

Maladie de Dupuytren opérée : l'approche grenobloise de la rééducation

GERLAC D. *, MOUTET F. **, FORLI A. **, CORCELLA D. **

* Kinésithérapeute libéral à Echirolles; D.I.U. Rééducation et appareillage de la main après chirurgie; Membre de la Société Française de Rééducation de la Main.

** Chirurgiens de la main au C.H.U. de Grenoble.

Mots-clés: maladie de Dupuytren, techniques opératoires, orthèses, protocole de rééducation.

Key words: Dupuytren's disease, operating techniques, orthoses, protocol of reeducation.

La maladie de Dupuytren est une fibrose rétractile de l'aponévrose palmaire moyenne pouvant déborder sur les fascias digitaux. Elle se caractérise par la formation de brides, de nodules et d'ombilications qui entraînent de façon irréversible la fermeture d'un ou plusieurs doigts vers la paume.

Malgré sa découverte assez ancienne (début du XIX^e siècle ⁽¹⁾) l'unique traitement de cette pathologie aujourd'hui reste la chirurgie (figure 1) et la rééducation qui est incontournable ensuite. Il n'existe malheureusement pas d'autre alternative pour recouvrer la mobilité des doigts.

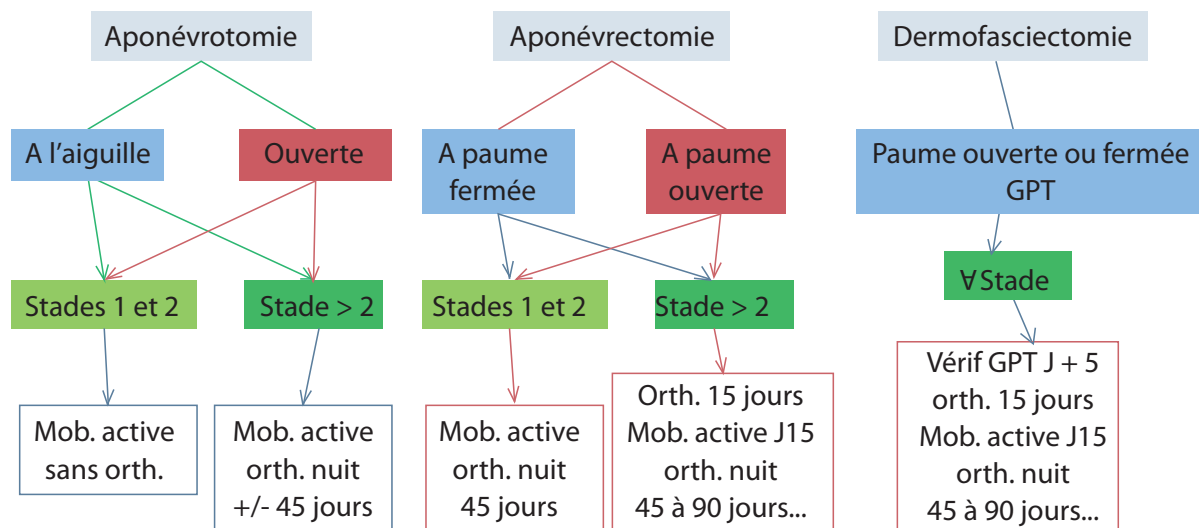
À Grenoble, la rééducation après cure chirurgicale de cette maladie, est relativement bien codifiée.

Elle relève d'un consensus chirurgiens-rééducateurs, actualisé en avril 2013 autour d'une table ronde qui s'est tenue dans le service de chirurgie de la main de l'hôpital Nord de Grenoble, organisée par le Pr. F. Moutet.



» » Figure 1 : Dupuytren pré et post-opératoire.

Maladie de Dupuytren - Indications Thérapeutiques



» » Figure 2 : la rééducation et les attelles post-opératoires sont liées à la technique chirurgicale et au stade d'évolution de la maladie au moment de l'intervention.

