

INFORMATIONS CLEFS

- Une laxité aigue en abduction de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce fait craindre une interposition de la dossière de l'adducteur entre le moignon proximal du ligament collatéral interne et son insertion distale (effet Stener) imposant un traitement chirurgical.
- La réduction d'une luxation postérieure complète de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce se réalise par pression vers l'avant de la base de la 1ère phalange (manœuvre de Faraboeuf).
- Une entorse de la plaque palmaire de l'articulation interphalangienne proximale d'un doigt long est traitée par mobilisation précoce évitant un enraidissement en « fausse boutonnière ».
- Après réduction stable, une luxation de l'articulation interphalangienne proximale d'un doigt long est mobilisée précocement.

CONTENU

Dans ce chapitre seront successivement abordés :

- les entorses et les luxations de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce,
- les entorses et les luxations des articulations interphalangiennes proximales des doigts longs,

- les entorses et les luxations des articulations métacarpo-phalangiennes des doigts longs (moins fréquentes).

La dernière partie sera consacrée plus brièvement à 2 entités plus rares :

- les luxations des articulations interphalangiennes distales des doigts longs ou de l'interphalangienne du pouce,
- les luxations carpo-métacarpiennes.

IMAGES CLEFS



Figure 1 -
Entorse de la
plaque palmaire
avec petit
arrachement
osseux
millimétrique
en base de 2^e
phalange



Figure 2 - Aspect en « fausse-
boutonnière » à 6 mois

ENTORSES DE L'ARTICULATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE DU POUCE

DÉFINITION - PATHOGÉNIE

L'articulation est stabilisée par la capsule, le ligament latéral interne, le ligament latéral externe, la plaque palmaire et les muscles (adducteur du pouce en dedans, court fléchisseur du pouce et court abducteur du pouce en dehors).

La lésion du ligament latéral interne fait suite à un traumatisme en abduction forcée de la métacarpo-phalangienne entraînant une distension voire une rupture partielle ou complète du complexe capsulo-ligamentaire interne. C'est l'insertion distale qui lâche dans la majorité des cas

Il s'agit d'une lésion assez fréquente, touchant essentiellement la population jeune. Elle survient chez les skieurs (chute avec pouce planté dans la neige), chez les sportifs (volley, football), ou dans tout autre mécanisme (dispute, ...) entraînant une abduction forcée de cette articulation.

Le patient présente des douleurs sur le bord interne de l'articulation métacarpo-phalangienne. L'examen clinique s'attardera essentiellement sur la recherche d'une éventuelle laxité en abduction (FIG. 3). L'examen doit être comparé avec le côté contro-latéral. Une laxité de plus de 30° par rapport au côté sain est considérée comme pathologique. Une laxité doit faire suspecter une rupture complète du ligament latéral interne et un possible effet Stener qui nécessitera alors une intervention chirurgicale.

Dans le cas d'une entorse du ligament latéral externe (moins fréquente, 30% des cas), le traumatisme se fait en adduction. La lésion se fait au niveau de son insertion métacarpienne, phalangienne ou au milieu. En cas de rupture associée de la capsule dorsale, on observe souvent une subluxation palmaire.

Le patient présente des douleurs sur le bord externe de l'articulation métacarpo-phalangienne. Le test comparé se fait en adduction.

Figure 3
Test en abduction de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce mettant en évidence une laxité du ligament latéral interne



DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Les radiographies sont essentielles pour rechercher un arrachement osseux au niveau de la base de la première phalange. Il est préférable de réaliser ces clichés radiographiques avant la manœuvre de test en abduction ou en adduction pour éviter de déplacer un fragment osseux.

L'échographie montre la déchirure partielle ou complète du ligament et recherche l'effet Stener.

Il faut bien distinguer l'entorse bénigne (rupture partielle) de l'entorse grave avec une rupture complète du ligament latéral interne ou externe et un éventuel effet Stener.

