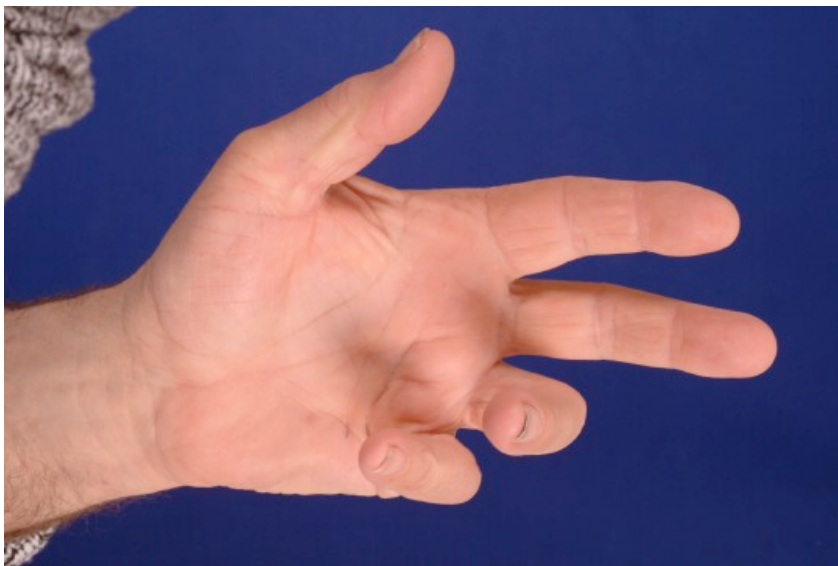


Main et Membre Supérieur

La maladie de Dupuytren

Le baron **Guillaume Dupuytren** jouissait d'une immense réputation. Le journal *Lancet* le désignait comme le chirurgien le plus érudit et le plus accompli en Europe. Dans sa *Leçon sur la <<Rétraction permanente des doigts>>* en 1832, il décrit la rétraction des doigts, sa cause anatomique et son diagnostic différentiel. Il décrit une dissection cadavérique et un traitement chirurgical pour prouver son point. (R. Tubiana, *Traité de chirurgie de la Main*, tome VI)



Fibromatose palmaire des IV ième et Vième rayon avec rétraction digitale.

La plus grande incidence de la maladie de Dupuytren survient chez les hommes entre 50 et 70 ans, d'origine celtique ou scandinave. Hueston parlera de <<maladie viking>>. Elle est rare dans les populations non caucassiennes.

La maladie de Dupuytren est une fibromatose et peut être associée à d'autres fibromatoses :

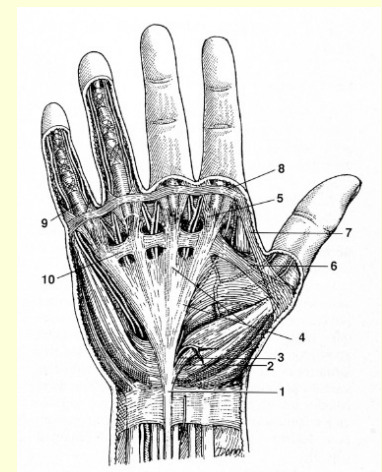
- fibromatose plantaire (fascia plantaire)(maladie de Ledderhose) 5 à 20 %
- fibromatose pénienne (corps caverneux)(maladie de LaPeyronnie) 2 à 5 %
- les coussinets des phalanges ("knuckle pads") dorsum des IPP

Historique

Felix Plater de Bâle, mort en 1614, avait fait observation des rétractions digitales.

Henri Cline, en 1777, semble être le premier à attribuer ces rétractions à l'aponévrose palmaire.

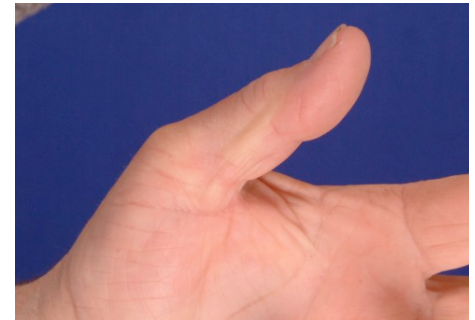
Astley Cooper, dans son traité sur les luxations et les fractures en 1822, signale l'origine aponévrotique et le traitement par fasciotomie.



