Étude de 1 000 dossiers de maladie de Dupuytren

J.P. Brouet

Cette étude porte sur *1014 dossiers* de maladie de Dupuytren.
Elle comporte un " épluchage " systématique des données recueillies depuis 15 ans, un codage numérique de 27 données pour chaque dossier, la saisie des données sur micro-ordinateur et leur traitement multi-critères.
Il s'agit d'une statistique assez importante mais surtout *très homogène*. Elle a été réalisée sur des malades de clientèle privée exclusivement, par le même rédacteur.
Il s'agit du même opérateur pour les 687 interventions, de la même technique opératoire depuis 15 ans, des mêmes soins post-opératoires et de la même appréciation des résultats.

Matériel d'étude

1014 dossiers recueillis entre janvier 1967 et fin février 1983. Soit 496 dossiers de maladie de Dupuytren (M. de D.) opérées, ce qui représente 687 interventions, et 518 dossiers de M. de D. examinés pendant la même période, un tiers ayant été découverts lors d'examens systématiques pour d'autres lésions des mains.

Codage des lésions

Pour l'étude informatique statistique le codage numérique est indispensable.
L'appréciation des lésions utilise le codage de Tubiana en remplacant N par 0,5.
Les résultats sont appréciés à 3 mois, 1 an, et surtout lorsque cela est possible à 3 ans.
Les résultats sont codés :
1 = très mauvais,
2 = médiocre,
3 = moyen,
4 = bon,
5 = excellent.

Nous verrons successivement les données étiologiques, les données nosologiques et les résultats.

DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

Seront étudiés : le sexe, l'âge, les formes familiales, la couleur des yeux, l'origine géographique familiale et les formes post-traumatiques.

Sexe

Sur 496 opérés : 56 femmes, 440 hommes, soit 11,29 p. cent de femmes.
Sur 518 non opérés : 185 femmes, 333 hommes, soit 35,71 p. cent de femmes.

Commentaires

Le chiffre classique d'une femme atteinte pour 10 hommes reste vrai pour les malades opérés. Il est très différent pour les formes non opérées : 1/3 de femmes atteintes de M.de.D. (tableaux XVI et XVII).

Age

Commentaires

Ces chiffres confirment que les femmes sont atteintes à un âge plus tardif que les hommes. Le maximum relatif qui est entre 60-70 ans pour les hommes est reporté après 70 ans pour les femmes.
Raisons du nombre de femmes opérées nettement plus faible que les hommes :
- évolutivité plus faible de la maladie,
- âge opératoire plus avancé, donc plus dissuasif,
- surtout motivations beaucoup moins grandes : nous avons été frappés de voir le désir, souvent très precoce,

In: Tubiana R, Hueston JT (eds):
La Maladie de Dupuytren 3rd ed.
Expansion Scientifique Francaise 1986

TABLEAU XVI

Hommes et femmes séparés

	– 30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans	60-70 ans	+ 70 ans
Opérés :						
femmes 56	0	1 1,78 %	3 5,35 %	19 33,92 %	21 37,5 %	12 21,42 %
hommes 440	9 2,04 %	13 2,95 %	61 13,86 %	132 30,0 %	163 37,04 %	62 14,09 %
Non opérés :						
femmes 185	1 0,54 %	6 3,24 %	17 9,18 %	55 29,72 %	71 38,37 %	35 18,91 %
hommes 330	13 3,90 %	24 7,20 %	73 21,92 %	115 34,53 %	78 23,42 %	30 9 %

Ages limites :

+ jeune : 30 ans + jeune : 14 ans
+ âgée : 80 ans + âgé : 81 ans

TABLEAU XVII

Hommes et femmes ensemble

	– 30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans	60-70 ans	+ 70 ans
Opérés : 496	9 1,81 %	14 2,82 %	64 12,9 %	151 30,44 %	184 37,09 %	74 14,91 %
Non opérés : 518	14 2,7 %	30 5,79 %	90 17,37 %	170 32,81 %	149 28,76 %	65 12,54 %

d'être opérés pour des formes nodulaires pures, chez des hommes jeunes anxieux du devenir de leur main ; cette tendance est beaucoup plus rare chez la femme et nous en voyons beaucoup, à l'inverse, qui n'envisagent pas d'intervention, avec des degrés 2 après 65 ans.
Il faudra par contre se méfier des femmes anxieuses ayant des lésions tres modérées et qui réclament une intervention. Ce sont souvent celles qui font les plus belles algodystrophies.

