

Plaies avec atteinte partielle de tendons extenseurs :

Qu'est-ce que c'est ?

- Définitions :

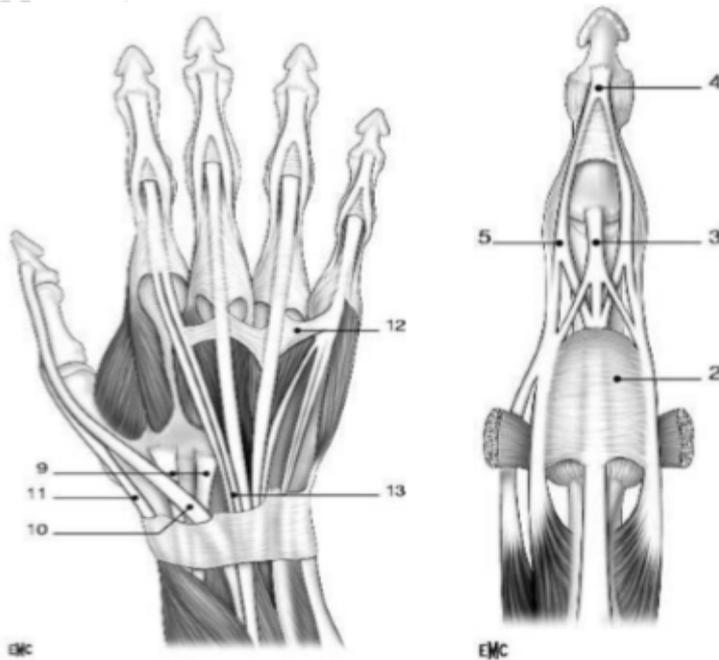
- . *Tendon* : Tissu fibreux par l'intermédiaire duquel un muscle s'attache à un os.
- . *Ligament* : Ensemble de fibres conjonctives serrées qui unissent deux os au niveau d'une articulation ou qui maintiennent un organe en place.
- . *Dorsal (adj)* : Qui est relatif au dos de ...
- . *Extension* : Qui peut-être étendu, allongé, élastiquement ou non.

- Rappel anatomique :



L'appareil extenseur est anatomiquement complexe et se trouve sur **la face dorsale de la main**. Les muscles extenseurs des doigts s'insèrent sur les os de l'avant-bras et donnent un tendon pour chaque doigt.

Il existe un tendon extenseur propre pour le 2^{ème} et le 5^{ème} doigt, ainsi qu'un court extenseur pour le pouce. Des structures appelées junctura tendinum relient les tendons entre eux.



Au niveau des doigts longs, l'extenseur se divise en une **bandelette médiane** s'insérant sur la 2^{ème} phalange (extension de l'articulation interphalangienne proximale) et **2 bandelettes latérales** s'insérant sur la 3^{ème} phalange (extension de l'articulation interphalangienne distale).

- Généralités :

Les sections des tendons extenseurs de la main sont **fréquentes**. Elles font suite à une plaie de la face dorsale de la main ou du poignet. Les tendons extenseurs, couverts uniquement par une peau fine, sont régulièrement sectionnés lors de plaies même peu profonde. Elles ont une fausse réputation de bénignité car elles peuvent facilement passer inaperçues.

. **Les mécanismes lésionnels** (étiologies) les plus fréquents sont des plaies par des objets tranchants ou par du verre. Cependant des lésions par écrasement de la main peuvent aussi léser les tendons extenseurs. Dans ce cas, la peau présente également une souffrance importante.



. **Les signes cliniques** s'attachent, comme pour toute plaie, à rechercher un signe de gravité notamment un déficit vasculaire et sensitif. Puis l'extension est testée, on recherche un déficit ou une douleur à la contraction contre résistance. *Cependant, même si cette extension est conservée, la plaie nécessite une exploration systématique.*

Par ailleurs, tous les bijoux doivent être retirés, notamment ceux sur les doigts et le patient laissé à jeûn.

. **Les examens complémentaires** sont :

Une radiographie standard pour rechercher une lésion osseuse dans le cas des plaies par écrasement (disqueuse, tronçonneuse etc).

Traitement :

L'exploration permet de faire le bilan des lésions (plaie partielle ou complète de l'extenseur, plaie articulaire, fractures...) puis la réparation des lésions est réalisée. Elle est souvent réalisée à l'aide d'un garrot (garrot pneumatique ou garrot de doigt).