Aponévrose (fascia) palmaire.

Hueston a insisté sur la notion de diathèse (ou terrain génétiquement favorisant). La maladie de Dupuytren est plus agressive en cas de début précoce, d'atteinte bilatérale, d'antécédents familiaux et/ou d'association aux autres fibromatoses.

(C. Dumontier, dans R. Tubiana, Traité de Chirurgie de la Main, tome VI)

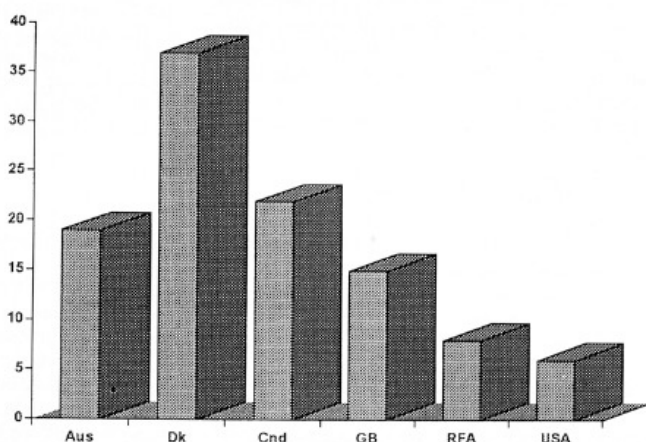


Fibromatose du pouce

Elle est le plus souvent asymptomatique. L'atteinte prédomine sur le bord ulnaire et particulièrement l'annulaire.

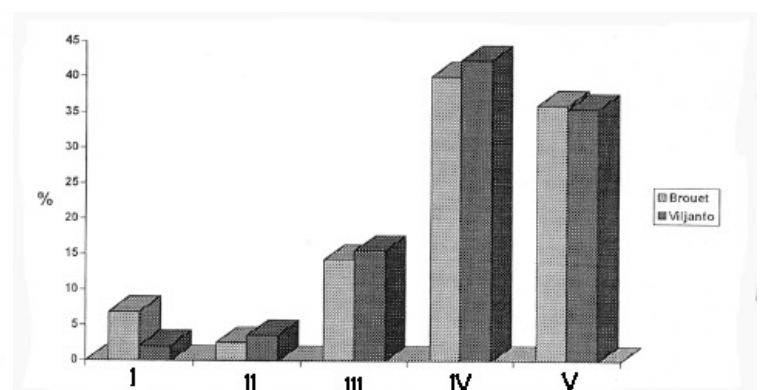
- **Les facteurs héréditaires.** Une transmission génétique compatible avec un gène mendélien dominant avec pénétrance variable du trait. On retrouve 30 % de formes sporadiques (non génétique).
- **L'âge.** La fréquence augmente avec l'âge, la proportion homme/femme de 8/1 dans la quarantaine devient 2/1 chez les octogénaires.
- **Le sexe.** Les femmes présentent une atteinte plus tardive et souvent moins sévère. Les femmes opérées ont plus tendance à la raideur postopératoire et à l'algoneurodystrophie (dystrophie sympathique réflexe).
- **Le côté.** La moitié, voire les deux tiers présentent une atteinte bilatérale.
- **L'épilepsie.** Une association avec l'épilepsie a été observée ou avec la prise de médication.
- **Le diabète.** La fréquence de la maladie de Dupuytren serait plus élevée chez les patients diabétiques.
- **L'alcool et la pathologie hépatique.** L'alcool semble être un facteur favorisant.
- **Traumatisme.** «La plupart des individus que cette maladie affecte ont été obligés de faire des efforts avec la paume de la main et de manier des corps durs, tels que le marteau, la rame, la charrue. ...» (Leçons orales de clinique chirurgicale, Dupuytren, Hôtel-Dieu de Paris 1839). Aucun des travaux publiés ne permet réellement de retenir une étiologie microtraumatique comme facteur favorisant. Par contre un traumatisme unique peut être un stimulus suffisant pour déclencher une maladie de Dupuytren.

(C. Dumontier, dans R. Tubiana, Traité de Chirurgie de la Main, tome VI)



Prévalence de la maladie de Dupuytren en Australie, Danemark, Canada, Grande-Bretagne, Allemagne et USA.

