

EVALUATION CLINIQUE DE LA MALADIE DE DUPUYTREN OPEREE ET INCIDENCES THERAPEUTIQUES

Laffargue Catherine, MK Clinique La Francilienne, 16 Avenue de l'Hôtel de Ville, 77340 Pontault Combault

RÉSUMÉ : La maladie de Dupuytren entraîne la flexion d'un ou de plusieurs doigts. Elle peut être traitée par aponévrectomie ou aponévrotomie. La rééducation post opératoire a pour but de soulager la douleur, d'entretenir les amplitudes obtenues en peropératoire en extension, mais aussi en flexion des doigts. Les objectifs kinésithérapiques s'élaborent à partir des bilans et du compte-rendu post opératoire. Celui-ci donne des informations quant à la technique chirurgicale choisie, l'état des structures tendineuses et vasculo-nerveuses, ce qui permet d'adapter la rééducation à chaque cas et d'éviter certaines erreurs.

MOTS CLEFS :

Maladie de Dupuytren, aponévrotomie, aponévrectomie, bilans, objectifs, kinésithérapiques, fiche GEMMSOR main, DASH



I. RAPPEL

La maladie de Dupuytren consiste en une sclérose rétractile de l'aponévrose palmaire de la main, entraînant une déformation en flexion d'un ou de plusieurs doigts (1).

Elle peut être uni ou pluridigitale, et concerne de préférence les 4ème et 5ème doigts .

Elle peut avoir une forme mixte : digito-palmaire, mais aussi digitale pure, ou palmaire pure (2).

Il existe 4 types de lésions qui peuvent s'associer : les brides, les nodules palmaires, les coussinets dorsaux sur les interphalangiennes proximales (IPP), les ombilications.

Cette maladie d'évolution imprévisible et habituellement indolore, peut être associée à celle de Ledderhose ou de Lapeyronie (3).

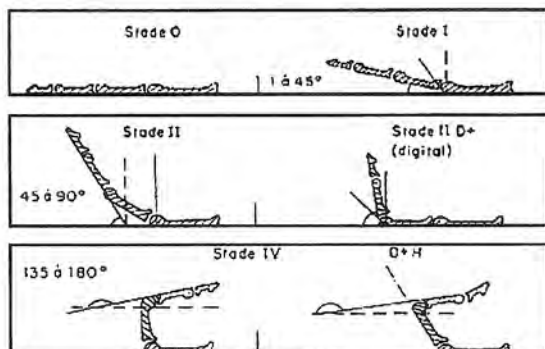
Elle touche essentiellement les hommes, et est en général d'évolution plus lente chez les femmes.

II. LE BILAN POSTOPERATOIRE ET L'EXAMEN CLINIQUE

Il est important d'avoir un **dossier** complet mentionnant les éventuels facteurs aggravant la maladie : l'âge (moins bon pronostic si le patient a moins de 30 ans lors des premières manifestations de la maladie), l'hérédité, la prise de neuroleptiques, le diabète (qui complique la cicatrisation), l'alcoolisme.

Il est nécessaire de savoir s'il s'agit d'une première intervention, ou d'une chirurgie après récurrence. Le cas échéant, connaître le type de l'intervention (ou des) effectuée(s) auparavant.

Certaines localisations semblent plus difficiles à opérer, telles que celles portant sur le 5ème rayon qui demande une parfaite connaissance chirurgicale de son anatomie. D'autre part, dans les atteintes du V, on trouve plus souvent des brides atypiques (4).



Notons aussi que la classification simplifiée de Tubiana nous permet de connaître l'état du (ou des) doigt(s) opéré(s) avant l'intervention.

