

Traumatismes fermés de l'appareil fléchisseur des doigts

D.I.U. Chirurgie de la Main et du
Membre supérieur

1ere Année
2007-2008



Dr F. Wallach
C.H. Versailles / Centre de la Main,
Rennes

Plan

1/ Avulsion du tendon du FCP (Jersey Finger)



2/ Rupture de poulie



Jersey Finger

- **Définition**

Avulsion du tendon fléchisseur profond. Traumatisme fermé.

- **Epidémiologie**

Assez rare

Prédomine sur le 4 (insertion moins forte, plus de contrainte)

Mécanisme de flexion active contrariée

Essentiellement rugby et sports apparentés

Jersey Finger

- Diagnostic

Anamnèse: mécanisme (match de rugby +++)

Douleur, ecchymose, sensibilité à la palpation

Lésion souvent méconnue initialement

Flexion active de l'IPD impossible

Palpation du moignon de FCP

Radiographie du doigt de profil pour définir le type et le traitement



Jersey Finger

- Classification de Leddy et Packer (modifiée)

Type I: Avulsion jusqu'à la paume de la main (vinculae rompues)

Type II: Avulsion limitée à l'IPP (vincula longue intacte)

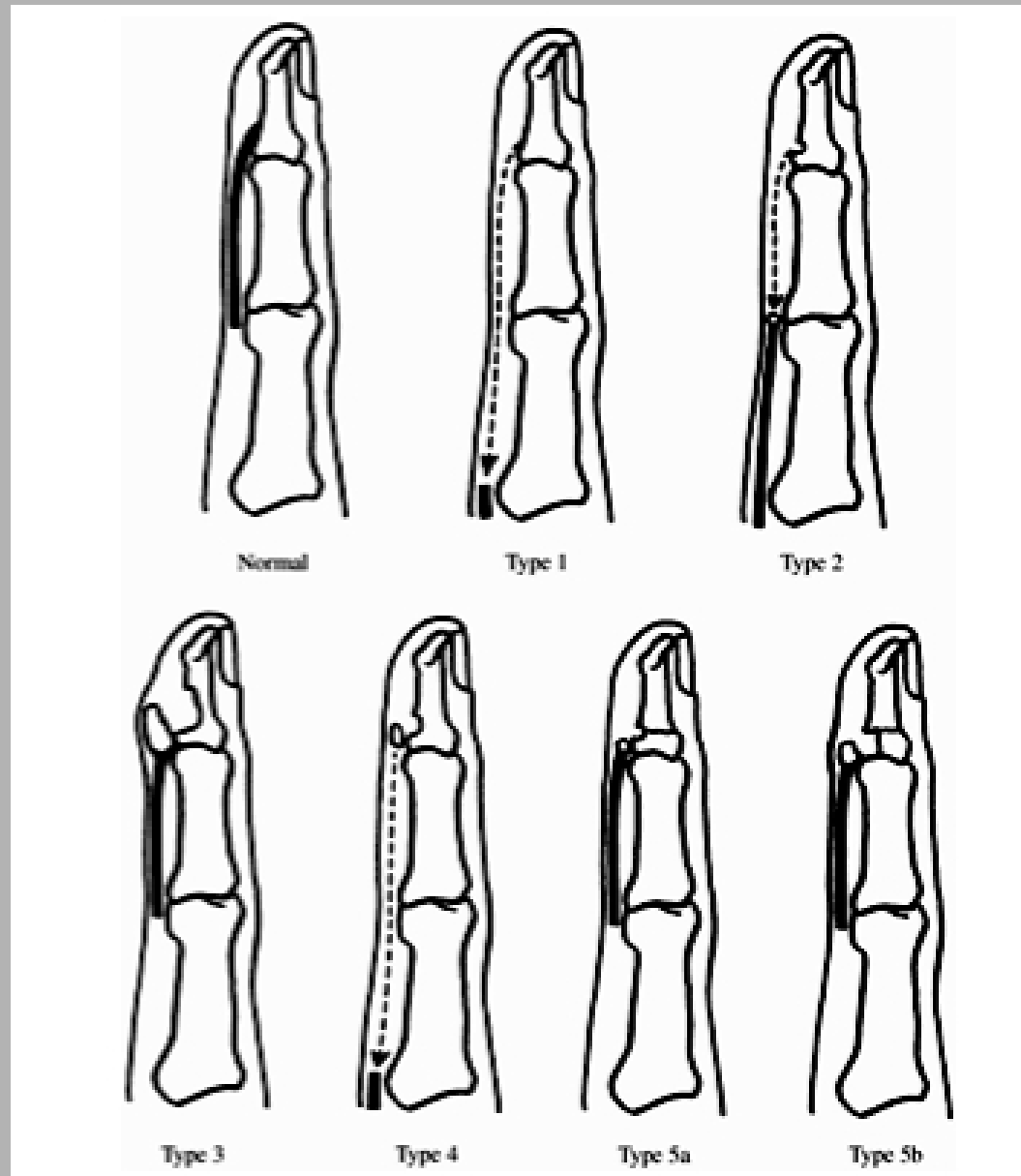
± fragment osseux

