



Dr. Bernard Lallemand

CHIRURGIE DE LA MAIN ET DU MEMBRE SUPERIEUR

Maladie De Dupuytren

www.drlallemand.com

Ces informations constituent un guide général.
Les détails spécifiques dépendent de votre situation particulière et
doivent être évalués par le jugement professionnel de votre
chirurgien

Pathologie

01

Définition

La maladie de Dupuytren est une affection caractérisée par une fibrose progressive du fascia palmaire de la main. Elle entraîne un épaississement et une rétraction du tissu dans la paume, conduisant à une flexion permanente des doigts, souvent l'annulaire et l'auriculaire. Cette contracture limite progressivement la mobilité de la main.

Causes

La cause exacte de la maladie de Dupuytren est inconnue, mais elle résulterait d'une combinaison de facteurs génétiques, environnementaux et cellulaires. Elle présente une forte composante héréditaire, souvent associée à une ascendance d'Europe du Nord. Une dysfonction cellulaire, incluant une hyperactivité des fibroblastes, entraîne un dépôt de collagène et une fibrose. Des déclencheurs environnementaux comme le tabagisme, la consommation d'alcool ou des traumatismes répétés de la main pourraient contribuer à son apparition ou à sa progression.

Signes et symptômes

Les signes et symptômes de la maladie de Dupuytren incluent :

Nodules dans la paume : Petites masses fermes sous la peau, souvent indolores au début.

Cordes épaisse : Apparition de structures en cordon dans la paume ou les doigts.

Contractures des doigts : Incapacité à redresser complètement les doigts affectés.

Raideur progressive : Perte graduelle de la fonction de la main due à une extension limitée des doigts.

Modifications cutanées : Apparition de fossettes ou de plis de la peau au-dessus des zones touchées.

Ces symptômes évoluent généralement avec le temps et varient en gravité.

Diagnosis

Une tuméfaction douloureuse sur le bord externe du poignet, à la base du pouce, est un signe clair de cette affection. Pour confirmer le diagnostic, le médecin peut demander au patient de faire un poing avec le pouce à l'intérieur et de plier le poignet vers l'auriculaire. Si cette manœuvre, à savoir le test de Finkelstein, reproduit la douleur, il s'agit probablement d'une ténosynovite de Quervain. Une échographie peut-être réalisée pour confirmer le diagnostic.

Traitement

Le traitement de la maladie de Dupuytren dépend de la sévérité et de l'impact fonctionnel. Les cas légers peuvent se limiter à une surveillance, tandis que les contractures avancées nécessitent des interventions telles que :

Aponévrotomie à l'aiguille : Technique miniinvasive pour sectionner les cordons.

Injections de collagénase : Enzymes permettant de dissoudre les cordons fibreux.

Fasciectomie chirurgicale : Excision des tissus affectés pour libérer la flexion des doigts.

Une rééducation post-traitement est essentielle pour restaurer la fonction et prévenir les récidives. Ces dernières sont fréquentes, nécessitant une surveillance régulière et parfois des interventions répétées.

Le Dr Bernard Lallemand vous orientera vers les meilleures options thérapeutiques adaptées à votre cas spécifique.

Chirurgie

02

Indications

La chirurgie de la maladie de Dupuytren est indiquée lorsque les contractures des doigts altèrent de manière significative la fonction de la main, généralement lorsque la flexion est $\geq 30^\circ$ au niveau de l'articulation MCP ou en cas de limitation au niveau de l'articulation PIP. Une progression rapide de la maladie ou des cordes douloureuses peuvent également justifier une intervention. Elle est envisagée dans les cas qui ne répondent pas aux traitements non chirurgicaux. Une intervention précoce est évitée en raison des risques de récidive et de complications.

Procédure chirurgicale

L'opération pour traiter la maladie de Dupuytren par fasciectomie est généralement réalisée en ambulatoire, permettant au patient de rentrer chez lui le jour même. Elle est souvent pratiquée sous anesthésie générale ou régionale.

Une fois l'anesthésie en place et la zone désinfectée, le chirurgien pratique une incision classique en zigzag dans la paume, suivant généralement les plis naturels pour minimiser les cicatrices visibles. À travers cette incision, le chirurgien retire soigneusement les cordes épaissies et les tissus fibreux responsables de la contracture, en veillant à préserver les nerfs et les vaisseaux sanguins environnants.

Après avoir libéré la contracture, le chirurgien

peut étendre l'incision dans les doigts si nécessaire pour une correction complète. La peau est ensuite refermée par des points de suture résorbables, et parfois une petite greffe de peau est utilisée si une grande quantité de tissu a été enlevée.

Cette procédure est réalisée sous vision directe, à l'aide de lunettes loupes chirurgicales pour une précision accrue.

Une anesthésie complémentaire sera réalisée en fin d'intervention avec de la Ropivacaïne® pour permettre de garder la zone opérée endormie pendant 12 à 24 heures ce qui permettra une meilleure gestion de la douleur post-opératoire.