Le protocole qui ressort de cette réunion est assez précis (figure 2). Schématiquement, il s'articule autour de deux critères. Le premier fait référence à la méthode chirurgicale employée pour éliminer les effets de la maladie (aponévrotomie, aponévrectomie, dermofasciectomie) et le second correspond au stade d'évolution de la maladie au moment de l'intervention chirurgicale (il se réfère à la classification de R. Tubiana) ⁽¹⁾.

Il est évident qu'un stade I traité par aponévrotomie ne nécessite pas de la même prise en charge qu'un stade IV ayant subi une dermofasciectomie.

Les soins post-chirurgicaux que nous préconisons s'appuient sur deux piliers fondamentaux, la rééducation et des orthèses ⁽²⁾. Ils sont la base de notre méthode de prise en charge que voici :

Après aponévrotomie (solution de continuité de la bride rétractile) :

- Pour les stades I et II, une orthèse nocturne est prescrite pour une durée de quinze jours et la rééducation est débutée immédiatement.
- Pour les stades III et IV, l'attelle nocturne est portée quarante-cinq jours environ et la rééducation débute également de suite.

Après aponévrectomie (résection partielle ou totale des rétractions aponévrotiques) :

- Pour les stades I et II, que la plaie soit suturée en totalité après l'opération ou bien qu'elle soit en partie laissée ouverte selon la technique décrite par McCash, les recommandations thérapeutiques sont de porter une

orthèse nocturne les quinze premiers jours et de commencer la rééducation immédiatement.

- Pour les stades III et IV, quelque soit le mode de fermeture de la plaie (complète ou non), nous préconisons le port permanent d'une orthèse pendant les quinze premiers jours, à l'exception des laps de temps passés en séances de rééducation. Ensuite, la porter uniquement la nuit pendant les quarante cinq à quatre-vingt-dix jours suivants. La rééducation débute immédiatement sauf pour les mobilisations actives qui ne sont entreprises qu'après quinze jours.

Après dermofasciectomie (excision et remplacement par une greffe de peau totale, de l'aponévrose rétractée et des tissus cutanés sus-jacents) :

Quelque soit le stade et qu'une partie de la plaie soit laissée ouverte ou non, la démarche post-opératoire est identique. D'abord nous attendons cinq jours pour que la prise de greffe soit effective puis on débute doucement la rééducation. Les mobilisations actives ne sont autorisées qu'au quinzième jour post-opératoire. Pour ce qui est de l'attelle, elle est portée quinze jours en port permanent (à l'exception des séances de rééducation), puis uniquement la nuit pendant quarante-cinq à quatre-vingt-dix jours.

Notre plan de rééducation comprend trois directives capitales :

- 1) Gérer l'inflammation et la cicatrisation.
- 2) Entretenir le bénéfice d'extension obtenu en per-opératoire.
- 3) Ne pas perdre les amplitudes de fermeture de la main antérieures à la chirurgie.

Les orthèses utilisées sont :

- Uniquement statiques dans un premier temps, avec une très nette préférence pour la palette palmaire (fig. 3) qui a plusieurs avantages à nos yeux ⁽³⁾. Elle possède des qualités compressives qui permettent de lutter contre l'oedème et l'inflammation (attention tout de même au réglage de la tension des fixations... Nous ne recherchons pas un garrot!). De plus, sa surface de contact étendue la rend confortable et relaxante du fait d'une meilleure répartition des points de pression cutanés. Enfin, elle est mieux supportée que les attelles dynamiques car elle positionne la main en ouverture dans une attitude de relâchement maximum sans tirer outrageusement et de façon permanente, par un système dynamique, sur les tissus traumatisés en voie de cicatrisation.
- Dynamiques plus tard, si des difficultés surviennent pour obtenir et entretenir l'ouverture des doigts une fois que la cicatrisation est acquise et que l'inflammation a régressé. Là encore, notre choix est bien défini, il s'oriente très clairement vers des attelles de type low profile (fig. 4) qui ont pour avantage d'avoir des appuis et contre-appuis beaucoup plus précis que les autres modèles. Si seule l'IPP est déficitaire nous utilisons plus volontiers une attelle de type Capener, beaucoup moins encombrante et toute aussi précise.