Cette distinction se fait sur base de l'examen clinique avec le test de laxité. Si l'articulation est stable, seuls les clichés radiographiques seront demandés. En revanche, si l'on retrouve une laxité au test comparé, une entorse grave sera suspectée et une échographie sera également demandée à la recherche d'une rupture complète du ligament et d'un éventuel effet Stener.

Pour rappel, l'adducteur du pouce s'insère distalement sur la base de la première phalange et envoie une expansion aponévrotique dorsale vers l'appareil extenseur. Ce plan anatomique est situé superficiellement par rapport au plan du li-

gament latéral interne qui est au contact osseux. Cependant, dans le cas d'une rupture complète du ligament latéral interne au niveau de sa partie distale, le moignon ligamentaire peut se rétracter et passer au-dessus de la partie proximale de la dossière de l'adducteur du pouce. La dossière est donc interposée entre le ligament et le plan osseux. Le ligament latéral interne ne sera donc plus jamais naturellement en contact avec son insertion osseuse au niveau de la base de la première phalange et ne pourra pas cicatriser avec une simple immobilisation. Cette situation correspond à l'effet Stener. Une chirurgie est donc impérative dans ce cas.

TRAITEMENT

Le traitement est conservateur en cas d'entorse bénigne. Il doit être chirurgical en cas de rupture complète avec instabilité, de lésion de Stener ou de fragment osseux déplacé.

Le traitement conservateur consiste en une immobilisation de 4 semaines avec une orthèse thermoformée de type gantelet-pouce, l'interphalangienne du pouce est libre (FIG. 4) puis de la kiné. Il faut noter que des douleurs modérées peuvent fréquemment s'étaler sur une période de 6 mois. Il est préférable d'en informer le patient dès le début du traitement.



Figure 4
Orthèse thermoformée de type gantelet-pouce (l'interphalangienne du pouce est libre)

En cas de rupture ligamentaire complète avec instabilité ou d'effet Stener, une réinsertion par ancre doit être réalisée.

La chirurgie de réinsertion du ligament latéral interne se fait par une voie d'abord interne, la branche dorso-ulnaire venant de la branche sensitive du nerf radial doit être réclinée prudemment (dysesthésies fréquentes en post-op). Si il y a une lésion de Stener, on retrouve le moignon proximal du ligament latéral interne qui est passé au-dessus de la partie proximale de la dossière de l'adducteur du pouce. Il faut réaliser une ouverture partielle de la dossière le long du tendon long extenseur du pouce puis réinsérer le ligament latéral interne sur la base de P1 à l'aide d'une ancre (ou plus rarement suture directe si rupture dans la partie moyenne) puis rabattre et suturer la dossière le long de l'extenseur.

Une immobilisation de 4 semaines est préconisée en post-opératoire (attelle plâtrée puis orthèse thermoformée) puis de la kiné est nécessaire.

Le traitement chirurgical pour un fragment osseux consiste en une ostéosynthèse par vis en cas de fragment de taille importante. En cas de petit fragment déplacé dans le cadre d'une entorse grave, une réinsertion ostéo-ligamentaire par ancre sera effectuée.

COMPLICATIONS

La complication principale de l'entorse grave du ligament latéral interne est la laxité chronique de l'articulation pouvant alors évoluer secondairement vers de l'arthrose. Cette complication est la conséquence d'une prise en charge initiale inadéquate avec une méconnaissance de l'effet Stener.

Le patient se présente pour des gênes fonctionnelles persistantes. Il y a des douleurs, une perte de force et une instabilité dans la pince pollici-digitale.

On estime qu'au-delà des 10 premiers jours, la réparation ligamentaire simple comme exposée ci-dessus va être de qualité aléatoire en raison d'une dégénérescence ligamentaire progressive. En cas de laxité chronique, il faut donc se tourner vers une ligamentoplastie de reconstruction voire vers une arthrodèse de la métacarpo-phalangienne en cas de dégénérescence arthrosique secondaire.