Type III: Avulsion avec un gros fragment osseux

(Type IV): Arrachement d'un fragment osseux + avulsion du FCP

(Type V): Arrachement d'un fragment osseux + fracture P3

Jersey Finger



Jersey Finger

- Type II

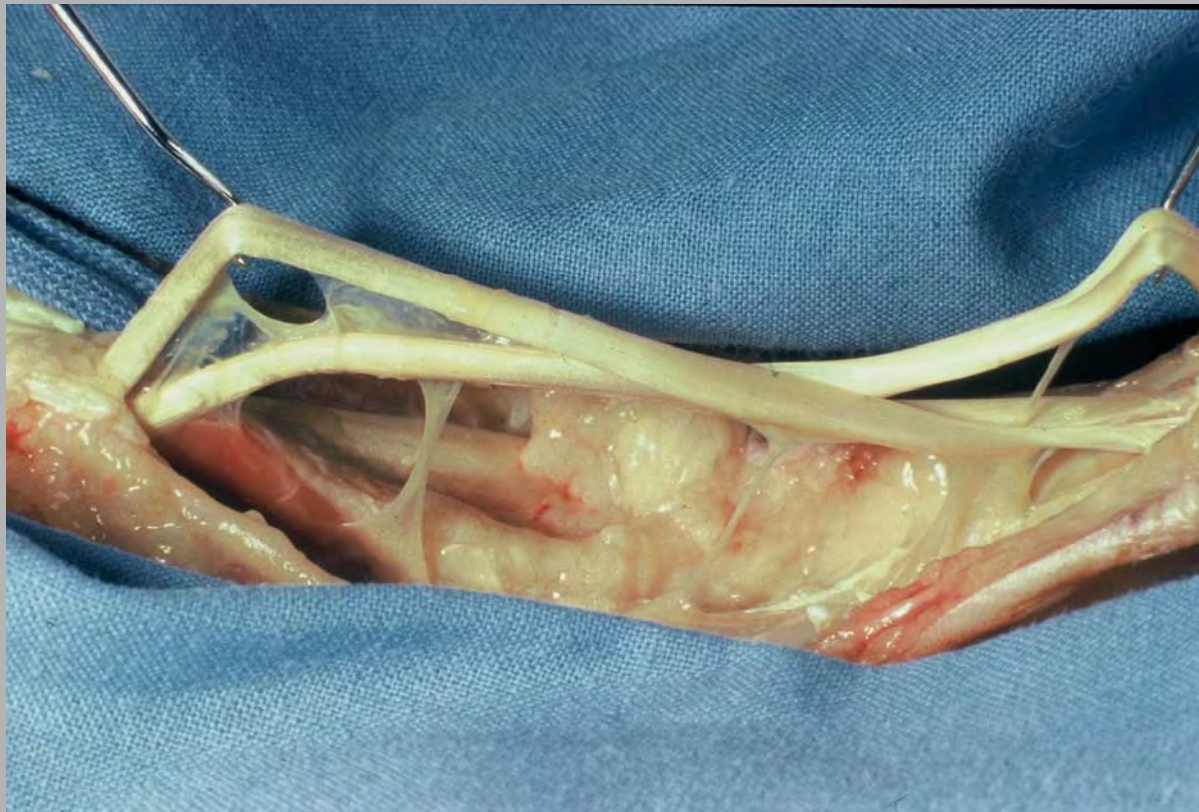


Jersey Finger

• Pronostic

Lié au délai d'intervention

Lié à la vascularisation du tendon (niveau de rétraction)



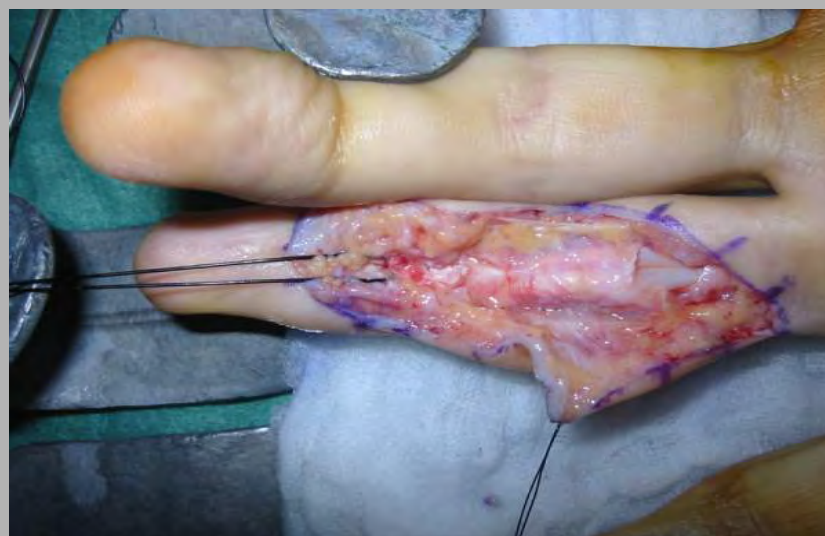
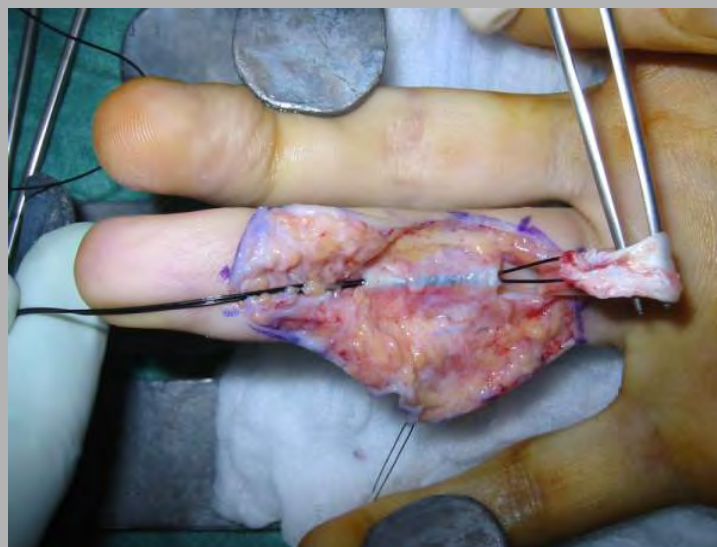
Jersey Finger

- Traitement lésion récente (< 15 jours)

Réinsertion en urgence (Pull Out ou ancre)