L'arrêt du port de ces orthèses n'intervient que lorsque que la récupération de la mobilité de la main est stabilisée. Ce terme est difficile à indiquer précisément car les troubles physiologiques engendrés par la cicatrisation (oedème, douleur, inflammation) ne sont pas constants d'un patient à l'autre et sont parfois longs à faire disparaître (jusqu'à plusieurs mois).

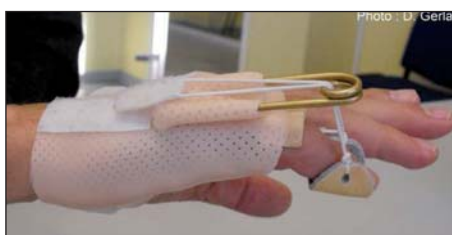
Par contre, lorsqu'on s'aperçoit que l'évolution de la cicatrice a tendance à stagner, c'est-à-dire que l'inflammation et le gonflement perdurent, pour ne pas la voir devenir scléreuse, nous associons rapidement à la palette palmaire l'application, sur la région enflammée, d'une plaque de silicone ou (et) le port d'un gant de pressothérapie.

Pour ce qui concerne les différents types de terrains à rééduquer nous observons que tous ne sont pas égaux quant à la facilité de récupération. Certains présentent des difficultés qu'il faut savoir anticiper pour mieux les dissiper. Concrètement, il s'avère que plus le stade d'évolution est élevé au moment de l'opération chirurgicale et plus la rééducation sera longue et besogneuse. Il y a aussi les patients diabétiques qui ont comme caractéristique de conserver un processus cicatriciel inflammatoire assez longtemps. Ce qui rend une fois encore, la rééducation longue et besogneuse.

Les terrains féminins, bien que plus rares ⁽⁴⁾, sont également délicats à prendre en charge. Ils possèdent des similitudes à ceux des diabétiques. Pour finir, signalons un terrain tout particulier, celui de la femme diabétique qui a dépassé la cinquantaine. Elle cumule tous les facteurs de risque. Dans ce cas, il faut être particulièrement vigilant et précautionneux lors des séances de rééducation pour ne pas activer la moindre épine irritative qui pourrait faire



» » Figure 3: attelle statique pro-extension type palette palmaire.



» » Figure 4: attelle dynamique pro-extension type low profile.



perdurer l'inflammation et mettre en péril ou retarder le résultat final.

Ce que nous ne pouvons pas déterminer à l'avance, ce sont la durée totale du traitement et le nombre de séances de rééducation dont le patient aura besoin pour récupérer sa main. Ceux-ci, dépendent énormément des aléas qui peuvent survenir au cours de la rééducation.

Nous l'avons vu, ils sont nombreux et ils nous empêchent de prédire des délais.

En revanche, nous sommes d'accord sur une chose, c'est que la rééducation doit débuter le plus précocement possible quelque soit le stade d'évolution au moment de l'intervention. Il est nécessaire de mettre en route, dès le premier jour, tous les moyens à notre portée pour lutter contre l'oedème, l'inflammation et la douleur. La prise en charge précoce des maladies de Dupuytren opérées n'est pas uniquement une philosophie grenobloise. C'est une tendance qui se généralise depuis plusieurs années au sein des grandes écoles françaises ⁽⁵⁾.

La fréquence et la durée des séances de rééducation sont très difficiles à définir à l'avance.

Globalement, nous pouvons dire que chaque séance de rééducation ne se termine que lorsque la main et les doigts ont retrouvé une souplesse convenable tant en ouverture qu'en fermeture. La fréquence des séances, elle, est liée à cette durée. C'est-à-dire que plus nous mettons de temps à assouplir la main au cours d'une séance et plus les séances seront rapprochées, jusqu'à être quotidiennes si nécessaire. Au contraire, si la mobilité articulaire se récupère assez vite et que la cicatrice est jolie, les séances seront de plus en plus espacées. C'est le début du sevrage...

