

Cas clinique

- Femme 64 ans, BSH, couturière
- Ressent un blocage de son annulaire droit depuis 2 mois, elle doit forcer pour arriver à l'étendre



Le doigt à ressaut

Dr. Matthieu JAËN

Chirurgien orthopédique FMH

Lausanne (Amiia Clinique) – Montreux (Clinique CIC)

Matthieu.jaen@svmed-hin.ch

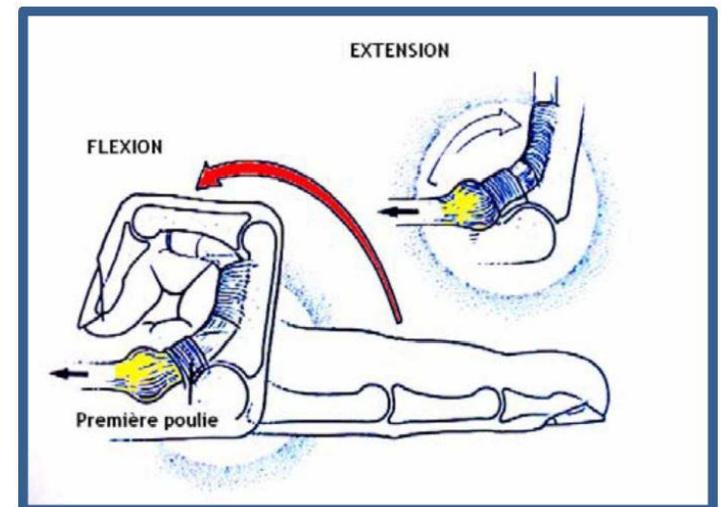
Définition

- Etat dans lequel un doigt reste bloqué en position pliée puis se redresse brusquement
- Le doigt à ressaut : inflammation >>> nodule inflammatoire
- Un épaissement de la poulie A1 peut également être retrouvé

Review > J Occup Environ Med. 2000 May;42(5):526-45.
doi: 10.1097/00043764-200005000-00012.

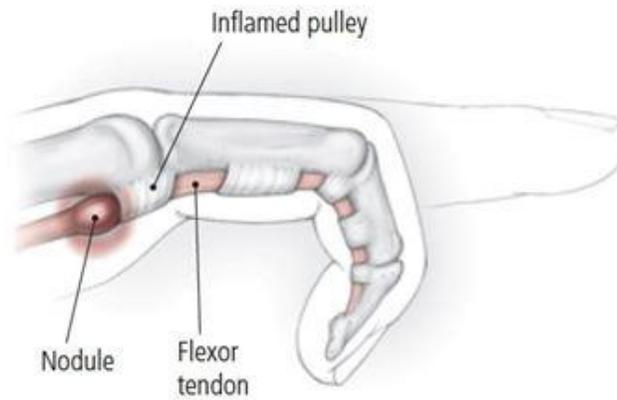
Flexor tendon entrapment of the digits (trigger finger and trigger thumb)

J S Moore ¹



Histoire

- Décrit pour la première fois en 1850 par : Alphonse Notta
- « Nodule de Notta »



Recherches sur affection particulière des gaines tendineuses de la main, caractérisée par le développement d'une nodosité sur le trajet des tendons fléchisseurs des doigts et par l'empêchement de leurs mouvements

NOTTA Arch Gen Med 24 142-161, 1850

Epidémiologie

- 2 à 3 % de la population
- Femmes > 50 ans +++
- Fréquent chez les diabétiques (10%)
- Annulaire >> Majeur >> Pouce

