Entorses et luxations de la colonne du pouce

F. Gueriat

CH Saint-Quentin, SOS main Picardie.

La colonne du pouce

« Le pouce, doigt maître de la main, constitue à lui seul l'élément prépondérant qui valorise tous les autres. »

R. Tubiana.

Les particularités du pouce

- **La trapézo-métacarpienne**

  Soutient la colonne du pouce

  En forme de selle

  Sa forme peu congruente lui donne beaucoup de liberté et autorise une composante rotatoire

  Rôle majeur dans la préhension et l'opposition

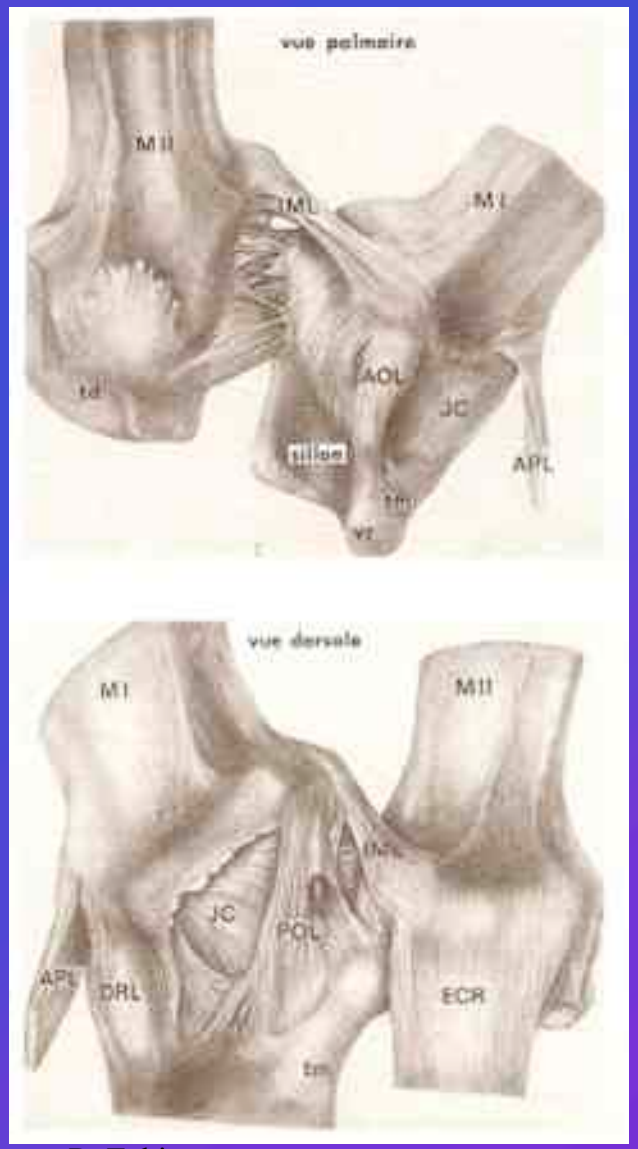
Les particularités du pouce

- **<u>trapézo-métacarpienne</u>**

<u>Les ligaments</u>

- oblique antérieur (AOL)
- intermétacarpien (IML)
-oblique postérieur (POL)
- dorso-radial (DRL)

<u>Le long abducteur du pouce (APL)</u>



R. Tubiana

Traité de chir. De la main

Les particularités du pouce

- **<u>La métacarpo-phalangienne:</u>**

  moins mobile et plus stable qu'aux autres rayons, sa stabilité sert la préhension

  amplitude de flexion MP très variable (20 à 100°)

  Sa stabilité prime sur sa mobilité
  (bonne tolérance de l'arthrodèse)

Les particularités du pouce

- **<u>La métacarpo-phalangienne:</u>**

  Les muscles thénariens

  « tapissent » les faces latérale et médiale de l'articulation

  dossière participant à la stabilité dynamique

  mais induisant la lésion de Stener

Les particularités du pouce

En externe:

Court fléchisseur et court abducteur

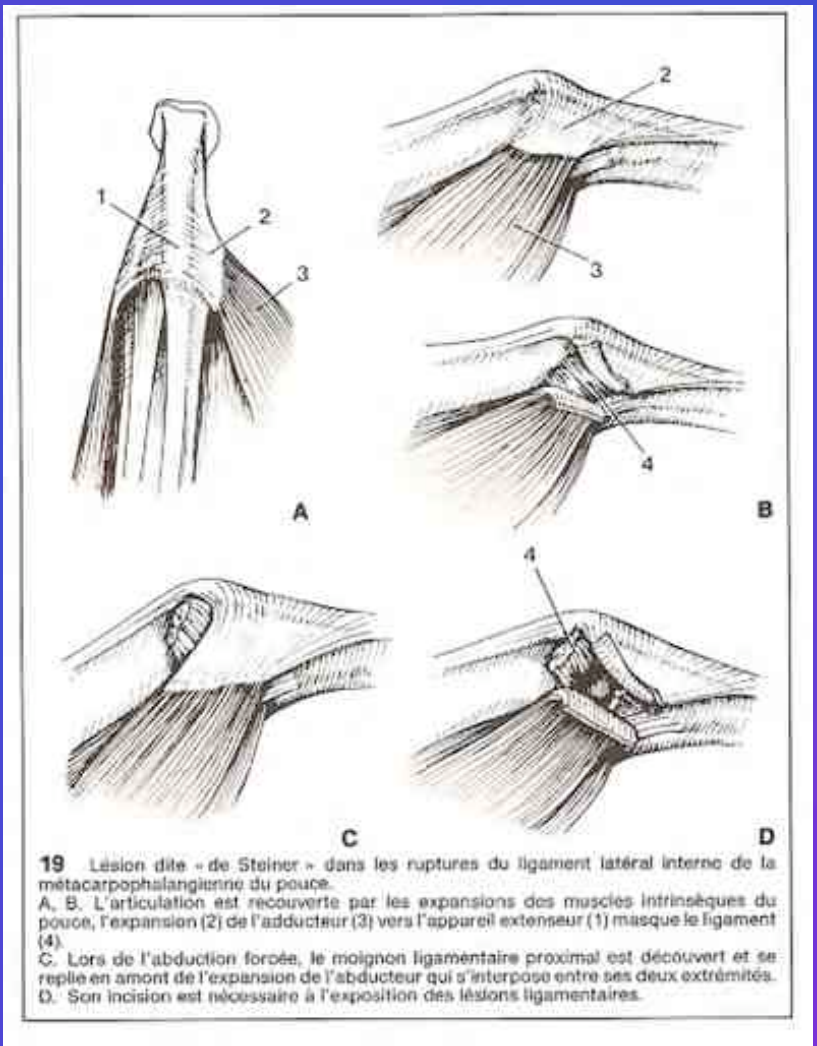
→ Expansion dorsale et sésamoïde latéral

