

La Ténosynovite des tendons fléchisseurs

Le doigt à ressort ou ressaut

Note d'information



Groupe Main
P r o v e n c e

Docteurs G. Chick ; O. Daunois ; G. Gaujoux ; S. Méo ; D. Sassoon ; F. Stubé

SELARL

44 Ave Delattre de Tassigny - 13100 Aix en provence

04.42.23.10.10

Urgences SOS main : 0 820 160 150

Définition

Le doigt à ressort est la conséquence d'un **conflit entre le tendon fléchisseur et sa gaine** à la base du doigt.

Il se traduit par des **douleurs** avec un **accrochage** caractéristique ou un **blocage** complet du doigt en extension ou en flexion, principalement au réveil.

Dans les formes anciennes, il peut exister une raideur articulaire en flexion de l'articulation intermédiaire (interphalangienne proximale ou IPP), et les tendons peuvent également s'abîmer au point de nécessiter une réparation spécifique.

L'affection touche plutôt le pouce, le 3^e et le 4^e doigt, mais tous les doigts peuvent être atteints.

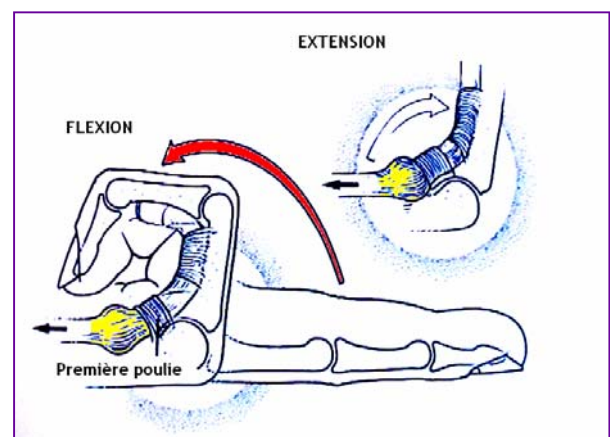
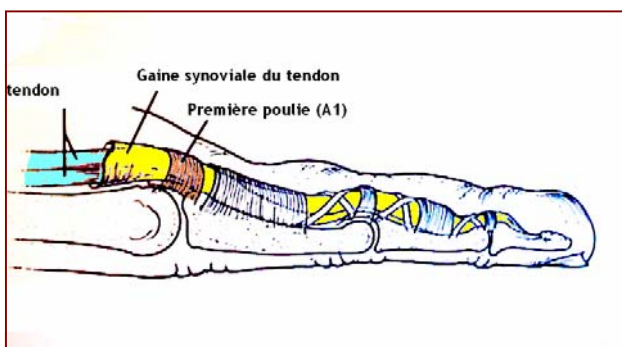
Diagnostic

Le diagnostic repose essentiellement sur la clinique et les examens complémentaires sont en général peu utiles.

Le plus souvent le doigt à ressort est dû à une **inflammation ou un épaissement de la gaine synoviale** qui entoure le tendon fléchisseur.

Cette **synovite** peut créer un véritable **nodule** intratendineux un peu comme une olive.

A chaque fois que le nodule passe l'entrée du canal digital (*appelée Première poulie A1 sur le schéma*), lorsque le doigt passe de la flexion à l'extension, il se produit un accrochage perceptible par le patient et l'entourage.



Cet épaissement est favorisé par les gestes répétitifs, plus rarement par les maladies rhumatismales comme la polyarthrite rhumatoïde.

Le canal carpien peut être considéré comme un facteur favorisant.

Il existe des cas plus rares : le doigt à ressort apparaissant après une plaie partielle d'un tendon fléchisseur (nodule cicatriciel) et la forme chez l'enfant.

Les formes évoluées. Sans traitement, le tendon fléchisseur s'effiloche et se dilacère pour aboutir dans les formes les plus évoluées à une rupture du tendon. Une raideur articulaire peut aussi survenir, laissant une séquelle définitive.

