

---

# La récurrence dans la Maladie de Dupuytren

---

C Leclercq, R Tubiana

Institut de la main  
6 Square Jouvenet, 75016 – Paris

Correspondance :  
Caroline LECLERCQ  
Institut de la main  
6 Square Jouvenet, 75016 – Paris

---

## Résumé

La récurrence de la maladie de Dupuytren est plus fréquente que ne le rapporte la littérature classique. Notre revue à long terme de 50 mains opérées a montré une fréquence de 66% de récurrence à 10 ans. Néanmoins ces récurrences sont dans près de la moitié des cas minimes et non gênantes fonctionnellement. Une réintervention n'est justifiée que lorsqu'elles sont gênantes, d'autant plus que les risques de complications en particulier vasculaires sont élevés. Certains patients sont plus exposés que d'autres au risque de récurrence. Chez ces patients, les auteurs préconisent la technique de dermo-fasciectomy et greffe de peau totale, qui a un effet préventif sur la récurrence.

**Mots clés :** Maladie de Dupuytren / récurrence / dermo-fasciectomy / greffe de peau totale.

## Abstract

### Recurrence in Dupuytren's disease.

Recurrence in Dupuytren's disease is more frequent than usually reported. Our long term review of 50 hands operated 10 years earlier on average showed a 66% recurrence rate. However recurrence is often mild, and did not create any functional impairment in half of the patients in this series. Secondary surgery is required only in cases where recurrence is functionally impairing, bearing in mind the higher incidence of peroperative complications, including vascular impairment. Some patients are more exposed to recurrence than others. In this population we advocate dermofasciectomy and full thickness skin grafting, which is locally effective in preventing recurrence.

**Key words :** Dupuytren's disease / recurrence / dermofasciectomy / full thickness skin graft.

---

## Introduction

La maladie de Dupuytren est une rétraction fibreuse de l'aponévrose palmaire et digitale, responsable de nodules, de brides et à terme de rétraction digitale. La récurrence après chirurgie est un phénomène bien connu mais diversement apprécié dans la littérature. Nous faisons ici le point sur la fréquence exacte de cette récurrence, ses facteurs favorisants, et son traitement qui est sensiblement différent de celui des atteintes primitives de la maladie.

## Définition

Avant d'évaluer l'incidence de la récurrence, il faut en préciser la définition. On entend par « récurrence » la réapparition de la maladie dans une zone déjà opérée. Cette définition inclut les nodules récidivants sans rétraction digitale. Par contre elle exclut les brides cutanées cicatricielles séquellaires de la chirurgie, les rétractions articulaires pures, et l'extension de la maladie. Cette dernière se définit comme l'apparition secondaire de nouvelles lésions dans une zone non opérée.

## Incidence

L'incidence des récurrences varie beaucoup dans la littérature. On note une différence particulièrement marquée entre les séries des années 70, qui rapportaient entre 20 et 50 % de récurrences (1-4), et les séries publiées après 1980, qui font état de 45 à 71 % de récurrences (5-9) (Tableau 1).

Deux éléments expliquent cette différence. D'une part un certain nombre des séries anciennes n'incluaient dans la récurrence que la réapparition d'une rétraction digitale, sans prendre en compte les récurrences nodulaires, d'autre part on pensait à l'époque que les récurrences étaient précoces, et les patients n'étaient souvent revus qu'à court terme. Cette notion a été remise en cause dès 1974 par MILLESI (10).

Incidence de la récurrence dans la littérature

Avant 1980			Après 1980		
HUESTON	1961	40%	MANTERO	1986	63
DICKIE	1967	22%	TUBIANA	1986	66%
HONNER	1971	54%	NOROTTE	1988	71%
HAKSTIAN	1974	34%	FOUCHER	1992	42%
			VIGROUX	1992	45%

En 1986 nous avons revu les patients opérés par TUBIANA (6) depuis 8 ans au minimum. Nous avons pu examiner 50 mains, opérées en moyenne 10 ans auparavant (extrêmes : 8 à 14) et nous avons trouvé une récurrence dans 66 % des cas. Cette récurrence était nodulaire pure dans 27 % des cas, limitée à une rétraction digitale de moins de 45° dans 18 %, et responsable d'une rétraction digitale de plus de 45° dans 55 % des cas.