± synthèse osseuse suivant le type de Jersey Finger

Rééducation = lésion récente d'un FCP en zone 1



Jersey Finger

- Traitement lésion récente (< 15 jours)



Jersey Finger

- Traitement lésion négligée



Jersey Finger

- Traitement lésion négligée

Type II, III, IV et V: Tenter la réinsertion après assouplissement

Type I: le FCP n'est plus réinsérable. Dépend de la demande

Raideur \Rightarrow Kiné

Douleur à la paume \Rightarrow Excision du tendon

Perte de force ou instabilité IPD \Rightarrow Arthrodèse IPD

Jersey Finger

• Conclusion

Lésion rare, souvent méconnue initialement

Mécanisme: agrippement du maillot contrarié

Diagnostic clinique (si on y pense)

Traitement chirurgical

Pronostic identique aux plaies de

fléchisseurs si vu tôt

Rééducation par technique de Duran

ou mobilisation active protégée



Jersey Finger

- A lire...

Tendon avulsion injuries of the distal phalanx.

Tuttle HG, Olvey SP, Stern PJ.

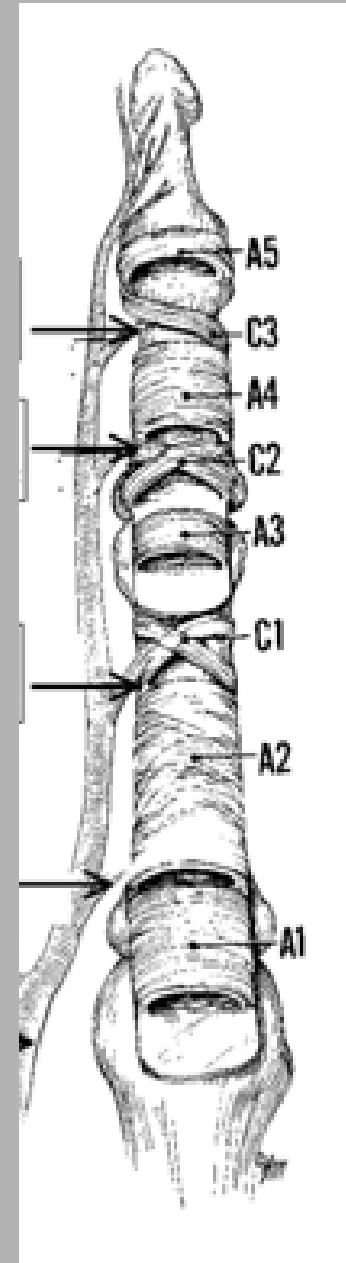
Clin Orthop Relat Res. 2006 Apr;445:157-68.

Rupture de poulie

- Rappel anatomique

5 poulies annulaires (+ A0)

3 poulies cruciformes



Rupture de poulie

- Epidémiologie

Lésion rare, simple ou multiple.

Quasi exclusivement chez les grimpeurs.

Plus souvent le majeur et l'annulaire.

Plus souvent A2, puis A3 et A4.



Rupture de poulie

- Diagnostic

Clinique:

avec ou sans douleur annonciatrice

Douleur aigue, brutale, \pm associée à un « clac » brutal

Douleur à la palpation de la poulie atteinte

Para-clinique:

Radiographie pour éliminer une fracture

Echographie \pm IRM pour confirmer le diagnostic et établir le diagnostic précis en vue du traitement

Distance tendon / os > 2 mm \Rightarrow rupture (< 2 mm \Rightarrow étirement)

Rupture de poulie

- Classification (Pulley score)

Grade I: Etirement

Grade II: Rupture complète de A4 ou partielle de A2 ou A3

Grade III: Rupture complète de A2 ou A3

Grade IV: Rupture multiple ou rupture complète de A2 ou A3 associée à une lésion du tendon du lombrical ou d'un ligament collatéral

Rupture de poulie



Rupture de poulie

- Faut-il toutes les opérer ?

