

L'atteinte isolée du cinquième rayon dans la maladie de Dupuytren

J.N. Goubier, Y. Le Bellec, P. Cottias, P. Ragois, J.Y. Alnot, E. Masméjean *

Service de chirurgie orthopédique et traumatologique (Pr. J.Y. Alnot), Département de Chirurgie de la Main et du Membre Supérieur, hôpital Bichat, 46, rue Henri Huchard, 75877 Paris cedex 18, France

Résumé

Introduction – L'atteinte isolée du cinquième doigt dans la maladie de Dupuytren a mauvaise réputation. Les auteurs rapportent une série d'atteinte exclusive du cinquième doigt en étudiant particulièrement les récurrences.

Matériel et méthodes – La série comporte 30 atteintes chez 26 patients (quatre cas bilatéraux). La majorité des patients était des hommes de 53,5 ans d'âge moyen. Il y avait 25 cas présentant un déficit d'extension des articulations métacarpophalangienne et interphalangienne proximale, deux cas présentant un déficit d'extension au niveau de l'articulation métacarpophalangienne isolée et trois cas avec un déficit d'extension uniquement au niveau de l'articulation interphalangienne proximale. Le traitement a consisté en une aponévrotomie à l'aiguille dans cinq cas, une aponévrectomie dans 24 cas (voie longitudinale palmodigitale en zigzag dans 18 cas, paume ouverte dans six cas), un seul lambeau latérodigital isolé.

Résultats – L'évaluation des corrections a été basée sur la classification de Tubiana. Le recul moyen était de 22 mois. Les suites opératoires ont été simples sauf dans un cas au terrain vasculaire précaire où une amputation a été nécessaire. Parmi les formes digitopalmaires, on a obtenu au recul : 15 stades 0 ou 1, 7 stades 2, 1 stade 3 et 1 stade 4. Le coefficient d'amélioration était de 0,60 dans les formes mixtes, de 0,65 dans les formes avec déficit métacarpophalangien et de 0,46 dans les formes digitales pures. Cinq récurrences ont été à déplorer.

Discussion – Toutes les publications s'accordent à souligner le mauvais pronostic des formes du cinquième doigt, principalement du fait du taux de récurrence important dans notre série comme dans la littérature. Dans les formes sévères, il faudra se satisfaire d'un résultat imparfait afin d'éviter des complications vasculo-nerveuses.

© 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

auriculaire / maladie de Dupuytren

Summary

Isolated fifth digit localisation in Dupuytren's disease has a bad reputation. A series of this injury is reported with a special attention on recurrences. This series is composed of 30 cases in 26 patients (four bilateral cases): the majority of patients were male and 53.5 y was the average age. Extension loss of MP and PIP joints were present in 25 cases, MP isolated extension loss in two cases and PIP in three cases. The treatment performed was a percutaneous needle technique in five cases, surgical fasciectomy in 24 cases using a zigzag palmodigital longitudinal fasciectomy approach in 18 cases, an open palm technique in six cases and one isolated laterodigital flap. Assessment of correction was based on Tubiana's classification. Average follow-up was 22 months. Postoperative course was uneventful except for one case of precarious vascularisation which leads to an amputation. For the digitopalmar localisations: 15 stage 0 or 1, 7 stage 2, 1 stage 3 and 1 stage 4. Improvement percentage was 0.60 in combined cases, 0.65 in cases with a MP loss and 0.46 in PIP loss. Five recurrences were noted. Literature on this topic is coherent with the fact that isolated involvement of the fifth digit carry a bad prognosis, mainly due to the high recurrence rate in our series as in other papers. In severe injuries,

* *Correspondance et tirés à part.* Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, département de chirurgie de la main et du membre supérieur, hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), 20, rue Leblanc, 75908 Paris cedex 15, France.
Adresse e-mail : emmanuel@masmejean.com (E. Masméjean).

an imperfect result should be the aim to prevent vasculonervous complications. © 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