L'étude de l'évolution des récurrences avec le temps a montré des résultats exactement superposables dans cette série et dans les deux autres où elle a été étudiée (2,3) : 45 % des récurrences apparaissent avant 5 ans, 60 % avant dix ans, puis le taux de récurrences ne progresse sensiblement plus. Ainsi s'il était erroné de croire que les récurrences ne survenaient que dans les deux premières années postopératoires, elles se manifestent cependant selon une courbe d'allure exponentielle qui atteint son plateau vers la 15<sup>e</sup> année postopératoire.

### **Les sujets à risque**

On sait depuis longtemps que certains patients présentent un risque de récurrence plus élevé que d'autres. Cette notion avait été particulièrement soulignée par HUESTON (11) qui avait introduit le terme de « diathèse » de Dupuytren, (définie comme « une condition ou une constitution corporelle prédisposant à une maladie particulière »).

Les facteurs de risque actuellement identifiés dans la littérature sont :

- le jeune âge de début de la maladie.

Celle-ci démarre habituellement entre 45 et 55 ans. On considère comme jeune âge la survenue de la maladie avant 40 ans.

- une histoire familiale de Dupuytren

Bien qu'aucune transmission génétique n'ait clairement été établie, il existe dans 10 à 30 % des cas selon les séries des antécédents familiaux de Dupuytren.

- l'existence de lésions ectopiques.

Les plus fréquentes sont les coussinets des phalanges suivies par les lésions plantaires (maladie de Ledderhose) et par l'atteinte des corps caverneux (maladie de Lapeyronie). HUESTON (11) a montré qu'il existait des coussinets des phalanges chez 75 % des patients présentant une récurrence, alors que leur incidence globale dans la maladie de Dupuytren est d'environ 15 % (12).

- une atteinte digitale pure, particulièrement au niveau de l'auriculaire.

Par contre il ne semble pas y avoir d'incidence des maladies éventuellement associées (diabète, épilepsie) sont la survenue des récurrences. Quant à l'influence du sexe elle est diversement appréciée, certaines séries ayant montré une fréquence accrue des récurrences chez les femmes (13), d'autres non (14). Enfin il semble que la maladie dans les rares cas où elle touche des sujets non caucasiens soit moins récidivante, mais les séries sont trop limitées pour qu'on puisse l'affirmer.

Le type de traitement utilisé influence-t-il la survenue des récurrences ? Pour essayer de répondre à cette question nous avons lors d'une Table Ronde en 1991 (Congrès annuel de la Société Française de Chirurgie de la Main) comparé

directe, aponévrectomie et « paume ouverte », et dermo-fasciectomie avec greffe de peau totale (8,9,15). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux premières techniques, par contre la récurrence s'est avérée exceptionnelle sous les greffes de peau totale, comme l'avait déjà pressenti HUESTON (11) et comme l'ont confirmé plusieurs études plus récentes(16).

Par ailleurs il semble d'après les publications récentes que les techniques d'aponévrotomie à l'aiguille exposent à un très fort taux de récurrence.

### **Traitement des récurrences**

Le traitement des récurrences n'obéit pas exactement aux mêmes principes que celui des atteintes primitives. En effet en cas de récurrence l'aponévrectomie est rendue souvent beaucoup plus difficile en raison de la présence de tissus cicatriciels. La dissection des pédicules vasculo-nerveux peut être périlleuse. Si les lésions nerveuses, même réparées, ne compromettent que la sensibilité de l'hémi-pulpe intéressée, une lésion vasculaire même unique peut mettre en danger la vitalité du doigt dans la mesure où l'autre artère a pu être lésée lors de la précédente intervention. Ce risque est plus important au niveau digital où les pédicules peuvent être véritablement englobés dans la récurrence et/ou la fibrose, qu'au niveau palmaire où ils restent généralement sous-jacents au tissu de récurrence et à la fibrose cicatricielle.

Le patient doit toujours être averti de ce risque avant d'intervenir sur une récurrence de maladie de Dupuytren.