La ligamentoplastie peut se faire selon la technique de Littler (FIG. 5) utilisant une autogreffe de tendon long palmaire passée dans des tunnels métacarpien et phalangien avant d'être fixée par ancre. La voie d'abord principale est similaire à celle détaillée ci-dessus pour les lésions aiguës.

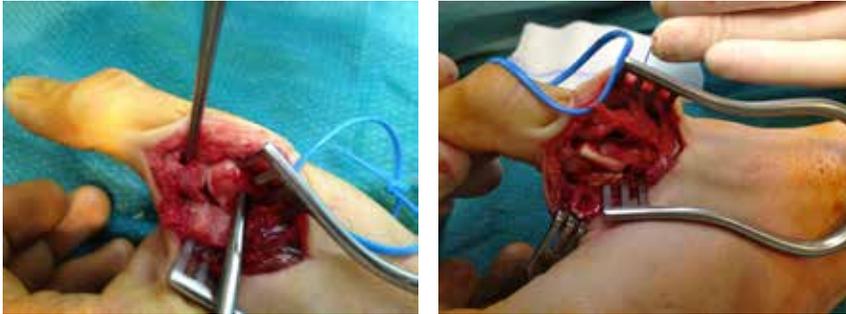


Figure 5 - Ligamentoplastie selon Littler

A - Création des tunnels métacarpien et phalangien

B - Passage de la greffe de long palmaire créant un triangle à base distale (la branche sensitive dorso-ulnaire venant de la branche sensitive du nerf radial est repérée et réclinée)

En cas de découverte peropératoire d'une destruction cartilagineuse de l'articulation, il faut plutôt se tourner d'emblée vers une arthrodèse.

Contrairement aux lésions chroniques du ligament latéral interne, on peut, pour le ligament latéral externe, réaliser même tardivement une mobilisation et une réinsertion par ancre du lambeau capsulo-ligamentaire. Alternativement une ligamentoplastie utilisant le long palmaire peut être faite (comme du côté interne).

Il faut également se tourner vers une arthrodèse de l'articulation métacarpo-phalangienne en cas d'instabilité chronique avec dégénérescence arthrosique.

LUXATIONS DE L'ARTICULATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE DU POUCE

DÉFINITION - PATHOGÉNIE

L'hyperextension métacarpo-phalangienne entraîne une rupture de la partie proximale de la plaque palmaire et un déplacement postérieur en un bloc de la première phalange et de la plaque palmaire contenant les sésamoïdes et la sangle inter-sésamoïdienne. La luxation postérieure est de loin la plus fréquente (luxations antérieures = 10%)

Il s'agit d'une lésion relativement rare. Tout mécanisme (sportif, chute, ...) entraînant une hyperextension du pouce peut entraîner ce type de lésion.

Le pouce est déformé et douloureux. La luxation simple complète donne un aspect de pouce en Z avec une hyperextension de la MP et une flexion de l'IP (FIG. 6).



Figure 6 - Aspect clinique de la luxation métacarpo-phalangienne du pouce (la MP est en hyperextension et l'IP est en flexion)

DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Les radiographies (FIG. 7) permettent de confirmer la luxation, de donner le stade de la lésion (cfr infra) et d'exclure une fracture associée. Des clichés sont à réaliser après la réduction pour s'assurer de la restauration de la congruence articulaire et de l'absence de fracture associée.



Figure 7
Luxation métacarpo-phalangienne du pouce
(forme simple complète)

Les 3 stades de Faraboeuf (luxation postérieure) (FIG. 8)

- forme simple incomplète : La première phalange est en position de subluxation postérieure sur la tête métacarpienne.
- forme simple complète (la plus fréquente) : la première phalange est déportée en arrière avec le bloc plaque palmaire - sésamoïdes. Les sésamoïdes reposent sur la tête métacarpienne. La tête métacarpienne s'engage dans une boutonnière limitée en dedans par l'adducteur du pouce et le long fléchisseur du pouce et en dehors par le court fléchisseur du pouce
- forme complexe : cette forme est souvent la conséquence d'une tentative de réduction d'une forme simple complète par une manoeuvre inappropriée avec une mise en flexion initiale de la première phalange qui referme la boutonnière. La plaque palmaire, les sésamoïdes et la première phalange passent alors en arrière de la partie distale du premier métacarpien.

