

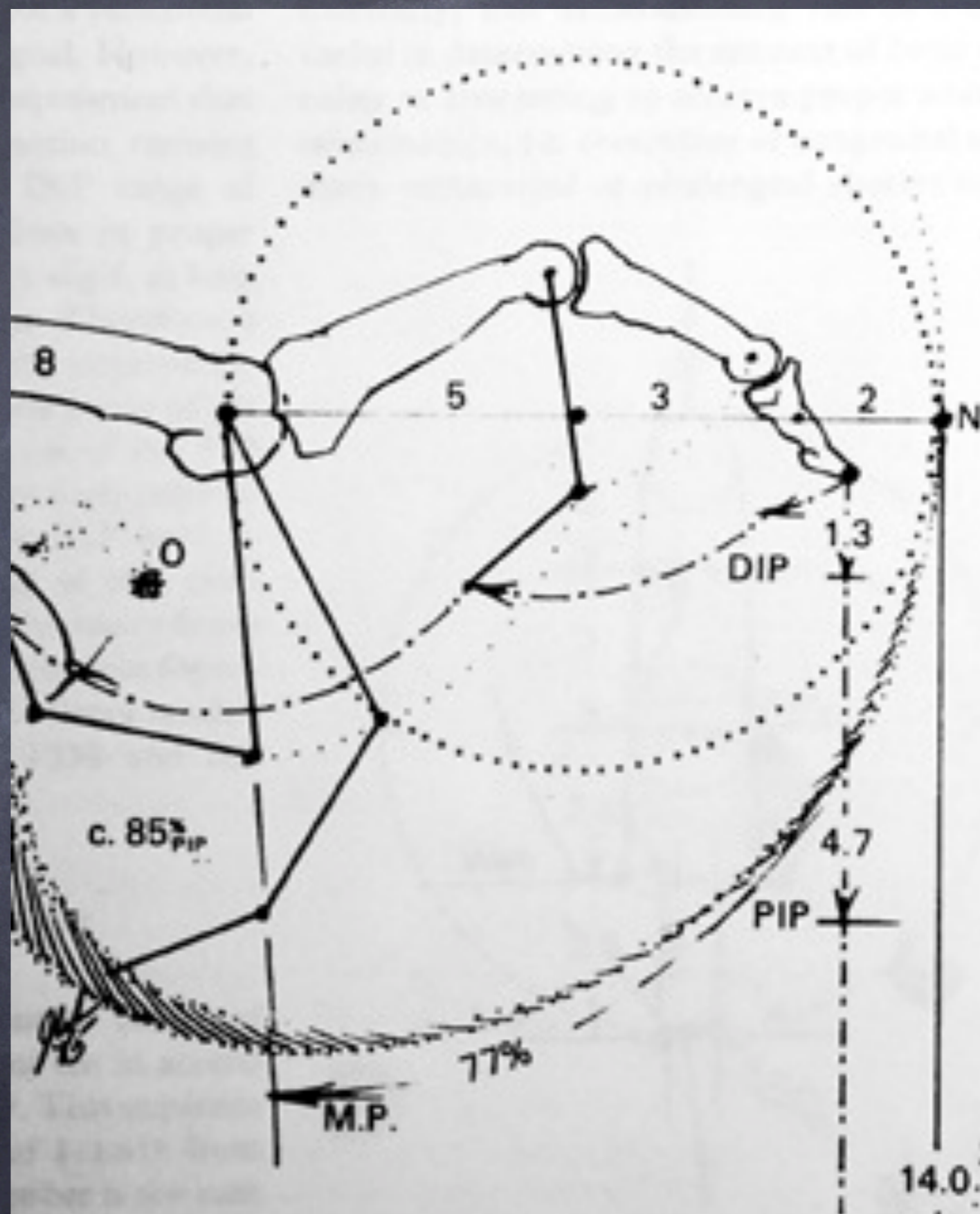
# Entorses et luxations des métacarpophalangiennes des doigts longs

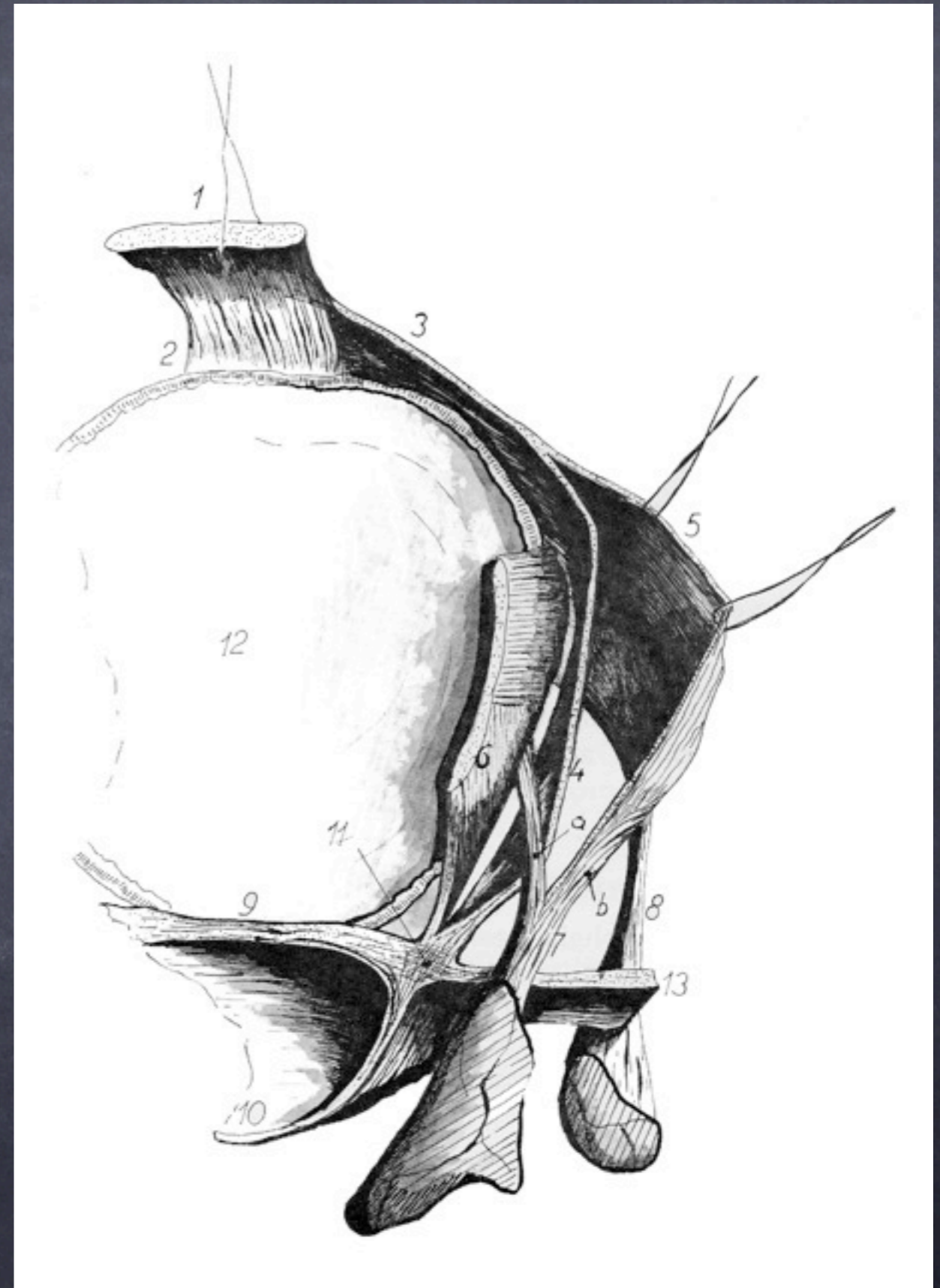
Christian Dumontier

Institut de la Main & hôpital St-Antoine, Paris

La MP est responsable  
de 77% de  
l'enroulement des  
doigts, l'IPP de 18%,  
l'IPD de 5%

La raideur de chaque  
articulation n'aura pas  
la même incidence sur  
la fonction de la main