En interne:

Adducteur

→ Première phalange, sésamoïde médial et expansion dorsale

Ne pallient pas à une rupture ligamentaire



19 Lésion dite « de Steiner » dans les ruptures du ligament latéral interne de la métacarpophalangienne du pouce.
A, B. L'articulation est recouverte par les expansions des muscles intrinsèques du pouce, l'expansion (2) de l'adducteur (3) vers l'appareil extenseur (1) masque le ligament (4).
C. Lors de l'abduction forcée, le moignon ligamentaire proximal est découvert et se replie en amont de l'expansion de l'abducteur qui s'interpose entre ses deux extrémités.
D. Son incision est nécessaire à l'exposition des lésions ligamentaires.

Thomine J.-M.

EMC App. Locomot. 14047

Les particularités du pouce

- **La métacarpo-phalangienne:**

  - **Les sésamoïdes**

    -inclus dans la plaque palmaire (lgt fibro-glénoïdien)

    -unis entre eux par une sangle inter-sésamoïdienne transversale solide

    -ont une insertion proximale fragile

    implications dans les luxations

Les particularités du pouce

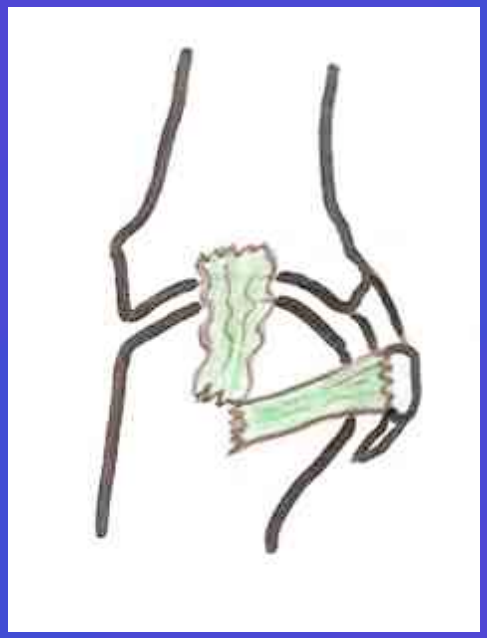
-**<u>Les ligaments latéraux:</u>**

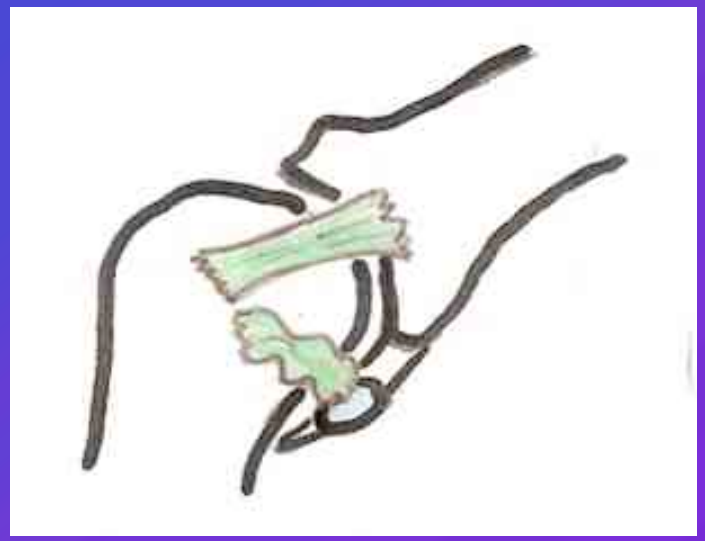
deux faisceaux

principal métacarpo-phalangien

accessoire métacarpo-sésamoïdien

Importance pour le testing





Les particularités du pouce