Dupuytren / fifth digit

L'atteinte isolée du cinquième doigt occupe une place à part dans la maladie de Dupuytren. Récemment, plusieurs équipes rappellent les difficultés thérapeutiques du fait des récurrences plus fréquentes, de l'atteinte de l'abducteur du cinquième doigt, du risque vasculonerveux accru [1–3]. Les auteurs rapportent leur expérience à propos de 30 atteintes isolées de l'auriculaire dans la maladie de Dupuytren et étudient les résultats en fonction du type d'atteinte clinique et de la technique utilisée. Une attention particulière est portée à la recherche de risque de récurrence.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La série comportait 26 patients. Les patients inclus dans cette série présentaient une atteinte exclusive du cinquième doigt avec une gêne fonctionnelle ou un signe de la table positif justifiant une intervention chirurgicale. Il y avait 24 hommes et deux femmes. L'âge moyen était de 53,5 ans avec des extrêmes de 18 et 82 ans. Quatre patients présentaient une atteinte bilatérale, soit un total de 30 mains opérées. La main gauche était atteinte dans 17 cas, la main droite dans 13 cas. Il s'agissait chez 16 patients de la main dominante.

Le caractère bilatéral de la maladie était présent chez 17 patients. Neuf patients déclaraient des antécédents familiaux. Les associations classiques de la maladie de Dupuytren étaient retrouvées chez 12 patients (diabète : trois cas, intoxication alcoolique : deux cas, prise médicamenteuse par barbiturique ou isoniazide : deux cas, maladie de Ledderhose : deux cas et une maladie de Lapeyronie avouée).

Huit patients présentaient des récurrences de maladie de Dupuytren au niveau du cinquième doigt (six opérés dans le service, deux dans un autre centre) : trois patients avaient bénéficiés d'une aponévrotomie à l'aiguille ; deux patients avaient été opérés par une voie longitudinale seule ; un patient avait été opéré cinq ans plus tôt selon un abord laissé en paume ouverte en regard des troisième, quatrième et cinquième doigts associé à un abord en zigzag sur le cinquième doigt ; un patient avait subi une

simple ablation d'un nodule ; un patient avait bénéficié d'une technique paume ouverte sans abord digital.

Le délai moyen d'évolution de la maladie au moment de la consultation était de 7,8 ans avec des extrêmes allant de 2 à 30 ans. Il y avait 25 cas avec une atteinte des deux articulations métacarpophalangienne (MCP) et interphalangienne proximale (IPP) (*figure 1*), deux cas avec une atteinte isolée de la MCP (*figure 2*) et trois cas avec une atteinte isolée de l'IPP. Nous avons utilisé la classification de Tubiana [4, 5] pour la cotation des mobilités et le calcul du coefficient d'amélioration d'après Thomine et Tubiana cité par Alnot [1]. Il y avait deux atteintes stade I, 11 stade II, 12 stade III et cinq stade IV.

Une aponévrotomie à l'aiguille a été réalisée dans cinq cas, une aponévrectomie dans 24 cas, et un lambeau latérodigital isolé dans un cas. Parmi les aponévrectomies, on distingue 18 voies d'abord axiales avec incision en zigzag palmaire et six paumes ouvertes. Lors de ces aponévrectomies, les gestes associés ont consisté en trois lambeaux latérodigitaux, six greffes de peau, cinq plasties en VY et une arthrolyse avec capsulotomie antérieure. Quel que soit le type d'atteinte, une orthèse d'extension a été confectionnée de façon systématique entre le premier et le septième jour postopératoire selon l'état cutané. Elle devait être portée de façon intermittente le jour et constante la nuit. Cette orthèse a été prescrite pour une durée de deux à trois mois, associée à un programme de mobilisation passive et active.

RÉSULTATS

Le recul moyen, pour l'ensemble de la série, était de 22 mois avec des extrêmes de six mois et de 77 mois. Les suites opératoires immédiates ont été simples chez tous les patients sauf un. Une amputation précoce, secondaire à une nécrose ischémique, était nécessaire chez un patient déjà opéré trois fois et présentant un terrain vasculaire précaire (*figure 3*). Il s'agissait d'une forme palmodigitale opérée par voie longitudinale. Les résultats sont donc présentés sur 29 patients. Nous n'avons noté aucune complication nerveuse ni de dystrophie sympathique réflexe.