R. Tubiana, Traité de chirurgie de la Main, tome VI



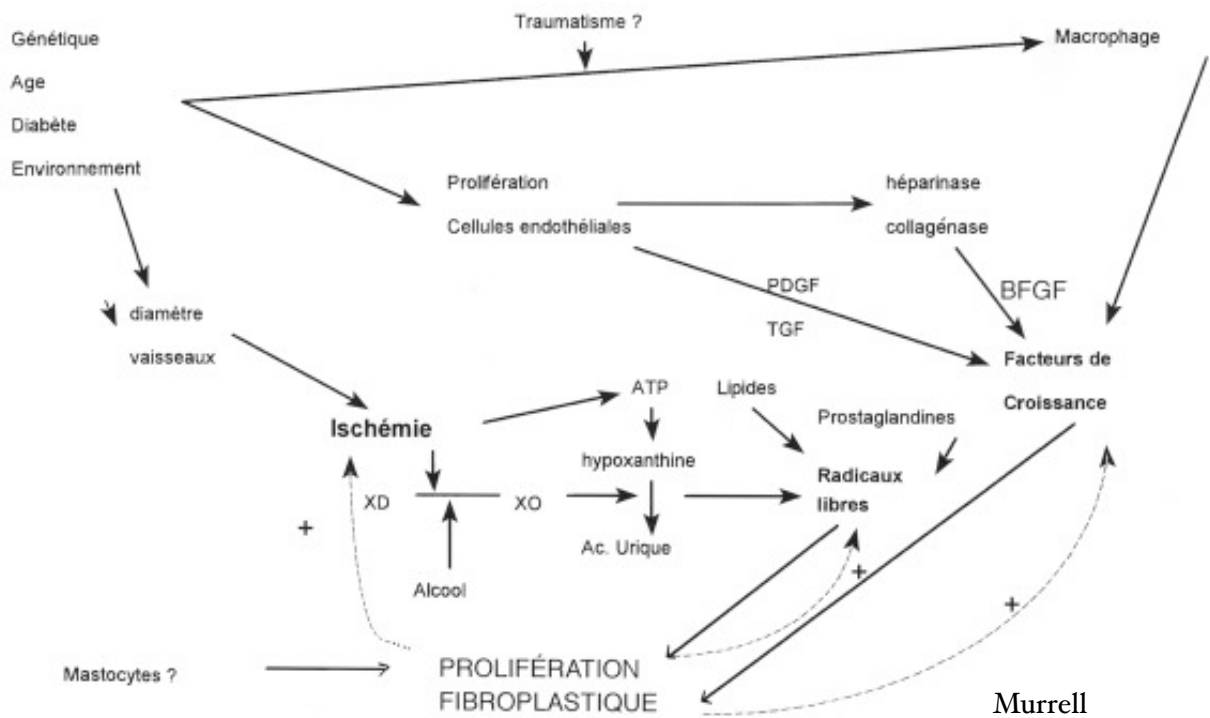
Répartition de l'atteinte des rayons digitaux selon Brouet et Viljanto.

R. Tubiana, Traité de chirurgie de la Main, tome VI

ÉTIOPATHOGÉNIE DE LA MALADIE DE DUPUYTREN

L'hypothèse finale développée par Murrell est que l'âge, la génétique et des facteurs environnementaux contribuent à diminuer le calibre des micro-vaisseaux, entraînant une ischémie localisée et la libération de radicaux

libres. Ceux-ci vont détruire le stroma adjacent et favoriser la prolifération des fibroblastes, qui vont permettre la production et la contraction du collagène qui augmenteront davantage l'ischémie.



Andrew fait intervenir les macrophages qui peuvent être les

producteurs de facteurs de croissance. La place des cellules T découvertes récemment reste à préciser. La transmission génétique de la maladie de Dupuytren pourrait entraîner un défaut dans les gènes codant pour le complexe majeur d'histocompatibilité, ou les protéines récep-

trices des cellules T. Sur le plan histologique ou biochimique, l'aspect de la maladie de Dupuytren est proche de celui observé chez les fœtus, les tissus de cicatrisation ou les anomalies de cicatrisation. (C. Dumontier, dans R. Tubiana, Traité de Chirurgie de la Main, tome VI)

TRAITEMENT

Le traitement est chirurgical : résection minutieuse des cordons fibromateux de l'aponévrose palmaire et digitale et des septa atteints.