La luxation antérieure est beaucoup plus rare (10%)

TRAITEMENT

Il faut toujours réduire la luxation dans un premier temps puis tester la stabilité à la recherche d'une éventuelle laxité pouvant nécessiter une chirurgie.

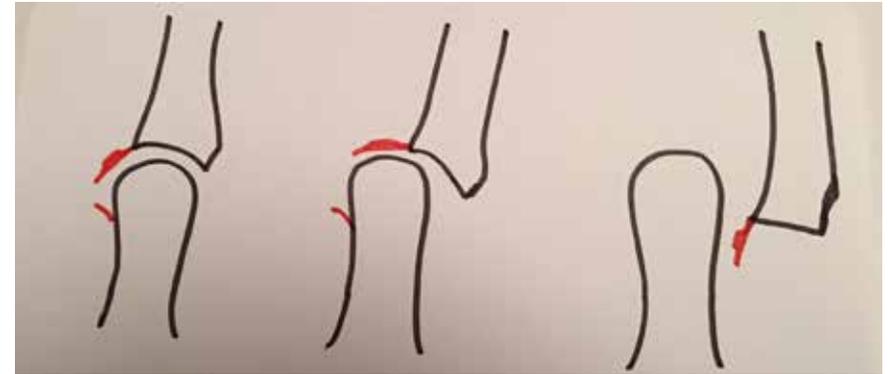


Figure 8 - Les 3 stades de Faraboeuf
À gauche - Luxation simple incomplète
Au milieu - Luxation simple complète
À droite - Luxation complexe

Luxation simple incomplète

Réduction souvent facile par traction sur la première phalange. Les tests de stabilité sont en général rassurants

Luxation simple complète

Réduction selon la manoeuvre de Faraboeuf sous anesthésie plexuelle. Il faut réaliser une pression sur la face postérieure de la base de la première phalange pour la garder à angle droit par rapport au métacarpien avant de la pousser distalement. Cette manoeuvre permet d'ouvrir la boutonnière et de refaire passer vers l'avant la plaque palmaire avec la sangle sésamoïdienne puis la première phalange. Il est capital de réaliser cette manoeuvre puisqu'une traction avec une mise en flexion initiale de la première phalange ferme la boutonnière et incarcère les sésamoïdes derrière le 1er métacarpien et fait alors basculer la lésion vers une forme complexe nécessitant une chirurgie.

Il faut ensuite réaliser les tests de stabilité. En cas de stabilité : traitement orthopédique avec 4 semaines d'immobilisation ; en cas de rupture ligamentaire avec instabilité : traitement chirurgical comme dans le cas d'une entorse grave (cfr

chapitre sur les entorses de la métacarpo-phalangienne du pouce).

Luxation complexe

Souvent, la réduction orthopédique est impossible en cas d'incarcération. Une réduction chirurgicale est alors nécessaire

COMPLICATIONS

Les complications sont essentiellement la raideur et l'instabilité chronique avec risque de dégénérescence arthrosique si l'instabilité initiale est négligée

ENTORSES DES ARTICULATIONS INTERPHALANGIENNES PROXIMALES DES DOIGTS LONGS

DÉFINITION - PATHOGÉNIE

Les ligaments collatéraux comportent un faisceau principal et un faisceau accessoire. Le faisceau principal est tendu entre la première phalange et la deuxième phalange. Le faisceau accessoire s'étend de la première phalange à la plaque palmaire. Ils sont tendus en flexion et en extension.

La plaque palmaire s'insère sur la base de la deuxième phalange en distal et sur le col de la première phalange en proximal avec 2 extensions sur la première phalange (les « freins » de la plaque palmaire), elle est tendue en extension et se plie en flexion.