Un bandage est appliqué à la fin de la procédure.

Après l'intervention

Il n'est pas nécessaire d'immobiliser vos doigts, et vous pourrez les bouger rapidement pour éviter que les tendons ne se collent ensemble ou à la peau. Cela facilite une meilleure récupération et prévient les adhérences.

Risques

03

Quels Sont Les Principaux Risques De Cette Opération ?

Gonflement, raideur et douleur au niveau de la cicatrice

Après l'opération, il est possible que vous ressentiez un gonflement, une raideur et une douleur autour de la cicatrice. Le fait de garder le bras surélevé et de bouger les doigts dès que possible peut aider à réduire ces symptômes. Le gonflement local autour du site chirurgical peut durer plusieurs mois.

Dans de rares cas, les patients peuvent présenter un gonflement et une raideur plus importants que d'habitude. Cela peut être dû à une algodystrophie, une affection qui survient dans moins de 1 % des cas.

Infection

Les infections après cette opération sont rares (moins de 1 % des cas).

Les infections locales de la plaie peuvent généralement être traitées avec des antibiotiques oraux. Dans de rares cas, des infections plus profondes peuvent se produire, nécessitant une réadmission à l'hôpital, des antibiotiques par voie intraveineuse et parfois une nouvelle intervention chirurgicale.

Lésion nerveuse

De petits nerfs longent chaque côté des doigts et sont souvent entrelacés avec le tissu fibreux de la maladie de Dupuytren, nécessitant une dissection minutieuse pendant la chirurgie. Cela peut entraîner une perte temporaire ou permanente de sensation dans certaines parties du doigt, en fonction de la complexité de l'opération.

Problèmes de cicatrisation

Les problèmes de cicatrisation sont plus fréquents lors de

procédures complexes, affectant 2-3% des patients, et peuvent nécessiter des pansements prolongés ou des antibiotiques. Rarement, une nouvelle intervention chirurgicale est nécessaire, ce qui peut retarder la récupération fonctionnelle.

Lésions des vaisseaux sanguins

Deux artères irriguent chaque doigt, et des lésions des deux peuvent entraîner une sensation de froid, une décoloration, voire la perte du doigt si le flux sanguin est insuffisant. Cette complication est rare dans la chirurgie de Dupuytren, sauf dans les cas très complexes.

Correction incomplète de la déformation

Le degré de correction dépend de l'articulation affectée et de la gravité de la déformation. Les articulations métacarpophalangiennes (articulations des phalanges) répondent généralement bien, mais les articulations interphalangiennes (des doigts) sont plus difficiles à redresser complètement. Une amélioration significative est probable, mais un mouvement totalement normal peut ne pas être réalisable dans les cas graves.

Récidive de la maladie

Le pourcentage de patients avec une récidive augmente progressivement au fil des mois et des années suivant l'opération.

Rupture des tendons

La rupture des tendons est une complication rare.

En comprenant ces risques potentiels, vous serez mieux préparé au processus de guérison. Suivez toujours les conseils du Dr Bernard Lallemand et signalez immédiatement tout symptôme inhabituel.

Parcours préopératoire

04

Consultation préopératoire et examens médicaux

Histoire médicale : Informez votre chirurgien de vos antécédents médicaux, allergies et interventions précédentes.

Médicaments : Mentionnez tous les médicaments que vous prenez, en particulier les anticoagulants.

Examens : Apportez vos examens complémentaires (radiographies, CT scan et IRM).

Comprendre votre chirurgie

- Comprenez l'**objectif de l'intervention** et ce qu'elle vise à accomplir.
- Demandez à votre **médecin** de vous expliquer les étapes, les risques, les bénéfices et les alternatives.
- Donnez votre **consentement éclairé** après avoir bien compris la procédure.

Consultation pré anesthésique

Un rendez-vous avec l'anesthésiste sera planifié pour évaluer votre état de santé et discuter des options anesthésiques.

Si vous avez des problèmes de santé préexistants, des examens supplémentaires peuvent être nécessaires pour garantir la sécurité de l'anesthésie.

Préparation émotionnelle et pratique

Organisez-vous pour qu'une personne puisse vous aider après l'opération.

Si vous ressentez de l'anxiété, discutez des options de soutien avec votre médecin.

Arrêtez de fumer et limitez votre consommation d'alcool avant l'intervention pour favoriser la cicatrisation.

2 jours avant l'intervention

Lavez soigneusement la zone opérée avec du savon doux matin et soir, sauf si vous avez un plâtre.

La veille de l'intervention

Ne mangez ni ne buvez après minuit ou, de manière générale, 6 à 8 heures avant l'opération, sauf avis contraire de votre médecin.

Prenez un bain ou une douche, lavez-vous les cheveux et assurez-vous que vos ongles sont propres et sans vernis.

Le jour de l'intervention

Arrivez à l'hôpital trois heures avant l'opération avec votre pièce d'identité (carte d'identité émiratie ou passeport) et votre carte d'assurance.

