

(ARTICLE ORIGINAL)



Luxation traumatique aiguë du tendon extenseur du troisième doigt traitée chirurgicalement : à propos d'un cas et revue de la littérature

Dodo Malunda Masamba*, M. Lamris*, D. N'sompela*, M. Bouhouche*, A. Rajaalah*, C. El Kassimi*, A. Messoudi*, M. Rahmi*, M. Rafai*.

**Service de chirurgie orthopédique et traumatologique P32, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc*

Résumé

Introduction

La luxation traumatique du tendon extenseur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne (MCP) constitue une lésion rare de la main, résultant le plus souvent d'une rupture de la bandelette sagittale. Le troisième rayon est particulièrement exposé en raison de sa position anatomique et des contraintes biomécaniques qui s'exercent sur celui-ci. Nous rapportons un cas traité chirurgicalement avec un excellent résultat fonctionnel.

Observation

Une patiente de 62 ans, sans antécédents particuliers, a présenté une luxation traumatique du tendon extenseur du troisième doigt à la suite d'un accident de la voie publique avec chute sur la main en extension. L'examen clinique retrouvait une instabilité douloureuse du tendon extenseur au niveau de l'articulation MCP. Les radiographies standard ne montraient aucune fracture associée. Une réparation chirurgicale de la bandelette sagittale avec recentrage du tendon extenseur a été réalisée.

Résultats

Après six semaines d'immobilisation suivies d'un protocole standardisé de rééducation, la patiente a retrouvé une mobilité complète du doigt sans récurrence de la luxation ni déficit d'extension.

Conclusion

La luxation traumatique du tendon extenseur du troisième doigt est une lésion rare pouvant passer inaperçue. Le traitement chirurgical permet d'obtenir une stabilisation durable du tendon et d'excellents résultats fonctionnels.

Mots-clés : luxation du tendon extenseur, bandelette sagittale, troisième doigt, articulation métacarpo-phalangienne, chirurgie de la main.

* Auteur correspondant: Dodo MALUNDA MASAMBA , Email :dodomalunda@yahoo.fr

1. Introduction :

La stabilité du tendon extenseur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne dépend principalement de l'intégrité de la bandelette sagittale, structure fibreuse constituant l'élément central du capuchon extenseur. Une rupture traumatique de cette structure entraîne une subluxation ou une luxation du tendon extenseur, responsable de douleurs, d'un ressaut lors des mouvements et parfois d'une impossibilité d'extension active du doigt.

Cette lésion est peu fréquente et touche préférentiellement le troisième doigt, plus exposé aux contraintes mécaniques du fait de sa position centrale. Le diagnostic est essentiellement clinique mais demeure souvent méconnu dans les suites immédiates d'un traumatisme de la main.

L'objectif de ce travail est de rapporter un cas de luxation traumatique du tendon extenseur du troisième doigt traité chirurgicalement et de discuter les modalités thérapeutiques à la lumière de la littérature.

2. Observation (Matériels et méthodes)

Une patiente âgée de 62 ans, droitère, sans antécédents médico-chirurgicaux notables, a été admise après un accident de la voie publique avec chute sur la main en extension. Le traumatisme avait entraîné une douleur immédiate de la face dorsale de la main associée à une gêne fonctionnelle du troisième doigt.

L'examen clinique retrouvait une douleur élective au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième rayon associée à une instabilité dynamique du tendon extenseur. Lors de la flexion active du doigt, le tendon se déplaçait en médial de son axe physiologique avec ressaut douloureux.

Les radiographies standard de la main de face, profil et trois quarts ne retrouvaient ni fracture ni luxation osseuse associée.

Devant l'importance de l'instabilité tendineuse et le risque d'évolution vers une luxation chronique, une indication chirurgicale a été retenue.

Figures 1,2 et 3 : Images cliniques de la luxation du tendon extenseur du 3eme doigt



Figures 4, 5 et 6 Radiographies standard de la main gauche



Technique opératoire

L'intervention a été réalisée sous anesthésie locorégionale avec garrot pneumatique à la racine du membre supérieur.

Une incision dorsale longitudinale centrée sur l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième doigt a été réalisée. Après dissection prudente des tissus sous-cutanés, l'exploration a mis en évidence une rupture de la bandelette sagittale radiale responsable d'une luxation ulnaire du tendon extenseur lors de la flexion du doigt.

Le tendon extenseur a été recentré sur la tête métacarpienne. Une réparation anatomique de la bandelette sagittale a ensuite été effectuée à l'aide de sutures non résorbables de type 4/0.

La stabilité du tendon a été vérifiée par des mouvements passifs puis actifs de flexion-extension du doigt. Aucun déplacement résiduel n'a été observé.

Après lavage abondant, fermeture plan par plan et contrôle de l'hémostase, une attelle dorsale maintenant l'articulation MCP en légère extension a été confectionnée.