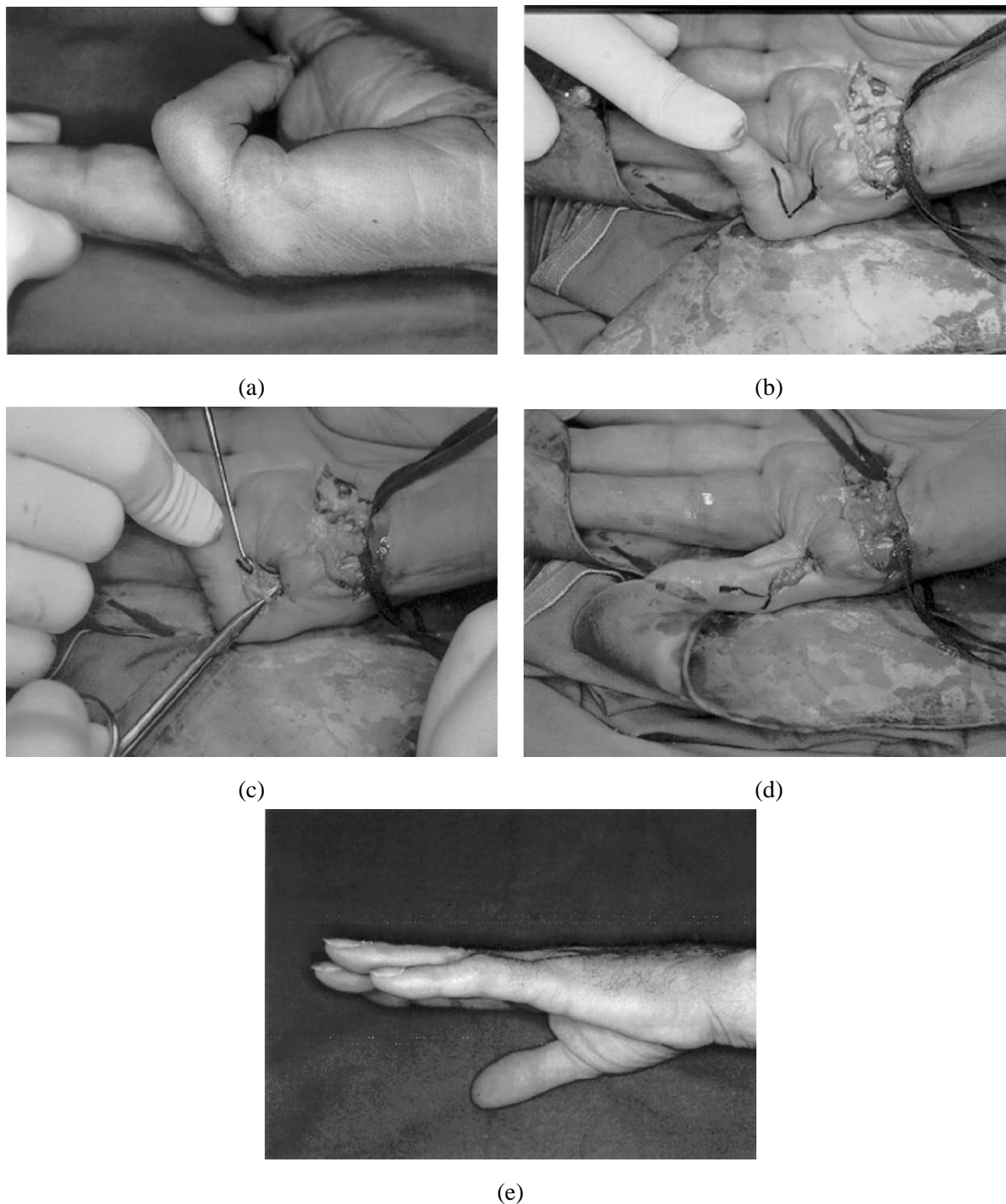


Figure 1. Forme mixte concernant l'articulation métacarpophalangienne et de l'interphalangienne proximale de stade IV. (a) Vue préopératoire. (b) Premier temps opératoire : aponévrectomie par abord palmaire. (c) Deuxième temps opératoire : aponévrectomie digitale par abord longitudinal laissant un pont cutané entre les deux abords, la bride ulnaire étant repérée. (d) Extension complète postopératoire. (e) Résultat à un an. Il persiste une dizaine de degrés de déficit d'extension au niveau de l'articulation interphalangienne proximale.