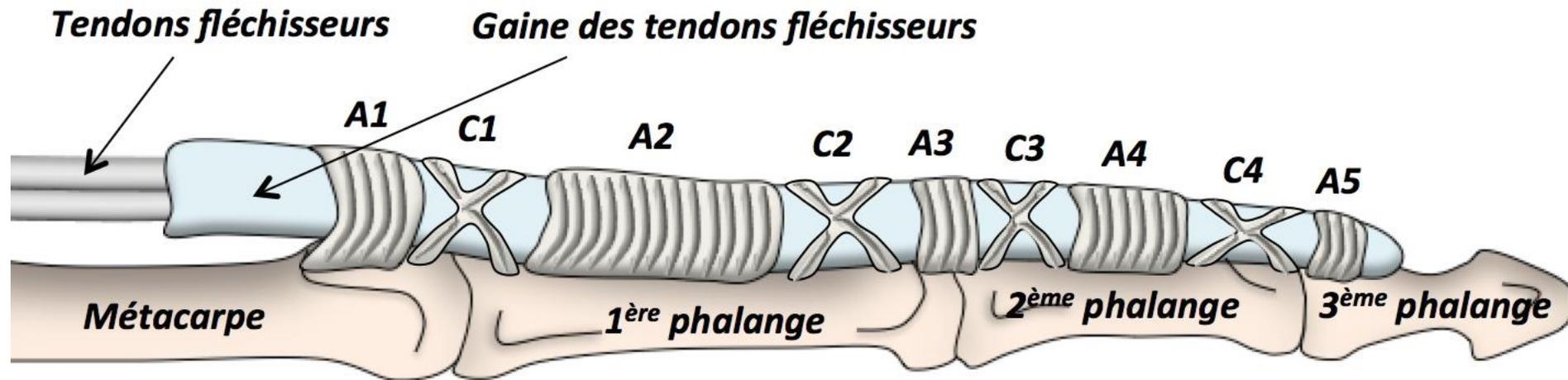
Facteurs de risque et conditions associées

- Gestes répétitifs
- Diabète (10%)
- Maladies rhumatismales (PR++)
- Syndrome du tunnel carpien (60% des DàR)
- Post traumatique (lésion du tendon, cicatrice)
- Hypothyroïdisme
- Amyloïdose, sarcoïdose

Rappel anatomique

- Tendons fléchisseurs : poulies
- 5 poulies annulaires (A1->A5)
 - Impaires en regard des articulations MCP et IP
 - Paires en regard des phalanges P1 et P2
- 4 poulies cruciformes (C1->C4)