Figures 7 image per opératoire



Suites postopératoires et rééducation

Phase 1 : Protection (0-2 semaines)

Objectifs : Contrôle de la douleur , Diminution de l'œdème, Protection de la réparation.

Traitement :

- Immobilisation par attelle dorsale.
- Surélévation de la main.
- Cryothérapie.
- Mobilisation active des articulations interphalangiennes.

Phase 2 : Mobilisation protégée (2-6 semaines)

Objectifs : Préserver le recentrage tendineux, Prévenir les adhérences.

Traitement :

- Maintien de l'attelle.
- Exercices de glissement tendineux protégés.
- Mobilisation contrôlée sous surveillance d'un kinésithérapeute spécialisé en rééducation de la main.

Phase 3 : Récupération articulaire (6-8 semaines)

Objectifs : Restaurer les amplitudes articulaires.

Traitement :

- Ablation progressive de l'attelle.
- Mobilisation active assistée de l'articulation MCP.
- Travail de flexion-extension progressive.

Phase 4 : Renforcement (8-12 semaines)

Objectifs : Récupération de la force , Retour aux activités quotidiennes.

Traitement :

- Exercices contre résistance progressive.
- Rééducation fonctionnelle.
- Travail de préhension et de dextérité.

3. Résultats :

La cicatrisation cutanée a été obtenue sans complication.

Au recul clinique de 6 mois , la patiente présentait :

- Une extension complète du troisième doigt.
- Une flexion complète de l'articulation MCP.
- L'absence de douleur.
- L'absence de récurrence de la luxation tendineuse.
- Une récupération satisfaisante de la force de préhension.

4. Discussion :

Les ruptures traumatiques de la bandelette sagittale représentent une cause rare d'instabilité du tendon extenseur. Cette lésion est souvent désignée dans la littérature anglo-saxonne sous le terme de « Boxer's Knuckle ».

Le troisième rayon constitue le siège le plus fréquent de cette atteinte. La bandelette sagittale agit comme stabilisateur principal du tendon extenseur au niveau de l'articulation MCP. Sa rupture provoque une migration latérale ou médiale du tendon lors de la flexion.

Plusieurs classifications ont été proposées, notamment celle de Rayan et Murray distinguant les formes simples, les subluxations et les luxations complètes.

Dans les formes aiguës diagnostiquées précocement, un traitement orthopédique par immobilisation peut être proposé. Cependant, en présence d'une luxation complète ou d'une instabilité persistante, la prise en charge chirurgicale reste la référence.

Les techniques chirurgicales comprennent :

- La réparation directe de la bandelette sagittale.
- Les plasties utilisant une languette du tendon extenseur.
- Les reconstructions à l'aide des juncturae tendinum.
- Les techniques d'augmentation capsulaire.

La réparation anatomique directe réalisée précocement offre généralement les meilleurs résultats fonctionnels.

5. Conclusion :

La luxation traumatique du tendon extenseur du troisième doigt est une pathologie rare mais potentiellement invalidante.

Son diagnostic repose principalement sur l'examen clinique dynamique.

Le traitement chirurgical par recentrage tendineux et réparation de la bandelette sagittale permet d'obtenir d'excellents résultats fonctionnels lorsque le diagnostic est précoce et que la rééducation postopératoire est conduite de manière rigoureuse.

Conformité aux normes éthiques

Déclaration de conflit d'intérêts

Tous les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêts dans ce travail.

Formulaire de consentement éclairé

Le consentement éclairé écrit a été obtenu du patient pour la publication de ce rapport de cas et des images l'accompagnant.

Références

1. Rayan GM, Murray D. Classification and treatment of closed sagittal band injuries. *J Hand Surg Am.* 1994;19(4):590-594.
2. Watson HK, Weinzweig J, Guidera PM. Sagittal band reconstruction. *J Hand Surg Am.* 1997;22(3):452-456.
3. Hame SL, Melone CP. Boxer's knuckle and sagittal band injuries. *Hand Clin.* 2000;16(3):345-357.
4. Saldana MJ. Sagittal band injuries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2006;14(10):590-597.
5. Catalano LW, Gupta S. Injuries of the extensor mechanism of the hand. *Hand Clin.* 2013;29(2):197-208.
6. Kang L, Carlson MG. Extensor tendon instability at the metacarpophalangeal joint. *J Am Acad Orthop Surg.* 2015;23(4):234-242.
7. Hong CK, Han SH. Traumatic sagittal band injuries and extensor tendon instability. *Clin Orthop Surg.* 2016;8(4):383-390.
8. Wu F, Tang JB. Reconstruction of chronic sagittal band rupture. *J Hand Surg Eur.* 2018;43(4):432-438.
9. Wolfe SW, Hotchkiss RN, Pederson WC, Kozin SH. *Green's Operative Hand Surgery.* 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
10. Bain GI, Watts AC. Extensor tendon instability and sagittal band injuries of the hand. *J Hand Surg Eur.* 2021;46(2):120-128.