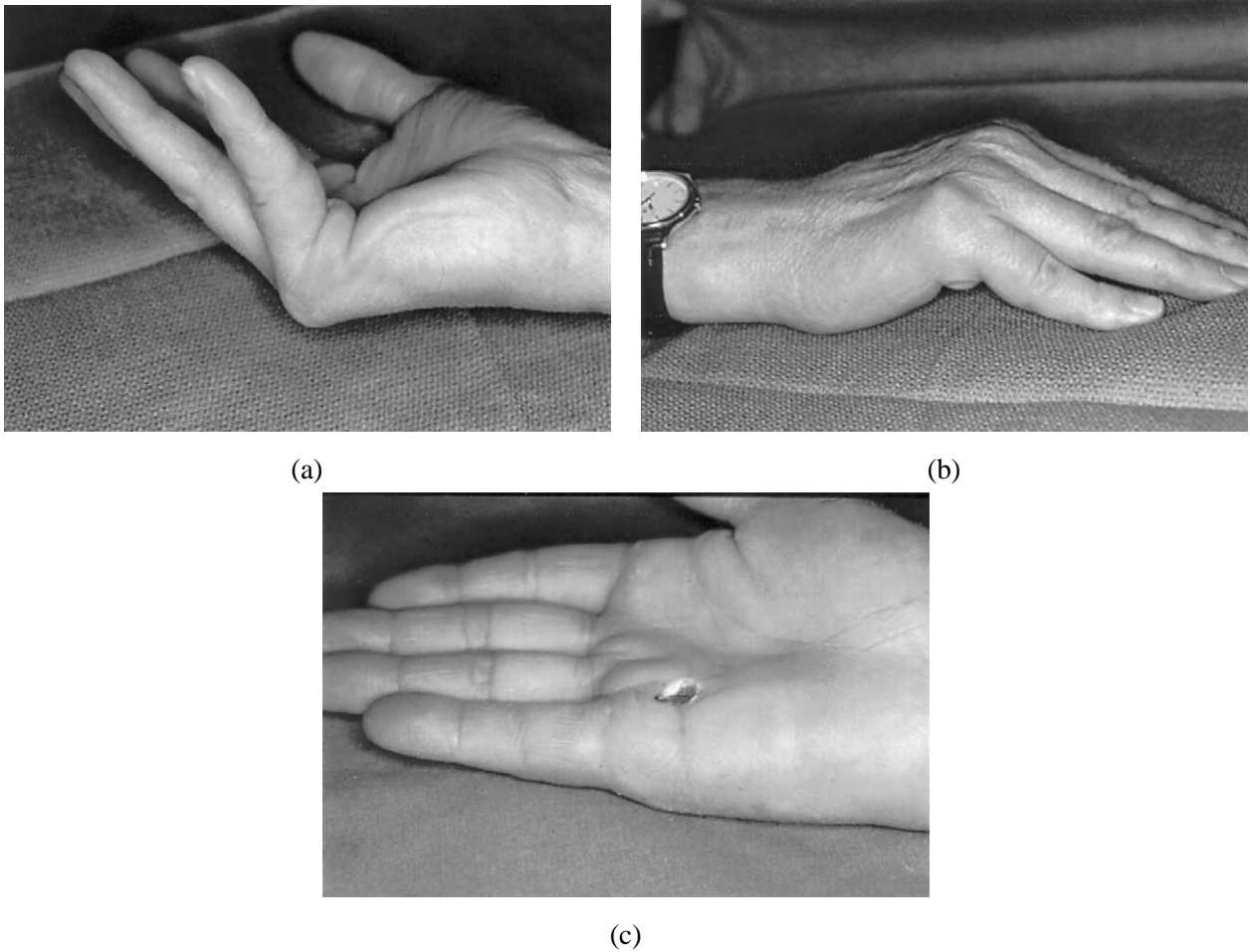


Figure 2. Forme avec atteinte isolée de l'articulation métacarpophalangienne de stade II. (a) Bride superficielle de l'articulation métacarpophalangienne isolée. (b) « Signe de la table » positif. (c) Résultat précoce après aponévrotomie à l'aiguille.

La cicatrisation a été obtenue avec un délai moyen de 16 jours dans les voies longitudinales. Lorsqu'un abord laissé en paume ouverte était réalisé, la cicatrisation moyenne était de 35 jours.