La décision thérapeutique est toujours prise en accord avec le chirurgien spécialisé de garde (IMM).

La prise en charge est toujours réalisée en respectant les mesures d'asepsie. Un parage (lavage et excision des tissus contus) est d'abord effectué. En cas de lésion de l'appareil extenseur, le tendon est suturé par un ou plusieurs points résorbables, l'articulation est lavée en cas d'ouverture.

Rééducation :

. **Pourquoi ? :**

Pour ne pas perdre la fonctionnalité de la main. Le risque d'adhérences et de raideur est important (tendons plats, larges, sous-cutanés et proches de l'os). Les adhérences perturbent la mobilité du doigt. Trop raide, il ne sera plus fonctionnel (préhension) et sera exclu (gène fonctionnelle) !

. **Objectifs :**

Entretenir des plans de glissements tendineux, ne pas laisser s'installer la raideur +++

Lutter contre l'œdème ;

Entretenir le glissement tendino-périosté ;

Entretenir la souplesse capsulo-ligamentaire ;

Lutter contre la douleur ;

Tout cela sans nuire à la cicatrisation tendineuse.

. Il faut débiter une mobilisation précoce voire immédiate en fonction des cas.

« La mobilisation précoce est le meilleur moyen pour lutter contre l'œdème, l'enraidissement articulaire et les adhérences tendino-périostées » (citation MERLE 1997) » ;

« Là comme ailleurs la violence est le dernier recours de l'incompétence » (F. MOUTET 1998).



. Si une orthèse est prescrite et réalisée, elle doit être portée selon le **protocole défini par le chirurgien ou le médecin spécialiste initialement** (adapté en fonction des lésions anatomiques réparées). *Et donc il ne faut pas l'enlever ni utiliser normalement la main à la maison.*

Concernant l'orthèse, le plus souvent, il faut la porter de manière stricte jour et nuit puis un sevrage progressif est débuté avec la réalisation concomitante progressive d'auto-exercices doux et réguliers du/des segments immobilisés.

. Protégez votre main des situations à risques. Bricolage, sorties, activités sportives et conduite sont, parfois, prohibés (décision médicale initialement et adaptée au suivi).

. *Effectuez votre rééducation assidûment : un faux mouvement ou le non respect du protocole peut provoquer la rupture de la suture.*

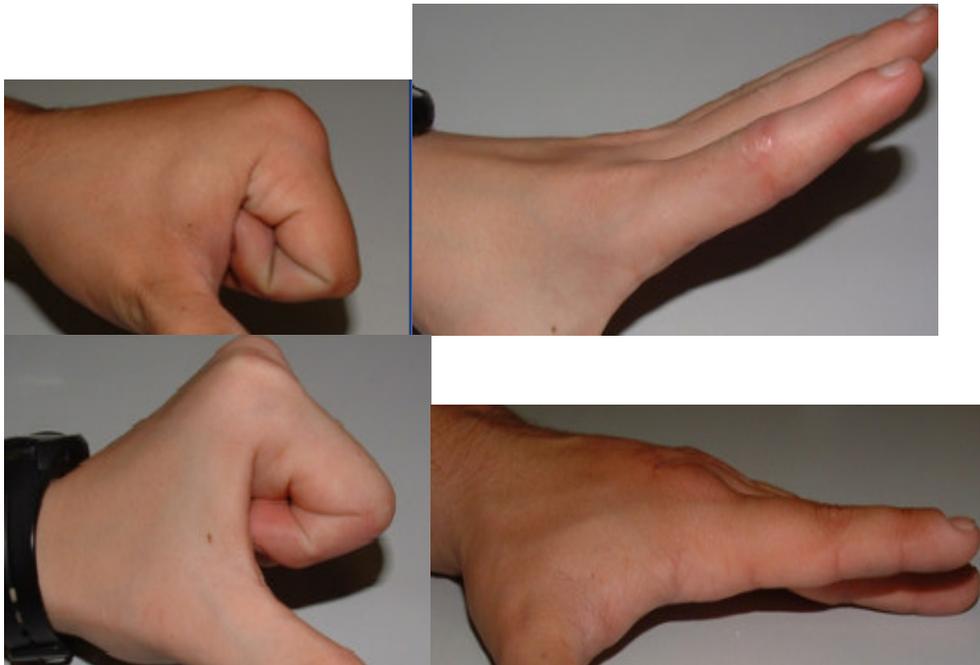
. Dans le cas des **plaies avec atteinte partielle du système extenseur**, dès le début, les articulations non immobilisées par orthèse doivent être mobilisées en privilégiant le travail en flexion (jusqu'à la tension mais sans douleur) et qui peut être actif (sous couvert de l'orthèse pour plus de sûreté).