Trois phases successives composent la rééducation :

- La première, appelée phase de cicatrisation, dure environ quinze jours (à l'exception des mains opérées avec le procédé décrit par McCash), elle correspond au temps nécessaire pour obtenir la fermeture de plaie et enlever les fils.
- La deuxième, dite phase inflammatoire, est la phase de remodelage de la cicatrice. C'est la plus délicate à gérer. Le danger vient des surfaces cutanées péri-cicatricielles qui auraient tendance à scléroser si on n'y prend pas garde. Sa durée est extrêmement variable, elle peut s'étendre sur quelques semaines à plusieurs mois.
- La dernière, nommée phase de remodelage, débute lorsque l'inflammation disparaît et que la peau commence à s'assouplir, elle dure le temps nécessaire pour l'obtention d'un résultat fonctionnel optimal sans risque de rechute.

Les moyens de rééducation mis en oeuvre pour parvenir à l'obtention d'un bon résultat sont de plusieurs ordres. Mais avant tout, ce qui nous semble primordial, c'est d'insister sur le fait que cette rééducation doit être douce. La prophylaxie de la douleur est une règle d'or pour nous.

Pour enfoncer le clou sur ce sujet, le Pr. F. Moutet nous a redit une expression qu'il affectionne « Là comme ailleurs la violence est le dernier recours de l'incompétence » ⁽⁶⁾.

Pour lutter contre l'oedème, nous utilisons le drainage, les positions déclives, la pressothérapie ainsi que les mobilisations passives douces qui mécanisent les tissus tendus par l'oedème et les empêchent de se scléroser.

Pour lutter contre les douleurs, nous employons la cryothérapie (attention de ne pas appliquer de glace sur une

greffe les premiers jours. L'effet vasoconstricteur la ferait échouer inévitablement).

Nous utilisons également les vibrations mécaniques transcutanées, les massages doux et nous n'oublions pas de faire l'éloge du repos dans l'attelle qui est toujours très bénéfique.

Contre le risque de fibrose, nous utilisons les ultrasons, le dépresseo-massage, le massage manuel, les étirements passifs doux des tissus cutanés et aponévrotiques ainsi que la pressothérapie qui limite la collection des sérosités.

Pour lutter contre la raideur et entretenir les amplitudes de mouvement, nous réalisons avant tout des mobilisations (fig. 5). Elles sont passives dans un premier temps pour préparer et échauffer la main puis actives par la suite. De la même façon, elles sont d'abord réalisées d'une manière analytique puis deviennent globales une fois que les doigts sont assouplis.

Nous nous aidons volontiers d'un plateau canadien pour réaliser des postures plus précises de la main ou encore pour la faire travailler dans un secteur de mobilité particulier. Nous obtenons également des résultats surprenant en associant des stimulations vibratoires transcutanées à ces mobilisations. En effet, en plus de l'antalgie qu'elles procurent, les vibrations permettent d'obtenir un relâchement rapide et efficace des antagonistes au mouvement recherché ⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Les stimulations électriques fonctionnelles des muscles fléchisseurs et extenseurs de la main, viennent clôturer la séance. Elles sont un excellent moyen pour conserver les amplitudes de mobilité articulaire obtenues manuellement et éviter l'apparition de raideur.



» » Figure 5: mobilisations actives d'emblée.



Outre le fait de demander au patient d'enlever régulièrement l'attelle et de bouger les doigts à domicile, nous attachons une attention particulière à la réalisation d'exercice d'auto-rééducation entre les séances réalisées au cabinet. Sur ce chemin, nous suivons les traces du Dr Jean Levame qui la conseillait sous forme « d'intercure » à domicile pour poursuivre la rééducation seul et hâter les progrès »⁽⁹⁾. Les exercices que nous indiquons sont assez simples et peu nombreux pour qu'ils soient faciles à intégrer et correctement pratiqués. Ils sont d'abord enseignés au cabinet avant d'être reproduits à domicile.