A. LE COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE NOUS RENSEIGNE SUR :

1. Le type d'intervention

Aponévrotomie = fasciotomie à l'aiguille

La rééducation est relativement simple. Le patient garde son pansement pendant 3 jours durant lesquels il doit éviter de le mouiller et de le salir, les

doigts opérés étant maintenus en extension par une orthèse pour conserver le gain d'amplitude. A l'ablation du pansement, il s'agit de laver la main à l'eau savonneuse, de faire des massages assouplissants et de récupérer passivement et activement les mouvements d'extension ainsi que de flexion des doigts, sans résistance pendant les 15 premiers jours post opératoires.

Cette intervention est choisie généralement dans les cas où il n'y a pas encore de rétraction majeure ou lorsque la peau n'est pas trop infiltrée, ce qui explique les suites opératoires simples. Cependant, d'éventuelles déchirures cutanées sont possibles, ce qui retarde un peu la cicatrisation. Les infections superficielles, douleurs, réactions inflammatoires ou hématomes, peuvent survenir, et nécessitent une consultation avec le chirurgien. Des complications graves mais rares peuvent arriver : sections tendineuses, anesthésies dans le territoire d'un nerf collatéral; les formes digitales font courir un risque de complication plus important que les formes palmaires et demandent une connaissance parfaite de l'anatomie

Aponévrectomie

C'est la technique chirurgicale classique qui consiste:

- par une grande voie d'abord- à enlever complètement les brides. Il y a plusieurs façons de la réaliser, en fonction du type de lésions, de l'étendue de la maladie, de sa gravité,
- lorsque le doigt était très rétracté et la peau très adhérente, la perte de substance cutanée est importante en fin d'intervention, on peut alors laisser la plaie ouverte ; c'est la technique de la paume ouverte. La cicatrisation dirigée est longue à obtenir, mais n'est pas douloureuse et laisse finalement très peu de cicatrices.
- Le chirurgien peut aussi choisir de faire des incisions étagées pour libérer les doigts sans enlever complètement les brides.
- Dans le cadre d'une maladie qui touche profondément le derme et l'aponévrose, les résections sont parfois tellement importantes qu'il faut faire des greffes de peau ou des lambeaux pour couvrir les pertes de sub-

stance. On peut utiliser ce même procédé quand il s'agit d'une réintervention après récidence .

Peuvent parfois s'associer des gestes de libération des articulations : libération de la plaque palmaire dans les atteintes en flexion des IPP, gestes sur les ligaments rétinaculaires obliques dans le cas d'une hyperextension de l'interphalangienne distale (IPD).

2. Les amplitudes obtenues au bloc en peropératoire par le chirurgien.

- soit l'extension totale du (ou des) doigts a été obtenue, dans ce cas le rééducateur vise à conserver la totalité de ces amplitudes ,
- soit le chirurgien a obtenu des amplitudes incomplètes (articulation trop enraidie, rétraction des éléments vasculo-nerveux trop importante pour libérer l'articulation sans danger pour ces éléments), dans ce cas, les objectifs sont limités.

B. LES EXAMENS :

1. Examen de la peau

- Si la main est inflammatoire, oedémateuse, ou en cas d'hématome, il faut commencer par traiter ces phénomènes, sous peine de favoriser la fibrose, générant la raideur articulaire (5).

Contre l'œdème et l'inflammation: anti-inflammatoires, massage de drainage de l'avant-bras et de la main , déclive, cryothérapie (l'idéal est la cryothérapie gazeuse, qui peut être effectuée en peropératoire pour diminuer les phénomènes inflammatoires, et est aussi un bon antalgique, en début de rééducation), déclive du membre supérieur, bandage de la main ou des doigts avec une bande compressive auto-adhésive . pour diminuer la fibrose ; les ultrasons.

- Si la peau est épaisse , a tendance à adhérer : massage d'assouplissement manuel de décollement et vacuothérapie (augmenter progressivement la pression en fonction de l'état de la cicatrice et de la tolérance du patient).

- Une modification de la couleur, la chaleur, la sensibilité des doigts opérés doit être notée car elle peut être

le signe d'un problème vasculo-nerveux post-opératoire, ou le signe d'une rééducation trop intensive qui étire ces éléments.