Formes familiales

Sur les dossiers des malades opérés sur 496 données : 147 formes familiales, soit 30 p.cent.
Sur les dossiers des malades non opérés sur 518 données : 104 formes familiales, soit 20 p. cent.
Ces chiffres sont trop élevés pour être fortuits. La différence du pourcentage opérés-non opérés peut correspondre à plusieurs origines :
– Non opérés : plus jeunes, donc connaissance moins étendue des autres évolutions familiales, puisqu'elles dépendent de l'âge ; moins motivés pour cette recherche car on ne parle pas d'intervention.
– Opérés : plus âgés, meilleure connaissance familiale, motivation plus forte.
Il faut noter la difficulté de l'appréciation par le malade et par son entourage de cette notion familiale. Elle est, de principe, rejetée car elle fait penser à une " tare " familiale.
Cette notion va être plus facilement abordée après avoir parlé de la couleur des yeux et des origines géographiques de la famille car la crainte de la " tare " s'estompe derrière des caractères plus habituels.
La connaissance des lésions des ascendants et des collatéraux est difficile dans les âges avancés en raison des décès lointains et de l'éclatement géographique de la famille.
Des incidences nombreuses perturbent cette appréciation :
– décès précoces (guerres 14-18 et 39-45).
– individualisation assez récente de la M. de D. par les praticiens généralistes qui parlaient autrefois de " rhumatisme ".
– père et mère inconnus.
C'est pourquoi nous ne donnons pas de décimales à ces pourcentages qui sont trop approximatifs.

Couleur des yeux

Définition :
On oppose yeux *sombres* : (marrons ou noirs) et yeux *clairs* : gris, bleus, verts.
Idée générale : le Dupuytren est une maladie génétique.
Il y a 12 ans, nous notions la prédominance des cheveux

chatains clairs ou blonds de la M. de D., dans une population à dominance brune. Devant la difficulté d'apprecier la couleur exacte des cheveux (âge, calvitie) chez les malades et, a fortiori, chez les ascendants et les collatéraux nous utilisons la couleur des yeux.
Cette couleur nous semble une donnée plus fiable d'où la collecte systématique de ce signe depuis 10 ans.

Étude rétrospective

Nous avons pris une série de consultants ordinaires, 300 malades à la suite, et nous avons noté la couleur de leurs yeux pour avoir une référence.
Sur 300 consultants pour des lésions des mains, nous relevons 120 malades à yeux clairs soit 40 p. cent : c'est une proportion normale pour une zone de transition méditerranéenne où les yeux sombres dominent.

Analyse des dossiers

– Sur 340 dossiers exploitables de malades opérés de M. de D. nous retrouvons : yeux sombres : 94 ; yeux clairs : 246 ;
soit 72 p. cent d'yeux clairs.
– Sur 450 dossiers exploitables de malades non opérés : yeux sombres : 171 ; yeux clairs : 279 ;
soit 62 p. cent d'yeux clairs.
Là encore nous ne donnons pas de décimales car il existe des formes limites, yeux marrons-gris surtout chez les sujets âgés, qui faussent les résultats (tableau XVIII).