# 2 pathologies différentes

- ✓ Les entorses: Fréquentes, bénignes, de TTT orthopédique le plus souvent



# 2 pathologies différentes

- ✓ Les luxations: Rares, chirurgicales, difficiles à opérer

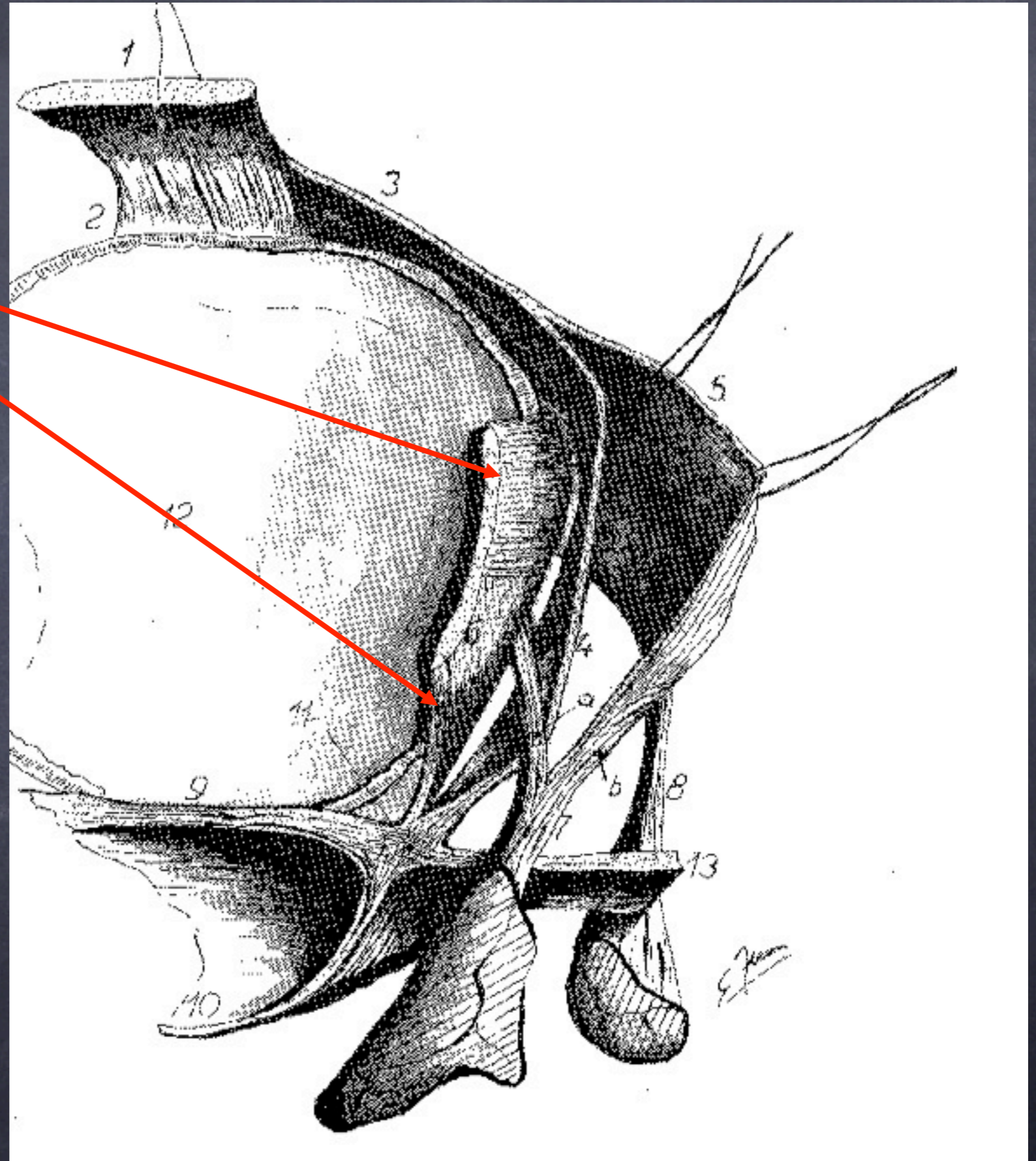


# Entorses des métacarpophalangiennes

- ✓ Index et auriculaire surtout
- ✓ Douleur, œdème
- ✓ Le testing MP +++



Insertions  
ligaments  
latéraux





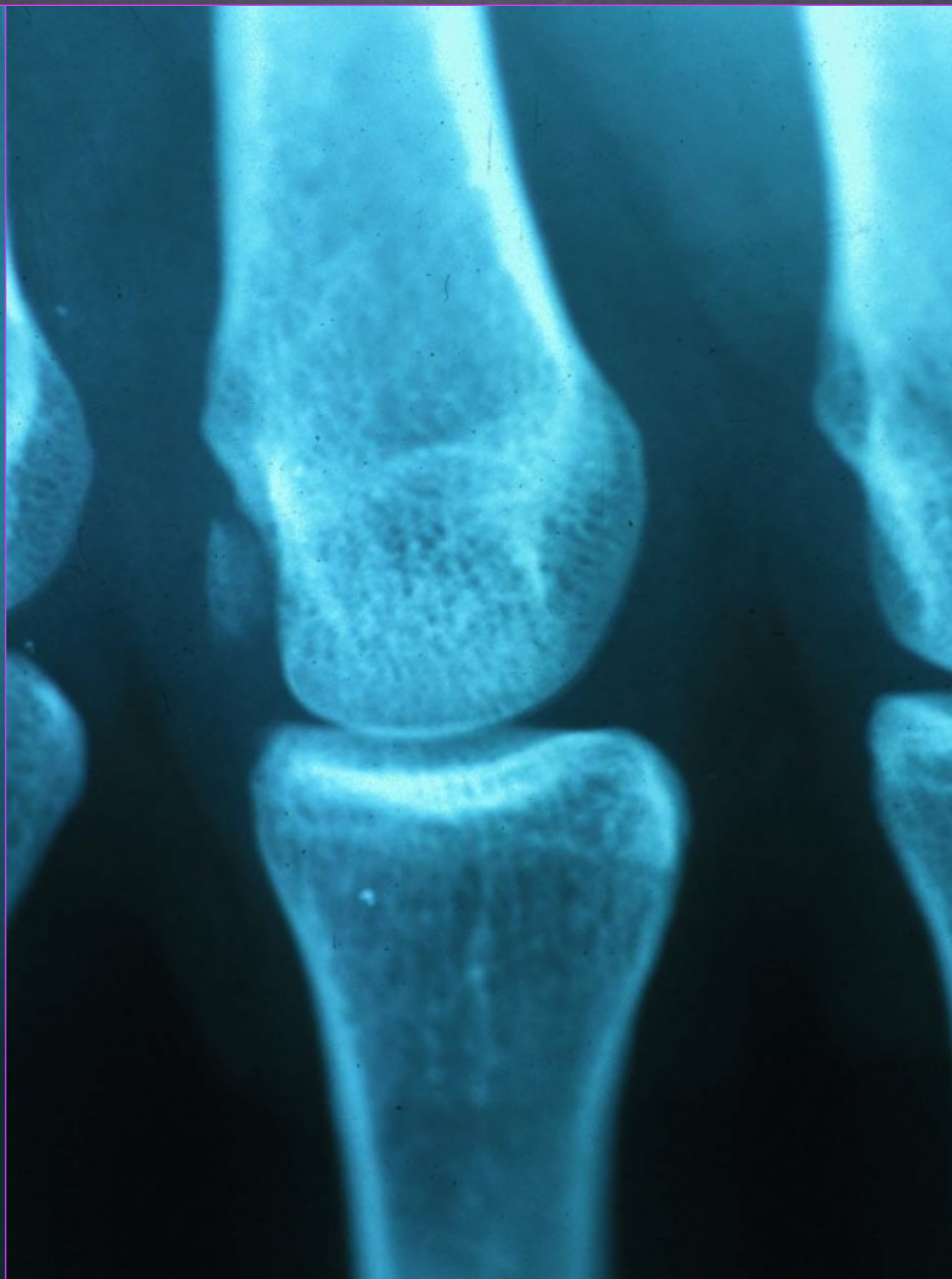
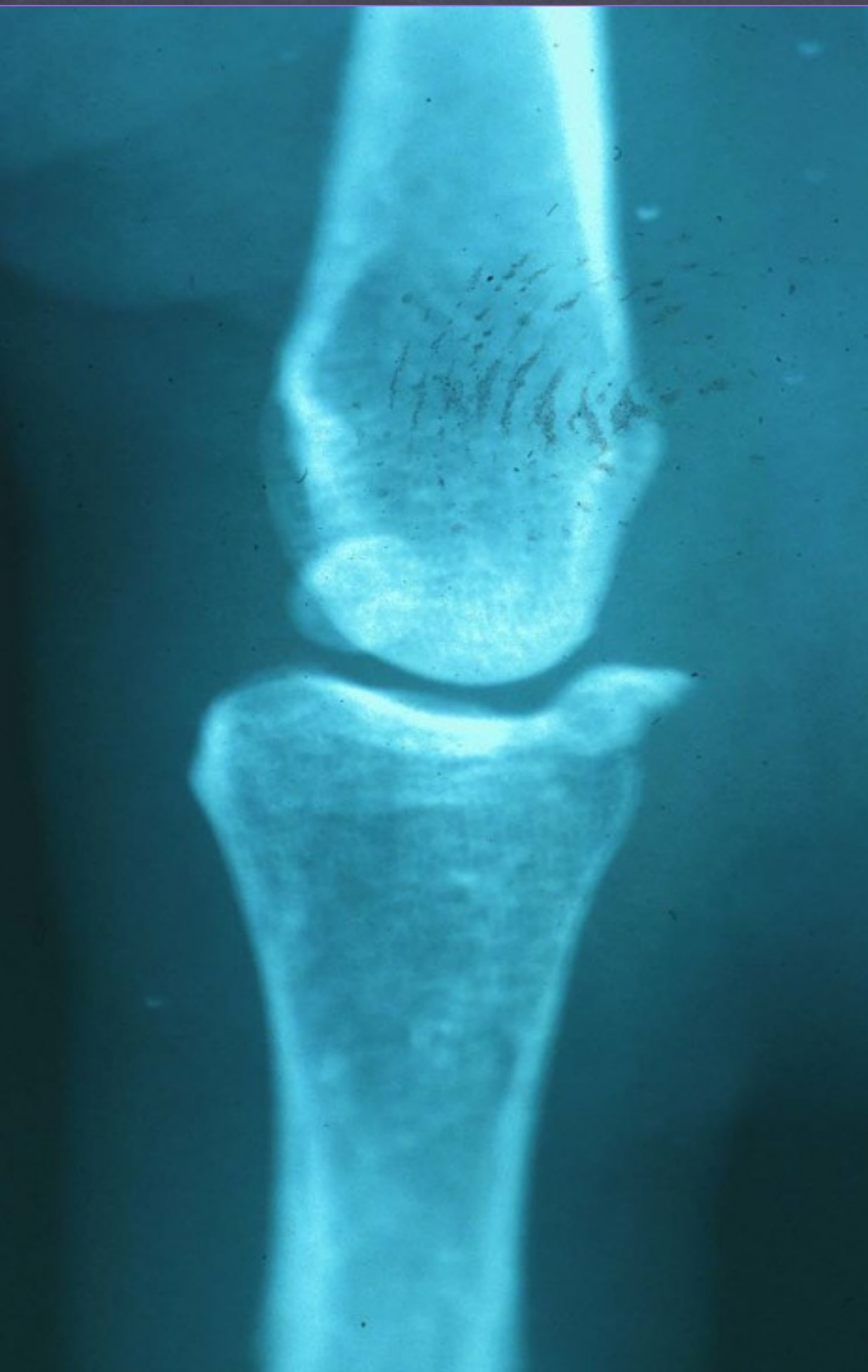
Testing en flexion  
maximum de la MP  
pour mettre en tension  
les ligaments latéraux