Dix-huit patients présentaient un stade postopératoire de 0 ou I, huit patients un stade II, deux patients un stade III et un patient un stade IV. Les résultats en fonction du stade préopératoire et du siège de l'atteinte sont consignés dans les *tableaux I et II*, les résultats concernant le devenir de chaque stade préopératoire sont consignés dans le *tableau III*. Le coefficient d'amélioration était de 0,60 dans les formes mixtes, de 0,65 dans les formes avec déficit MCP et de 0,46 dans les formes digitales pures.

Il n'y avait aucune différence significative entre les formes comprenant un facteur favorisant identifié et les autres. Il n'y avait aucune corrélation entre les différentes techniques et la survenue d'une récurrence ni entre le siège de l'atteinte et la survenue d'une récurrence. Il n'existait aucune corrélation entre la sévérité initiale de la maladie et l'existence d'une récurrence postopératoire. Enfin, il existait une corrélation positive entre la sévérité préopératoire de l'atteinte et le résultat postopératoire ($p = 0,04$).

Cinq récurrences sont à déplorer. Quatre survenaient dans le cas d'une atteinte mixte MCP et IPP, une dans le cas d'une atteinte MCP. Dans le cadre des atteintes mixtes, il y avait une récurrence après une



Figure 3. Cas de nécrose digitale chez un patient au terrain vasculaire précaire.

Tableau I. Répartition préopératoire en fonction du type d'atteinte selon la classification de Tubiana ($n = 30$).

	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	Total
MCP + IPP	1	9	10	5	25
MCP	1	1	0	0	2
IPP	0	1	2	0	3
Total	2	11	12	5	30

Tableau II. Résultats en fonction de la forme clinique.

	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	Total
MCP + IPP	15	7	1	1	24
MCP	2	0	0	0	2
IPP	1	1	1	0	3
Total	18	8	2	1	29

aponévrotomie à l'aiguille reprise par une voie longitudinale. Deux récurrences survenaient après une technique de paume ouverte, elles ont été reprises par la même technique. Une récurrence apparaissait après aponévrectomie par un abord en zigzag palmaire, repris par la même technique. Un patient présentant une atteinte de la MCP isolée, a récidivé, après une voie longitudinale sans reprise.

Enfin, il existait une extension de la maladie. Ce patient avait eu l'ablation d'un nodule et avait dû être repris par une aponévrectomie associée à une greffe de peau.

Tableau III. Résultats postopératoires de chaque stade préopératoire.

Préop Postop	Stade I ($n = 2$)	Stade II ($n = 11$)	Stade III ($n = 12$)	Stade IV ($n = 5$)
Stade 0/1	2	10	6	0
Stade 2	0	1	5	2
Stade 3	0	0	1	1
Stade 4	0	0	0	1

DISCUSSION

Sur le plan étiologique, notre expérience et les séries publiées dans la littérature ne nous permettent pas de mettre en évidence de facteur favorisant ou prédisposant aux formes isolées de l'auriculaire. L'existence d'un facteur associé (diabète, intoxication alcoolique, izoniazide), 12 cas sur 26 patients de l'ensemble de la série, ne semble pas prédisposer particulièrement à cette forme anatomopathologique. Il en est de même pour le caractère bilatéral de la maladie, retrouvé chez 17 patients sur 26. Cependant, le délai moyen d'évolution de la maladie au moment de la consultation est plus important que pour les atteintes des autres doigts. La gêne engendrée est probablement plus facilement tolérée au début du fait de l'atteinte unidigitale et médialisée. L'atteinte prédominante des hommes dans notre série semble plus importante que dans les atteintes globales [1]. L'hypothèse traumatique peut être impliquée dans cette forme comparée aux hypothèses héréditaires ou métaboliques, peut-être du fait de la sollicitation plus importante du cinquième doigt, notamment pour les prises de force.

Toutes les publications s'accordent à souligner le mauvais pronostic des formes du cinquième doigt. En effet, le nombre de complications est plus important dans les atteintes du cinquième rayon [6]. De plus, le taux de récurrence à cinq ans oscille entre 17,6% à 20% dans la littérature [2, 3]. Enfin, sur 28 récurrences Roush retrouve 17 atteintes du cinquième doigt [7]. Nous observons 17,2% de récurrences avec le recul de notre série qui est court. Pour les formes isolées d'atteinte du dernier doigt, nos résultats concordent avec ceux de la littérature.