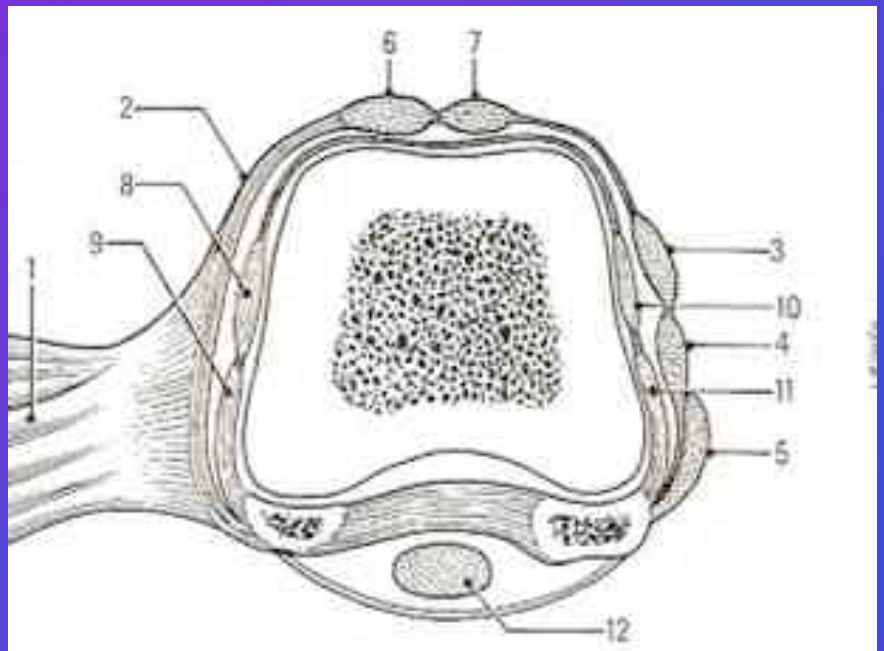


FIG. 3.190. — *Coupe transversale au niveau de la tête du 1er métacarpien.*

1) Adducteur; 2) Aponévrose dorsale de l'adducteur; 3) Court abducteur; 4 et 5) Court fléchisseur; 6) Long extenseur; 7) Court extenseur; 8 et 9) Ligament latéral interne; 10 et 11) Ligament latéral externe; 12) Long fléchisseur.

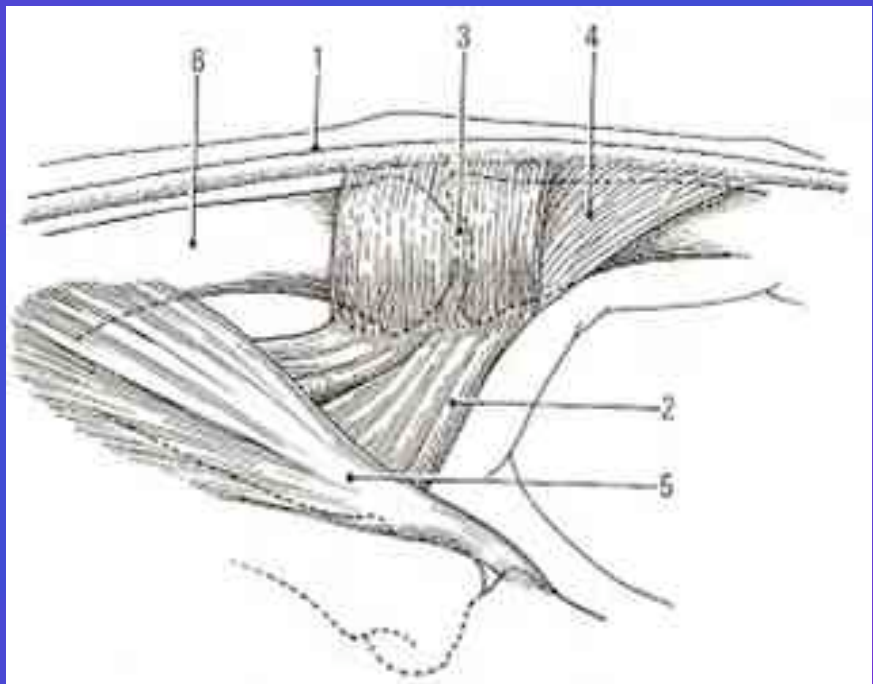


FIG. 3.191. — *Vue latérale interne de l'articulation métacarpo-phalangienne.* L'adducteur et son aponévrose dorsale avec l'expansion triangulaire en place.

1) Long extenseur; 2) Adducteur; 3) Aponévrose dorsale; 4) Expansion triangulaire; 5) 1er interosseux dorsal; 6) 1er métacarpien.

R. Tubiana

Traité de chir. De la main

Les particularités du pouce

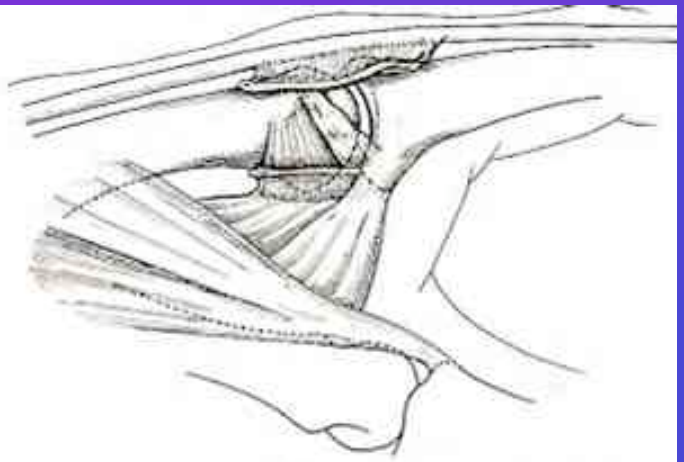


FIG. 3.192. — *Vue latérale interne de l'articulation métacarpo-phalangienne après résection partielle de l'aponévrose dorsale de l'adducteur laissant apparaître les deux faisceaux métacarpo-phalangien et métacarpo-glénoïdien du ligament latéral interne.*

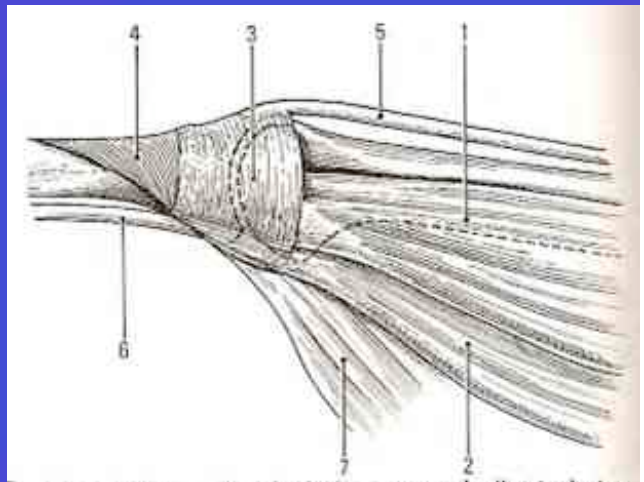


FIG. 3.193. — *Vue latérale externe de l'articulation métacarpo-phalangienne.*

1) Court abducteur; 2) Court fléchisseur; 3) Dossière avec; 4) L'expansion triangulaire; 5) Court extenseur; 6) Long fléchisseur; 7) Adducteur.