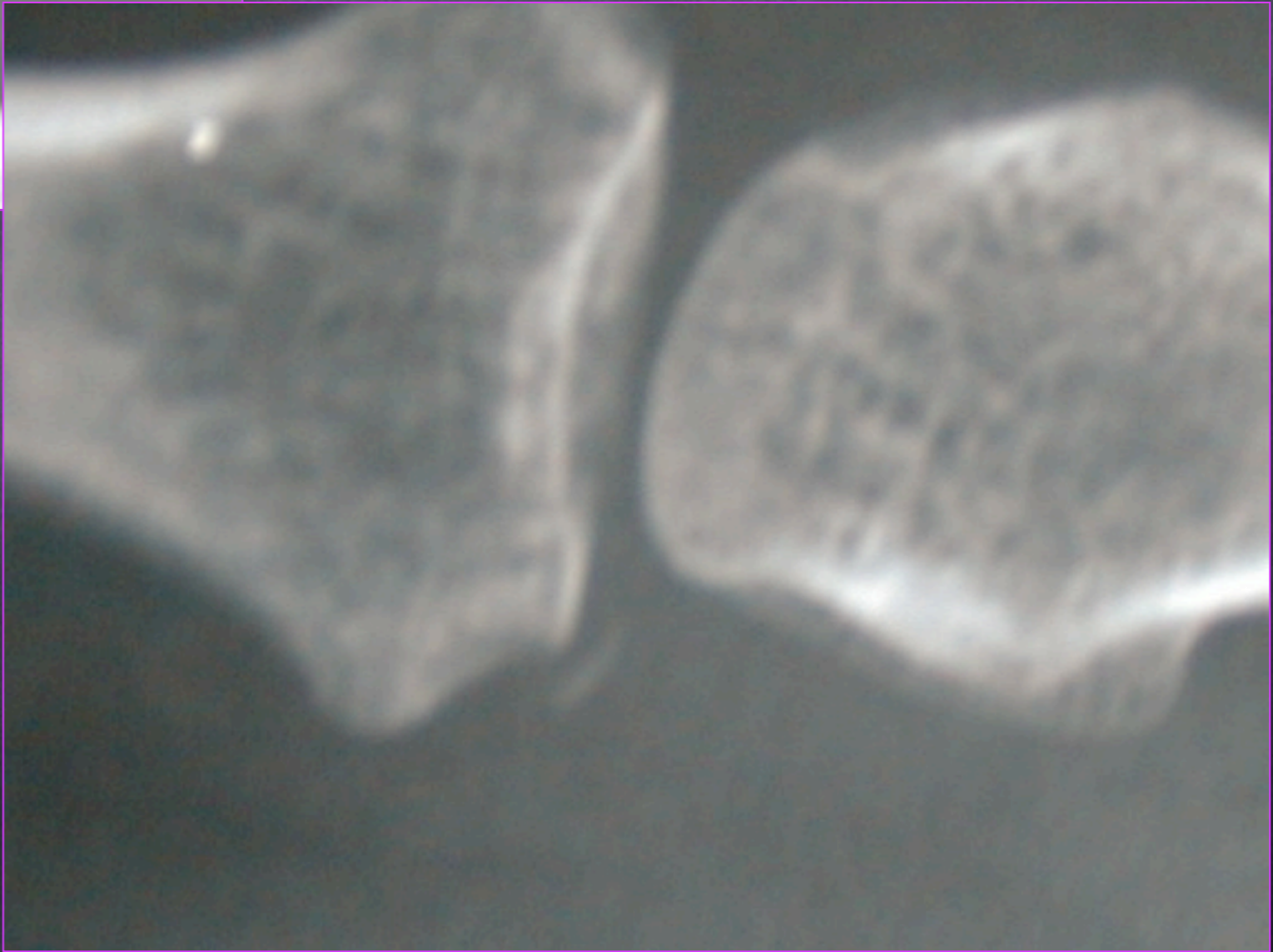
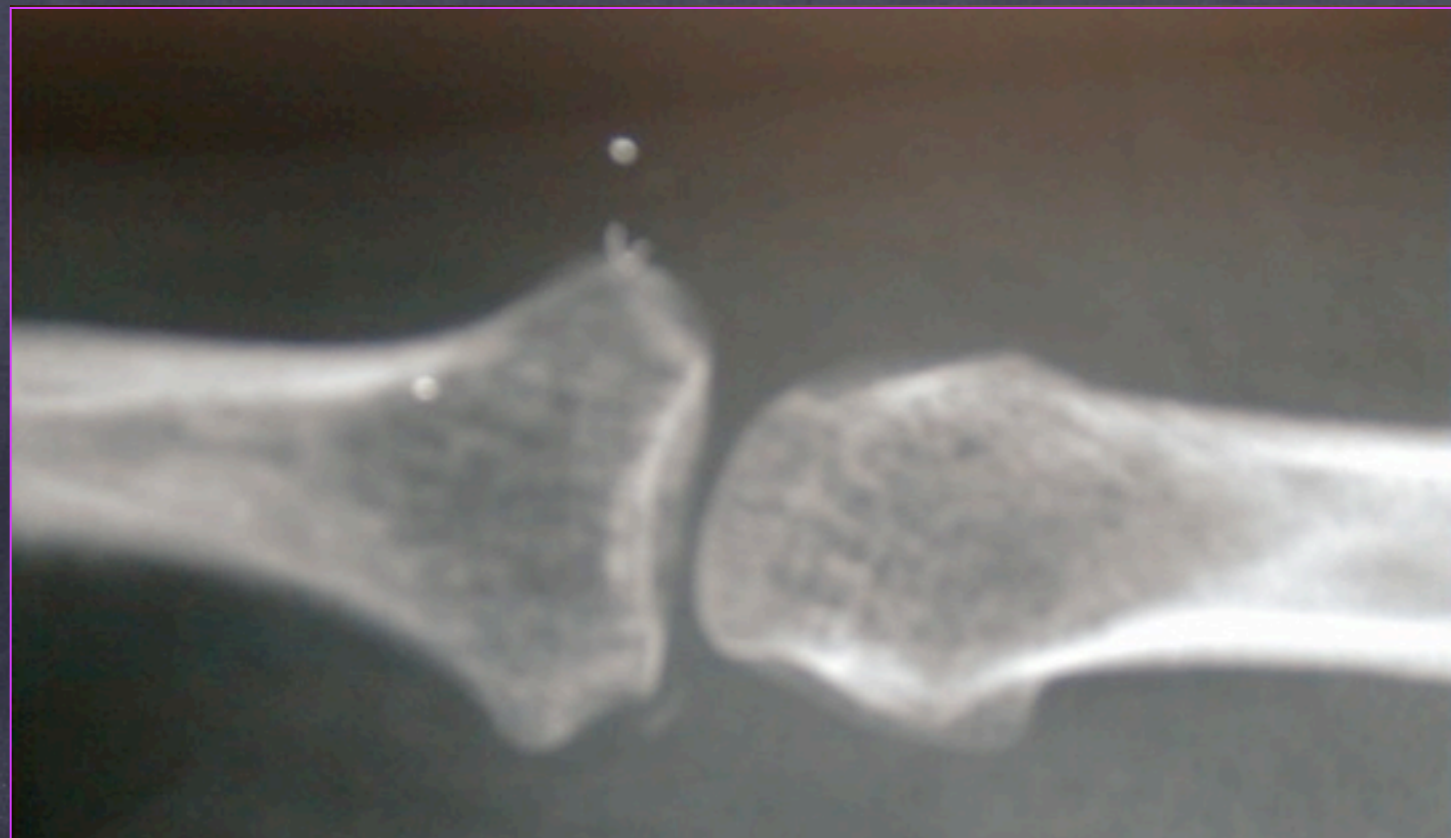