Théorie de la boîte : l'articulation IPP peut être comparée à une boîte à chaussures avec en palmaire la plaque palmaire, sur les côtés les ligaments collatéraux et en dorsal l'appareil extenseur. Pour avoir une instabilité, il faut avoir des lésions d'au moins 2 structures. Avec une seule lésion, la boîte reste stable.

On distingue 2 types d'entorses : l'entorse de la plaque palmaire et l'entorse des ligaments collatéraux.

L'entorse de la plaque palmaire correspond à une lésion de celle-ci au niveau de son insertion distale, souvent accompagnée d'un petit arrachement osseux en base de deuxième phalange. Elle fait suite à un traumatisme du doigt en hyperextension (volley, basket). Il s'agit d'une lésion très fréquente, quotidienne en chirurgie de la main.

Le doigt est gonflé et douloureux avec une impotence fonctionnelle. La douleur est majorée à l'hyperextension du doigt. Il faut rechercher une laxité articulaire.

Les entorses du ligament latéral interne ou du ligament latéral externe surviennent suite à un choc latéral sur un doigt en extension. Il s'agit d'une lésion assez fréquente mais moins fréquente que les entorses de la plaque palmaire. L'examen clinique recherchera la présence d'une éventuelle laxité latérale.

DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Il faut réaliser systématiquement des clichés radiographiques pour exclure une fracture.

Dans le cas d'entorse de la plaque palmaire, les radiographies visualisent souvent (1/3 des patients) un petit fragment osseux au niveau de la face palmaire de la base de la deuxième phalange.

TRAITEMENT

Le principe de base du traitement de ces entorses est la mobilisation précoce protégée pour tenter d'éviter l'enraidissement qui est la complication classique de ces lésions.

Il est important d'informer le patient dès le début du traitement de l'évolution souvent lente avec des douleurs et un gonflement persistant pouvant s'étaler sur une période de un an, avec même dans certains cas un gonflement définitif et des risques de séquelles de raideur.

Le traitement est conservateur dans la grande majorité des cas. Le traitement chirurgical est réservé aux gros fragments osseux ou en cas de laxité latérale majeure.

Pour les entorses de la plaque palmaire, le traitement conservateur (FIG. 9) se fait avec une orthèse thermoformée dorsal stop. Les MP sont à 30-40 degrés de flexion et les IPP en extension. Deux doigts sont placés dans l'orthèse en syndactylie et un velcro palmaire les maintient contre l'attelle. Le patient enlève régulièrement le velcro et mobilise les 2 doigts en flexion extension. Après 3 semaines, la kiné peut être débutée.



Figure 9
Traitement d'une entorse de la plaque palmaire par orthèse thermoformée dorsal stop et mise en syndactylie. Le patient enlève régulièrement le velcro pour mobiliser les doigts en flexion extension.

Pour les entorses latérales, le doigt atteint est mis en syndactylie avec le doigt voisin et la mobilisation douce en flexion extension est autorisée rapidement (FIG. 10).



Figure 10
Traitement d'une entorse du ligament collatéral de l'articulation interphalangienne proximale par syndactylie avec le doigt voisin permettant une mobilisation douce précoce en flexion extension des doigts.

Traitement chirurgical (rare) : ostéosynthèse en cas de gros fragment osseux ou réinsertion ligamentaire par ancre si laxité majeure.

COMPLICATIONS

La complication principale est l'enraidissement du doigt, surtout lors d'une immobilisation prolongée.

On peut parfois observer une évolution vers un flessum persistant au niveau de l'IPP donnant alors un tableau de « pseudo-boutonnière » (FIG. 11). Ceci est dû à une tendance de la plaque palmaire à cicatriser avec une certaine rétraction.

Il faut alors faire de la kinésithérapie et travailler avec des orthèses dynamiques d'extension (orthèse de Capener ou lame de Levam). Il s'agit souvent d'un traitement long et difficile et dont les résultats peuvent être décevants.



