



Dupuytren

Maladie de Dupuytren

C'est une rétraction de l'aponévrose palmaire, due à une prolifération fibrineuse de l'aponévrose palmaire moyenne de la main qui entraîne une flexion progressive et irréductible des doigts. Elle a été décrite en 1831 par le baron de Dupuytren, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Paris.

1. Quelle est son origine ?

Elle concerne environ 2 % des hommes de plus de 40 ans (8 à 9 hommes pour 1 femme). Les causes de la maladie de Dupuytren sont mal définies. Il existe de nombreux facteurs qui entrent en jeu dans l'évolution de la maladie. Les facteurs génétiques sont au premier plan avec 30 à 50 % de cas familiaux.

Elle est aussi plus fréquente chez les sujets diabétiques et touche 20 à 30% des sujets diabétiques insulino ou non insulino-dépendant. L'alcool et la prise de médicaments comme l'isoniazide et le phénobarbital sont aussi des facteurs favorisant le développement de la maladie. Un traumatisme (« froid » en MTC) peut déclencher la maladie sur un terrain prédisposant (sécheresse par déficit hormonal). Dans quelques cas, elle peut être associée à des coussinets dorsaux des phalanges et plus rarement à une **maladie de Ledderhose** (maladie identique mais touchant la plante des pieds) ou une maladie de Lapeyronie (association avec une atteinte de la verge chez l'homme).

2. Quels sont les symptômes ?

Le diagnostic de cette maladie est essentiellement basé sur l'examen clinique de votre main. Au début de la maladie, vous pouvez remarquer des nodules à l'intérieur de la paume de la main sans rétraction des doigts. Les nodules sont en général indolores, et peuvent rester stables pendant de nombreuses années.

Elles peuvent aussi évoluer avec des cordes aponévrotiques qui entraînent une flexion irréductible des doigts. Ces cordes sont soit médianes soit latérales. Cette évolution se fait, en général, par poussées. Dans chacune de ces formes, la peau peut être envahie par la maladie, ce qui entraîne une ombilication cutanée ou un envahissement nodulaire cutané.

Les deux mains peuvent être touchées. Il existe un traitement médical (aponévrotomie percutanée à l'aiguille) et un traitement chirurgical (aponévrectomie). Les injections locales et la kinésithérapie sont inefficaces. Les complications proprement dites de l'intervention sont l'imprévisible et désespérante algo-neurodystrophie, possible dans 10 à 30% des cas.

*"Le médecin médiocre voit le symptôme et le soulage
Le bon médecin trouve les causes et guérit
Un excellent médecin voit les faiblesses du corps et prévient la maladie"*



La récurrence semble inéluctable quel que soit le traitement et est de l'ordre de 50% à 5 ans. A ce niveau, la bénignité et le caractère ambulatoire de la technique percutanée permettent de retraiter facilement ces patients.

Pour l'hom opathe, c'est un problème diathésique = Sycose ( voqu  par S. Hahneman lui-même dans » les maladies chroniques ») :

* La déformation =

- **Calcarea fluorica** (ou **Fluoricum acidum**),
- **Baryta carbonica** (gros) ou **Strontium carbonicum** (maigre)
-

* La raideur = **Radium bromatum** (as), **Ruta grav.** (les tendons) ou **Berberis** (al)

- Si douleurs = **Formica rufa** (ac) ... douleurs  lan antes début de nuit.

Le nosode (toujours, car c'est une maladie chronique) = **Medorrhinum** (indication de S. Hahneman) ou **Tuberculinum resid.** 200K tous les mois, si nécessaire. Prévoir 12 mois de traitement au moins !

NB. Affection sur laquelle le traitement hom opathique ne fonctionne que dans les formes débutantes ou pour éviter la récurrence (après chirurgie).