TABLEAU XVIII

Répartition des patients atteints de M. de D. et ayant les yeux clairs :

	Nombre de patients	% M. de D
Consultants (référence)	300	40
Dupuytren non opérés	340	60
Dupuytren opérés	450	70

Données étendues

La couleur des yeux des malades porteurs de M. de D. donne lieu à une petite enquête familiale par interrogatoire.
Dans celui-ci, les appréciations des épouses sont très importantes car elles connaissent beaucoup mieux la couleur des yeux des ascendants et collatéraux du mari que lui-même !
Sur les 790 (340 + 450) dossiers exploitables pour la couleur des yeux, 620 mentionnent la couleur des yeux des ascendants.
Les malades à yeux clairs ont très habituellement dans leurs ascendants et leurs collatéraux des yeux clairs. 88 p. cent connaissent des yeux clairs dans leurs familles. Parmi les malades à yeux sombres, beaucoup connaissent des yeux clairs dans leur famille.
Le groupe irréductible des malades à yeux sombres et qui ne connaissent que des yeux sombres dans leur famille se réduit à 61 dossiers sur 620.
Il y aurait donc 86 p. cent de malades porteurs d'une M. de D. ayant des yeux clairs ou signalant des yeux clairs dans leurs ascendants ou leurs collatéraux.
Là encore, l'approximation est floue et nous retiendrons le chiffre de 80 p. cent.

Commentaires

La disproportion directe, consultants pour Dupuytren = 65 p. cent d'yeux clairs – consultants pour d'autres lésions des mains = 40 p. cent nous semble trop forte pour être fortuite.
Les yeux clairs dans les familles de malades porteurs de Dupuytren et ayant les yeux sombres augmentent encore cette disproportion.
Rappelons : 246 malades opérés aux yeux clairs, 279 malades non opérés aux yeux clairs et 83 malades aux yeux sombres avec des yeux clairs dans la famille, soit au total 608 malades qui représentent 76 p. cent des 790 dossiers exploitables.
Dans les formes familiales les sujets atteints, tout sexe confondu, le sont plus volontiers et souvent plus gravement lorsqu'ils ont des yeux clairs par rapport a leurs frères et sœurs à yeux sombres (tableau XIX).

TABLEAU XIX

Répartition géographique des origines familiales sur 650 dossiers :

	Nord	N.O.	Paris	Ouest	S.O.	Centre	Est	S E Corse
Opérés : 250	5 %	14 %	1 %	1 %	10 %	5 %	10 %	16 %
Non opérés : 400	5 %	12 %	2 %	5 %	7 %	7 %	10 %	17 %

Origine géographique familiale

L'idée générale est la suivante : en raison du caractère génétique de la M. de D. des localisations géographiques peuvent exister.

Maghrébins : 2 dossiers dont 1 kabyle aux yeux verts
Réunion : 6 dossiers, 6 blancs dont 4 aux yeux bleus.
Origine étrangère : Espagne : 6 p. cent, Italie : 23 p.cent, reste de l'Europe : 5 p. cent.

Commentaires

Ce chapitre ne peut être qu'une orientation car ces résultats dépendent par trop du lieu géographique de la collecte, Toulon étant dans l'extrême Sud-Est de la France.
On notera cependant l'importante incidence de la Bretagne et de la Normandie (14 et 12 p. cent) alors qu'il n'y a que 17 p. cent " seulement " de malades originaires du Sud-Est et de la Corse.
Ce Sud-Est est d'ailleurs très grossi par les apports alpins et par les corses du Nord d'origine genoise.

On notera également l'importance de l'apport italien, Piémont essentiellement aux yeux clairs dominants.

Les foyers de M. de D à yeux irréductiblement sombres semblent se localiser à l'extrême sud-ouest de la France, en Espagne, en Calabre, en Sicile et en Sardaigne.