Les résultats postopératoires semblent en relation avec le siège de l'atteinte initiale. En effet, même si la quantité d'atteinte isolée de la MCP ou de l'IPP est faible, le coefficient d'amélioration est nettement

meilleur dans les atteintes de la MCP que dans les atteintes isolées de l'IPP, ce que soulignent la plupart des auteurs [1, 9].

Même si le cinquième doigt nécessite plus souvent une arthrolyse de l'IPP que les autres rayons [6], le taux d'arthrolyse est faible dans notre série. En effet, la recherche de l'extension parfaite est parfois responsable de lésions nerveuses ou vasculaires et il est plus prudent de laisser une flexion modérée de l'IPP que de prendre un risque vasculonerveux [6].

Enfin, l'amputation doit être considérée dans les cas extrêmes. Dans notre série, ce traitement a été réalisé une fois dans le cadre d'une complication mais cette indication peut être reconnue parfois en première intention [8].

L'utilisation d'un lambeau dorsal à base proximale ou lambeau latérodigital ulnaire du cinquième doigt préconisé initialement par Sterling Bunnell et rapporté par Razemon, représente une indication de choix dans l'atteinte de l'IPP [10]. Dans les formes avancées (stade III ou IV), celui-ci permet par le même abord de réaliser l'aponévrectomie nécessaire au gain de l'extension et de régler dans le même temps le problème de la perte de substance cutanée qui en découle [10]. C'est pourquoi, ce lambeau est particulièrement indiqué dans les récurrences de maladie de Dupuytren. Nous l'avons utilisé, pour l'ensemble de la série, seulement dans quatre cas. Son évaluation sur la prévention des récurrences reste à évaluer [11]. La greffe de peau totale, dite « coupe-feu », de Hueston n'a pas été utilisée dans notre série.

CONCLUSION

L'atteinte de l'auriculaire dans la maladie de Dupuytren mérite une attention particulière. Le taux de complication et risque de récurrence sont plus im-

portants que dans les autres rayons. C'est pourquoi, d'autres procédés comme le lambeau latérodigital, la greffe de peau ou même l'arthrolyse de l'articulation interphalangienne proximale doivent être utilisés afin d'améliorer l'extension postopératoire. Cependant, dans les formes sévères, il faudra se satisfaire d'un résultat imparfait devant les difficultés techniques d'obtention d'une extension complète et les risques vasculaires.

RÉFÉRENCES

- 1 Alnot J. La maladie de Dupuytren. In : La maladie de Dupuytren. Paris : Expansion Scientifique Française ; 1997, p. 251-68.
- 2 Rolland H, Voche P, Dap F, Merle M. Résultats à plus de 5 ans du traitement de l'auriculaire au stade IV de la Maladie de Dupuytren. La Main 1996 ; 1 : 107-12.
- 3 Tropet Y, Deck D, Vichard P. L'atteinte de l'auriculaire dans la maladie de Dupuytren. Ann Chir Main 1994 ; 13 : 101-6.
- 4 Tubiana R. Maladie de Dupuytren. In : Maladie de Dupuytren. Paris : Elsevier ; 1991, p. 13-9.
- 5 Tubiana R. Evaluation des lésions dans la Maladie de Dupuytren. La Main 1996 ; 1 : 3-11.
- 6 Belusa L, Buck-Gramcko D, Partecke BD. Results of interphalangeal joint arthrolysis in patients with Dupuytren disease. Handchir Mikrochir Plast Chir 1997 ; 29 : 158-63.
- 7 Roush TF, Stern PJ. Results following surgery for recurrent Dupuytren's disease. J Hand Surg (Am) 2000 ; 25 : 291-6.
- 8 Jensen C, Haugegaard M, Rasmussen SW. Amputations in the treatment of Dupuytren's disease. J Hand Surg (Br) 1993 ; 18 : 781-2.
- 9 Lermusiaux JL. ND : Le traitement médical de la maladie de Dupuytren. In : Le traitement médical de la maladie de Dupuytren. Paris : Expansion Scientifique Française ; 1980, p. 238-43.
- 10 Razemon JP. Lateral digital rotation flaps in the treatment of forms of Dupuytren's contracture. 141 cases. Ann Chir Main 1982 ; 1 : 199-209.
- 11 Ekerot L. The distally-based dorsal hand flap for resurfacing skin defects in Dupuytren's contracture. J Hand Surg (Br) 1995 ; 20 : 111-4.