

Le pouce du skieur ou entorse grave de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce

Dr xavier Martinache

Rappel anatomique.

La stabilité latérale de l'articulation métacarpo- phalangienne (MCP) du pouce est particulièrement importante pour la fiabilité des prises pouce- index.;cette stabilité est conditionnée par l'intégrité de deux ligaments :le ligament latéral interne (LLI) le plus souvent traumatisé (dans 9 cas sur 10) et le ligament latéral externe.

Le terme d'entorse regroupe toutes les atteintes des structures ligamentaires allant de la simple élongation jusqu'à la rupture complète.

Mécanisme lésionnel

Les entorses du ligament latéral interne surviennent à la suite d'un mécanisme d'écartement brutal du pouce vers l'extérieur.

Lors de la pratique du ski, cette lésion est particulièrement fréquente et survient de 2 manières distinctes:

Lors d'une chute si le pouce se plante dans la neige et que le reste du corps continue de glisser ou encore par le biais d'un entrapement du pouce dans la dragonne .

Bien entendu le ski n'est pas la seule activité susceptible d'entraîner une entorse de

l'articulation MCP du pouce et les sports de ballon ou encore les traumatismes lors de chahuts ou de rixes donnent des tableaux similaires.

Signes cliniques

Suite à la chute, le pouce peut être très douloureux avec un gonflement souvent minime (par rapport à une entorse de cheville).

Il est fondamental de comprendre que l'intensité de la douleur ressentie n'est pas corrélée à la gravité de l'entorse. Ainsi un pouce très douloureux peut correspondre à une lésion d'étirement simple. À l'inverse une douleur initialement vive, mais qui s'atténue rapidement peut correspondre à un tableau de rupture complète du ligament.

Le diagnostic de gravité est un diagnostic spécialisé qui ne peut être porté qu'après examen comparatif de la laxité des deux articulations MCP ; une instabilité latérale franche au testing signe une rupture ligamentaire et impose une réparation chirurgicale du ligament car du fait d'une configuration anatomique particulière le LLI n'a pas la possibilité de se rattacher seul sur la base de la phalange une fois arraché. C'est ce que l'on nomme l'effet STENNER.

Bien entendu le testing clinique sera précédé d'un examen radiographique car le ligament peut avoir été arraché avec un fragment osseux ce qui modifie la prise en charge.

Souvent la douleur initiale empêche la réalisation d'un testing fiable ; il faut alors réexaminer le patient après quelques jours d'immobilisation.

Doit on avoir recours à des examens complémentaires ?

La radiographie standard est indispensable pour éliminer une fracture associée.

En cas d'hésitation chez certaine personne hyperlaxes nous réalisons des clichés en stress (position forcée reproduisant le mécanisme initiateur du traumatisme) pour confirmer que la laxité latérale n'est pas majorée du côté traumatisé.

L'échographie peut permettre de diagnostiquer un ligament rompu et rétracté ; elle est le plus souvent inutile sauf peut être en cas de lésions bilatérales.

Quel est le traitement ?

Il est, bien entendu, entièrement conditionné par le degré de gravité de l'entorse :

Les entorses bénignes ou de moyenne gravité (sans rupture complète du

ligament)

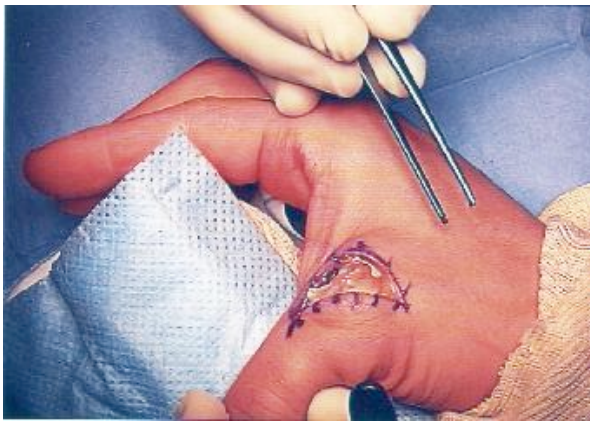
seront traitées par une attelle ou un plâtre pendant 10 jours dans le premier cas et trois semaines dans le second.

En revanche les entorses graves avec rupture complète du ligament devront être systématiquement opérées. On dispose d'une dizaine de jours après le traumatisme pour effectuer une réparation directe du ligament sans difficulté particulière.

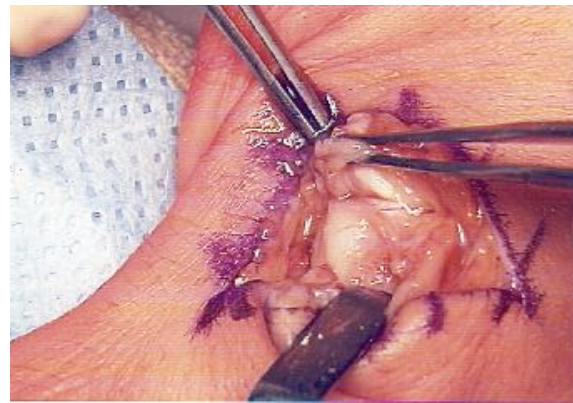
Passé ce délai, les conditions peuvent imposer de devoir faire appel à une greffe tendineuse pour reconstituer le ligament qui a perdu son élasticité et s'est « collé » aux tissus environnants.

Après l'intervention qui se déroule en Ambulatoire (on entre le matin ;on sort le soir) un plâtre ou une résine doit être portée pendant 4 semaines. Des séances de rééducation seront souvent nécessaires après cette phase d'immobilisation pour retrouver la souplesse et la mobilité de la colonne du pouce.

les activités sportives ou professionnelles lourdes seront à éviter pendant trois mois.



entorse grave du LLI avec laxité majeure



le Ligament désinséré est tenu par la pince

Quels sont les risques en cas de méconnaissance d'une lésion grave ?

Ce cas de figure est très fréquent .Les chirurgiens de la main voient en consultation de nombreux patients qui ont eu une entorse grave non diagnostiquée et dont eux même ne se souviennent plus forcément . Avec le temps la douleur s'est estompée et il se sont « adaptés » à leur instabilité .Toutefois lors de prises de force leur pouce a tendance à « fuir » . Le fait que l'articulation fonctionne dans des secteurs de mobilité anormaux pour sa morphologie entraine à terme l'apparition d'une arthrose.et de ce fait la réapparition de douleurs qui n'existaient plus depuis des années. Lorsque l'articulation est abimée sur la radiographie.la seule solution est de

proposer le blocage de l'articulation (arthrodèse) c'est une intervention définitive qui ne gêne absolument pas la fonction de la main pour le futur et que les chirurgiens proposent sans hésitation à leurs patients en cas de gêne.