L'intervention est menée sous garrot pneumatique. Elle peut être longue du fait de la difficulté de la dissection et des risques de complications peropératoires, et doit être planifiée en conséquence. Il est particulièrement recommandé d'utiliser un grossissement optique, qui facilitera la dissection pédiculaire.

Toutes les zones cutanées adhérentes au tissu de récurrence sont excisées selon les schémas d'excision fonctionnelle définis par MICHON. Cette excision a d'une part un effet préventif sur la survenue d'une deuxième récurrence, et évite d'autre part le risque de souffrance cutanée postopératoire.

L'aponévrectomie n'est pas systématiquement complète, contrairement à ce qu'on préconise dans les atteintes primitives. On a plutôt tendance en raison des difficultés de dissection, à limiter l'excision aux tissus effectivement responsables de la rétraction. Par exemple dans le cas d'une rétraction prédominant en MP, on ne cherche pas à étendre la dissection au-delà de P1, dès lors qu'on a obtenu l'extension de la MP.

On ne cherche pas non plus systématiquement à obtenir l'extension complète du doigt, et en fonction de la difficulté de dissection, on préférera dans certains cas laisser persister un certain défaut résiduel d'extension plutôt que de faire prendre des risques aux pédicules vasculo-nerveux.

S'il existe une rétraction articulaire associée (souvent au niveau IPP), on se contente de gestes limités d'arthrolyse (incision des freins de la plaque palmaire).

Pendant toute la dissection on est particulièrement attentif à respecter la gaine des tendons fléchisseurs dans la zone de dermo-fasciectomie. En effet cette zone sera ultérieu-

rement greffée, et la greffe ne prendrait pas sur un tendon fléchisseur à nu.

En fin d'intervention le garrot est lâché, et on pratique une hémostase rigoureuse pour empêcher la survenue d'un hématome sous la greffe. Cette dernière est prélevée en peau totale, préférentiellement à la face interne du bras homo-latéral, en zone glabre. Elle est appliquée à points séparés, et moulée sur les plans sous-jacents par un pansement cousu de type Bourdonnet. La zone opératoire est ensuite immobilisée pour une huitaine de jours, jusqu'à prise de la greffe. On autorise une mobilisation prudente des doigts jusqu'à cicatrisation complète de la greffe (aux alentours du 15<sup>e</sup> jour) date à laquelle on commence la rééducation et l'appareillage dynamique, souvent indispensables eu égard aux raideurs articulaires associées.

### Indications opératoires

Etant donné la difficulté et les risques potentiels de la ré-intervention, on n'opère pas systématiquement les récurrences de maladie de Dupuytren.

Il n'y a pas d'indication à réopérer dans les formes nodulaires pures où quand la rétraction est discrète. Seules les récurrences fonctionnellement gênantes justifient une ré-intervention, tout en gardant à l'esprit que cette dernière est techniquement plus facile et moins risquée dans la région palmaire qu'au niveau digital. En cas de rétraction globale, on se contentera parfois de libérer la région palmaire sans toucher aux lésions digitales quand elles ne sont pas prédominantes.

En cas de rétraction sévère et isolée d'une IPP avec raideur articulaire sous-jacente, l'arthrodèse raccourcissante en meilleure position améliore nettement la fonction au prix d'une intervention limitée et fiable. On a également proposé une distraction continue préopératoire par fixateur externe dans ces formes (17).

En cas de récurrence multiple les indications doivent être posées avec encore plus de prudence. S'il existe déjà un déficit sensitif ou vasculaire, associé à une rétraction fonctionnellement gênante, l'amputation doit faire partie des solutions proposées au patient. Il arrive d'ailleurs souvent dans ce type de situation, que ce soit le patient lui-même qui la réclame.

### Prévention des récurrences

Chez les sujets dits « à risque », c'est-à-dire ayant un potentiel élevé de récurrence, il est logique de proposer la seule technique qui ait un effet préventif sur la survenue des récurrences, à savoir la dermo-fasciectomy avec greffe de peau totale. Les travaux récents déjà mentionnés ont bien montré cet effet protecteur de la greffe vis-à-vis de la récurrence. Nous la pratiquons maintenant de première intention chez les sujets présentant au moins deux éléments de la diathèse, et de façon à peu près systématique avant 40 ans dans les zones où le plan cutané est adhérent aux brides de Dupuytren. Nous essayons de limiter son utilisation, chez les travailleurs manuels lourds, à la région digitale, car une greffe au niveau de la paume, et particulièrement sur son versant cubital, résiste parfois mal aux contraintes importantes qui s'exercent sur le plan cutané chez ces patients.