Figure 11 - Tableau de « fausse boutonnière » avec gonflement persistant au niveau de l'annulaire et flessum irréductible de l'IPP

LUXATIONS DES ARTICULATIONS INTERPHALANGIENNES PROXIMALES DES DOIGTS LONGS

DÉFINITION – PATHOGÉNIE

La luxation dorsale fait suite à un traumatisme en hyperextension du doigt. Elle s'accompagne d'une désinsertion de la plaque palmaire de la base de P2 et d'une lésion des ligaments collatéraux.

Elle est assez fréquente, c'est la luxation la plus fréquemment rencontrée

Le patient se présente avec des douleurs, une déformation et une impotence fonctionnelle du doigt.

DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Les radiographies permettent de faire le diagnostic de la luxation et d'exclure une fracture. Des clichés sont à réaliser après la réduction pour s'assurer de la restauration de la congruence articulaire et de l'absence de fracture associée.

3 types de luxations sont décrites : la luxation dorsale, de loin la plus fréquente et décrite dans ce chapitre, la luxation latérale et la luxation palmaire

TRAITEMENT

La luxation dorsale est souvent réduite facilement en salle d'urgence par une simple traction dans l'axe. Il faut ensuite tester doucement l'articulation en antéro-postérieur et en latéral. Le plus souvent, il n'y a aucune instabilité latérale. Une petite hyperextension de 20-30 degrés est tout à fait acceptable.

Le traitement est alors comparable à celui d'une entorse de la plaque palmaire (cfr supra) avec une orthèse dorsal stop et une syndactylie permettant une mobilisation douce précoce en flexion extension des doigts.

Traitement chirurgicale (rare) : réinsertion de la plaque palmaire par ancre sur la

base de P2, ostéosynthèse d'un gros fragment osseux. Les indications sont rares et doivent être posées avec beaucoup de prudence vu que la complication est plus souvent l'enraidissement que la laxité résiduelle.

Le traitement de la luxation latérale consiste en une réduction suivie d'un test de stabilité. Si le test est stable, il faut envisager une syndactylie et une mobilisation douce précoce comme dans les entorses des ligaments collatéraux. En cas d'instabilité, une réinsertion ligamentaire par ancre peut s'avérer nécessaire.

Le traitement de la luxation antérieure consiste en une réduction puis un test d'extension active. Si celle-ci est préservée, une orthèse immobilisant l'interphalangienne proximale en extension est placée. En cas de perte de l'extension active, il est nécessaire de réinsérer la bandelette centrale par ancre et de réaliser une arthrodèse temporaire par broche de l'IPP.

COMPLICATIONS

La complication principale est l'enraidissement. Ceci se retrouve particulièrement chez les patients chez qui la réduction a été réalisée sur les lieux de l'accident et qui consultent seulement tardivement, au stade de séquelles. De la kiné prolongée et des orthèses dynamiques sont alors nécessaires.

ENTORSES DES ARTICULATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES DES DOIGTS LONGS

DÉFINITION - PATHOGÉNIE

Elles sont plus rares que les entorses IPP. Les entorses du ligament collatéral radial de la MP sont souvent vues chez les sportifs. Les lésions du ligament collatéral ulnaire sont beaucoup plus rares. Le mécanisme lésionnel est une déviation ulnaire forcée sur une articulation métacarpo-phalangienne en flexion.

Les patients se présentent souvent tardivement avec un doigt douloureux et gonflé qui n'évolue pas favorablement avec le temps.

A l'examen clinique, on retrouve des douleurs sur le bord radial de l'articulation

métacarpo-phalangienne. La mise en flexion de l'articulation est douloureuse. La stabilité est testée par une déviation ulnaire avec l'articulation placée à 60° de flexion.

Les tests de stabilité doivent être réalisés de manière comparée avec le côté controlatéral.

DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Les radiographies permettent d'exclure une fracture associée.

