La plupart des patients accepte un taux de récurrence plus important, aussi du fait qu'il est très simple de répéter cette intervention, à l'encontre de la méthode traditionnelle opératoire. Lors de cette dernière, une nouvelle opération s'avère beaucoup plus difficile, à cause des cicatrices prononcées.

Une intervention **AA** peut être renouvelée, alors qu'une opération à main ouverte ne peut être répétée que deux, maximal 3 fois. Force est de reconnaître que la plus part des patients ayant subi une intervention chirurgicale n'acceptent que difficilement une nouvelle opération, ils préfèrent au plus une intervention invasive.

Très souvent, les patients qui ne se seraient jamais fait opérer, ou qui sont fait opérer, sont absolument satisfaits des résultats de notre intervention. C'est exactement ce que je voulais signifier en parlant d'enrichissement de notre travail quotidien.

Actuellement, nous sommes les seuls chirurgiens qui pratique les interventions **AA** et **AA+** à tous les stades de la maladie de Dupuytren (Tubiana 1 – 4) ainsi que sur des patients déjà opérés de manière traditionnelle.

Petit historique du développement de l'aponévrotomie à l'aiguille (AA) pour le traitement de Morbus Dupuytren.

Les premières descriptions sur le dénommé Morbus Dupuytren ne sont pas de la plume du chirurgien Baron Guillaume Dupuytren (1877-1835), mais sont dues au chirurgien anglais Henry Cline Sr. (1750-1827) et ensuite à son collègue, le chirurgien londonien Sir Astley Paston Cooper (1768-1841).

À l'époque n'existaient ni anesthésie locale, ni antibiotiques. Les brides étaient sectionnées dans la paume par de petites coupures, (Fasziotomie / aponevrotomie ??), la cicatrisation se formait d'elle même. Déjà, Cline conseillait fortement le port d'une attèle protectrice.

Au début du 21^{ème} siècle, la découpe radicale des brides digitales de la main s'est établie en tant que thérapie de choix. Encore de nos jours, après de minimes modifications, l'aponévrotomie, soit transversale soit partielle est toujours pratiquée. Après découpe de la paume et sur les doigts concernés, les cordes aponévrotiques et les nœuds sont séparés des nerfs collatéraux et subissent une ablation.

En 1959, J. Vernon Luck décrivait déjà l'aponévrotomie comme une méthode alternative à l'opération à main ouverte comme traitement de Morbus Dupuytren. Luck défendait encore que l'aponévrotomie à l'aiguille (**AA**) ne devait pas être appliquée aux doigts. (**3**)

Le développement et l'application intensive de la méthode invasive à l'aiguille vint fin des années 70 de France. Jean François Badois et son équipe décrivaient la méthode de l'aponévrotomie à l'aiguille (**AA**) n'était applicable que dans un stade précoce de Morbus Dupuytren (**4**).

En Allemagne, l'aponévrotomie à l'aiguille (**AA**) a été évoquée pour la première fois en 1993 par l'orthopédiste Kurt Groeben. Pour Groeben, l'AA n'était cependant qu'une alternative à l'opération traditionnelle, et la tortuosité des articulations intermédiaires (articulation IPP) ne pouvait être résolue par cette méthode (**5**).

Suite à une étude décennale, Duthie et Chesney ne concevaient l'AA que pour les patients pour lesquels la méthode d'aponévrotomie radicale n'était pas ou plus concevable (**6**). Ce n'est qu'en 1997 que Jean Luc Lermusiaux et son équipe ont décrit l'aponévrotomie à l'aiguille (**AA**) comme une méthode équivalente pour le traitement de Morbus Dupuytren (**7**). Selon l'auteur de cette étude, la méthode opératoire devait être seulement réservée aux patients qui n'étaient pas satisfaits des résultats de l'aponévrotomie à l'aiguille (**AA**). Déjà, Lermusiaux évoquait que l'**AA**, combinée avec une transplantation de peau, pouvait réduire les risques de récurrence.

Kurt Groeben a pratiqué et démontré pour la première fois en 1993 l'aponévrotomie à l'aiguille (**AA**) dans notre cabinet à Bielefeld. Jusqu'au début du 21^{ème} siècle, l'**AA** semblait avoir été oubliée, et dormait du sommeil du juste. Avec Kurt Groeben, nous étions les seuls en Allemagne à pratiquer cette ancienne nouvelle méthode.

Depuis 1993, cette méthode a été développée continuellement dans notre cabinet de Bielefeld, et nous avons ainsi pu améliorer l'aponévrotomie à l'aiguille (**AA**) jusqu'à sa forme actuelle, l'**AA+**, applicable aux cas de Morbus Dupuytren beaucoup plus prononcés.

Tout comme l'**AA**, l'**AA+** est considérée par les patients comme une méthode invasive minimale, comme l'a démontré une étude en 2013, basée sur un questionnaire auquel ont participé les patients assujettis à l'**AA+**, pendant une période de 5 ans, de 2007 à 2012.

J'ai moi-même présenté la technique de cette méthode pendant le congrès des chirurgiens de la main à Lübeck en 2012.

En résumé, il faut reconnaître que les patients atteints de Morbus Dupuyrien sont actuellement très bien informés sur leur maladie, ont consulté de nombreux forums sur les expériences sur internet et ont souvent pris contact avec d'autres patients pour s'échanger. Nous ne pouvons qu'encourager ce développement, et il est facile de concevoir et remarquer avec quel plaisir intensif nous redressons des doigts avec cette méthode invasive minimale. Très souvent, les patients sont très étonnés de constater avec quelle rapidité une amélioration sensible est atteinte, et cela sans problèmes.

Dr. Med. Wolfgang Lenze

Bibliographie:

1. Dolmans GHCG, Hennies HC. The Genetic Basis of Dupuytren´s Disease: An Introduction. In: Eaton C, Seegenschmiedt MH, Bayat A, Gabbiani G, Werker P, Wach W, eds. Dupuytren´s Disease and Related Hyperproliferative Disorders. Heidelberg: Springer 2012: 87-91
2. Van Rijssen AL, Ter Linden H, Werker PMN. Five-Year Results of a Randomized Clinical Trial on Treatment in Dupuytren´s Disease: Percutaneous Needle Fasciotomy versus Limited Fasciectomy. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 2012; 129(2): 469-477
3. Luck JV. Dupuytren´s Contracture: A new concept of the pathogenesis correlated with surgical management. *J Bone Joint Surg*. 1959; 41A: 635-664
4. Badois FJ, Lermusiaux JL, Masse C & Kuntz D. Nonsurgical treatment of Dupuytren´s disease using needle fasciotomy. *Rev Rhum ED Fr*. 1993; 60: 808-813
5. Groeben K, Groeben H. Die Behandlung der Dupuytren´schen Kontraktur durch transkutane Fibrosenperforation und nachfolgende manuelle Redression. *Orthop. Praxis*. 1993; 3: 189-192
6. Duthie RA & Chesney RB. Percutaneous fasciotomy for Dupuytren´s contracture: a 10-year review. *J Hand Surg*. 1997; 22B: 517-521
7. Lermusiaux JL, Lellouche H, Badois JF & Kuntz D. How should Dupuytren´s disease be managed in 1997? *Rev Rhum (Engl.ED)*. 1997; 64(12): 775-776
8. Lenze W. Die Technik der erweiterten PNF. Poster. 53. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie. Lübeck. 2012.
9. Lenze W. Nadelfasziotomie und Hautrisse bei der schweren Dupuytren´schen Kontraktur. Vortrag. 56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie. Ludwigsburg. 2015.