Formes post-traumatiques

Dans les dossiers des malades opérés, 20 p. cent environ se plaignent de l'origine traumatique de leur maladie.
Cette origine est cependant souvent très lointaine et difficilement imputable. Par contre le traumatisme, lorsqu'il est récent, aggrave rapidement la maladie surtout dans les fractures des doigts.
Dans les dossiers des malades non opérés on retrouve 41 dossiers précis de Dupuytren stade 0,5 (N de Tubiana) apparus après un traumatisme récent ou une intervention à la paume.
Il s'agit de 17 fractures du poignet, 7 plaies cutanées palmaires, 8 interventions pour plaies nerveuses ou tendineuses, 3 fractures de métacarpiens, 2 traumatismes fermés palmaires sans fractures mais avec un hématome important et 4 interventions pour doigt à ressort.
25 de ces dossiers ont été suivis pendant 10 ans au moins.
Lorsque le traumatisme déclenchant a eu lieu avant 50 ans la lésion nodulaire palmaire régresse le plus souvent en 6 à 18 mois.
9 cas ont vu ainsi disparaître leurs nodules palmaires. 5 sont revenus consulter depuis pour un retour de stade 0,5 après un intervalle libre de plusieurs années. 2 ont fait une évolution vers le stade 1 du quatrième rayon du côté anciennement atteint.
Dans les 16 autres cas le traumatisme a eu lieu après 50 ans.
2 cas seulement ont vu disparaître les lésions nodulaires.
Les autres ont évolué vers des atteintes digitales nécessitant une intervention dans 4 cas.
Ce n'est que dans les cas où les lésions se bilatéralisent assez vite que l'on peut faire admettre au patient que sa lésion est avant tout génétique !
Un cas est très évocateur. Il s'agit d'un traumatisme cervical sérieux chez un médecin de 45 ans. Apparition en 2 mois de nodules bilatéraux, Régression complète à la fin de la deuxième année. Reprise évolutive normale, bilatérale, à 58 ans, avec évolution vers un stade 1 des quatrièmes rayons des deux côtés. Origine bretonne, yeux bleus, un oncle paternel atteint.
Le nombre de dossiers précis est insuffisant pour une étude statistique sérieuse.
Cependant la notion de " starter " traumatique sur un terrain génétiquement favorable nous semble incontestable.
Dans les formes avant 50 ans il faut rassurer le malade car la lésion va disparaître ; mais elle peut être l'annonce d'une maladie de Dupuytren tardive.
Un traumatisme sérieux ou des micro-traumatismes répétés peuvent-ils faire apparaître une M. de D. sur un terrain non prédisposé : notre étude ne permet pas de le dire.
Il nous semble cependant que l'extrême rareté du Dupuytren chez les maghrébins qui effectuent pourtant les tâches les plus pénibles ne va pas dans ce sens.
La possibilité de poussée évolutive après intervention palmaire renforce notre conduite qui refuse d'opérer une paume avant un stade 1 sérieux.

DONNEES NOSOLOGIQUES

Nous verrons successivement : le côté atteint, les rayons atteints, les lésions associées et la pathologie associée.

Coté atteint

La maladie de Dupuytren est en règle bilatérale.

Malades opérés d'un seul côté

53 p. cent à droite, 47 p. cent à gauche.
Cette différence n'est pas significative car le désir opératoire est toujours plus grand du côté dominant.
2 p. cent seulement des malades opérés n'ont aucune lésion palmaire ou bourrelets dorsaux de l'autre côté.

Malades non opérés

La notion de côté atteint n'est pas significative avant 60 ans pour les hommes et 70 ans pour les femmes.
Les formes strictement unilatérales et le restant pendant une évolution de plus de 10 ans ne dépassent pas 15 p. cent des dossiers.

Rayons atteints

TABLEAU XX

Main droite	%	Main gauche	%
D1	6,85	G1	7,5
D2	2,6	G2	3,68
D3	14,28	G3	15,86
D4	40,12	G4	36,82
D5	36,14	G5	36,11

Significatifs seulement chez les malades opérés où la maladie est suffisamment avancée. Sur 400 dossiers exploitables, sur les 10 rayons on retrouve :

Commentaires

La différence est peu significative entre les deux côtés.
On note une prédominance classique du quatrième rayon et une rareté de l'atteinte de l'index.

On remarquera également une atteinte notable du pouce.
Les malades opérés d'un côte avec de l'autre une forme palmaire pure (du quatrième rayon le plus souvent) : main droite palmaire pure : 15 ; main gauche palmaire pure : 28 ;
La main droite est plus souvent atteinte : rôle des traumatismes répétés ?

Formes digitales pures

Les formes restant digitales pures durant toute leur évolution sont rares : 15 cas dont 7 femmes, soit 15 p. cent de tous les dossiers ayant dépassé 60 ans.
Elles atteignent toujours le cinquième doigt, et elles posent des problèmes thérapeutiques difficiles dans les formes avancées ou récidivantes car le cinquième doigt est particulièrement fragile.
Il existe une prédominance féminine certaine.
Elles peuvent accompagner une camptodactylie congénitale, ce qui est un piège opératoire.