Il ne faut pas étendre activement (par eux-mêmes) les doigts de la main atteinte. Ces exercices sont donc souvent réalisés dans un premier temps à l'aide de l'autre main ou d'un support rigide pour le travail d'extension.



Puis, dès que c'est possible, il faut assouplir l'articulation immobilisée, de manière à amener le doigt complètement tendu puis fléchir les doigts dans la paume (jusqu'à la tension mais sans douleur). On peut également réaliser des exercices d'écartement et de rapprochement des doigts (adduction et abduction).





. Ces auto-exercices peuvent être réalisés par exemple **pendant 1 à 2 minutes ou 10 mouvements (répétitions), toutes les heures, le matin et l'après midi**. Entre 6 et 10 « séances » par jour suffisent, le plus souvent, et dépendent de la tolérance clinique (au moment de ceux-ci et le lendemain).

. La raideur du doigt est le plus souvent liée à des adhérences tendineuses (peu ou pas de rééducation).

Reprise d'une activité physique et professionnelle :

Celle-ci dépend de l'atteinte initiale du tendon extenseur (plaie partielle ou totale). Elle est décidée initialement par le chirurgien ou le médecin de la main et sera réévaluée en consultation de suivi médical. Elle est variable en fonction de la lésion et dépend de la cicatrisation tendineuse. La reprise peut s'envisager entre 3 et 12 semaines.

Elle doit être **progressive**. *Une phase de réadaptation initiale est souvent nécessaire avec une adaptation de l'activité ou des gestes habituels* (poste aménagé au travail ou débiter par un sport non traumatisant par exemple).

Consignes post prise en charge d'une plaie :

Ordonnances et produits les plus souvent prescrits :

1 – Antalgiques – PARACETAMOL 1 gramme toutes les 8 heures en cas de douleur (max 3 gr/jours)
+/- antalgique palier 2 associé si besoin pendant la phase aiguë (TRAMADOL/LAMALINE/CODEINE).

Nb : les effets secondaires sont nombreux et surtout lors de leur utilisation prolongée (notamment dépendance). Il convient donc de réévaluer, d'adapter ces antalgiques au quotidien et à chaque *consultation médicale*.

2 – Sérum physiologique en dosette

3 – Solution antiseptique – POLYVIDONE IODE ou CHLOREXIDINE

4 – Compresses stériles (1 boîte)

5 – Pommade grasse type vaseline (petit tube) ou URGO TULLE gras

6 – pansement simple adapté taille de la plaie

Quantité pour 14 à 21 jours

Consignes des soins locaux jusqu'à l'ablation des fils par l'infirmière ou le médecin :

1. Changer le pansement dans les 48h.
2. Décoller doucement le pansement à changer, tirer délicatement en maintenant la peau afin d'éviter d'arracher la peau. Si nécessaire humidifier le pansement avec une dosette de sérum physiologique.
3. Nettoyer la plaie avec les compresses stériles imbibées de solution antiseptique.
4. Appliquer en massant la pommade grasse
5. Remettre un nouveau pansement à renouveler tous les 2 jours.
6. Ne pas mouiller la plaie.
7. Le pansement ne doit pas être mouillé au cours de la toilette.

8. Enfin, l'ablation des points/fils non résorbables se fait le plus souvent entre le 12 et le 15^{ème} jour mais dépend des capacités de cicatrisation intrinsèques à chaque patient. Il est nécessaire d'avoir un avis professionnel (médical ou paramédical) avant l'ablation des points.

Surveillance des symptômes :

L'infection est le risque de toute plaie. Elle peut conduire à une reprise chirurgicale.

- **Consulter de nouveau dès l'apparition d'un des signes suivants :**

- . Rougeur,
- . Douleur anormale,
- . Coloration anormale de la plaie ou des extrémités,
- . Écoulement de sang, de liquide, ou de pus, non présent initialement dans les suites de la prise en charge,
- . Gonflement,
- . Fièvre, frissons,
- . Ouverture de la plaie,
- . Odeur désagréable,
- . Crépitation (bruit de pas dans la neige),
- . Douleur nocturne, insomnante.