

ENTORSE DE L'ARTICULATION METACARPO-PHALANGIENNE DU POUCE :

Qu'est-ce que c'est ?

- Définitions :

. *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.

. *Luxation* : traumatisme entraînant une perte de congruence des 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 des ligaments.

- 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) ; le plus fréquemment atteint

Ligament Latéral Externe (LLE ou LCL) ;

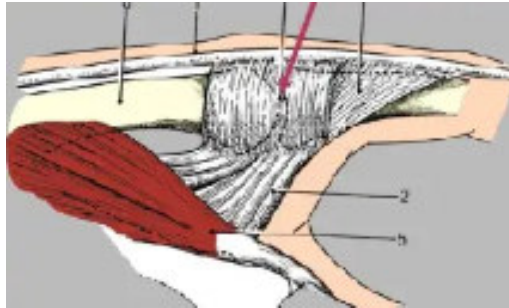
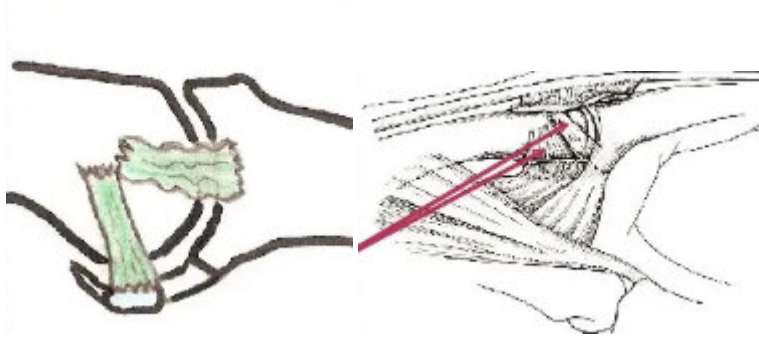
Capsule dorsale ;

Plaques palmaires.

Les ligaments collatéraux maintiennent cette articulation et assurent principalement sa stabilité, ce qui est indispensable pour l'efficacité de la pince pouce – index.



L'entorse du ligament latéral interne (LLI ou LCM) est l'atteinte la plus fréquente et la plus grave.



- Généralités :

. **Le mécanisme lésionnel** décrit surtout initialement, de part sa fréquence, dans les accidents de ski ou de snowboard. Elle résulte d'un mécanisme d'écartement forcé (hyper extension ou hyper flexion associée à un étirement dans le plan latéral = abduction forcée).

Dans les cas les plus graves elle peut entraîner une instabilité chronique de cette articulation, conduisant secondairement à une arthropathie invalidante.

Des entorses du LLE, de la capsule dorsale ou de la plaque palmaire de la MP du pouce associées ou isolées sont également possibles.



. **Les signes cliniques** sont une douleur (qui n'est pas proportionnelle à la gravité de atteinte), un gonflement (souvent modéré), un hématome et surtout une laxité pathologique/instabilité qui signe la gravité de la pathologie.

En effet, une instabilité latérale au testing signe une rupture ligamentaire et impose une réparation chirurgicale.

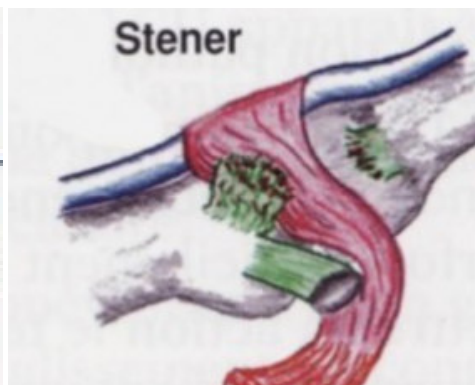
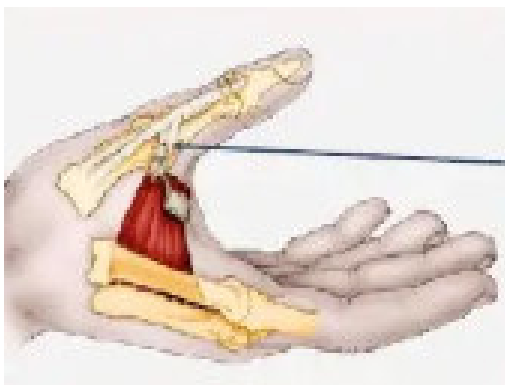


. Les examens complémentaires sont :

Une radiographie standard +/- clichés dynamiques pour éliminer un arrachement osseux associé (en fonction certaines entorses du LLI avec arrachement osseux imposent un traitement chirurgical).