Lésions associées

Nous traiterons dans ce paragraphe les autres localisations du tissu Dupuytren : coussinets dorsaux, Ledderhose et La Peyronie.
Coussinets dorsaux :
Sur 496 dossiers opérés : 188 associations soit 37,9 p. cent.
Lésions plantaires :
Sur 496 dossiers opérés : 15 localisations soit 3 p. cent.
Lésions de la verge :
Sur 440 hommes opérés : 4 cas soit moins de 1 p. cent.

Commentaires

Si le pourcentage des bourrelets dorsaux peut être considéré comme juste car il dépend de l'observation directe des mains, il n'en va pas de même, dans ce travail, pour les autres localisations et nous ne donnons pas de décimales.
L'examen des pieds ne peut pas être systématique dans le cadre d'une consultation privée. Les cas cités ont été vérifiés lors des interventions pendant l'anesthésie.
Pour la verge, l'approximation est encore plus douteuse car il est difficile d'inquiéter systématiquement un homme sur cette localisation exceptionnelle.
La encore c'est l'anesthésie qui permet un examen discret mais difficile sans interrogatoire.
Pour les malades non opérés ces considérations empêchent d'aborder ces problèmes sinon très superficiellement.
On peut simplement noter qu'après 60 ans les bourrelets dorsaux existent dans 8 p. cent seulement des cas non opérés.
Les bourrelets sont le plus souvent l'indice d'une évolutivité sérieuse (37,9 p. cent des formes opérées pour 8 p. cent des non opérées).

Pathologies associées

Épilepsie

Elle a été discrètement recherchée. La notion de prise systématique de barbituriques aide à ce dépistage.
L'incidence semble faible. 10 cas parmi les 496 opérés étaient authentiquement épileptiques et traités.
Mais ce chiffre est très discutable. Il ne relève que des données de l'interrogatoire et l'on sait que cette pathologie est très dissimulée.
Sur ces 10 malades, 4 prenaient, depuis plus de 5 ans, des anti-épileptiques non barbituriques ce qui ne semble pas avoir accéléré l'évolution du Dupuytren.
Ce chiffre de 10 épileptiques sur 496 opérés est donc déjà très discutable alors que l'on peut, lors de l'interrogatoire, insister sur une éventuelle prise régulière de " calmants " en raison de l'anesthésie générale prévue ; il serait encore plus faux dans les dossiers des malades non opérés.

Diabète

Il est retrouvé dans 25 dossiers de malades opérés soit 5 p. mille ;
– par l'interrogatoire : 17 cas ;
– par les contrôles pré-opératoires (glycémie à jeun) : 7 cas.
L'incidence ne nous semble pas importante. L'évolutivité de la maladie est habituelle, il ne semble pas y avoir de complications post-opératoires propre au diabète, en particulier pas d'incidence sur la cicatrisation.
L'étude des associations génétiques épilepsie-Dupuytren et diabète-Dupuytren serait certainement plus fructueuse à partir de services médicaux spécialisés recherchant les symptômes de Dupuytren chez des épileptiques ou des diabétiques.
L'inverse est beaucoup plus difficile mais seule la comparaison des chiffres sur des statistiques importantes pourra nous donner une idée exacte de ces associations.

ÉTUDE DES RÉSULTATS

Nous verrons successivement les éléments de technique, les complications, les résultats statistiques et le test du deuxième coté.

Éléments techniques

Leur énumération est intéressante puisque l'opérateur et la technique sont les mêmes depuis 15 ans.

Incisions

S "paresseux " à la paume et obliques aux phalanges. Incision continue centrée sur le rayon le plus atteint.
Sur le S peut se brancher une incision transversale courte pour atteindre un rayon voisin mais, en règle, c'est

l'amplitude des sinuosités du S qui détermine la largeur de l'exposition de la paume.
Pour des lésions pluri-digitales : obliques multiples mais deux doigts seulement peuvent se rejoindre, et encore avec prudence, à l'incision palmaire ; sinon incisions digitales isolées.
Le pouce est en général traité à part par une incision arciforme.

