

Doigt En Maillet

www.drlallemand.com

Pathologie

01

Définition

Le doigt en maillet est une lésion du tendon extenseur à l'extrémité du doigt, où le tendon est soit rompu, soit avulsé de la phalange distale, parfois avec un petit fragment osseux. Il en résulte un affaissement caractéristique de l'extrémité du doigt et une incapacité à étendre activement l'articulation distale. Elle survient généralement à la suite d'une flexion soudaine et violente d'un doigt tendu, par exemple après avoir été frappé par une balle, d'où son nom commun de « baseball finger ».

Causes

La cause exacte de la maladie de Dupuytren est inconnue, mais elle résulterait d'une combinaison de facteurs génétiques, environnementaux et cellulaires. Elle présente une forte composante héréditaire, souvent associée à une ascendance d'Europe du Nord. Une dysfonction cellulaire, incluant une hyperactivité des fibroblastes, entraîne un dépôt de collagène et une fibrose. Des déclencheurs environnementaux comme le tabagisme, la consommation d'alcool ou des traumatismes répétés de la main pourraient contribuer à son apparition ou à sa progression.

Causes

Le doigt en maillet résulte généralement d'une flexion soudaine et violente de l'extrémité d'un doigt tendu, le plus souvent dans le cadre d'une activité sportive. Cela se produit souvent lorsqu'une balle frappe l'extrémité d'un doigt tendu, provoquant une rupture du tendon qui redresse l'extrémité du doigt ou un arrachement d'un petit fragment d'os. Ce mécanisme entraîne une rupture de la continuité du tendon et une perte de l'extension active au niveau de l'articulation distale du doigt.

Signes et symptômes

Le signe caractéristique est l'affaissement du bout du doigt dû à l'incapacité d'étendre activement l'articulation interphalangienne distale (DIP). Les autres symptômes

sont la douleur, le gonflement et la sensibilité de la face dorsale de l'extrémité du doigt. En cas de fracture par avulsion, on peut également observer des ecchymoses, une déformation visible et parfois un fragment osseux palpable.

Diagnosis

Le diagnostic est avant tout clinique, basé sur l'affaissement caractéristique de l'extrémité du doigt et l'incapacité à étendre activement la phalange distale.

Les radiographies sont obligatoires pour identifier toute avulsion osseuse ou subluxation articulaire.

Traitement

Le doigt en maillet est le plus souvent traité de manière non chirurgicale avec une attelle qui maintient l'articulation distale en extension pendant 6 à 8 semaines, ce qui permet à l'os ou au tendon de guérir correctement. Il est essentiel que le bout du doigt reste en extension complète pendant toute cette période pour éviter de se blesser à nouveau.

Un traitement chirurgical peut s'avérer nécessaire dans les cas les plus complexes, notamment en cas d'avulsion osseuse importante, de subluxation volaire de la phalange distale ou de lésion ouverte du tendon.

La guérison peut prendre plusieurs mois. La physiothérapie est souvent recommandée après la pose d'une attelle ou l'intervention chirurgicale pour aider à rétablir l'amplitude des mouvements et la force. La plupart des patients retrouvent une bonne fonction, bien qu'une raideur résiduelle ou une déformation légère puisse persister dans les cas les plus graves.

Le Dr Bernard Lallemand vous orientera vers les meilleures options thérapeutiques adaptées à votre cas spécifique.

Chirurgie

02

Indications

La chirurgie est envisagée lorsqu'il est peu probable que l'attelle soit efficace. Il s'agit notamment des cas où la fracture-avulsion est importante et concerne plus de 30 à 50 % de la surface articulaire, ou lorsque la phalange distale est mal alignée ou subluxée. La chirurgie est également indiquée en cas de lésions ouvertes avec laceration du tendon, de déformations chroniques non traitées ou lorsque le traitement conservateur ne parvient pas à rétablir l'extension.

Procédure chirurgicale

L'opération est généralement réalisée en **ambulatoire**, permettant au patient de rentrer chez lui le jour même. Elle est souvent pratiquée sous anesthésie local ou régionale.

Une fois l'anesthésie en place et la zone désinfectée, l'approche chirurgicale dépend du type de lésion.

Si le tendon est déchiré, l'intervention consiste à le rattacher à l'os au niveau de l'extrémité du doigt.

En cas de fracture par avulsion, le fragment osseux est reposé et stabilisé à l'aide de broches ou de vis afin de rétablir l'alignement correct de l'articulation et de favoriser la cicatrisation.

L'articulation distale sera maintenue en extension à l'aide d'une broche.

Cette intervention est réalisée sous vision directe, à l'aide de loupes chirurgicales grossissantes pour une plus grande précision, et sous fluoroscopie.

À la fin de l'intervention, la peau peut être refermée à l'aide de points de suture résorbables.

