

Traitement kinésithérapique des doigts à ressaut

ORSET Guy, MK, 5 Av Massena, 064410 LE CANNET

RESUME : Les doigts à ressaut font rarement l'objet d'une prescription d'un traitement kinésithérapique alors que le protocole proposé par Roselyn Evans en 1988 apporte de très bons et excellents résultats dans 73 % des cas dans un délai de 3 semaines à 7 mois selon la gravité initiale. Malgré ce délai parfois long, il nous semble licite d'essayer d'emblée ce traitement avant d'avoir recours à l'infiltration et à la chirurgie.

MOTS CLEFS :

Doigt à ressaut, orthèse, glissement différentiel.

DEFINITION

C'est la manifestation d'un phénomène mécanique de conflit par frottement ou accrochage de plus en plus difficilement réductible, voire irréductible selon l'évolution, se produisant au niveau de la poulie métacarpophalangienne lors du glissement des tendons fléchisseurs. La douleur est variable selon le degré de gravité.

PHYSIOPATHOLOGIE

La cause n'est certainement pas univoque. Elle reste ni clairement ni logiquement définie. Certains rapportent une ténosynovite sténosante successive à un traumatisme ou à des microtraumatismes, plus ou moins associée avec des désordres métaboliques comme le diabète, et des maladies du collagène ou à une cause congénitale et située primitivement au niveau du pouce. D'autres évoquent un cal tendineux sur une lésion partielle du tendon.

DIAGNOSTIC POSITIF

Repose sur l'examen clinique.

Le plus souvent le phénomène est bien décrit par le patient.

Appliqué en regard de la poulie A1 ou de son bord proximal, le doigt de l'examineur peut percevoir le nodule, ou un simple frottement lors du glissement tendineux. S'il s'agit d'une gêne transitoire, on peut demander au patient une flexion-extension répétée du doigt concerné pour provoquer le phénomène de ressaut.

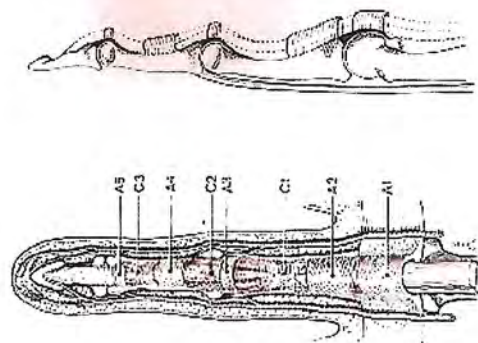


Schéma des poulies des fléchisseurs (d'après Tubinana)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Kystes synoviaux atypiques :

Les kystes de la poulie A1 sont très durs à la palpation et ne sont pas mobilisés lors du glissement tendineux.

Les kystes de la gaine des fléchisseurs forment une petite masse également très dure développée soit entre la poulie A1 et la poulie A2, soit en aval de la poulie A2. Ils présentent une très discrète mobilité à la flexion-extension des doigts qui contraste avec la franche mobilité qui caractérise les nodules des doigts à ressaut.

Le doigt à cran d'arrêt

Ressaut brutal, sans phénomène de résistance élastique préalable. D'origine articulaire, la plus souvent latéral, résultant de l'accrochage du faisceau glénoïdien du ligament latéral sur un relief osseux

L'attitude en col de cygne

Elle résulte d'une hyperlaxité de l'IPP avec rétraction des fibres obliques du ligament rétinaculaire. C'est un faux ressaut lors de la flexion active contre résistance lorsque l'IPP franchit la position de rectitude.

FORMES CLINIQUES

Symptomatiques :

La forme douloureuse pure, c'est-à-dire sans véritable ressaut, avec simplement un frottement au passage du nodule dans la poulie. Elle constitue souvent la forme débutante.

La forme à ressaut réductible;

La forme à ressaut irréductible qui se traduit par une impossibilité d'extension du doigt en raison du blocage du nodule trop volumineux à son entrée dans la poulie.

Topographiques

Une étude de Al-Khawashki et Hooper (1) conclut à la plus grande localisation sur le majeur et

l'index, principalement au niveau proximal de la poulie A1. La relation avec le degré d'activité manuelle et les micro-traumatismes n'est pas établie. La prédominance serait masculine.

Congénitales :

Les pouces et doigts à ressaut congénitaux concernent les enfants et sortent du cadre de notre propos.

Associées :

Canal carpien, arthrose digitale diffuse, rhizarthrose. La fréquence de leur coexistence est extrêmement variable selon les auteurs, donc la notion même d'association reste discutable et discutée.