# Le bilan radiographique

- ✓ Main de Face centré sur la MP
- ✓ Main de 3/4
- ✓ Incidence de Brewerton
  - Recherche d'un équivalent osseux de la lésion ligamentaire







# TTT des entorses

- ✓ Strapping au doigt voisin
  - 8-15 jours si entorse bénigne
  - 45 jours si entorse grave



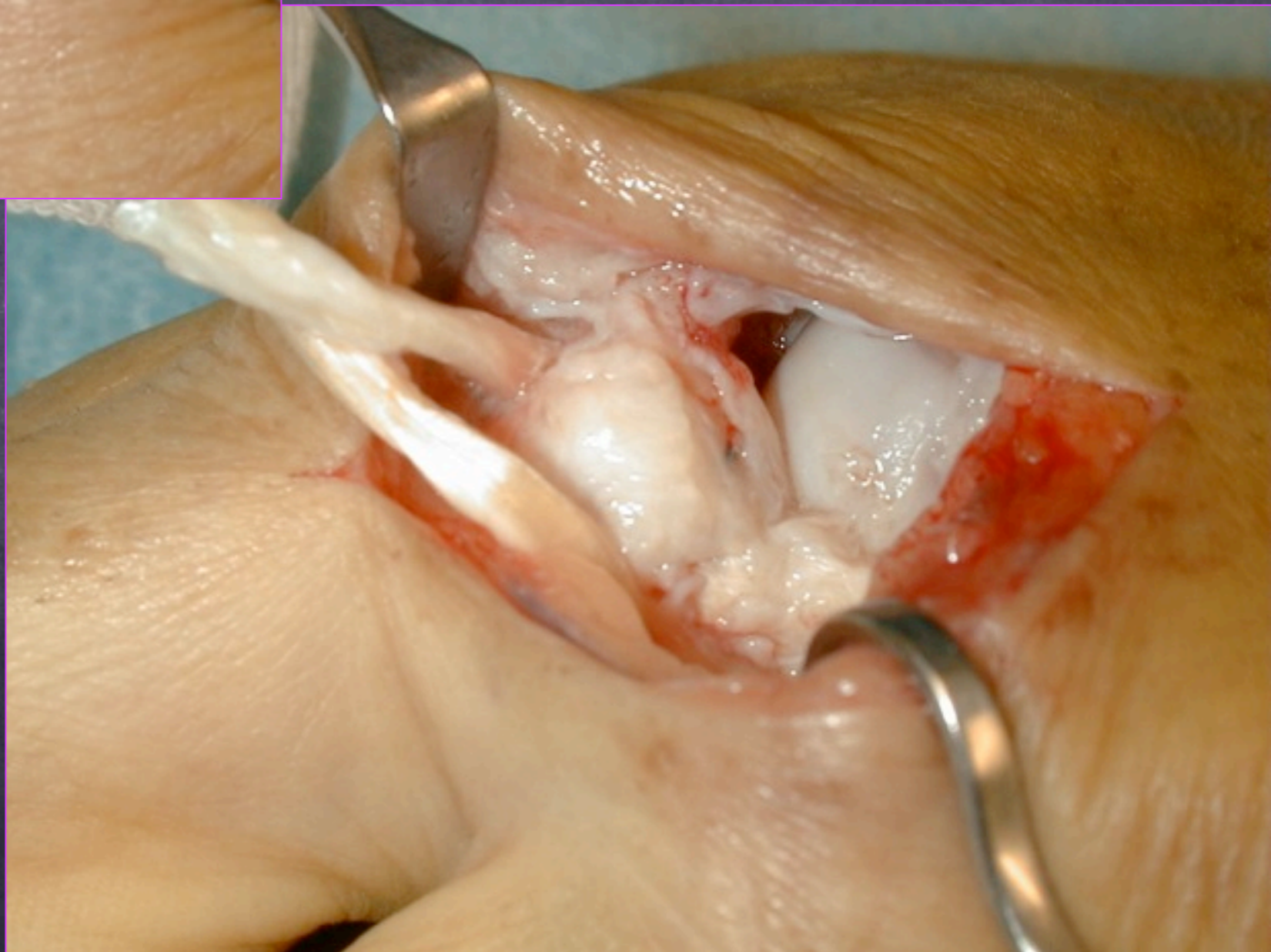
✓ Séquelles douloureuses 6 à 12 mois

# TTT chirurgical des entorses graves ?

- ✓ Systématiquement ?
- ✓ Entorses graves qui ne répondent pas au TTT fonctionnel (aspect de doigt qui tombe)
  - Suture appuyée sur des ancrs
  - Ligamentoplasties ?
  - Immobilisation relative MP à 60°, IPP libres