Dissection

A la paume : la dissection porte sur les parties franchement pathologiques et non sur toute l'aponévrose. Elle néglige parfois des petits nodules isolés séparés de plus d'un rayon de l'incision principale pour ménager la vitalité de la peau palmaire.
Aux doigts : lorsqu'une articulation inter-phalangienne proximale reste bloquée après ablation complète du tissu pathologique on s'abstient de toute manœuvre de force et d'arthrotomie. L'appareillage post-opératoire essayera de donner une meilleure amplitude à ces articulations.

Fermeture

La fermeture complète de la peau doit se faire sans tension. Dans le cas contraire on laisse partiellement la paume ouverte après fermeture complète des doigts.
Depuis 10 ans plus de lambeaux digitaux, plus de greffe étendue palmaire. Cicatrisation dirigée avec très rarement une greffe collée pour fermer ou réduire la surface exposée, cette greffe est prélevée au bistouri à la face interne de l'éminence hypothénar.
Dans les formes graves on ferme en position préopératoire, sans tension aucune, en laissant ouvert une partie de la paume à la Mac Cash. C'est l'appareillage qui étendra ensuite les doigts.
Pas d'hémostase par ligature : quelques minutes de compression au lâcher du garrot ; cinq minutes de forcipression si saignement en jet, à la paume seulement ; fermeture après coagulation spontanée ; jamais de drainage, mais cicatrice non étanche en cas de suintement persistant.

Pansements

Ils seront effectués par l'opérateur, sans immobilisation autre que les bandes Velpeau ; légèrement compressif par compresses froissées sur une seule couche de tulle gras.
La surveillance sera faite par l'opérateur : hospitalisation 48 heures et premier pansement à la sortie.
Cette surveillance continuée de 4 à 6 semaines suivant l'évolution. Les fils sont retirés du dixième au quinzième jours par l'opérateur.

Appareillage par orthèses dynamiques

Il est systématique, sauf pour les formes très faciles, dès la cicatrisation cutanée. Levame ou Kapner suivant les cas. Appareillage longtemps porté, trois à six mois, 24 heures au début puis la nuit seulement.

Complications

Globalement, les complications diminuent avec le nombre d'interventions.
15 p. cent avant la cinquantième intervention, 9 p. cent entre la cinquantième et la centième, stabilisées à 7 p. cent depuis.
Certaines complications tendent à disparaître complètement :
- les plaies nerveuses des collatéraux,
- les lésions des vaisseaux collatéraux dans les formes non récidivées, les hématomes.

D'autres sont plus contingentes et dépendent de l'état général de l'opéré et surtout du degré des lésions :
- les retards de cicatrisation de plus de 15 jours.
- les sphacèles partiels, qui ont beaucoup diminué avec l'utilisation systématique de la paume ouverte à la moindre tension.

Deux complications restent irréductibles : l'algodystrophie et les troubles trophiques persistants.
Elles doivent être bien individualisées.

Algodystrophie

Elle apparaît après un intervalle de 15 jours au moins, s'installe en 3 semaines, d'abord œdème puis enraidissement douloureux, décalcification radiologique 1 mois après, segmentaire, par comparaison avec le côté opposé.
Elle contre-indique toute rééducation. Elle guérit sans séquelle avec un traitement médical approprié mais son évolution peut s'étendre sur 2 à 12 mois.
Elle peut compliquer toutes les formes de Dupuytren sur tous les types de mains. Elle nous semble liée à la personnalité psychologique du malade.
Sur 687 interventions nous retrouvons 40 cas d'algodystrophie ayant évolué sur plus de 2 mois soit 5,82 p. cent.
Malgré tous les essais thérapeutiques ce pourcentage ne diminue pas dans les dernières années.
Nous savons arrêter rapidement quelques algodystrophies au début mais nous ne savons pas les prévenir ni empêcher des évolutions désespérantes sur 4 à 6 mois dans certains cas.
Les séquelles vraies sont cependant rares.
Le pourcentage des algodystrophies pourrait être très diminué par un choix soigneux des malades éliminant les personnalités à anxiété pathologique mais ce diagnostic n'est pas très facile et, de toutes façons, l'algodystrophie guérit en règle générale sans ou avec peu de séquelle.
Il faut souligner que l'algodystrophie est la règle chez les malades déjà opérés d'une première main et ayant fait une telle complication, et ce, quels que soient les essais thérapeutiques préventifs.
Nous en avons relevé 4 cas. On peut annoncer au malade qu'il aura les mêmes problèmes que la première fois.