Une anesthésie complémentaire sera réalisée en fin d'intervention avec de la Ropivacaïne pour permettre de garder la zone opérée endormie pendant 12 à 24 heures ce qui permettra une meilleure gestion de la douleur post-opératoire.

Un bandage est appliqué à la fin de la procédure.

Après l'intervention

Après l'opération, l'articulation interphalangienne proximale (IPP) peut être mobilisée pour éviter la raideur et maintenir la fonction. Une petite attelle peut être utilisée pour le confort, mais elle n'est pas nécessaire pour l'immobilisation.

La broche qui maintient l'articulation interphalangienne distale (DIP) en extension est généralement retirée vers la huitième semaine sous anesthésie locale.

Une fois la broche retirée, la rééducation commence pour rétablir la mobilité et la force.

Risques

03

Quels Sont Les Principaux Risques De Cette Opération ?

Gonflement, raideur et douleur au niveau de la cicatrice

Après l'opération, il est possible que vous ressentiez un gonflement, une raideur et une douleur autour de la cicatrice. Le fait de garder le bras surélevé et de bouger les doigts dès que possible peut aider à réduire ces symptômes. Le gonflement local autour du site chirurgical peut durer plusieurs mois.

Dans de rares cas, les patients peuvent présenter un gonflement et une raideur plus importants que d'habitude. Cela peut être dû à une algodystrophie, une affection qui survient dans moins de 1 % des cas.

Infection

Les infections après cette opération sont rares (moins de 1 % des cas).

Les infections locales de la plaie peuvent généralement être traitées avec des antibiotiques oraux. Dans de rares cas, des infections plus profondes peuvent se produire, nécessitant une réadmission à l'hôpital, des antibiotiques par voie intraveineuse et parfois une nouvelle intervention chirurgicale.

Lésion nerveuse

Les nerfs les plus menacés lors de cette opération sont les petites branches qui procurent une sensation à la peau près de la cicatrice.

Raideur articulaire

Il s'agit d'un problème courant, qui touche 10 à 20 % des patients, en particulier si la mobilisation précoce des articulations avoisinantes n'est pas assurée.

Perte de l'extension complète de l'IPD

Peut persister dans 10 à 25 % des cas en fonction de la gravité de la blessure, du moment du traitement et du respect des protocoles post-opératoires.

Déformation en col de cygne

Plus rare, observée dans moins de 5 % des cas, mais peut se développer avec le temps en raison d'un déséquilibre entre les forces de flexion et d'extension.

Pseudarthrose ou échec de la cicatrisation du tendon

Rare, mais peut se produire dans moins de 5 % des cas, nécessitant parfois une reprise chirurgicale.

En comprenant ces risques potentiels, vous serez mieux préparé au processus de guérison. Suivez toujours les conseils du Dr Bernard Lallemand et signalez immédiatement tout symptôme inhabituel.

Parcours préopératoire

04

Consultation préopératoire et examens médicaux

Histoire médicale : Informez votre chirurgien de vos antécédents médicaux, allergies et interventions précédentes.

Médicaments : Mentionnez tous les médicaments que vous prenez, en particulier les anticoagulants.

Examens : Apportez vos examens complémentaires (radiographies, CT scan et IRM).

Comprendre votre chirurgie

- Comprenez l'**objectif de l'intervention** et ce qu'elle vise à accomplir.
- Demandez à votre **médecin** de vous expliquer les étapes, les risques, les bénéfices et les alternatives.
- Donnez votre **consentement éclairé** après avoir bien compris la procédure.

Consultation pré anesthésique

Un rendez-vous avec l'anesthésiste sera planifié pour évaluer votre état de santé et discuter des options anesthésiques.

Si vous avez des problèmes de santé préexistants, des examens supplémentaires peuvent être nécessaires pour garantir la sécurité de l'anesthésie.

Préparation émotionnelle et pratique

Organisez-vous pour qu'une personne puisse vous aider après l'opération.

Si vous ressentez de l'anxiété, discutez des options de soutien avec votre médecin.

Arrêtez de fumer et limitez votre consommation d'alcool avant l'intervention pour favoriser la cicatrisation.

2 jours avant l'intervention

Lavez soigneusement la zone opérée avec du savon doux matin et soir, sauf si vous avez un plâtre.

La veille de l'intervention

Ne mangez ni ne buvez après minuit ou, de manière générale, 6 à 8 heures avant l'opération, sauf avis contraire de votre médecin.

Prenez un bain ou une douche, lavez-vous les cheveux et assurez-vous que vos ongles sont propres et sans vernis.

Le jour de l'intervention

Arrivez à l'hôpital trois heures avant l'opération avec votre pièce d'identité (carte d'identité émiratie ou passeport) et votre carte d'assurance.