### Conclusion

S'il apparaît que la récurrence est fréquente après chirurgie pour maladie de Dupuytren, cette notion ne doit pas remettre en cause le principe des interventions chirurgicales. En effet si elle est incapable de guérir la maladie, la chirurgie permet de rendre au patient une main fonctionnelle. Il est possible chez les patients à risque de limiter l'étendue de la récurrence par dermo-fasciectomy et greffe de peau totale.

Quand la récurrence est présente elle ne doit être opérée que si elle est fonctionnellement gênante. Il s'agit d'une chirurgie délicate, qui peut faire courir des risques, en particulier vasculaires, au doigt opéré.

### Références

1. Hueston JT (1961). Limited fasciectomy for Dupuytren's contracture. *Plast Reconstr Surg* 1961 ; 27:569-85
2. Dickie WR, Hughes NC. Dupuytren's contracture: a review of the late results of radical fasciectomy. *Br J Plast Surg* 1967 ; 20: 311-4
3. Honner R, Lamb DW, James JIP (1971) Dupuytren's contracture: long term results after fasciectomy. *J Bone Jt Surg* 1971 ; 53: 240-6
4. Hakstian RW. Late results of extensive fasciectomy. In Hueston JT, Tubiana R, eds: Dupuytren's disease. 1974. 79-84 Churchill Livingstone, Edinburgh
5. Mantero R, Ghigliazza GB, Bertolotti P et al. Les formes récidivantes de la Maladie de Dupuytren (analyse d'une casuistique). In : Tubiana R., Hueston JT, eds, La Maladie de Dupuytren, 3rd edn, 1986 : 208-9. L'Expansion Scientifique Française, Paris
6. Tubiana R, Leclercq C. La récurrence dans la maladie de Dupuytren. In Tubiana R, Hueston JT, eds : La Maladie de Dupuytren, 3rd edn, 1986 : 203-207. L'Expansion Scientifique Française, Paris
7. Norotte G, Apoil A, Travers V (1988). A ten year follow-up of the results of surgery for Dupuytren's disease. A study of 58 cases (in French and English). *Ann Chir Main* 1988 ; 7 : 277-81
8. Foucher G, Cornil C, Lenoble E (1992). Open palm technique for Dupuytren's disease : a five year follow-up. *Ann Chir Main* 1992 ; 11 : 362-6
9. Vigroux JP, Valentin LP. Natural history of Dupuytren's contracture treated by surgical fasciectomy : the influence of diathesis (76 hands reviewed at more than 10 years). *Ann Chir Main* 1992 ; 11 : 367-74
10. Millesi H. The clinical and morphological course of Dupuytren's disease. In Hueston JT, Tubiana R, eds: Dupuytren's disease, 1974 : 49-60. Churchill Livingstone, Edinburgh
11. Hueston JT. Dupuytren's Contracture. 1963. E & S Livingstone, Edinburgh
12. Leclercq C. Clinical presentation. In « Dupuytren's disease ». Tubiana R, Leclercq C et al, eds, 2000 : 81-96. Martin Dunitz, London
13. Zemel N. Dupuytren's contracture in Women. *Hand Clin* 1991 ; 7 : 707-12
14. Tonkin MA, Burke FD, Varian JP. Dupuytren's contracture : a comparative study of fasciectomy in one hundred patients. *J. Hand Surg* 1984 ; 9 B : 156-62
15. Searle AE, Logan AM. A mid-term review of the results of dermo-fasciectomy for Dupuytren's disease. *Ann Hand Upper Limb Surg* 1992 ; 11 : 376-80
16. Armstrong JR, Hurren JS, Logan AM. Dermofasciectomy in the management of Dupuytren's disease. *J. Bone Jt. Surg.* 2000 ; 82 B : 90-4
17. Messina A, Messina J. The TEC treatment (continuous extension technique) for severe Dupuytren's contracture of the fingers. *Ann Chir Main* 1991 ; 10: 247-250