Voici quelques exemples d'exercices: nous demandons au patient de réaliser un travail spécifique d'extension de la main en utilisant un rouleau à pâtisserie. On lui enseigne de le faire rouler sur une table d'avant en arrière pour masser la main et étendre les doigts. Pour la flexion, nous demandons tout simplement au patient de fabriquer des boules de papier avec la main à rééduquer et de les malaxer dans la paume pour entretenir la sensibilité et travailler la flexion des doigts.

Pour conclure, on peut dire qu'à première vue, la rééducation de la maladie de Dupuytren opérée paraît assez simple mais attention, il n'en est rien. C'est un véritable piège! Elle recèle quelques leurres qu'il est nécessaire de connaître pour mieux les enrayner et ne pas courir vers un résultat catastrophique... Citons par exemple le cas de la patiente quinquagénaire diabétique très délicat à prendre en charge (non l'avons vu plus haut) ou bien la main opérée d'un patient dont l'acquisition de l'extensibilité est très facile à obtenir au commencement de la rééducation et que, de ce fait, on ne travaille pas, jusqu'au jour où l'on constate une rétraction en flexion qui est devenue... irréversible! Ou bien encore, dernier exemple, vouloir trop récupérer l'extension au détriment de la flexion et ce retrouver ainsi avec une main qui a perdu de ses capacités fonctionnelles.

La réalisation d'une rééducation douce, attentive et bien conduite en ayant pris connaissance de ces aléas, permettra dans la grande majorité des cas l'obtention d'excellents résultats.

Article inédit.

Nos remerciements vont à M. D. Gerlac, ainsi qu'au GEMMSOR (Groupe d'étude de la main et du membre supérieur en orthèse et rééducation)

www.reeducation-main.com/
gemmsor@bbox.fr

— CONTACT —

Denis GERLAC pour le GEMMSOR.

— RÉFÉRENCES —

- 1 Tubiana R.: la maladie de Dupuytren. Dans Traité de chirurgie de la main, tome 6. Masson 1998.
- 2 Gerlac D., Moutet F.: les orthèses et la rééducation de la main, outils et technique complémentaires et indissociables. Kiné-actualité n° 1314, mars 2013.
- 3 Thomas D., et al.: la rééducation de la maladie de Dupuytren opérée. Kinésithérapie Scientifique n° 508, octobre 2009.
- 4 Ferry N., et al.: particularités de la maladie de Dupuytren chez la femme. À propos de 67 cas. Ann Chir Plast Esthet, Elsevier Masson 2012.
- 5 Rouzard J.C., et al.: rééducation de la maladie de Dupuytren. Dans Réadaptation de la main. Monographie de la Société Française de Chirurgie de la Main (GEM). Expansion Scientifique Publications 1999.
- 6 Moutet F.: les algodystrophies de la main. Dans Traité de chirurgie de la main, tome 6. Masson 1998.
- 7 Romain M., et al.: que peut-on attendre de la stimulation vibratoire transcutanée en rééducation? Ann. Réadapt. Méd. Phys. 1989.
- 8 Roll J.P.: contribution de la proprioception musculaire à la perception et au contrôle du mouvement chez l'homme. Thèse de Doctorat ès-science, Marseille 1981.
- 9 Levame J.H.: rééducation des traumatisés de la main. Archée éditeur 1965.



Décryptez la personnalité de votre patient

Pour renforcer l'action de vos soins

Éliminez la symptomatologie rebelle

avec le concept « ACUPUNCTURE et CARACTEROLOGIE »

Logique - Ludique - Efficace

NOUVEAU CURSUS dès AUTOMNE 2013

A. Rey Lescure – Montreux – www.apcformation.com