Dans ce cas, il faut le signaler et modérer ses ardeurs kinésithérapiques, ainsi que vérifier la tension de l'orthèse sur le doigt.

De même, devant la tétrade : œdème, chaleur, douleur, rougeur de la main, il faut évoquer la possibilité d'une algo-neurodystrophie (AND) débutante et demander des examens complémentaires pour la diagnostiquer (scintigraphie)(6). L'AND doit être traitée le plus précocement possible pour enrayer son évolution. On donne généralement un traitement médical ; la rééducation (7), maintenue, doit être excessivement douce, basée sur des techniques antalgiques : massage, courants antalgiques, alternance chaud/froid, et conservation des amplitudes articulaires par mobilisation manuelle.

2. Examen de la cicatrice

Elle peut être fermée, maintenue par des fils . Il est possible de débiter le massage de ses berges. L'ablation des fils a lieu au 10ème ou 15ème jour, en fonction des capacités de cicatrisation du patient. Il faut ensuite la vaseliner et la masser (palper /rouler) pour décoller les plans les uns par rapport aux autres. Quand elle est bien fermée, le massage instrumental est d'une aide précieuse.

Si la paume est ouverte, la cicatrisation est bien sûr plus lente. On peut débiter le massage des berges en respectant les règles d'asepsie. Il faut cependant veiller à ce que les tendons ne se retrouvent pas à l'air par défaut de cicatrisation et être vigilant par rapport aux éventuelles infections qui pourraient survenir, que la plaie soit fermée, ou non.

La même vigilance est de mise lors de l'application de silicone sur la plaie . Il faut changer suffisamment souvent ce pansement pour éviter les risques de macération.

3. Evaluation de la douleur

Elle est effectuée dès les premières séances. Il faut utiliser l'échelle d'évaluation de la douleur (EVA),

graduée de 0 à 10, 0 étant « aucune douleur », et 10 « douleur insupportable ». Effectuée fréquemment, elle permet d'adapter la rééducation, qui ne doit pas déclencher de douleurs. Certaines interventions (comme l'aponévrectomie) sont plus douloureuses que d'autres, et le seuil de douleur n'est pas le même pour chaque patient, ce qui nécessite l'utilisation de techniques antalgiques.

Une augmentation de la douleur doit toujours alerter le rééducateur.

4. Bilan des amplitudes articulaires

Il faut mesurer les amplitudes des métacarpo-phalangiennes (MP), IPP, IPD en flexion et en extension (ainsi que les déficits) en passif, en actif, la distance pulpe-paume (DPP), et les noter sur une fiche (Cf fiche du GEMMSOR).

Il y a souvent une différence entre les amplitudes actives et passives, surtout dans les cas très évolués, car les tendons ont perdu l'habitude de se mobiliser dans toute leur course, et leurs muscles moteurs de travailler, donc il faudra les rééduquer en actif.

Le bilan peut trouver un enraidissement en flexion des MP seules. Dans ce cas, il faut posturer ces articulations en extension durant les séances de kinésithérapie et adjoindre une orthèse moulée sur le patient qui maintient les articulations concernées en extension. Elle se porte généralement jour et nuit durant les premiers jours suivant l'intervention (3/4 jours) puis la nuit uniquement par la suite. Elle doit être bien tolérée par le patient pour être portée, et ne doit en aucun cas posturer les articulations de manière trop agressive, d'autant plus si le doigt était en flexion importante en préopératoire, sous peine de voir survenir des problèmes vasculo-nerveux. Il faut obtenir l'extension des doigts mais surtout ne pas négliger les mouvements de fermeture, qui parfois se perdent au détriment de l'extension s'ils ne sont pas travaillés. Sur le plan fonctionnel, un défaut d'enroulement serait encore plus préjudiciable qu'un défaut d'ouverture.

On peut trouver un déficit en extension des MP et des IPP qui se traite de la même façon.