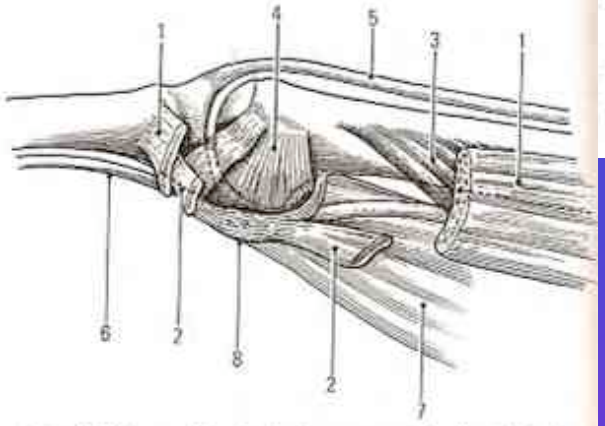


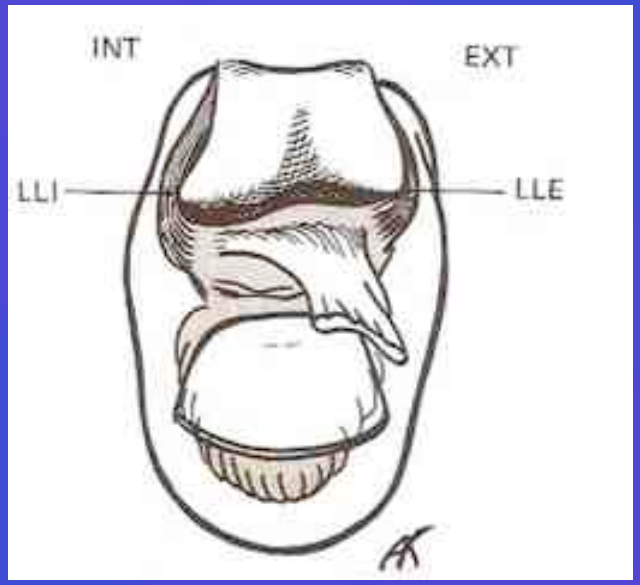
FIG. 3.194. — *Vue latérale externe de l'articulation métacarpo-phalangienne après résection partielle des muscles thénariens.*

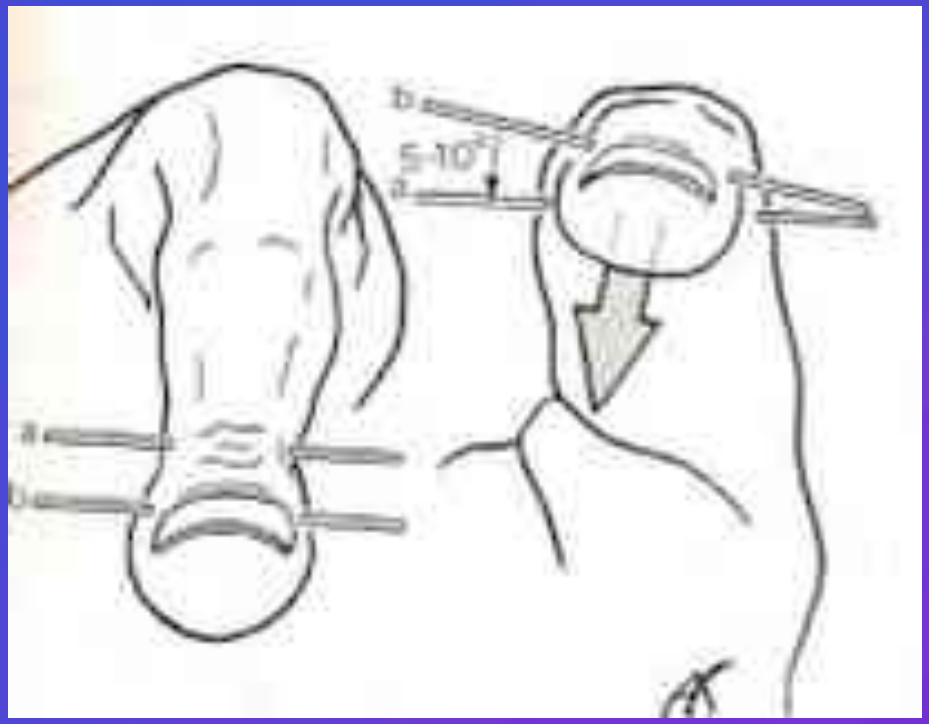
1) Court abducteur; 2) Les deux faisceaux du court fléchisseur; 3) Opposant; 4) Les deux faisceaux du ligament latéral externe; 5) Court extenseur; 6) Long fléchisseur; 7) Adducteur; 8) Ligament fibro-glénoïdien avec le sésamoïde externe.

Les particularités du pouce

- **<u>L'interphalangienne</u>**

Asymétrie de la tête de P1 contribuant à l'opposition.





