

## INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

# RÉPARATION D'UNE ENTORSE GRAVE MÉTACARPO-PHALANGIENNE DU POUCE

### → PATIENT(E)

Nom

Prénom

### → NATURE DE L'INTERVENTION

L'entorse grave métacarpo-phalagienne du pouce est un accident fréquent lors de la pratique du ski alpin. Lors d'une chute, le pouce se bloque dans la neige, et un mouvement brutal de va-et-vient en direction de l'avant-bras sollicite de façon très forte le ligament collatéral cubital de l'articulation métacarpo-phalangienne. Ce ligament très puissant unit le col du métacarpien à la base de la première phalange du pouce du côté de la première commissure. Cette rupture entraîne une instabilité majeure du pouce. C'est souvent le patient lui-même qui s'aperçoit qu'il ne peut plus effectuer la pince pouce-index car le pouce se dérobe et n'a plus aucune force de préhension.

Anatomiquement, cette lésion n'a aucune chance de cicatriser spontanément car, lors du mouvement de va-et-vient, le ligament qui se détache de la base de la 1ère phalange, reste en position sous-cutanée, séparé de l'articulation par d'autres structures qui s'interposent.

Une radiographie est utile car dans un cas sur trois environ, le ligament va arracher un fragment osseux sur la base de la 1ère phalange. L'indication opératoire reste la même : seule la technique de réparation va changer.

## AVANT L'INTERVENTION

L'anesthésiste vous examinera et vous posera les questions d'usage sur votre état de santé et vos traitements éventuels. Il vous proposera le plus souvent une exploration sous anesthésie locorégionale.

Le tabac diminue la microcirculation capillaire. Il nuit gravement à la cicatrisation des tissus et favorise la survenue d'infections

Une perfusion sera posée du côté opposé à la blessure pour permettre, le cas échéant, l'injection de médicament contre la douleur ou des antibiotiques.

## L'INTERVENTION ELLE-MEME

L'intervention se déroule sous garrot pneumatique (avec un brassard ressemblant à celui qui sert à prendre la tension artérielle) posé en haut du biceps, à la racine du bras. Elle est en général très brève. Le chirurgien va inciser sur le bord latéral de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et réparer ce ligament.

Plusieurs techniques sont possibles :

- soit une simple suture avec des fils résorbables, s'il s'agit d'une rupture en plein corps du ligament ;
- soit une réinsertion du ligament dans la phalange à l'aide d'une petite « ancre » intra-osseuse, qui permet de fixer solidement un fil ;
- soit un petit clou ou une petite vis permettant une fixation solide si le fragment osseux est important.

Après fermeture, une immobilisation sera mise en place pour une durée d'un minimum de 3 semaines.

## APRÈS L'INTERVENTION

Après quelques jours, une fois la phase d'œdème résolue, une immobilisation plus restreinte pourra être mise en place. Elle ne bloque que la métacarpo-phalangienne du pouce, laissant libre le poignet et surtout, l'articulation interphalangienne du pouce. Elle permet ainsi une rééducation précoce qui a pour but de faire coulisser le système tendineux et d'éviter les adhérences et raideur secondaire. La reprise des activités est autorisée sous certaines conditions au cours de cette période.

Une fois l'immobilisation retirée, une rééducation plus spécifique de la métacarpo-phalangienne sera entreprise.

## LES COMPLICATIONS POSSIBLES

### Les complications précoces :

→ **L'infection** : la survenue d'une infection est toujours possible malgré les précautions d'asepsie rigoureuse prises par le chirurgien et l'équipe soignante.

Elle se manifeste par des douleurs lancinantes, volontiers pulsatiles, empêchant de dormir et localement, par un gonflement, des rougeurs, des trainées rouges le long du bras. Dans ce cas, il faut contacter d'urgence votre praticien ou le service compétent.

### Les complications mineures :

Il s'agit de désunion de cicatrice (les fils qui lâchent), d'une réaction inflammatoire sur certains fils, d'un hématome, etc.... Ces complications sont plutôt des incidents de parcours et ne retentissent pas en principe sur le résultat final.

### Les complications secondaires :

→ **L'algodystrophie** : c'est une complication totalement imprévisible et aléatoire, qui peut survenir après toute plaie ou traumatisme de la main, même minime. Il s'agit d'une réaction qui concerne la région blessée. Elle est due à un dérèglement du système nerveux sympathique et se manifeste par un œdème douloureux avec rougeur, des troubles de la circulation sanguine, une hypersudation au niveau de la main, du poignet et de l'avant-bras. Ces douleurs peuvent parfois remonter jusqu'à l'épaule.

En général, cette complication débute 15 jours à 3 semaines après le traumatisme. Elle peut évoluer sur de longs mois avant de rentrer dans l'ordre. Il n'y a pas de traitement spécifique en dehors des soins locaux prolongés, doux et attentifs.

Le plus souvent, la survenue d'une algodystrophie va entraîner une raideur partielle séquellaire de certaines articulations.

### Les complications tardives :

Il ne s'agit pas à proprement parler de complication, mais dans toute chirurgie de réparation articulaire, des adhérences peuvent survenir, entraînant une limitation et une raideur de l'articulation. Cependant, une raideur partielle de la métacarpo-phalangienne du pouce est en général bien tolérée et ne nécessite pas d'intervention secondaire.

S'il est bien toléré, le matériel métallique qui a permis de refixer un fragment osseux pourra rester en place indéfiniment (il s'agit d'un tout petit élément n'ayant pas de conséquence dans l'organisme). En revanche, s'il est gênant localement, un retrait secondaire est un geste très simple.

Enfin une petite laxité résiduelle persiste souvent (ligament « distendu »), mais elle ne compromet pas l'usage de la main.

---

## EN RÉSUMÉ

*L'entorse grave métacarpo-phalangienne du pouce est un accident fréquent, en particulier lors de la pratique du ski alpin : lors d'une chute, le pouce se bloque dans la neige et ,avec l'inertie et la vitesse, le ligament collatéral côté cubital (c'est-à-dire celui qui est du côté de l'index) se déchire.*

*Cette lésion n'a aucune tendance spontanée à la cicatrisation car le ligament reste à distance de son point d'attache.*

*Le diagnostic est souvent fait par le patient lui-même : il ne peut plus effectuer la pince pouce-index.*

*La réparation doit être chirurgicale et, si possible, dans les plus brefs délais de façon à pouvoir réaliser une suture ou une réinsertion correcte du ligament. La simple immobilisation ne permet pas une cicatrisation anatomique de ce ligament et il persiste dans ces cas là une laxité chronique avec difficultés d'usage, en particulier la pince pouce-index est très faible car le pouce se dérobo.*

*Après l'intervention, l'immobilisation est d'environ 4 semaines mais ne bloque que l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, permettant de vivre pratiquement normalement et même, dans certains cas, de reprendre des activités sportives.*

*Les complications principales sont :*

*- la raideur finale, témoignant de l'ouverture de l'articulation et du cal ligamentaire qui est plus volumineux que le ligament d'origine.*

*- d'autres complications peuvent survenir comme l'infection, l'algodystrophie....*

---

## QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE INTERVENTION :

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
- Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
- Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
- Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?

### Si vous utilisez la version numérique :

Date de remise du document au patient (e) :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

### Si vous utilisez la version manuscrite :

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

*Pages précédentes à parapher*