TRAITEMENT

Les patients doivent être prévenus que même avec une articulation MP stable, les douleurs lors de la mise en flexion et en effort de poigne peuvent continuer pendant une période de un an

Le traitement consiste en une immobilisation 3 semaines par orthèse thermoformée avec l'articulation placée à 45 degrés de flexion. De manière alternative si l'atteinte est légère, une syndactylie est placée et une mobilisation douce en flexion extension est autorisée d'emblée. En cas de laxité franche et sans arrêt, une réinsertion chirurgicale peut s'avérer nécessaire et sera suivie par une immobilisation de 5 à 6 semaines

COMPLICATIONS

Si le patient se présente tardivement avec une laxité chronique sur une lésion ancienne, la réparation ligamentaire primaire est souvent encore possible. Si une atteinte arthrosique est déjà bien présente, une arthrodèse doit être discutée.

LUXATIONS DES ARTICULATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES DES DOIGTS LONGS

DÉFINITION - PATHOGÉNIE

La luxation dorsale est causée par un traumatisme violent en hyperextension provoquant la rupture de la plaque palmaire, le risque étant l'incarcération de la plaque palmaire entre la partie distale du métacarpien et la base de la première phalange.

Il s'agit d'une lésion rare. La luxation antérieure est exceptionnelle

Le patient présente des douleurs et une déformation du doigt. A l'examen clinique, on note une attitude en hyperextension de l'articulation métacarpo-phalangienne (FIG. 12). Dans les formes complètes, la tête métacarpienne est saillante sous la peau.



Figure 12
Aspect clinique d'une luxation de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index (attitude en hyperextension de la MP)

DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Des radiographies permettent de faire le diagnostic (surtout sur le cliché de profil) et d'exclure une fracture associée (FIG. 13). Des clichés sont à réaliser après la réduction pour s'assurer de la restauration de la congruence articulaire et de

l'absence de fracture associée.

On distingue 2 types de luxation :

- forme incomplète : la plaque palmaire reste en avant de la tête métacarpienne, la métacarpo-phalangienne est en hyperextension.
- forme complète : la plaque palmaire s'incarcère derrière la tête métacarpienne, la luxation devient irréductible.



Figure 13
Luxation de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index

TRAITEMENT

Dans la forme incomplète, une réduction orthopédique peut être réalisée. Il faut fléchir le poignet pour détendre les fléchisseurs puis réaliser une pression de dorsal en palmaire sur la base de la première phalange et réduire ainsi l'articulation. L'hyperextension de la première phalange doit être évitée pour ne pas incarcérer la plaque palmaire. L'immobilisation est ensuite de 2 à 3 semaines avec l'articulation métacarpo-phalangienne en flexion, puis la kinésithérapie est débutée.

Dans la forme complète, la plaque palmaire est incarcérée et le traitement est chirurgical. L'abord est palmaire. Il faut être très prudent à l'incision car le pédicule est poussé vers l'avant par la tête métacarpienne et est juste sous la peau. L'ouverture de la poulie A1 permet de libérer les fléchisseurs. Ensuite, il faut aller désincarcérer la plaque palmaire derrière la tête métacarpienne pour pouvoir obtenir la réduction.

LUXATIONS DES ARTICULATIONS INTERPHALANGIENNES DISTALES DES DOIGTS LONGS ET DE L'INTERPHALANGIENNE DU POUCE

DÉFINITION - PATHOGÉNIE

Les luxations sont plus rares que pour les IPP. Le patient se présente avec des douleurs et une déformation du doigt, souvent accompagnées d'une plaie.

DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Les radiographies permettent de confirmer la luxation et d'exclure une fracture. Des clichés sont à réaliser après la réduction pour s'assurer de la restauration de la congruence articulaire et de l'absence de fracture associée.

Ces luxations sont souvent dorsales ou latérales. Les luxations IPD sont souvent ouvertes.

TRAITEMENT

Réduction par traction dans l'axe et appui dorsal sur la dernière phalange. Si la luxation est ouverte, la plaie doit être lavée abondamment. Après réduction et contrôles radiographiques, une attelle plaçant le doigt en légère flexion est mise pour une durée de 2 à 3 semaines. La luxation peut dans de rares cas être irréductible par incarcération de la plaque palmaire, dans ce cas, un abord chirurgical est nécessaire.