I.A. Kapandji

Entorses de la métacarpo-phalangienne du pouce

Entorses de la métacarpo-phalangienne du pouce

- **<u>Les entorses récentes</u>**

Lésions fréquentes, parfois mal prise en charge…

85% concernent le LLI

Traumatisme en hyperabduction

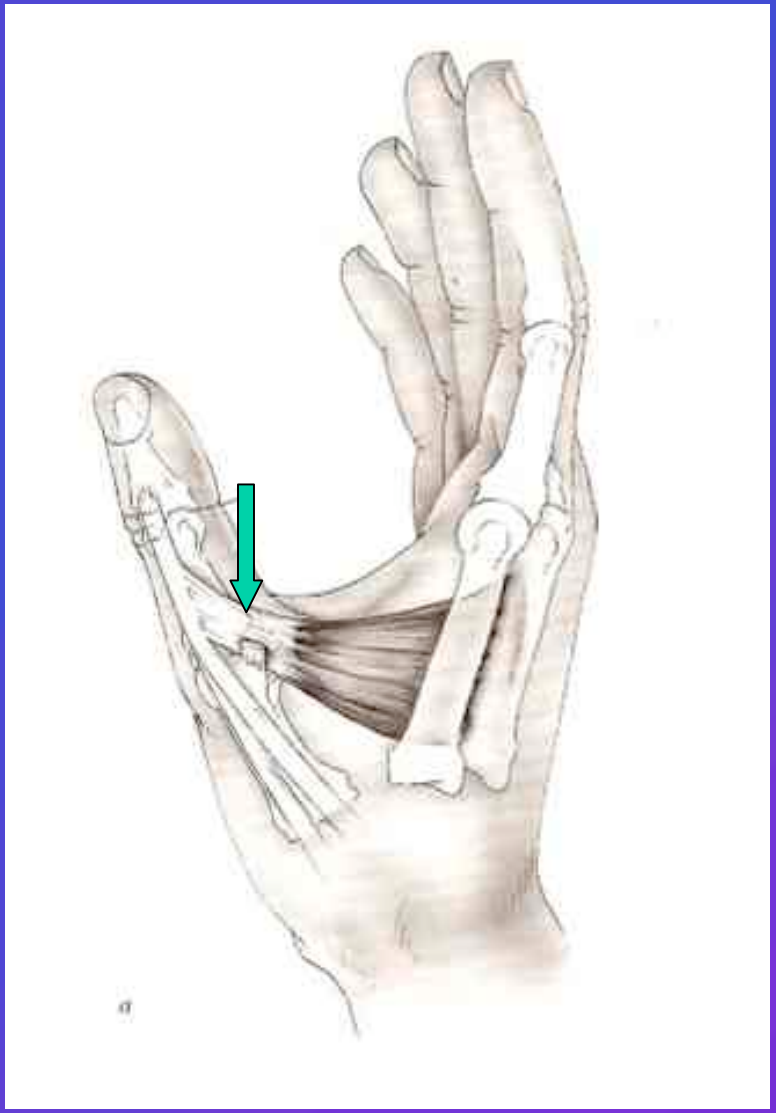
Typiquement accident du bâton de ski (50%, sports de balle 15%, sports de combat 10%)

Douleur du versant interne, impotence, œdème.

Entorses récentes

En cas de rupture complète du LLI l'expansion dorsale de l'adducteur viendra s'interposer entre les deux extrémités du ligament rompu.

C'est la lésion de Stener qui rend impossible la cicatrisation spontanée.



La main traumatique.

Merle, Dautel.

Entorses récentes

Il faut donc rechercher et identifier ces lésions qui doivent être opérées.

Entorses récentes

- **Premier temps:**

*Examen clinique sans testing
(pour ne pas aggraver une fracture non déplacée)

*Radiographies simples

Entorses récentes

- Si la radiographie montre une fracture de la base de P1:

*soit elle n'est pas déplacée

Traitement orthopédique

Immobilisation un mois

Entorses récentes

*Soit elle est déplacée

Équivaut à une rupture ligamentaire

Il faut opérer pour ostéosynthéser

Entorses récentes

- **<u>Si la radiographie ne montre pas de lésion osseuse:</u>**

Il faut apprécier le degré de laxité

- anesthésie locale souvent nécessaire
- bilatéral et comparatif
- à 30° de flexion

(pour tester le faisceau principal)

Testing clinique, et radiologique si besoin

Entorses récentes

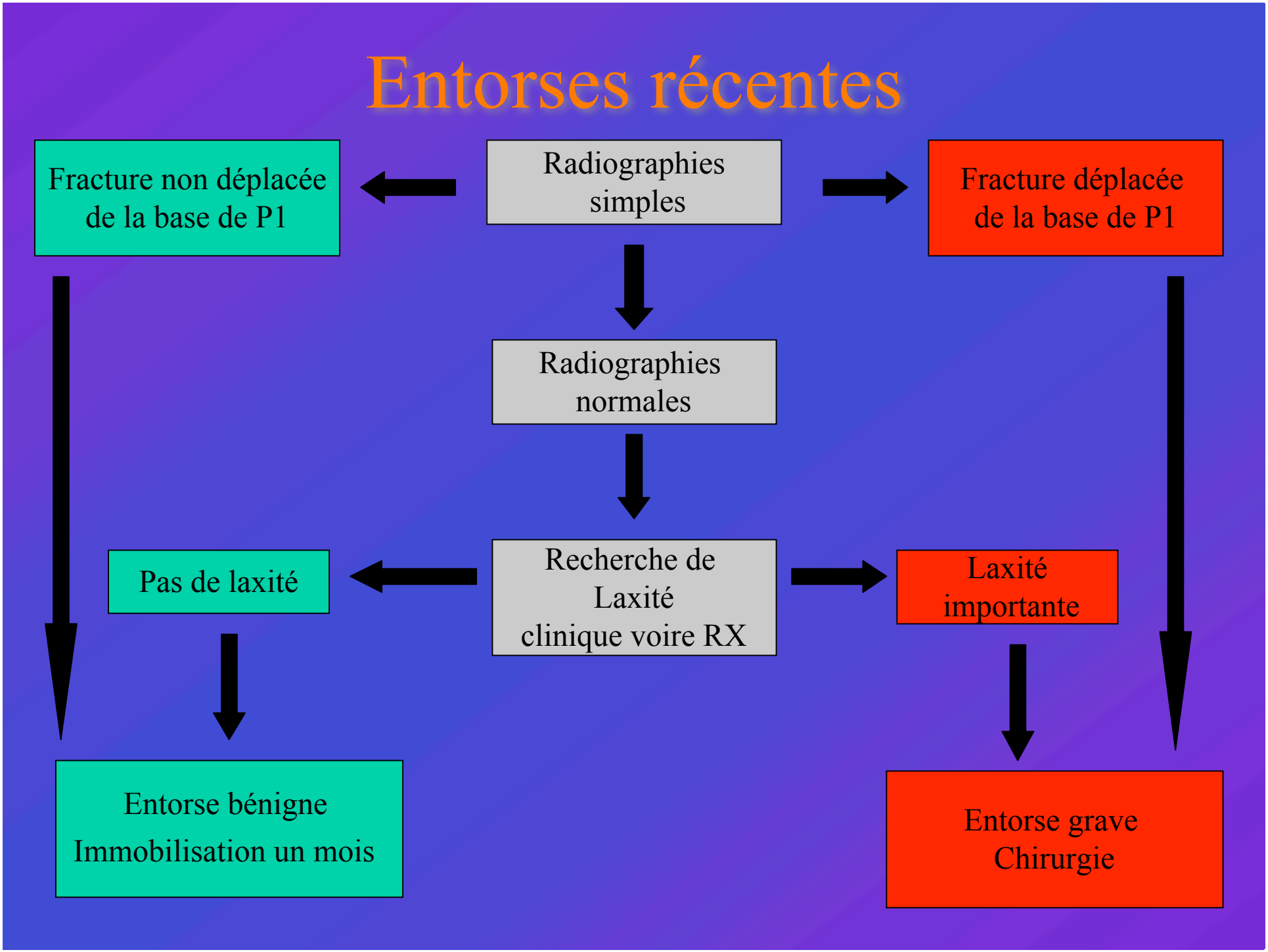
Une laxité nettement supérieure au côté opposé signe une rupture complète du LLI c'est une **entorse grave** qui impose un traitement chirurgical