Lors des formes portant sur les IPD, l'enraidissement peut se faire en hyperextension. Il faut alors posturer, appareiller et travailler le doigt concerné dans le sens de la flexion.

5. Bilan de la force

Effectué avec un instrument de mesure calibré type « Jamar », ce dernier permet de quantifier un déficit souvent important par rapport au côté sain, notamment dans les atteintes du V où la prise cubitale est déficiente. Ceci nécessite une rééducation à type de renforcement musculaire de l'éminence hypothénar.

Le renforcement musculaire peut débuter par des électrostimulations qui relanceront leur activité si besoin, puis travail manuel contre résistance (attention aux délais) en analytique et en global avec le kinésithérapeute, suivi de manipulations de balles et travail avec des musclets de résistance croissante.

Dans les atteintes commissurales, il faut renforcer interosseux et lombricaux.

6. Bilan de la mobilité de la main

Il faudra principalement tester les mouvements d'ouverture et fermeture de la main, d'écartement et de rapprochement des doigts, mais aussi, dans les formes touchant le pouce, les mouvements de celui-ci, avec une difficulté à l'ouverture et tous les mouvements combinés.

7. Evaluation subjective du handicap = le DASH (8)(voir fiche jointe)

C'est un questionnaire d'auto-évaluation du handicap fonctionnel des deux membres supérieurs. Traduit de l'américain par une équipe française (Urgences Mains de l'Est Parisien, Institut de la main et Hôpital Saint Antoine à Paris) et agréé par l'AAOS (American Academy of Orthopaedic Surgeons), il nous donne une évaluation des capacités globales des 2 membres supérieurs. Il s'applique à toutes les pathologies du membre supérieur de l'adulte et est utilisé systématiquement dans certains services de chirurgie de

la main. Le questionnaire est rempli par le patient (en 10 à 13 minutes) en respectant certaines règles (qu'il doit lire avant de remplir le questionnaire). Le praticien peut ensuite exploiter le document, uniquement s'il a été convenablement rempli par le malade. Les résultats, allant de 0 (pas de handicap ressenti) à 100 (handicap maximal) nous permettent d'avoir une idée du retentissement de la pathologie sur la vie de tous les jours du patient, ainsi que son vécu.

8. Évaluation de la sensibilité

Lors des atteintes sensitives (étirement ou plaie des nerfs) il existe de nombreux tests permettant d'avoir une idée de l'étendue des lésions. Le test aux monofilaments de Semmes et Weinstein, et les tests de discrimination de deux points sont les plus employés. Ils permettent d'obtenir une topographie des lésions, qu'il faut ensuite reporter sur un schéma pour suivre la récupération nerveuse.

III. CONCLUSION

La maladie de Dupuytren est une pathologie qui, par son caractère multiforme, nécessite des interventions chirurgicales adaptées et propres à chaque cas. Le kinésithérapeute a besoin d'une évaluation précise de l'état antérieur du patient et des gestes effectués pour se fixer des objectifs réalistes et éviter certaines erreurs.

En annexe

- 1) Fiche d'évaluation DASH
- 2) Tableau de conversion
- 3) Fiche de bilan pour la maladie de Dupuytren

BIBLIOGRAPHIE

- Bleton R. *La maladie de Dupuytren*, XVIIe journées de rééducation, KS, octobre 2001.
- Dacquin P, Bureau H, Boudard F, Fritsch B, Thomas C, Toledano E, Tourniaire H, Courtois-Duplessis MP, Liautaud M, *Rééducation de la maladie de Dupuytren*, EMC Kinésithérapie, Médecine physique- Réadaptation, 26-220-B-50-2000.
- Mitz V, Nicquet A, *Rééducation de la main traumatique*, Expansion scientifique Française.
- Masméjean E, Ragois P, Alanot J-Y, *Atteinte du cinquième rayon dans la maladie de Dupuytren*, *La main*, Vol 2, N° 3 bis -Novembre 1997.
- Marcadet B, *Maladie de Dupuytren : appareillage et kinésithérapie*, XVIIe journées de rééducation, KS, octobre 2001.
- Comtet J-J, Espinasse P, Gazarian A, Denjean S, *Neuroalgodystrophie et raideur après intervention pour maladie de Dupuytren : valeur prédictive de la scintigraphie*, *La main*, Vol 2, N° 3 bis -Novembre 1997.
- Marc T, Gaudin T., Teissier J, *L'algodystrophie de la main et du poignet en questions*, *L'algodystrophie post-traumatique des membres*, SPEK, 2002.
- Dubert T, Voche P, Dumontier C, Dinh A, *Le questionnaire DASH, Adaptation française d'un outil*, *Chirurgie de la Main 2001*, 20 : 294-302.