Aspect distendu et cicatriciel de la capsule







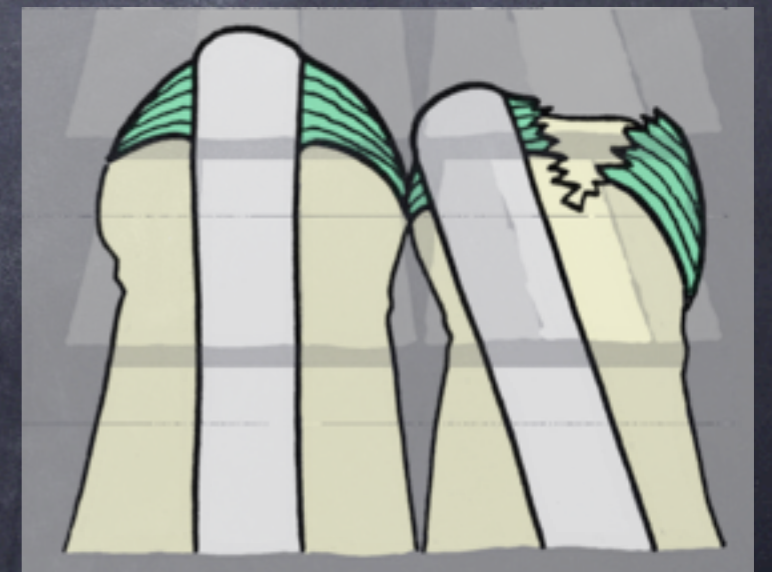


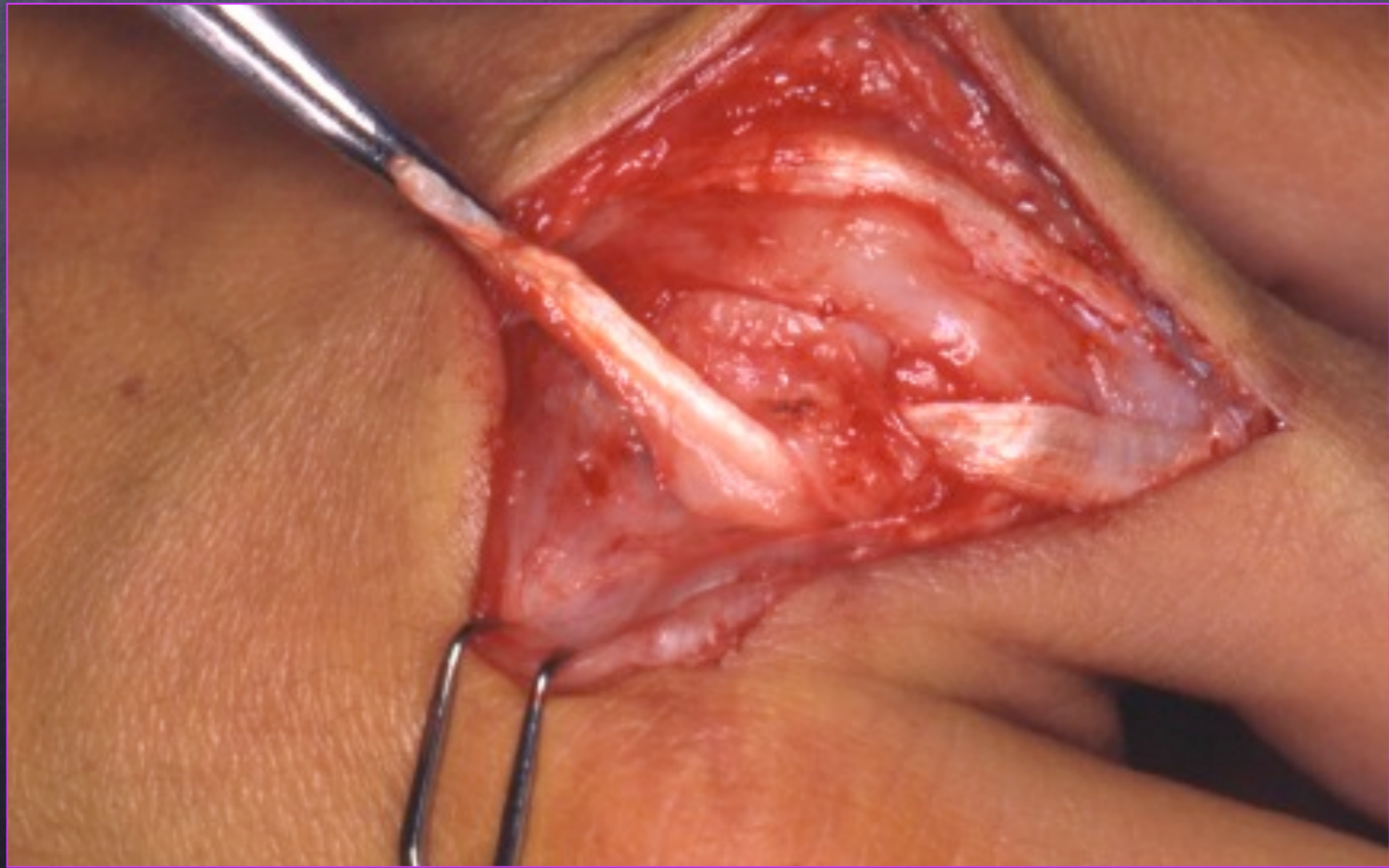
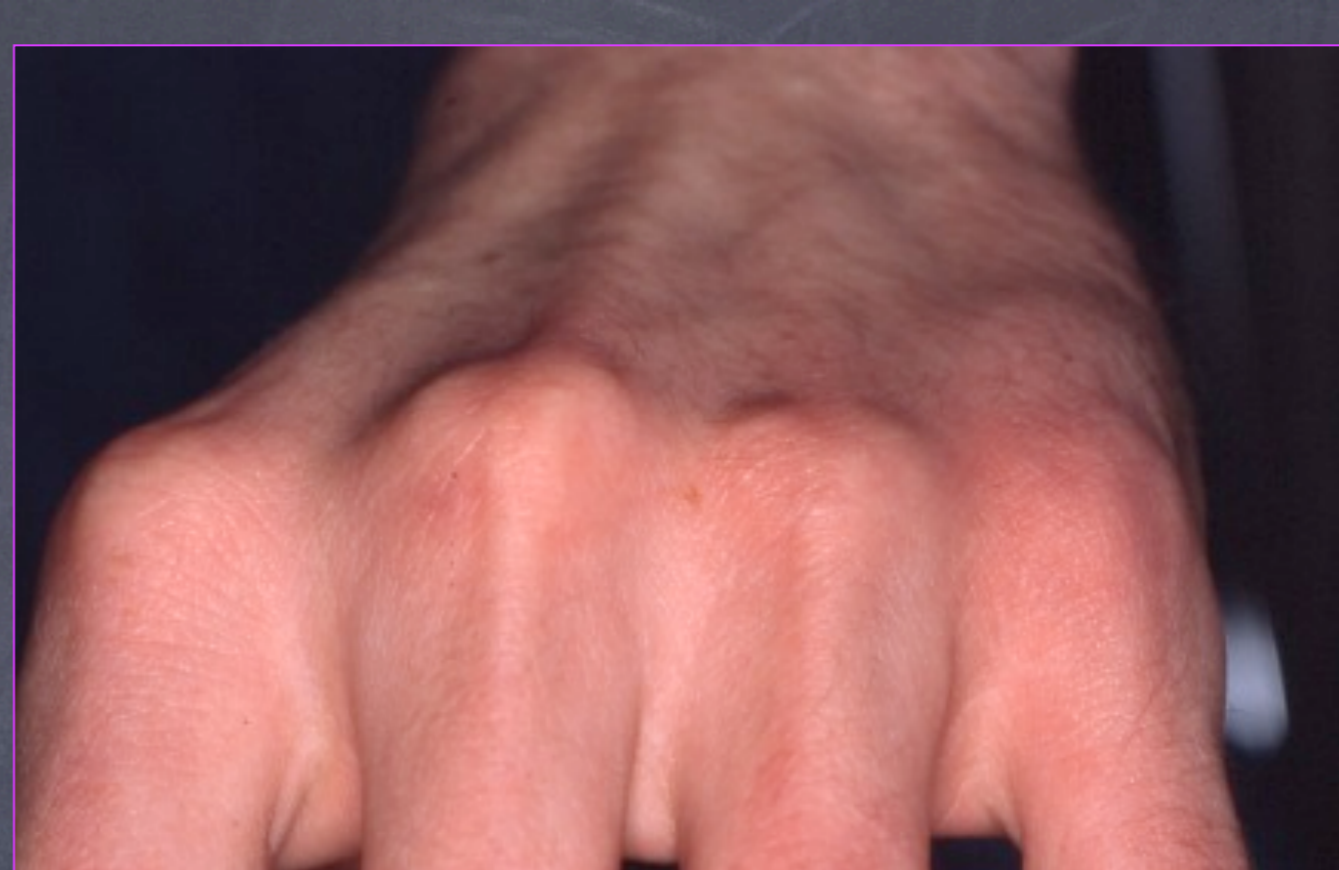
# Résultats



# Diagnostic différentiel

- Fractures ostéochondrales
  - Imagerie scanner
- Déchirure des fibres sagittales
  - Exploration chirurgicale
- Déchirure capsulaire
  - Exploration chirurgicale



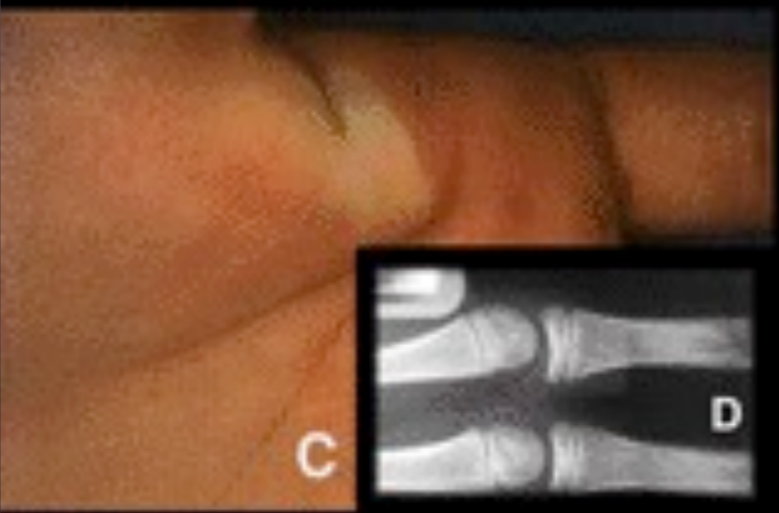




Rupture capsulaire au dos de la MP (boxeur)

# Les luxations MP

- ✓ Le diagnostic est difficile
  - Pas de radios de profil !
  - Élargissement de l'interligne
  - Rotation axiale du doigt, déviation latérale
- ✓ Le traitement est chirurgical +++
  - Incarcération de la tête
  - Ne pas tirer sur le doigt