Troubles trophiques persistants

D'apparition lente, progressive, peu ou pas douloureux, ils sont surtout le fait des formes évoluées et des réinterventions. Ils surviennent plutôt sur les mains épaisses aux doigts courts.
Il n'y a pas de décalcification segmentaire précise.

Ils nécessitent une rééducation précoce très longtemps prolongée mais laissent souvent des séquelles sérieuses, surtout articulaires, particulièrement au cinquième doigt.

Résultats chiffrés

– A 3 mois ils n'ont encore que peu d'intérêt : 60 p. cent de résultats satisfaisants.
– A 1 an ils sont déjà plus significatifs : 65 p. cent de résultats satisfaisants.
– A 3 ans ils prennent toute leur valeur : sur 284 dossiers interprétables sur 3 ans, représentant 395 interventions et réinterventions nous relevons :
– 35 résultats côtés 1 et 2 soit 12,32 p. cent considérés comme médiocres ou franchement mauvais avec déformations articulaires persistantes, troubles trophiques, séquelles ou reprise évolutive majeure.
119 résultats côtés 3 et 4 soit 41,9 p. cent représentant une amélioration nette de l'état antérieur, plus de 50 p. cent de diminution des degrés pré-opératoires sur tous les doigts atteints mais avec parfois des récidives, ne dépassant pas le stade 1.
129 résultats côtés 5 soit 45.42 p. cent avec extension et flexion complète des doigts, *pas de reprise évolutive* de la maladie.

Commentaires

Ces résultats sont suffisamment précis, pour les 284 dossiers pris en compte, pour etre donnés avec deux décimales ; cependant l'étude des résultats lointains de la M. de D. doit tenir compte avant tout de l'évolutivité de la maladie.
Nous n'avons pas pris en compte la distinction classique entre récidive et continuation. Cette distinction nous semble artificielle. Certes les continuations évolutives sur d'autres rayons jusque-là indemnes ne posent pas de problèmes opératoires particuliers surtout si on s'est abstenu d'étendre la dissection initiale à l'aponévrose encore saine.
A l'opposé les reprises évolutives dans les rayons opérés posent par contre de sérieux problèmes de dissection, mais elles ne nous paraissent pas liées à la qualité de l'opération initiale mais au potentiel évolutif de la maladie.
Ces reprises évolutives en zones déjà opérées sont de mauvais pronostic quant à la qualité du résultat. Les réinterventions sont difficiles, grevées de troubles trophiques persistants et d'atteintes articulaires sévères.
La gravité évolutive en fonction de l'âge d'apparition des premières lésions est évidente.
Les formes jeunes, à potentiel familial très fort, sont habituellement graves et laissent, après 3 ou 4 interventions successives, des séquelles sérieuses.
Une autre notion, plus subjective, se dégage de l'étude de ces résultats.
Les mains maigres, à doigts minces, à peau mobile et sèche donnent de bien meilleurs résultats à distance même en cas de reprise évolutive.
A l'opposé, *les mains larges*, épaisses, à doigts courts, à peau fixée et moite, présentant des callosités importantes sur les lésions, semblent avoir une évolution plus défavorable : troubles trophiques fréquents, atteintes articulaires sévères à la moindre reprise évolutive ou si l'intervention a eu lieu sur des lésions avancées.
L'appréciation des résultats devrait prendre en compte tous ces critères : morphologie des mains, âge de l'intervention, personnalité psychique, évolutivité de la maladie et, bien entendu, gravité des lésions lors de la première intervention.
Il nous semble cependant que les travailleurs manuels à grosses mains, soumises à des traumatismes multiples, ont des suites plus difficiles, des résultats moins bons que les non manuels à peau mince et mobile sur des lésions pourtant parfois plus avancées.