QUESTIONNAIRE DASH

Instructions

Ce questionnaire s'intéresse à ce que vous ressentez et à vos possibilités d'accomplir certaines activités. Veuillez répondre à toutes les questions en considérant vos possibilités au cours des 7 derniers jours¹. Si vous n'avez pas eu l'occasion de pratiquer certaines de ces activités au cours des 7 derniers jours, veuillez entourer la réponse qui vous semble la plus exacte si vous aviez dû faire cette tâche. Le côté n'a pas d'importance. Veuillez répondre en fonction du résultat final, sans tenir compte de la façon dont vous y arrivez.

Veuillez évaluer votre capacité à réaliser les activités suivantes au cours des 7 derniers jours (Entourez une seule réponse par ligne.)

	difficulté :				
	aucune	légère	moyenne	import	Impos
1. Dévisser un couvercle serré ou neuf	1	2	3	4	5
2. Ecrire	1	2	3	4	5
3. Tourner une clé dans une serrure	1	2	3	4	5
4. Préparer un repas	1	2	3	4	5
5. Ouvrir un portail ou une lourde porte en la poussant	1	2	3	4	5
6. Placer un objet sur une étagère au dessus de votre tête	1	2	3	4	5
7. Effectuer des tâches ménagères lourdes (nettoyage des sols ou des murs)	1	2	3	4	5
8. Jardiner s'occuper des plantes (fleurs et arbustes)	1	2	3	4	5
9. Faire un lit	1	2	3	4	5
10. Porter des sacs de provisions ou une mallette	1	2	3	4	5
11. Porter un objet lourd (supérieur à 5 Kg)	1	2	3	4	5
12. Changer une ampoule en hauteur	1	2	3	4	5
13. se laver ou se sécher les cheveux	1	2	3	4	5
14. Se laver le dos	1	2	3	4	5
15. Enfiler un pull-over	1	2	3	4	5
16. Couper la nourriture avec un couteau	1	2	3	4	5
17. Activités de loisir sans gros effort jouer aux cartes, tricoter, etc.)	1	2	3	4	5
18. Activités de loisir nécessitant une certaine force ou avec des chocs au niveau de l'épaule du bras ou de la main. (bricolage, tennis, golf, etc..)	1	2	3	4	5
19. Activités de loisir nécessitant toute la liberté de mouvement (badminton, lancer de balle, pêche, Frisbee, etc.)	1	2	3	4	5
20. Déplacements (transports)	1	2	3	4	5
21. Vie sexuelle	1	2	3	4	5

22. Pendant les 7 derniers jours, à quel point votre épaule, votre bras ou votre main a-t-elle gêné dans vos relations avec votre famille, vos amis ou vos voisins ? (entourez une seule réponse)

Pas du tout Légèrement Moyennement Beaucoup Extrêmement

23. Avez-vous été limité dans votre travail ou une de vos activités quotidiennes habituelles du fait (en raison, par) des problèmes à votre épaule, votre bras ou votre main? (entourez une seule réponse)

Pas du tout Légèrement Moyennement Très Incapable

Veillez évaluer la sévérité des symptômes suivants durant les 7 derniers jours (entourez une réponse sur chacune des lignes)