Portez des **vêtements amples** et confortables pour faciliter l'habillage après l'opération

Ne portez ni maquillage, ni bijoux, ni vernis à ongles. Suivez les instructions concernant la prise de vos médicaments habituels.

Apportez les essentiels : si vous portez des lunettes, des lentilles de contact ou un appareil auditif, assurez-vous de les emmener avec vous.

Évolution postopératoire

05

Jour de l'intervention

- Après l'opération, un pansement et un bandage rembourré seront appliqués.
- Gardez ces pansements propres et secs.
- Pour réduire le gonflement, gardez votre bras surélevé dans une écharpe ou sur des oreillers.
- Commencez à bouger tous les doigts non affectés après l'opération pour éviter les raideurs.
- Prenez des analgésiques avant que l'anesthésie ne perde son effet et suivez les recommandations de votre chirurgien

Jours 2 à 14

Le bandage rembourré sera changé en consultation par une infirmière et sera remplacé par un pansement adhésif sur la plaie pour la protéger. Veillez à ce que la plaie reste propre et sèche.

Ce bandage sera changé régulièrement en fonction des conseils du Dr Bernard Lallemand.

Continuez à exercer doucement votre main et votre poignet. Vous pouvez utiliser votre main pour des activités légères, évitez de soulever des charges lourdes et de laisser votre main pendre sous votre taille pendant de longues périodes.

2 à 8 semaines

Un contrôle de la plaie et un retrait des points de suture devraient avoir lieu entre 10 et 14 jours après l'opération. Les détails seront précisés le jour de votre première visite.

Augmentez progressivement les activités avec votre main et votre poignet en fonction de votre

confort.

Une fois la plaie complètement refermée, un massage quotidien de 10 minutes de la cicatrice avec une crème hydratante pour les mains est souvent utile pour réduire le gonflement et désensibiliser la cicatrice.

Après 12 semaines

La plupart des personnes reprennent leurs activités normales à ce stade, même si le massage des cicatrices peut encore être bénéfique.

Conduite

Vous pouvez conduire lorsque vous vous sentez capable de contrôler la voiture, même en cas d'urgence.

Arrêt de travail

La durée de l'arrêt de travail nécessaire varie en fonction de la nature de votre travail. Pour un travail de bureau léger, vous n'aurez peut-être besoin que de quelques jours d'arrêt de travail. Pour un travail plus lourd, vous aurez peut-être besoin d'un arrêt de travail plus long. Discutez de votre cas personnel avec votre chirurgien.

Difficultés postopératoires

Contacter le service du Dr Bernard Lallemand si vos doigts sont plus gonflés, plus raides ou plus douloureux que prévu, et si vous voyez des écoulements, de l'humidité ou détectez des odeurs désagréables sous votre pansement.

En dehors des heures normales de travail, vous devrez peut-être vous rendre au service des urgences pour résoudre ces problèmes.

Postoperative physiotherapy

06

Période post-opératoire immédiate (Jour 0 – Semaine 2)

- Pansements : Garder la plaie propre et sèche. Changer les pansements selon les instructions du chirurgien.
- Gestion de la douleur : Utiliser les antalgiques prescrits et surélever la main pour réduire le gonflement.
- Une petite attelle vous sera fournie lors d'une consultation postopératoire.
- Exercices de mobilité : Commencer à bouger activement les articulations non affectées par la chirurgie.

Rééducation précoce (Semaine 2 – Semaine 6)

Soins de la plaie : Retrait des points de suture (s'ils ne sont pas résorbables) ; surveiller les signes d'infection.

Objectifs de la thérapie :

- Mouvements actifs et passifs des doigts non affectés.
- Techniques de gestion des cicatrices (massage avec crème ou silicone).
- Contrôle de l'œdème par compression ou élévation.

Renforcement et récupération fonctionnelle (Semaine 6 – Semaine 12)

Évaluation initiale : Un kinésithérapeute effectuera une première évaluation de la main et du poignet.

Objectifs de la thérapie :

- Mouvements actifs et passifs du doigt opéré.
- Exercices de renforcement progressifs, incluant la préhension et la pince.
- Désensibilisation avancée de la cicatrice si la sensibilité persiste.

Objectifs fonctionnels : Encourager la reprise des activités quotidiennes nécessitant de la dextérité manuelle.

Rééducation sur le long terme (Semaine 12 et au-delà)

Programme à domicile : Poursuivre les exercices quotidiens pour la force et la flexibilité.

Suivi : Consultations régulières avec le chirurgien et le kinésithérapeute pour surveiller la récupération et prévenir les récidives.

Modifications du mode de vie : Éviter les traumatismes répétés ou le stress excessif sur la main qui pourraient contribuer à la récidive.

La majorité des patients suivent la rééducation sans complication et nécessitent en général 6 à 10 séances de kinésithérapie. Suivez toujours les instructions de votre kinésithérapeute pour une récupération optimale.