Pathologie rare, donc étude difficile

Il semble que le traitement orthopédique donne de bons résultats dans les ruptures simples

Nécessité d'opérer les ruptures multiples

Nécessité d'un diagnostic précis !

Américains: Traitement chirurgical des ruptures multiples

Grenoble: Traitement chirurgical s'il existe une corde d'arc clinique ou paraclinique

Rupture de poulie

• Traitement

Grade	Ttt	Immobilisation	Ttt fctL	Retour sport	Protection sup (bandage)
I	Conservateur	0	Bandage non extens	6 sem	3 m
II		10 j		4 sem	
III		10-14 j	Bague 2 m	3 m	6 m
IV	Chirurgical	14 j	Bague 4 m	6 m	> 12 m

Rupture de poulie

- Réparation chirurgicale

Technique de Bunnell

Passage de 2 à 3 tours d'un transplant de palmaris longus autour de la phalange pour recréer les poulies A2 ou A4

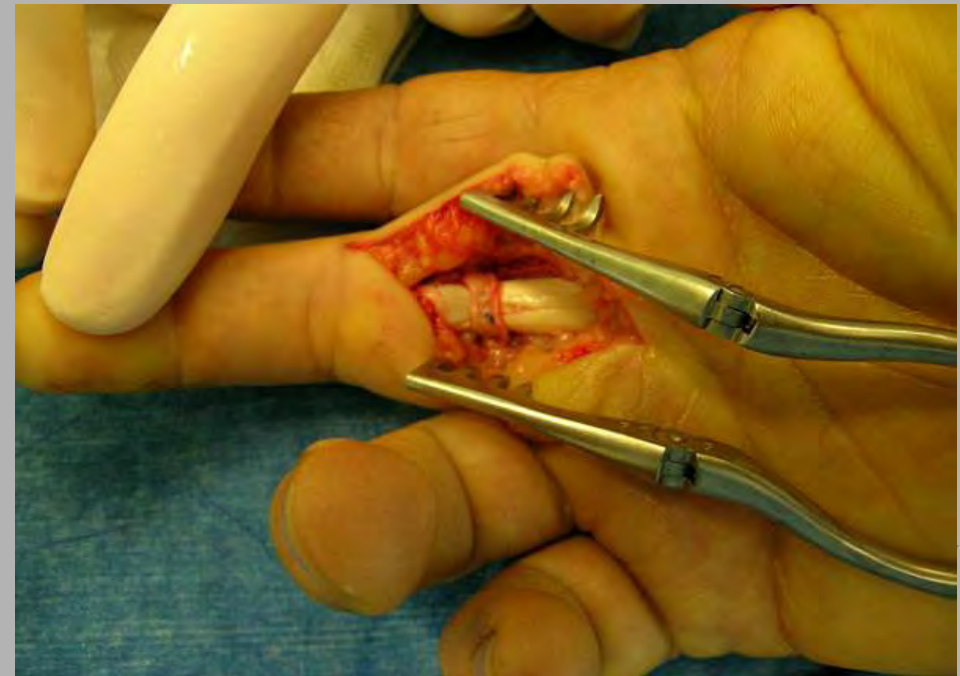
A2 ⇒ sous l'extenseur

A4 ⇒ au dessus de l'extenseur

Technique de Lister

Suture d'un fragment de retinaculum des extenseurs sur les berges des poulies arrachées. Idéale pour A3

Rupture de poulie



Rupture de poulie

- Rééducation



Rupture de poulie

- Conclusion

Pathologie rare, quasi exclusivement chez les grimpeurs

Anamnèse typique

Traitement fonction de l'étendue de la rupture

Bons résultats



Rupture de poulie

- A lire...

Les poulies de l'appareil fléchisseur : anatomie, pathologies, traitement

Moutet F. Chir Main 2003; 22 (1): 1-12

FIN