Aucune Légère, Moyenne, Important Extrême

24. Douleur de l'épaule, du bras ou de la main

1 2 3 4 5

25. Douleur de l'épaule, du bras ou de la main en pratiquant une activité particulière, Précisez cette activité:

1 2 3 4 5

26. Picotements ou fourmillements douloureux de l'épaule, du bras ou de la main

1 2 3 4 5

27. Faiblesse du bras, de l'épaule ou de la main

1 2 3 4 5

28. Raideur du bras, de l'épaule ou de la main

1 2 3 4 5

29. Pendant les 7 derniers jours, votre sommeil a-t-il été perturbé par une douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main ? (entourez une seule réponse)

pas du tout un peu moyennement très perturbé Insomnie complète

30. "Je me sens moins capable, moins confiant ou moins utile à cause du problème de mon épaule, de mon bras, ou de ma main"

Pas d'accord du tout Pas d'accord Ni pour ni contre D'accord Tout à fait d'accord

TABLEAU DE CONVERSION DU DASH

30	0,0	71	34,2	101	59,2	131	84,2
31	0,1	81-2	35,0	102	60,0	132	85,0
32	1,1	773	35,8	103	60,8	133	85,8
33	2,5	74	36,7	104	61,7	134	86,7
34	3,3	75	37,5	105	62,5	135	87,5
35	4,2	76	38,3	106	63,3	136	88,3
36	5,0	77	39,2	107	64,2	137	89,2
37	5,8	78	40,0	108	65,0	138	90,0
38	6,7	79	40,8	109	65,8	139	90,8
39	7,5	80	41,7	110	66,7	140	91,7
40	8,3	81	42,5	111	67,5	141	92,5
41	9,2	82	43,3	112	68,3	142	93,3
42	10,0	83	44,2	113	69,2	143	94,2
43	10,8	84	45,0	114	70,0	144	95,0
44	11,7	85	45,8	115	70,8	145	95,8
45	12,5	86	46,7	116	71,7	146	96,7
46	13,3	87	47,5	117	72,5	147	97,5
47	14,2	88	48,3	118	73,3	148	98,3
48	15,0	89	49,2	119	74,2	149	99,2
49	15,8	90	50,0	120	75,0	150	100,0
50	16,7	91	50,8	121	75,8		
51	17,5	92	51,7	122	76,7		
52	18,3	93	52,5	123	77,5		
53	19,2	94	53,3	124	78,3		
54	20,0	95	54,2	125	79,2		
55	20,8	96	55,0	126	80,0		
56	21,7	97	55,8	127	80,8		
57	22,5	98	56,7	128	81,7		
58	23,3	99	57,5	129	82,5		
59	24,2	100	58,3	130	83,3		
60	25,0						
61	25,8						
62	26,7						
63	27,5						
64	28,3						
65	29,2						
66	30,0						
67	30,8						
68	31,7						
69	32,5						
70	33,3						

Pour chaque colonne, le chiffre de gauche représente le total calculé.

Le chiffre de droite représente la valeur correspondante après conversion sur une échelle de 0 à 100. C'est ce dernier chiffre qui doit être utilisé.

FICHE DUPUYTREN

NOM :

PRENOM :

DATE :

EXAMEN EN DEBUT SEANCE

EN FIN SEANCE

COTE DROIT COTE GAUCHE

DROITIER GAUCHER

ECHELLE DOULEURS : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

		DROITE				GAUCHE			
DOIGTS		DII	DIII	DIV	DV	GII	GIII	GIV	GV
EXTENSION PASSIVE	MP								
	IPP								
	IPD								
FLEXION PASSIVE	MP								
	IPP								
	IPD								
MOBILITE ACTIVE TOTALE									
MOBILITE PASSIVE TOTALE									
EXTENSION ACTIVE	MP								
	IPP								
	IPD								
FLEXION ACTIVE	MP								
	IPP								
	IPD								
DPP									