

LUXATION DE L'ARTICULATION METACARPO-PHALANGIENNE DU POUCE :

Qu'est-ce que c'est ?

- Définitions :

. *Luxation* : traumatisme entraînant une perte de congruence des surfaces articulaires secondaire au déplacement permanent des deux surfaces articulaires. Il s'agit donc du stade le plus grave de l'entorse puisqu'elle est responsable, le plus souvent, d'un arrachement complet du ou des ligaments responsables de la stabilité. Elle nécessite une tierce personne pour procéder à la réduction articulaire.

Une fois que la luxation est réduite, le traitement orthopédique (médical le plus souvent) s'apparente à celui d'une entorse grave.

. *Entorse* : lésion d'une ou de plusieurs structures capsulo-ligamentaires qui s'insèrent à proximité d'une articulation et permettent sa stabilité. Selon la gravité de celle-ci, elle peut aller de la simple distension à la rupture d'un ou de plusieurs éléments.

. *Les luxations de la MP du pouce*, sont plus rares que les entorses et peuvent être dorsales ou palmaires. Celle-ci est plus rare.



- Rappel anatomique :

L'articulation métacarpo-phalangienne (MP) du pouce présente 4 éléments capsulo-ligamentaires principaux permettant donc sa stabilité dans le plan médial, latéral, postérieur et antérieur. Il s'agit respectivement :

Ligament Latéral Interne (LLI ou LCM) ;

Ligament Latéral Externe (LLE ou LCL) ;

Capsule dorsale ;

Plaques palmaires, ainsi que les os sésamoïdes (au nombre de 2).



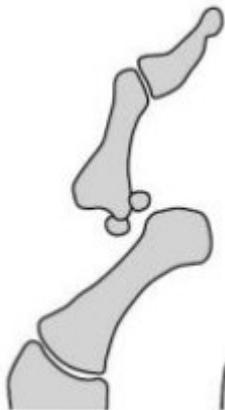
Lors de la luxation dorsale la plaque palmaire est souvent rompue et les sésamoïdes se retrouvent le plus souvent au dos du premier métacarpien. Les ligaments collatéraux sont rarement lésés.

- Généralités :

. **Le mécanisme lésionnel** lors des luxations dorsales est produit par un mouvement forcé en hyperextension de la MP, ou lors d'une chute, le pouce se « retournant » (accident de sport ou du travail).

Les luxations palmaire sont plus rares et se produisent en hyper flexion de la MP du pouce et sont souvent associées à une entorse grave.

. **Les signes cliniques** sont représentés par une déformation avec un aspect en Z avec la MP en hyper extension et l'inter phalangienne en flexion, associé bien sûr à un gonflement douloureux entraînant une impotence fonctionnelle. Lors des luxations palmaires la déformation est en baïonnette (flexion MP et extension IP).



L'examen clinique est réalisé de nouveau au décours de la luxation dans les plans frontaux et latéraux ainsi que lors des consultations médicales de suivi.

. **Les examens complémentaires** sont :

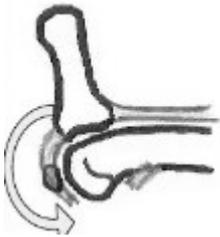
Radiographies standard : Avant et après réduction.

Confirme le diagnostique et visualise une ou des fractures associées.



Traitement :

Après réalisation du bilan para clinique, il faut pratiquer une réduction. Celle-ci est précise et il n'existe qu'une seule technique de réduction (exemple : manœuvre de Faraboeuf pour luxation dorsale). Elle se fait après une sédation adéquate (anesthésie locale +/- MEOPA).



Après réduction, il dépend du testing radio-clinique secondaire. Le plus souvent, il comporte une immobilisation de la colonne du pouce, soit dans un gantelet plâtré, soit dans une orthèse sur mesure. En fonction, il est réalisé de manière stricte jour et nuit puis avec sevrage progressif et auto-rééducation pour une durée de 4 à 6 semaines.