Test du deuxième côté

Sur 496 opérés 100 l'ont été au moins 2 fois, 27 : 3 fois ou plus.
Sur ces 127 malades 92 ont été opérés de la deuxième main, les 35 autres d'au-moins une récidive sur la même main.
Ce chiffre de 92 opérés de la deuxième main doit être rapproché des 218 formes bilatérales cliniques dont le stade évolutif justifiait une intervention des deux côtés.
Ces 92 malades représentent donc 42 p. cent des malades déjà opérés et suffisamment satisfaits du premier résultat pour demander une opération sur l'autre main par le même chirurgien.
Ce chiffre de 42 p. cent peut sembler faible. Il faut cependant tenir compte pour son interprétation de l'âge moyen d'intervention lors de la première main, 64 ans, qui laisse à d'autres pathologies la possibilité de détourner le malade de la cure de sa deuxième main, et également de la mobilité géographique relative.
A l'inverse, il ne faut pas perdre de vue que le chiffre de 218 dossiers nécessitant une cure bilatérale n'est que relatif car d'autres cas, considérés lors de la première intervention comme encore sans problèmes de l'autre côté ont pu voir leur évolutivité s'aggraver à l'insu du chirurgien si le malade ne souhaitait plus se faire opérer par lui ou même par un autre.
Au total, au moins 42 p. cent des malades bilatéraux, connus de nous se sont fait opérer de leur deuxième main, le plus souvent bien après soixante ans. Cela nous semble un test à prendre en compte.

CONCLUSIONS

Cette étude est caractérisée par le nombre des données collectées, l'unicité de l'appréciation des lésions comme des résultats, le recul évolutif pour une technique opératoire stable.

Certains chiffres dominent

– 1024 dossiers, 27000 données, 687 interventions, 518 dossiers de M. de D. non opérées mais suivies.

– 1 femme pour 10 hommes opérés mais 1 femme pour 3 hommes atteints.
– Age de la première consultation reculée de 10 ans chez les femmes. 30 p. cent de formes familiales avérées.
– Prédominance des yeux clairs chez les malades atteints de M. de D.
– 10 p. cent de formes ayant un starter traumatique très probable. accélérant l'apparition des premiers symptômes.
– Importance relative des formes digitales pures, après 60 ans, plutôt féminines.
– 37 p. cent de coussinets dorsaux, 3 p. cent de lésions plantaires, moins de 1 p. cent de Lapeyronie.
– Incision en S à la paume, obliques aux doigts.
– Ablation des lésions palpables sans aponévrectomie élargie de principe.
– Fermeture sans tension, souvent volontairement incomplète.
– Pas de drainage.
– Appareillage systématique.
– Deux complications irréductibles : l'algodystrophie et les troubles trophiques persistants.
– Après 3 ans : 12 p. cent de mauvais résultats, 42 p. cent de moyens et 45 p. cent de très bons.
– Pas de distinction entre continuation et récidive mais seulement la moitié des cas opérés et suivis au moins 5 ans échappent à ces éventualités.
– Les mains maigres à peau fine et mobile sur des lésions à évolutivité clinique faible ou nulle donnent la grande majorité des résultats excellents. Le seul problème reste l'hypothèse d'une algodystrophie après le vingtième jour.
– 42 p. cent des malades ayant des lésions bilatérales à opérer d'emblée ou au cours de la surveillance évolutive ont demandé une intervention sur les deux mains.
– La maladie de Dupuytren reste une énigme étiologique.
La notion de la prédominance des yeux clairs pourrait être un élément de recherche dans les zones de transition raciale : Europe du sud, sud des États-Unis, Israël, par exemple.
– Le traitement de la maladie reste chirurgical. Il donne des résultats corrects, surtout dans les formes à évolutivité faible.