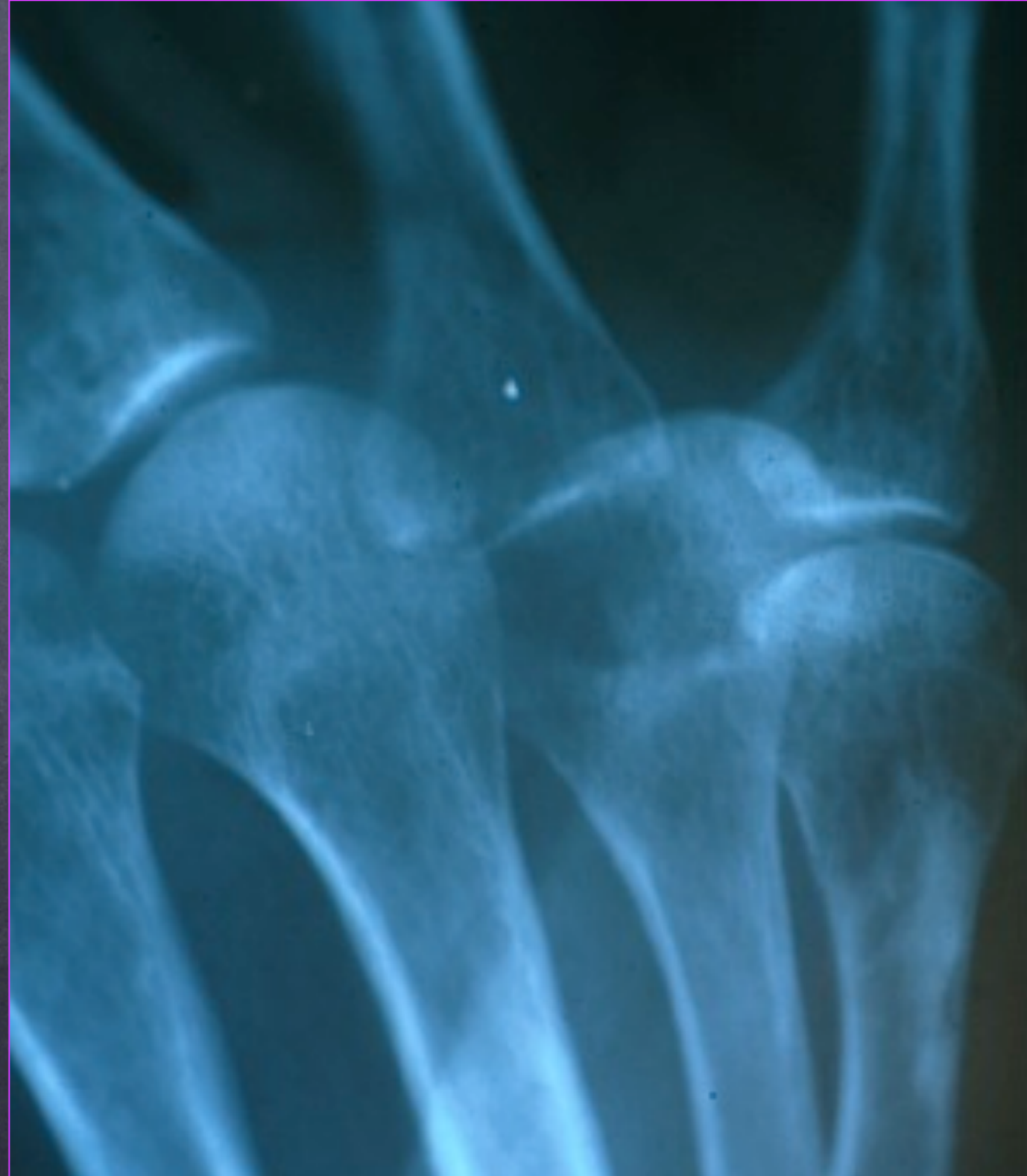
Aspect "décalé"  
du doigt

Chevauchement  
des interlignes



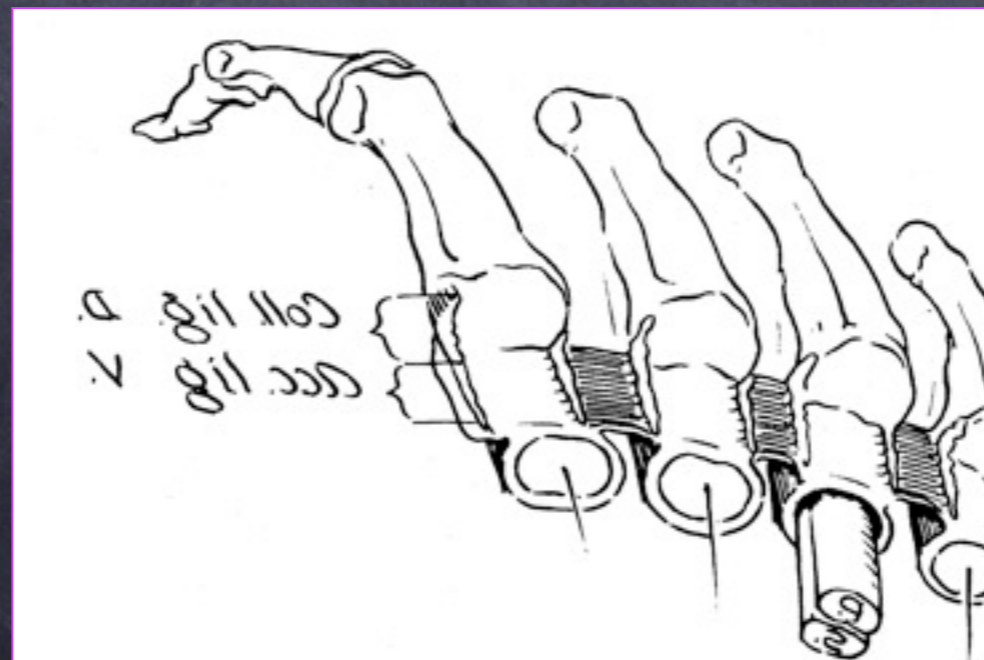


# Lésion chronique

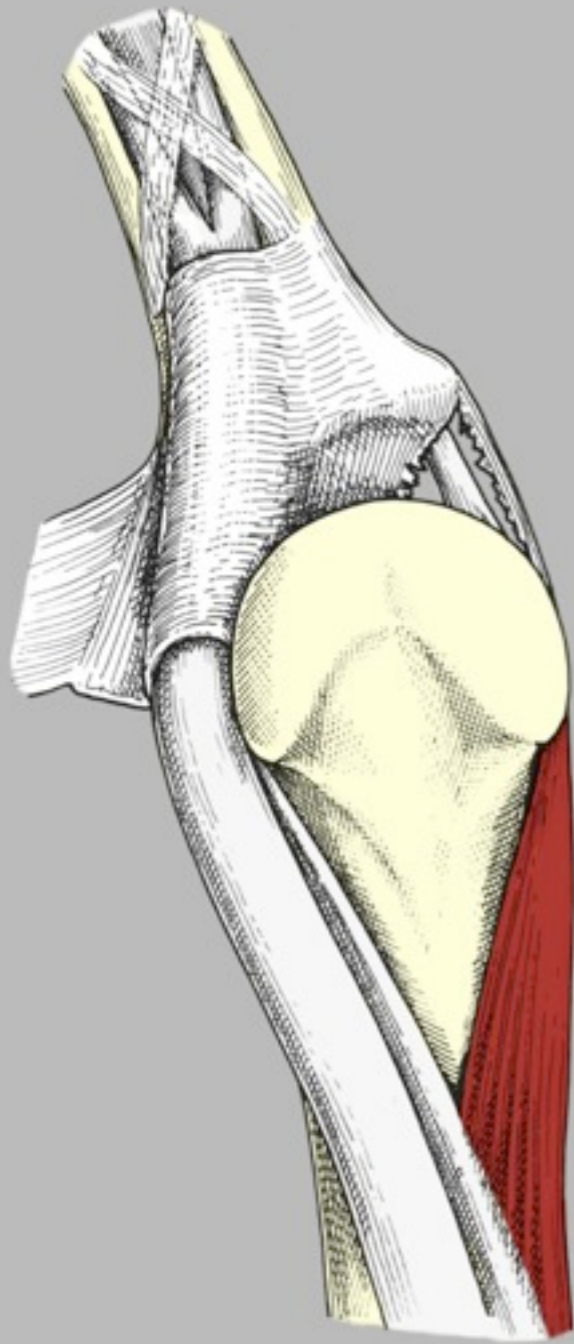


# Luxations palmaires

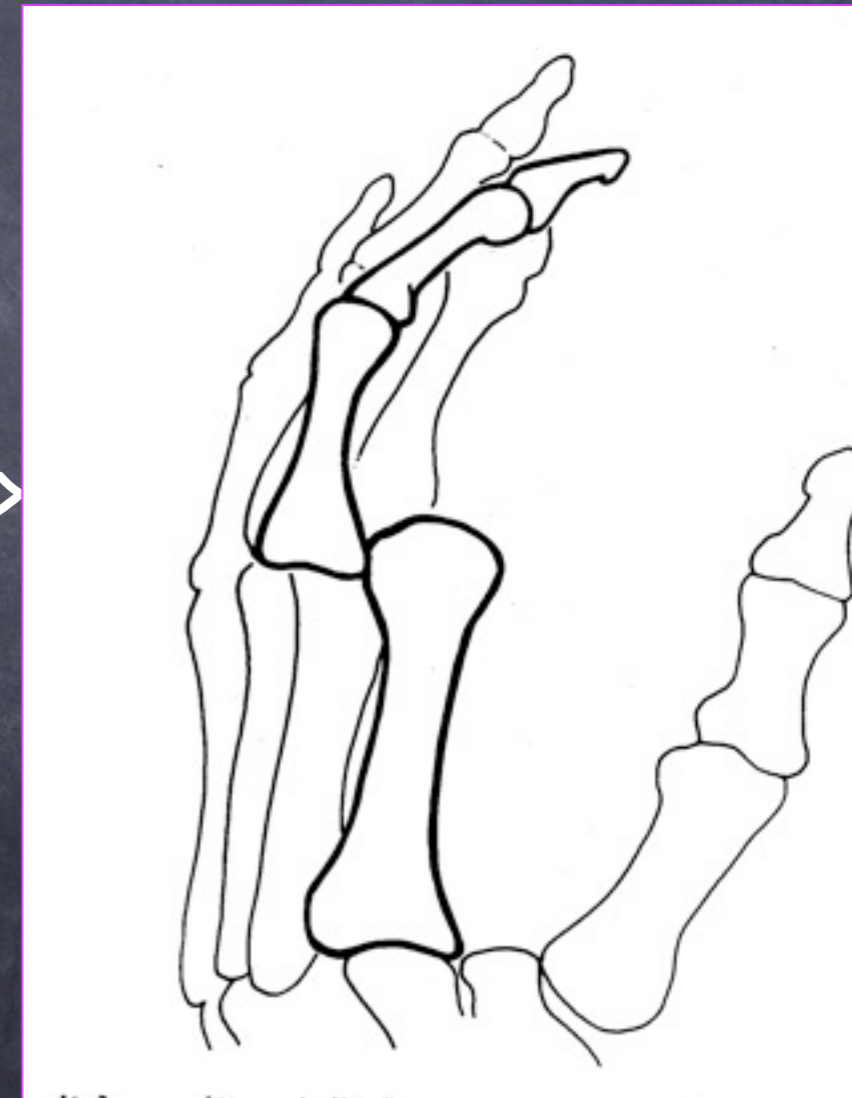
- ✓ Rarissimes
- ✓ Incarcération de la plaque palmaire désinsérée distalement ou de la capsule dorsale
- ✓ TTT orthopédique possible mais déconseillé car le contrôle de la réduction est très difficile