Une échographie dynamique peut être demandée dans les 8 jours pour confirmer le diagnostic lésionnel et parfois juger de sa gravité en objectivant un **effet Stener**. Il s'agit, dans le cas d'une atteinte du LLI, d'une perte de contact entre les deux moignons de rupture du LCM par interposition de l'aponévrose de l'adducteur du pouce.





Traitement :

Il dépend de la gravité de l'entorse, de bénignes à graves. Il est décidé lors de l'examen médical initial et adapté dans le cadre du suivi médical spécialisé du patient.

Il peut être orthopédique par 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 2 à 6 semaines.



Il peut être chirurgical (laxité pathologique ; effet Stener ; arrachement osseux avec critères de gravité). S'il est réalisé précocement par suture ou réinsertion du ligament. Jusqu'à la ligamentoplastie ou arthrodèse s'il est pris en charge tardivement.

La chirurgie secondaire est nécessaire si besoin mais les résultats sont moins bons.

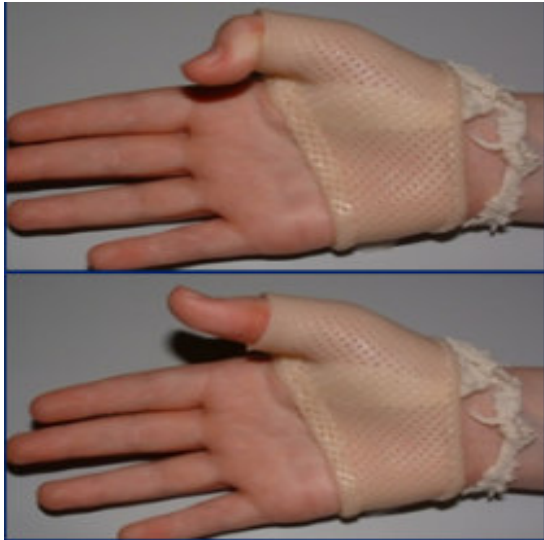


Rééducation :

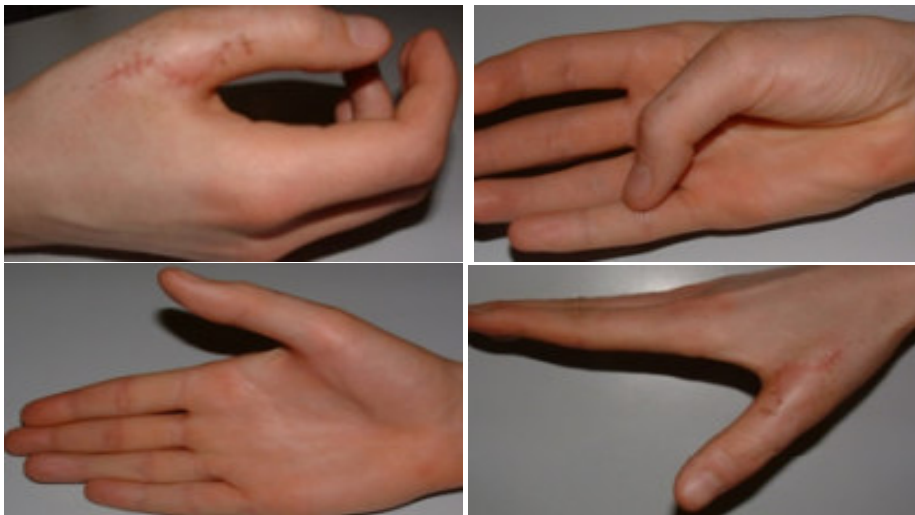
Dans le cas d'une entorse de la MP du pouce traitée orthopédiquement l'auto-rééducation suffit le plus souvent et vous est expliquée lors du suivi en consultation médicale traumatologique.

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 pollici digitale) 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 3^{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.