LUXATIONS CARPO-MÉTACARPIENNES

DÉFINITION - PATHOGÉNIE

Il s'agit d'articulations très stables. Etant donné cette stabilité, le traumatisme doit être important pour provoquer la luxation. Ces lésions sont rares.

La main est douloureuse et gonflée. La palpation de l'interligne carpo-métacar-

pien est très sensible.

DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Sur les radiographies, il faut rechercher la perte de l'interligne articulaire CMC, les bases des métacarpiens se superposant aux os du carpe correspondant. La ligne métacarpienne de Chmell (ligne droite oblique en bas et en dehors entre les têtes de M3, M4 et M5) est interrompue en cas de luxation, le rayon correspondant étant raccourci.

Le scanner précise le diagnostic et les arrachements osseux associés.

Deux lésions plus fréquentes (coup de poing) pour les doigts longs :

- l'équivalent de la fracture de Bennett de la base de M5: M5 se luxe en arrière par rapport à l'hamatum mais un coin médial de la base du métacarpien reste solidaire à M4, sans rupture donc du ligament intermétacarpien M4-M5.
- luxations des bases de M4 et de M5 avec rupture du ligament intermétacarpien du 3ième espace et fracture avec un capot postérieur au niveau de l'hamatum

Les luxations de l'articulation trapézo-métacarpienne décrites sont toujours postérieures.

TRAITEMENT

La réduction de la luxation est souvent obtenue relativement facilement par traction dans l'axe et par pression sur la base du ou des métacarpiens luxés.

Pour les luxations pures, la stabilisation se fait ensuite à foyer fermé ou ouvert et est confiées à des broches de Kirchner métacarpo-carpiennes. Si la luxation ne concerne que un ou 2 rayons, il est conseillé de réaliser en plus un brochage inter-métacarpien avec le métacarpien voisin sain.

En présence d'une fracture associée de l'hamatum, il est conseillé de l'ostéosynthésiser par vis si le fragment est de taille suffisante.

En présence de l'équivalent d'une fracture de Bennett, il faut réaliser une réduction simple par distraction puis un brochage transversal M4 M5 et si possible une

otéosynthèse du petit fragment par vis ou broche.

Pour le pouce, la luxation trapézo-métacarpienne peut être réduite et stabilisée temporairement par broches. Cependant, en cas de luxation irréductible, de luxation récidivante après réduction ou d'instabilité persistante, une chirurgie peut être proposée. Celle-ci consiste en une ligamentoplastie utilisant une partie du fléchisseur radial du carpe passé dans un tunnel créé dans la base du premier métacarpien.

COMPLICATIONS

Si ces lésions sont prises en charge précocement et de façon adaptée, le pronostic est en général assez bon.

Il y a un risque d'évolution vers une arthrose post-traumatique surtout en cas de lésions ostéo-cartilagineuses associées. Une arthrodèse secondaire (voire d'emblée en cas de destruction articulaire importante) est parfois nécessaire.

RÉFÉRENCES

1. Scott W. Wolfe, MD, Robert N. Hotchkiss, MD, William C. Pederson, MD and Scott H. Kosin, MD : **Green's Operative Hand Surgery**, 6th Edition
2. Merle M, Dautel G : **La main traumatique. 1. L'urgence**, 3^e édition. Masson Elsevier, 92442 Issy-les-Moulineaux, 2010
3. Abrahamsson SO, Sollerman C, Lundborg G et al : **Diagnosis of displaced ulnar collateral ligament of the metacarpophalangeal joint of the thumb**, J Hand Surg (Am) 15 : 457-460, 1990
4. Durham JW, Khuri S, Kim MH : **Acute and late radial collateral ligament injuries of the thumb metacarpophalangeal joint**, J Hand Surg (Am) 18 :232-237, 1993
5. Alnot JY, Leroy P. **Entorse et luxation de la main et des doigts**. Encycl Med Chir Paris, Appareil locomoteur, 1979 ; 140047