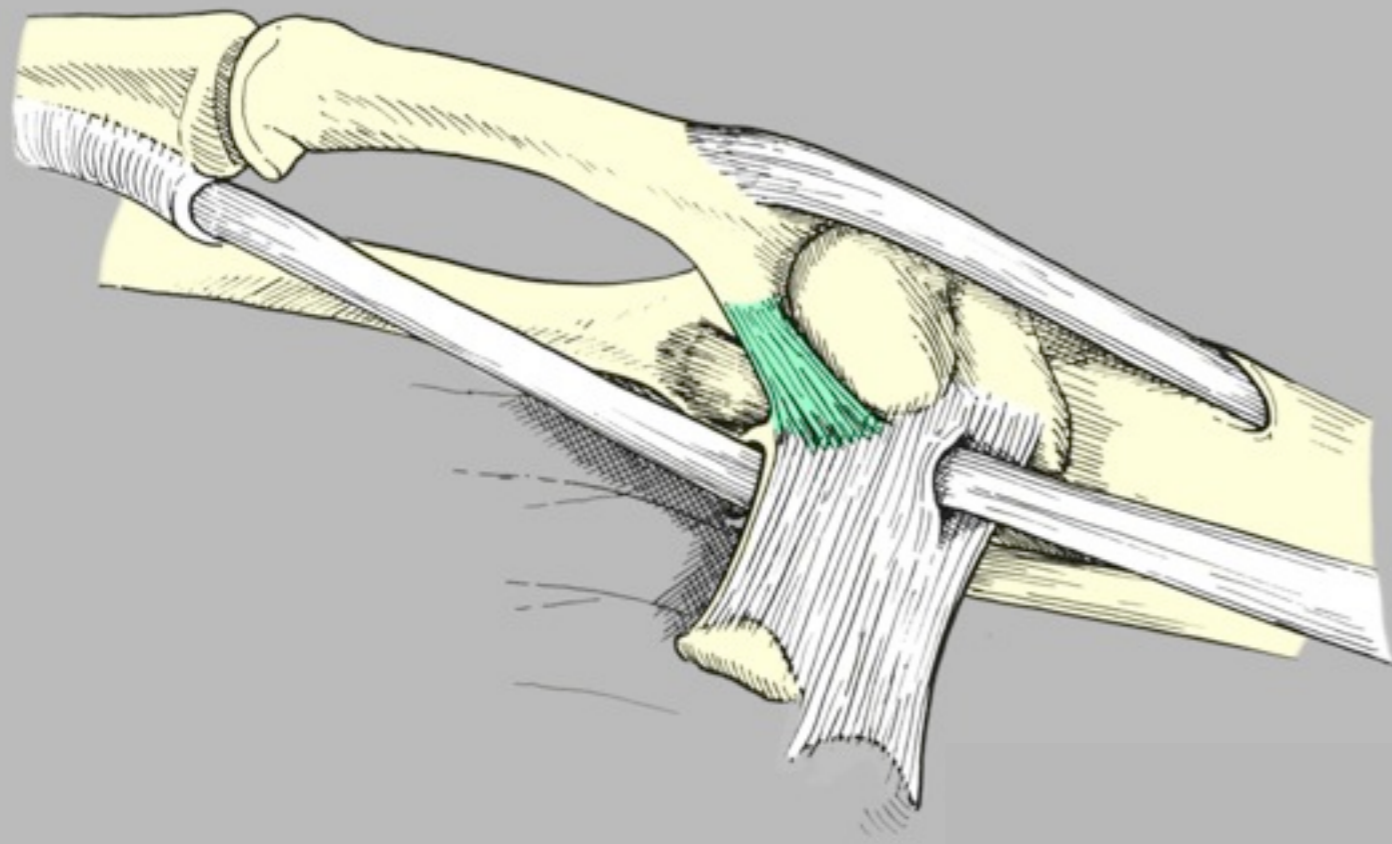


# Luxations dorsales

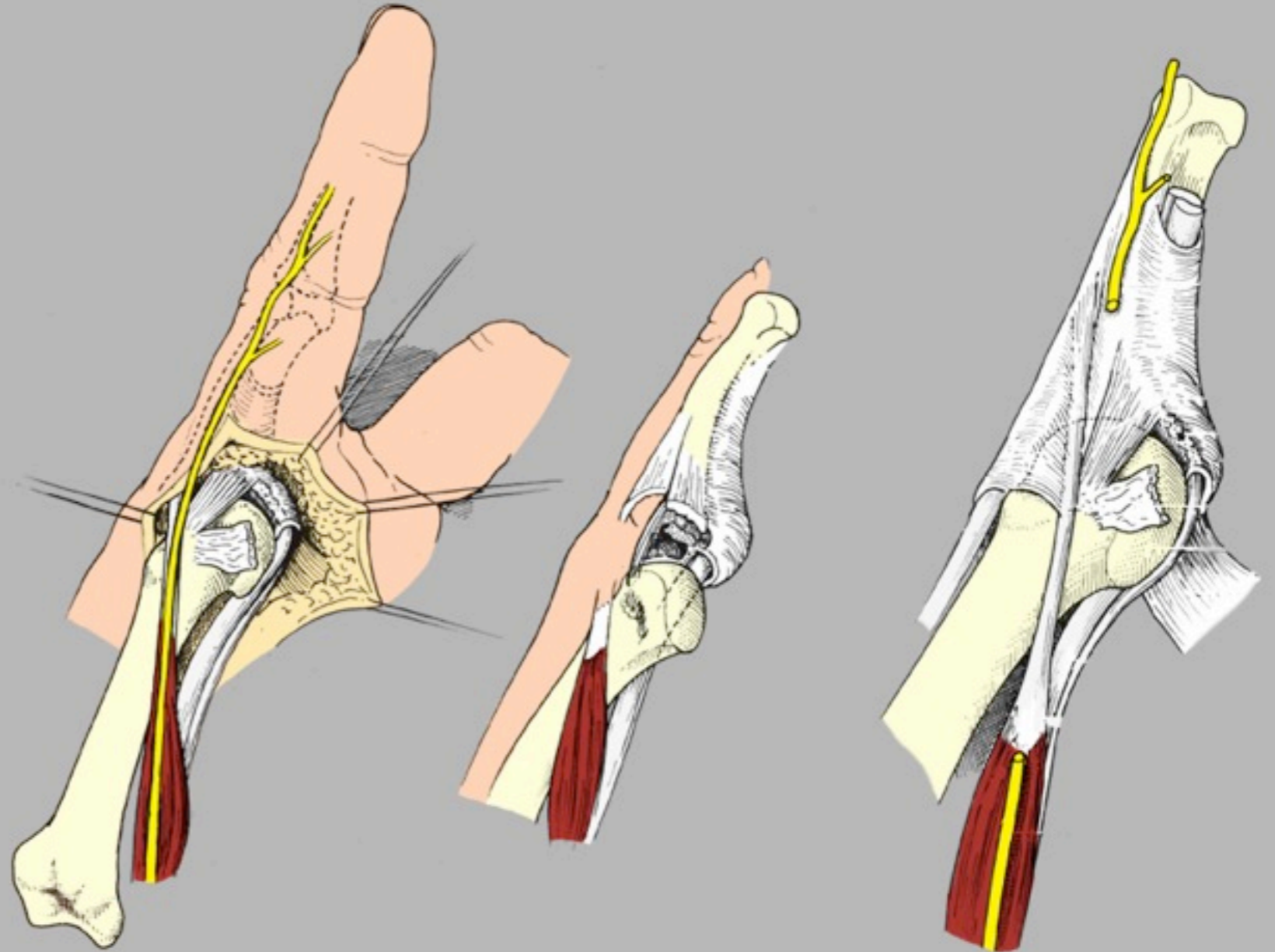


- ✓ Index > auriculaire > doigts centraux

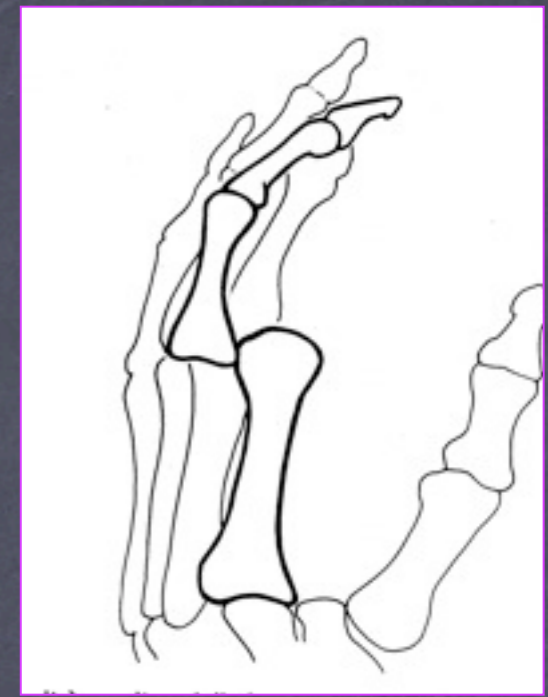




·Incarcération de la tête  
entre les fléchisseurs,  
les lombricaux avec  
incarcération de la plaque  
palmaire



# Luxations dorsales



- ✓ Les lésions simples (plaque palmaire interposée seulement) peuvent être réduites orthopédiquement ou transformées en lésions complexes
- ✓ Le traitement chirurgical est donc obligatoire

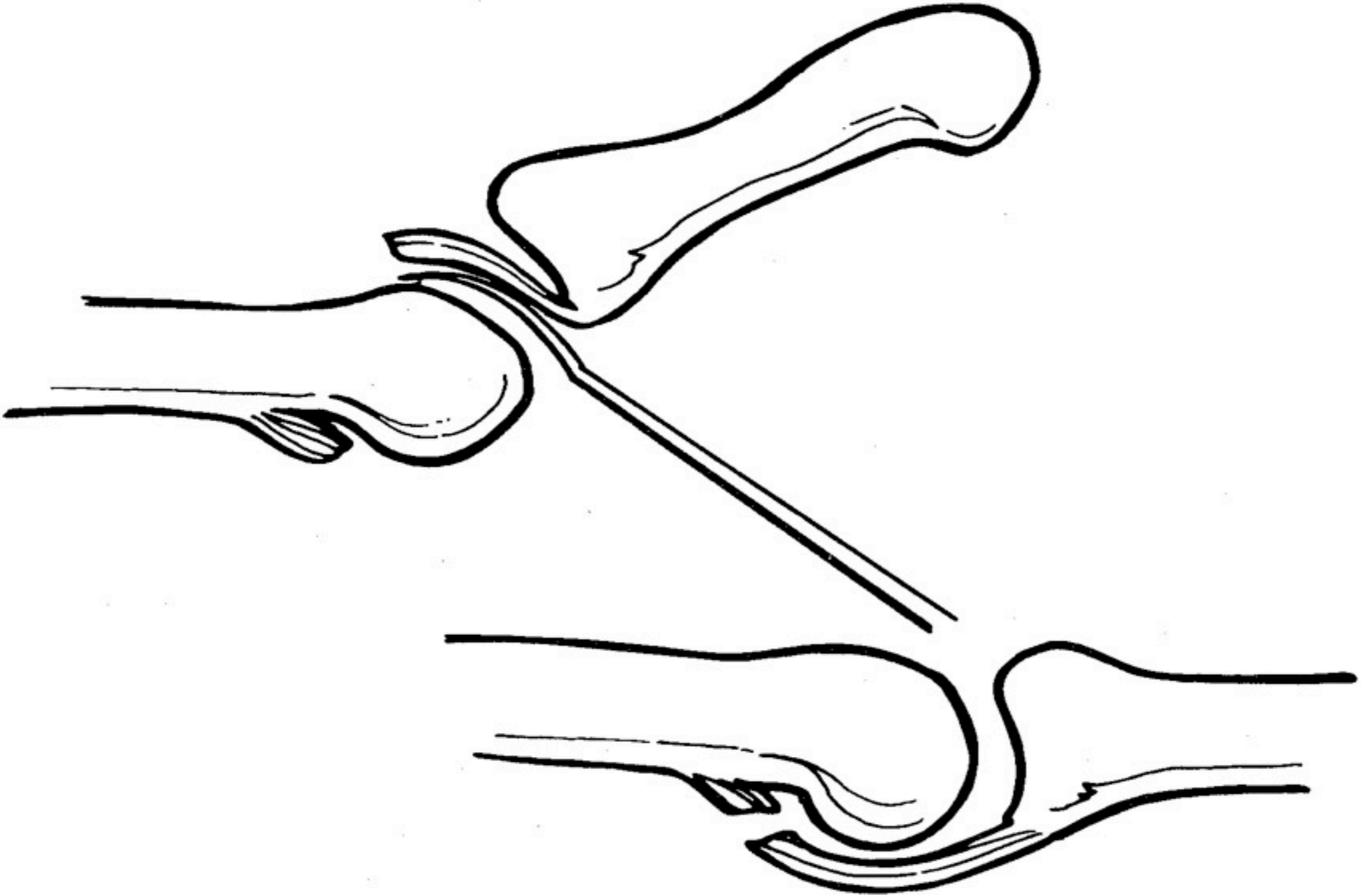
# Luxations dorsales



- ✓ Farabeuf puis Becton proposent une voie d'abord dorsale
  - Section longitudinale de l'extenseur
  - Section longitudinale de la plaque palmaire permettant de réintégrer les deux hémivalves
  - TTT des lésions ostéochondrales

# Luxations dorsales

- ✓ Depuis Kaplan, voie d'abord palmaire pour contrôler les vaisseaux et nerfs, les tendons, les lombricaux... qui sont inaccessibles par voie dorsale.





# Suites post-op



- Immobilisation de la MP en flexion dans une orthèse permettant la mobilisation des IPP pendant 3 à 6 semaines
- Syndactylie de protection pour la reprise du sport

# Conclusion

- ✓ Entorses: fréquentes, bénignes, TTT fonctionnel le plus souvent, bons résultats
- ✓ Luxations: rares, diagnostic difficile, séquelles iatrogènes et fonctionnelles.