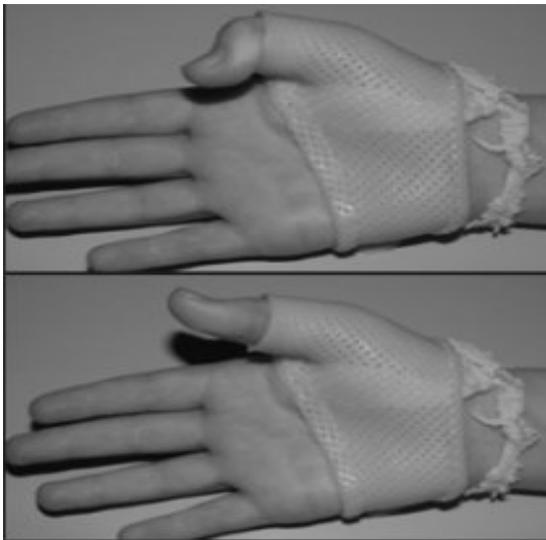


Rééducation :

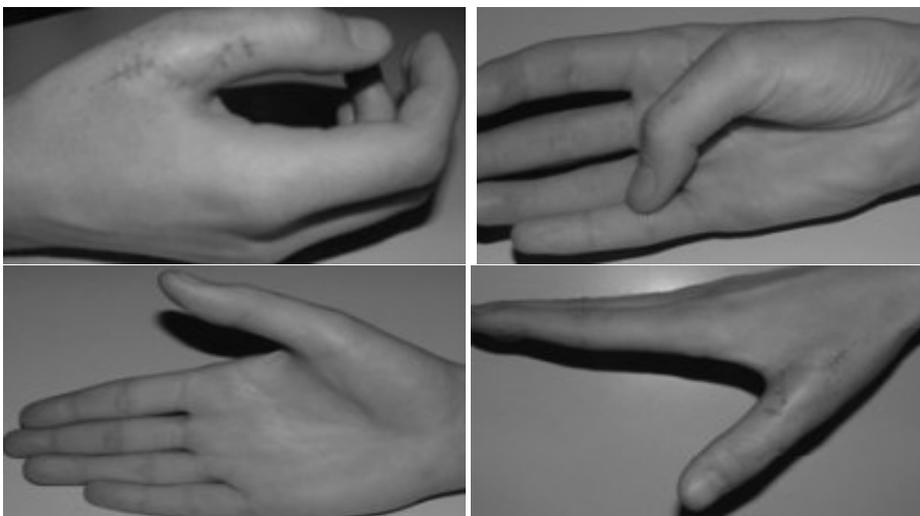
Dans le cas d'une luxation de la MP du pouce traitée orthopédiquement, l'auto-rééducation suffit le plus souvent et vous est expliquée lors du suivi en consultation médicale traumatologique.

Elle est essentielle pour ne pas perdre la fonctionnalité de la main (raideur et douleur notamment) avec un risque de séquelles importantes +++ . Elle doit donc être la plus précoce possible après l'obtention de la cicatrisation ligamentaire.

Elle débute dès le début du traitement, par la mobilisation active du poignet et de l'interphalangienne du pouce (articulations laissées volontairement libres). Il faut également associer initialement un glaçage régulier (maximum 20 minutes 5 fois par jour, sans brûler la peau) pour lutter contre l'œdème et la douleur.



Puis, lorsque la stabilité ligamentaire de la MP le permet (après traitement orthopédique ou chirurgical), un sevrage progressif de l'orthèse et la réalisation pluriquotidienne d'auto-exercices globaux du pouce sont recommandés (prises de Kapandji ou « accords du pouce » / Cf vidéo).



Il ne faut surtout pas se surmener, arrêter l'auto-rééducation trop tôt ou solliciter le pouce à l'extrême.

Ces lésions capsulo-ligamentaires (entorses) restent douloureuses longtemps (jusqu'à plusieurs mois), ce qui n'est pas un critère de gravité.

Cette auto-rééducation reste indispensable afin de récupérer la fonctionnalité du pouce (prise polliciale) tout en permettant la cicatrisation capsulo-ligamentaire. En cas d'échec, une nouvelle consultation médicale est indispensable.

Reprise d'une activité physique :

La reprise est autorisée (après consultation médicale le plus souvent) de la 8^{ème} à la 12^{ème} semaine post traumatique en fonction du type de lésion et du traitement mis en place.

Elle se fait le plus souvent sous couvert d'une orthèse souple ou mieux d'un strapping adapté.

Les attelles nocturnes et diurnes ne sont alors plus utiles.