TRAITEMENT KINESITHERAPIQUE

Appliqué seul ou en association avec un traitement médical, il consiste classiquement en une physiothérapie antalgique, anti-oedémateuse et fibrolytique et le port d'une attelle.

Traitement des doigts à ressaut non traités chirurgicalement

La publication d'un protocole de traitement conservateur par Roslyn Evans, James Hunter et William Burkhalter en 1988 (2), reste encore à l'heure actuelle sans écho parmi les rééducateurs de notre pays. Sa technique associe le port continu la nuit et discontinu la journée d'une attelle palmaire qui bloque les MP en extension tout en laissant la liberté des IPP. Sous protection de cette attelle est mis en place un programme de mobilisation active des IPP, alternant avec des exercices de "Place and Hold" du poing fermé une fois l'attelle retirée.

L'effet de l'attelle serait de limiter le glissement tendineux dans les gaines digitales, donc diminuer les conséquences du frottement.

Par ailleurs, les exercices de flexion-extension des doigts sous protection de l'attelle dont la pression s'applique sur les poulies proximales A1 et A2, favori-

seraient le glissement différentiel FCP-FCS tout en encourageant le flux nutritionnel synovial.

Les exercices de "Place and Hold" permettent l'entretien et la récupération des amplitudes complètes d'enroulement des doigts.

L'auteur de la publication rapporte 52 % d'excellents résultats avec résolution complète des phénomènes pathologiques, 21 % de bons résultats avec une amélioration suffisante pour se passer d'autres traitements, enfin 27 % de mauvais qui ont nécessité secondairement une infiltration, ou un recours à la chirurgie.

La durée du traitement est initialement de 3 semaines après lesquelles est le patient est réexaminé. Si aucune amélioration n'est constatée, le patient est orienté vers un autre type de traitement. Si une amélioration est constatée, le patient continue son traitement jusqu'à disparition ou stabilisation de la pathologie, pendant une période qui s'échelonne de 3 semaines à 6 mois, avec des moyennes de 3 mois pour les bons résultats, de 4 mois et demi pour les moyens et 7 mois pour les mauvais.

J'avoue personnellement me limiter à l'application d'une physiothérapie avec des résultats jugés de manière empirique inconstants.

Traitement post-opératoire :

Il est justifié par la technique opératoire. La section simple de la poulie avec ou sans plastie d'agrandissement ne nécessite en règle générale aucune rééducation. Toutefois les doigts à ressaut opérés tardivement présentent des raideurs articulaires de l'IPP par rétraction capsulo-ligamentaire, d'où la nécessité d'une mobilisation active, voire d'attelles dynamiques de récupération des amplitudes en flexion et en extension.

Par ailleurs la cicatrice palmaire peut être douloureuse et justifier une désensitivation.

Il est d'ailleurs à noter que la section d'un nerf collatéral est loin d'être exceptionnelle, du fait d'opérateurs inexpérimentés.

Les techniques de plastie tendineuses nécessitent parfois une rééducation pour prévenir les adhérences. Celles de résection du FCS donnent des résultats plus aléatoires sur la mobilité et la force du doigt.

Les lésions étendues qui nécessitent une ténosynovectomie avec ou sans neurolyse des fléchisseurs sont une indication formelle de la rééducation pour entretenir ou récupérer les amplitudes sous risque de voir s'installer une raideur secondaire.

CONCLUSION

Dans la grande majorité des cas, le traitement médical ou chirurgical bien conduit est efficace.

La rééducation reste toutefois exceptionnellement prescrite dans le cadre de cette pathologie qui le plus souvent fait initialement l'objet d'un traitement plus radical. Il faut garder à l'esprit que l'infiltration n'est pas sans inconvénient, en particulier lorsqu'elle est pratiquée par un opérateur mal expérimenté.

Par ailleurs, la chirurgie n'est pas exempte d'échecs qui bien que rares sont le fait soit d'une ténosynovite étendue traitée par simple section de la poulie, soit d'adhérences non libérées entre FCP et FCS, réalisant un effet de tenodèse avec limitation des amplitudes articulaire du ou des rayons digitaux concernés.

C'est la raison pour laquelle malgré ses contraintes et sa durée, il est légitime d'essayer d'emblée le traitement proposé par Roslyn Evans.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Al-Khawashki L H., Hooper G., *The distribution of fibrous flexor : Sheat ganglions*, The journal of hand surgery, 1997, Vol 22B, n°2, 226-7.
- (2) Evans R.B., Hunter J.M., Burkhalter W.E., *Conservative management of the trigger finger : A new approach*, 1988, Vol 1, n°2, 59-68.