Entorses récentes

Une entorse sans signe de gravité se traite orthopédiquement.

Immobilisation un mois.

Entorses récentes



Entorses récentes

- **Modalités du traitement chirurgical.**

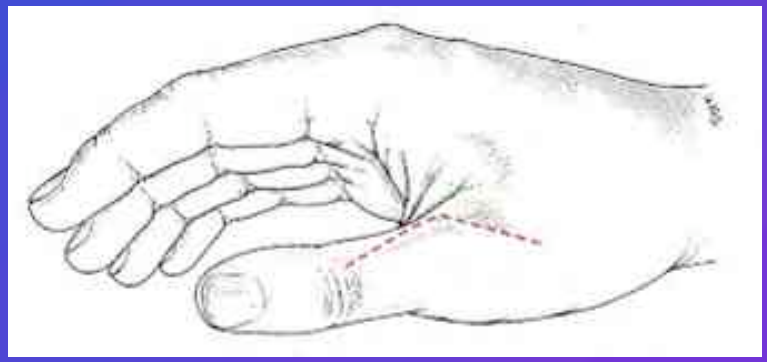
Réparation du LLI.

Anesthésie loco-régionale

Garrot pneumatique

Incision postéro-interne

Attention aux branches sensitives.



Entorses récentes

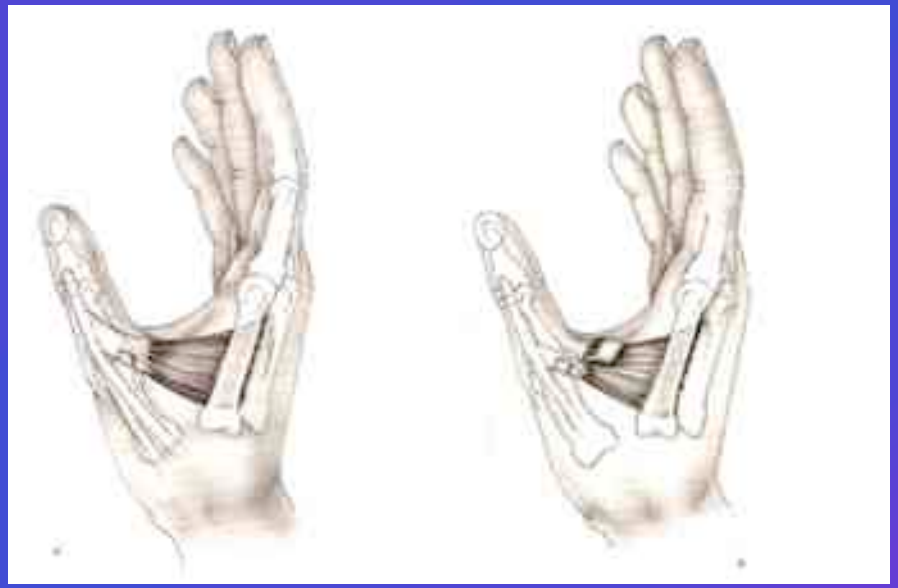
Réparation du LLI.

Incision de l'expansion de l'adducteur

Repositionnement et réparation du LLI (suture ou réinsertion)

Suture de la dossière

Immobilisation quatre semaines



La main traumatique

Merle, Dautel.

Entorses récentes

- **<u>Modalités du traitement chirurgical.</u>**
  <u>Ostéosynthèses</u>

Abord

Ostéosynthèse des fractures par broches ou vis.

Immobilisation quatre semaines.

Entorses récentes

- **<u>Pour les entorses du LLE (15%):</u>**
  - Pas d'effet Stener aussi net de ce côté (dossière du court abducteur et court fléchisseur)
  - Toutefois une rupture avec laxité impose un traitement chirurgical
  - La démarche diagnostique et thérapeutique est analogue aux entorses internes.

Entorses de la métacarpo-phalangienne du pouce

- **Entorses anciennes.**

Les entorses graves du LLI peuvent être négligées par les patients, ou faire l'objet d'un défaut de diagnostic…

Passé deux semaines on est déjà dans le cadre d'une lésion ancienne!