Le pouce à ressort du petit enfant (>3 ans). Le pouce se présente en flexion ou extension permanente et souvent indolore. La main est utilisée sans difficulté par l'enfant. Ce tableau apparaît souvent dans la première année. Dans un premier temps l'abstention est la règle (trois mois).

Le traitement médical

On réalise une **infiltration de corticoïdes** en regard du nodule.

L'efficacité est rapide (quelques jours) mais **souvent temporaire**.

Les infiltrations peuvent être répétées une ou deux fois maximum car la cortisone peut à la longue fragiliser le tendon et entraîner une **rupture secondaire**. Il y a également un risque (très faible) d'infection.

Le doigt ou la main peuvent être douloureux pendant 48 heures après une infiltration.

Le traitement chirurgical

Il est proposé après échec du traitement médical. L'opération est le plus souvent réalisée **sous anesthésie locorégionale, en ambulatoire**.

Par une incision dans la paume, à la racine du doigt, la gaine du tendon est ouverte et le tendon fléchisseur est libéré.

Il s'agit d'une chirurgie rapide et peu douloureuse. Le résultat est habituellement **radical et définitif**. La mobilisation est immédiate après l'intervention.

Un appareillage peut être prescrit lorsque le doigt est raide.

Conseils pratiques

La cicatrisation s'obtient en une quinzaine de jours. Quelques pansements sont nécessaires, les fils tombent tous seuls. Le patient peut se laver les mains après une semaine.

L'activité est reprise selon le type d'occupation, en général après 10 à 20 jours. Il est fortement recommandé de **bouger le doigt opéré**.

Cette mobilisation doit être entreprise **le jour même de l'opération** par le patient lui-même pour récupérer au plus tôt toute la flexion et surtout toute l'extension du doigt.

Une difficulté à étendre le doigt est possible et peut persister pendant plusieurs semaines. Plus fréquente dans les formes anciennes avec tendon abîmé, elle nécessite la mise en place secondairement d'une **orthèse d'extension** (photo) qui contribue à redresser le doigt pour éviter la raideur.

Dans ce cas, une rééducation est prescrite.

Exemple d'orthèse dynamique d'extension
Utile pour lutter contre le flexum de l'IPP



COMPLICATIONS

« Il n'existe pas d'acte chirurgical sans risque de complication secondaire ». Toute décision d'intervention doit être prise en connaissance de ces risques, dont le chirurgien se doit de vous avoir informé.

Complications communes à la chirurgie de la main

Infection nosocomiale: elle est rare et se maîtrise aisément lorsque le diagnostic est précoce. La prise d'antibiotiques et une nouvelle intervention est parfois nécessaire.

Hématome : *le diagnostic doit être précoce, la reprise chirurgicale est également parfois nécessaire.*

Algodystrophie : Il s'agit d'un « dérèglement » de la douleur alors qu'il n'y a aucun problème sous jacent. Sa survenue est indépendante du type de chirurgie et peut survenir même après une simple immobilisation. La main devient gonflée, douloureuse, et s'enraidit progressivement. L'évolution peut être très longue. Des séquelles sont possibles (douleurs résiduelles, raideur des doigts et /ou du poignet, parfois de l'épaule). Le traitement est difficile et fait appel à des produits spécifiques et à de la rééducation.

Accident d'anesthésie : du plus simple au plus grave, y compris le décès (1 décès sur 100 à 150000 anesthésies en France).

Complications spécifiques du doigt à ressort

Raideur du doigt : se voit surtout dans les formes anciennes. La rééducation et l'appareillage sont nécessaires.

Extension du phénomène à d'autres doigts : le conflit du tendon fléchisseur avec sa gaine survient plus fréquemment.

Récidive : rare, elle se traite par infiltration et très rarement une ré intervention.

Douleurs persistantes parfois tenaces, elles se rencontrent lorsqu'il existe une synovite importante. Le repos et un traitement anti-inflammatoire prolongé peut être utile.

Un syndrome du canal carpien peut survenir, qui témoigne en fait de l'extension du phénomène de synovite tendineuse au canal carpien.