Portez des **vêtements amples** et confortables pour faciliter l'habillage après l'opération

Ne portez ni maquillage, ni bijoux, ni vernis à ongles. Suivez les instructions concernant la prise de vos médicaments habituels.

Apportez les essentiels : si vous portez des lunettes, des lentilles de contact ou un appareil auditif, assurez-vous de les emmener avec vous.

Évolution postopératoire

05

Jour de l'intervention

- Après l'opération, un pansement et un bandage rembourré seront appliqués.
- Gardez ces pansements propres et secs.
- Pour réduire le gonflement, gardez votre bras surélevé dans une écharpe ou sur des oreillers.
- Commencez à bouger tous les doigts non affectés après l'opération pour éviter les raideurs.
- Prenez des analgésiques avant que l'anesthésie ne perde son effet et suivez les recommandations de votre chirurgien.

Jours 2 à 14

Le bandage rembourré sera changé en consultation par une infirmière et sera remplacé par un pansement adhésif sur la plaie pour la protéger. Veillez à ce que la plaie reste propre et sèche.

Ce bandage sera changé régulièrement en fonction des conseils du Dr Bernard Lallemand.

Continuez à exercer doucement votre main et votre poignet. Vous pouvez utiliser votre main pour des activités légères, évitez de soulever des charges lourdes et de laisser votre main pendre sous votre taille pendant de longues périodes.

2 à 6 semaines

Un contrôle de la plaie et un retrait des points de suture devraient avoir lieu entre 10 et 14 jours après l'opération. Les détails seront précisés le jour de votre première visite.

Augmentez progressivement les activités avec votre main et votre poignet en fonction de votre

confort.

Une fois la plaie complètement refermée, un massage quotidien de 10 minutes de la cicatrice avec une crème hydratante pour les mains est souvent utile pour réduire le gonflement et désensibiliser la cicatrice.

Après 6 semaines

La plupart des personnes reprennent leurs activités normales à ce stade, même si le massage des cicatrices peut encore être bénéfique.

Conduite

Vous pouvez conduire lorsque vous vous sentez capable de contrôler la voiture, même en cas d'urgence.

Arrêt de travail

La durée de l'arrêt de travail nécessaire varie en fonction de la nature de votre travail. Pour un travail de bureau léger, vous n'aurez peut-être besoin que de quelques jours d'arrêt de travail. Pour un travail plus lourd, vous aurez peut-être besoin d'un arrêt de travail plus long. Discutez de votre cas personnel avec votre chirurgien.

Difficultés postopératoires

Contacter le service du Dr Bernard Lallemand si vos doigts sont plus gonflés, plus raides ou plus douloureux que prévu, et si vous voyez des écoulements, de l'humidité ou détectez des odeurs désagréables sous votre pansement.

En dehors des heures normales de travail, vous devrez peut-être vous rendre au service des urgences pour résoudre ces problèmes.

Postoperative physiotherapy

06

Période post-opératoire immédiate (Jour 0 – Semaine 2)

- Pansements : Garder la plaie propre et sèche. Changer les pansements selon les instructions du chirurgien.
- Gestion de la douleur : Utiliser les antalgiques prescrits et surélever la main pour réduire le gonflement.
- Exercices de mobilité : Commencer à bouger activement les articulations non affectées par la chirurgie.

Rééducation précoce (Semaine 2 – Semaine 6)

Soins de la plaie : Retrait des points de suture (s'ils ne sont pas résorbables) ; surveiller les signes d'infection.

Évaluation initiale : Un kinésithérapeute effectuera une première évaluation de la main et du poignet.

Objectifs de la thérapie :

- Mouvements actifs et passifs des doigts
- Techniques de gestion des cicatrices (massage avec crème ou silicone).
- Contrôle de l'œdème par compression ou élévation
- Introduction progressive de tâches fonctionnelles légères pour améliorer l'utilisation de la main.
- Une attelle dynamique peut vous être conseillée pour les contractures résistantes.

Renforcement et récupération fonctionnelle (Semaine 6 – Semaine 12)

Objectifs de la thérapie :

- Exercices de renforcement progressifs, incluant la préhension et la pince.
- Désensibilisation avancée de la cicatrice si la sensibilité persiste

Objectifs fonctionnels : Encourager la reprise des activités quotidiennes nécessitant de la dextérité manuelle.

Rééducation sur le long terme (Semaine 12 et au-delà)

Programme à domicile : Poursuivre les exercices quotidiens pour la force et la flexibilité.

Suivi : Consultations régulières avec le chirurgien et le kinésithérapeute pour surveiller la récupération et prévenir les récidives.

Modifications du mode de vie : Éviter les traumatismes répétés ou le stress excessif sur la main qui pourraient contribuer à la récidive.

La majorité des patients suivent la rééducation sans complication et nécessitent en général 6 à 10 séances de kinésithérapie. Suivez toujours les instructions de votre kinésithérapeute pour une récupération optimal.