Entorses anciennes

Un LLI rompu entraîne une laxité chronique qui elle même entraînera:

- instabilité, maladresse et perte de force, l'harmonie de la préhension-opposition est rompue
- douleur
- à terme dégradation arthrosique de la MP

Entorses anciennes
Laxités chroniques

- **Traitement**

Il est nécessairement chirurgical

Il fait appel:

- soit aux ligamentoplasties
-soit à l'arthrodèse MP

Entorses anciennes
Laxités chroniques

- **<u>Les ligamentoplasties de reconstruction du LLI.</u>**

La plus répandue est la technique de Littler

Entorses anciennes
Laxités chroniques

- Inciser la dossière
- Résection des moignons ligamentaires
- Exploration de l'articulation.

En l'absence d'arthrose…

- Tunnel antéro-postérieur phalangien
- Tunnel dans le col du métacarpien
- Greffon de petit palmaire

- Immobilisation

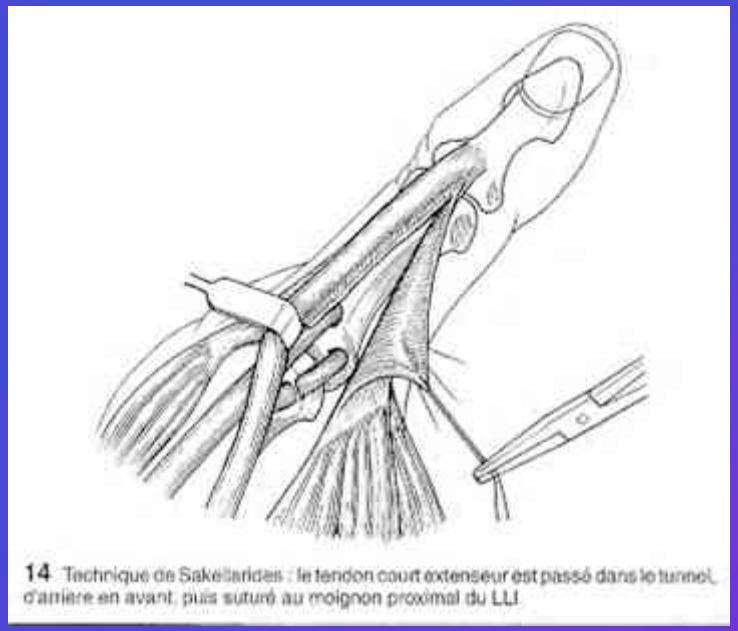
La main traumatique

Merle, Dautel.

Entorses anciennes
Laxités chroniques

- Autres techniques:

Ebelin, Roulot, Fekih, Meriaux EMC Tech.Chir.44-369



14 Technique de Sakellarides : le tendon court extenseur est passé dans le tunnel, d'arrière en avant, puis suturé au moignon proximal du LLI

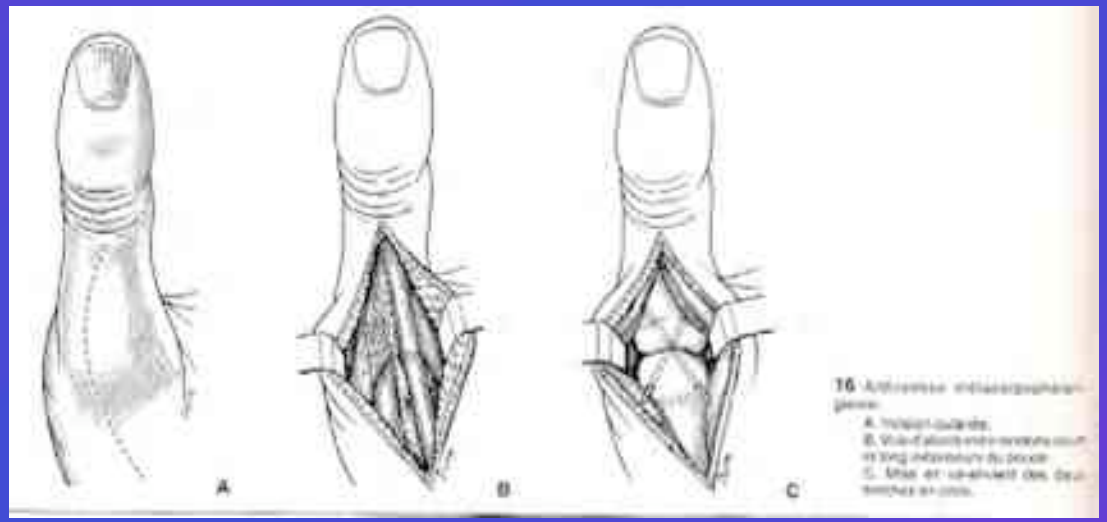
Entorses anciennes
Laxités chroniques

On aura préalablement informé le patient que les amplitudes de flexion-extension seront diminuées.

C’est le prix à payer pour « sauver » la métacarpo-phalangienne…

Entorses anciennes
Laxités chroniques

- Une arthrose impose de recourir à l'arthrodèse.
- Voie postéro-externe si programmée
- Résection économe
- A 20° de flexion et une discrète pronation pour privilégier la pince pouce-index
- Brochage en croix.
- Fonctionnellement bien tolérée, adaptée aux travailleurs de force



•Ebelin, Roulot, Fekih, Meriaux EMC Tech.Chir.44-369

Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

- Les luxations postérieures

  - Traumatisme en hyperextension
  - La plaque palmaire cède à son insertion métacarpienne
  - Elle entraîne les sésamoïdes

Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

- **<u>Il faut distinguer deux situations</u>**:

  les luxations simples (complète ou non)

  les luxations complexes.

Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

- Les luxations simples

  - cliniquement: impotence, douleur, hyperextension de la MP

  -radiologiquement: les sésamoïdes restent en contact avec la tête du métacarpien

(la forme incomplète correspond à une sub-luxation)

Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

- Les luxations complexes

Cliniquement: aspect de marche d'escalier dorsale, saillie palmaire de la tête métacarpienne

Radiologiquement: les sésamoïdes ont été entraînés derrière la tête du métacarpien

Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

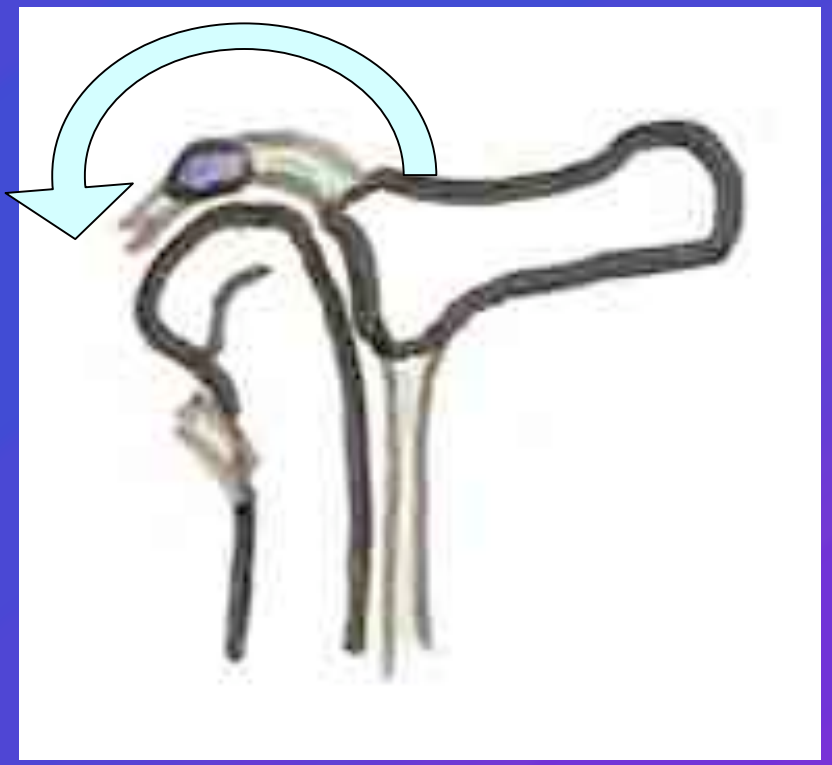
- Traitement

  Les luxations simples:

  - Réduction par la manœuvre de Farabeuf
  - Il faut éviter d'induire une forme complexe!

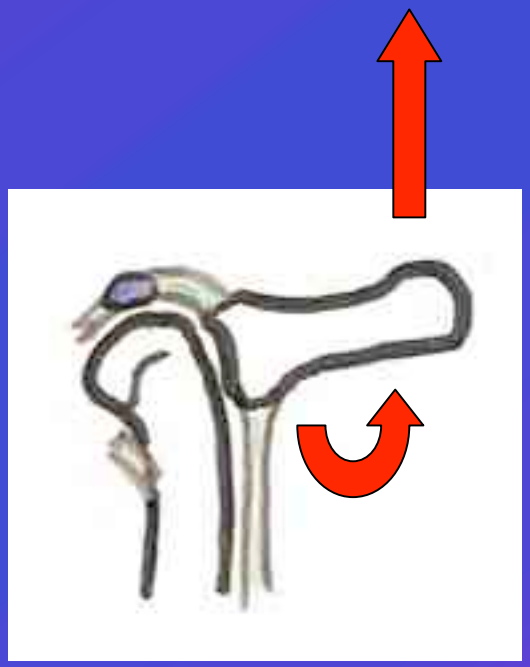
Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

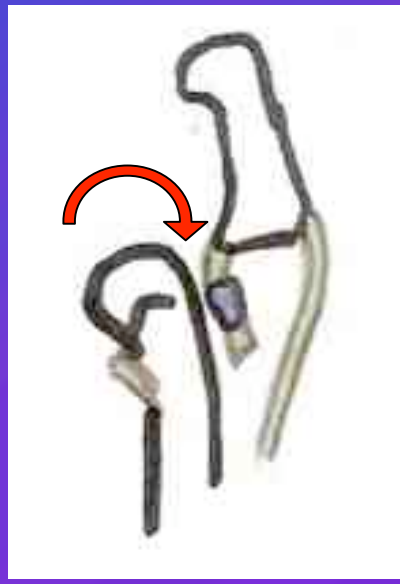
- La manœuvre de FARABEUF
  - Il faut faire glisser la phalange perpendiculairement à la tête du métacarpien par pression postérieure.
  - Permet de « pousser » les sésamoïdes sans fermer la boutonnière (entre ,en dedans adducteur-LFP ,et en dehors CFP).



Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

- Une traction simple aboutirai à une incarcération des sésamoïde (forme complexe)





Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

Après la réduction il faut impérativement **rechercher une entorse grave associée** qui imposerait le traitement chirurgical adapté.

Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

- Traitement des luxations complexes
  - On peut tenter une réduction par manœuvres externes en plaçant la phalange en position de luxation simple

Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

- Traitement des luxations complexes
  - En cas d'échec, ce qui est le plus fréquent, il faut opérer
  - Abord latéral
  - Il faut sectionner la sangle intersésamoïdienne
  - Lever les interposition (LFP ou capsule)
  - Réduire et réparer la sangle
  - Immobiliser quatre semaines

Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

Là aussi,

après la réduction il faut impérativement **rechercher une entorse grave associée**

qui imposerait le traitement chirurgical adapté.

Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

- **<u>Les luxations antérieures</u>**

  – Beaucoup plus rares (15%)
  – Traumatisme en hyper-flexion
  – Saillie postérieure de la tête de M1

  qui s'engage entre court et long extenseur

Luxations de la métacarpo-phalangienne du pouce

- **Les luxations antérieures**
  - Réduction par manœuvres externes
  - Recherche d'une entorse grave associée
  - Immobilisation quatre semaines

Luxation trapézo-métacarpienne

Très rares dans sa forme isolée

Réduction par manœuvre externe

Tout défaut de réduction doit conduire à un abord postérieur

Stabilisation par broches nécessaire (effet luxant du long abducteur du pouce), commissure ouverte, brochage direct ou intermétacarpien

S'intègre souvent à des tableaux traumatiques graves (main de pétard)

Merci de votre attention