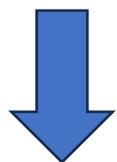
Rappel anatomique



A = Poulies annulaires
C = Poulies cruciformes

Mécanisme

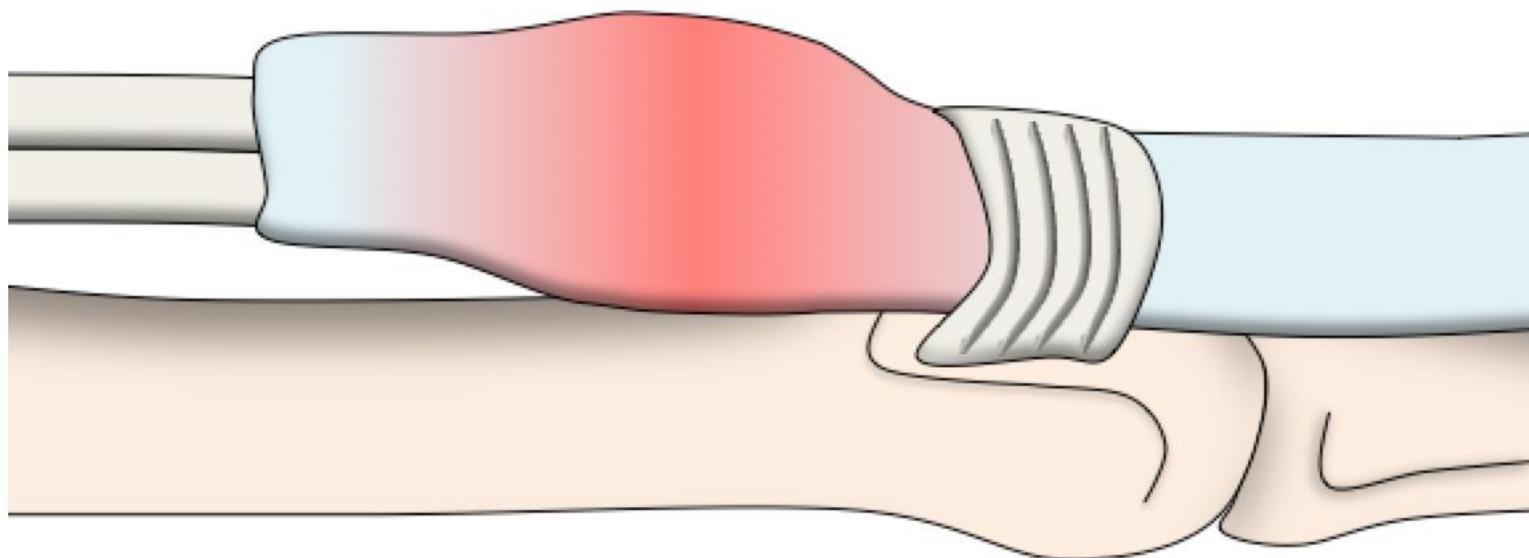
- Inflammation du tendon



- Ténosynovite



- Blocage



Classifications

Classification de Quinell

Grade 0	Mouvement normal seulement avec petit crissement
Grade I	Pas de blocage, mais mouvement disharmonieux
Grade II	Blocage avec correction active
Grade III	Blocage visible nécessitant une extension passive par le patient
Grade IV	Blocage du doigt

Classification de Green

TABLE I The Green Classification of Trigger Finger Symptoms¹⁸

Grade I	Pain or tenderness at the A1 pulley
Grade II	Catching but can actively extend digit
Grade III	Locking, requiring passive extension
Grade IV	Fixed flexion contracture

Examen clinique

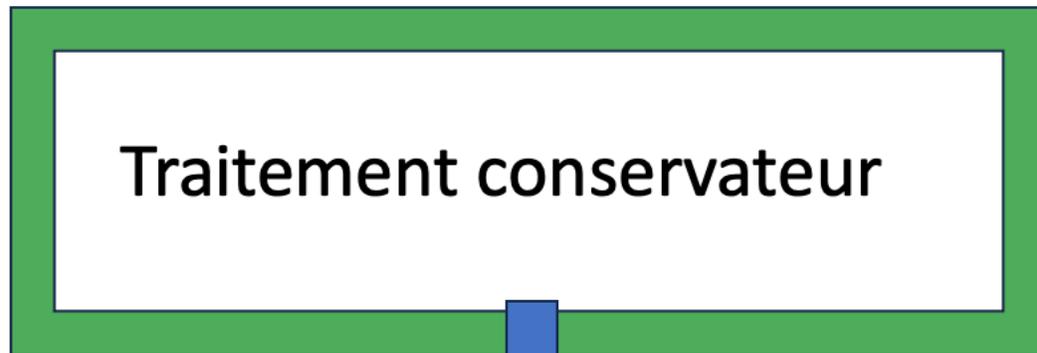
- Palpation

- **Sensibilité** au niveau de la poulie A1
- **Nodule palpable** du tendon fléchisseur mouvement

- Ressaut

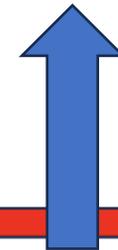
- A la flexion/extension du doigt
- Flexion fixée de l'articulation interphalangienne proximale

Options de traitement



Repos/Modif des activités
Orthèse nocturne
Infiltration de corticoïdes

Section de la poulie A1
+/- Tenosynovectomie



Littérature

- 1. Immobilisation** : Cas aigus ayant une durée inférieure à 3 mois : orthèse bloquant l'articulation interphalangienne proximale (PIP) ou l'articulation métacarpophalangienne (MCP) à porter la nuit pendant 6 à 8 semaines.
- 2. Injection de corticostéroïdes** : L'infiltration de corticostéroïdes doit être proposée à tous les patients, indépendamment des comorbidités telles que le diabète, au maximum 3.
- 3. Gestion chirurgicale** : Symptômes persistants malgré attelle + infiltration(s) ou cas sévères (grade 3 et 4) ou cas chroniques (symptômes depuis plus de 3-4 mois).

Review > [J Am Acad Orthop Surg](#). 2020 Aug 1;28(15):e642-e650.

doi: 10.5435/JAAOS-D-19-00614.

Current Concepts in the Management of Trigger Finger in Adults

[Joseph A Gil](#) ¹, [Andrew M Hresko](#), [Arnold-Peter C Weiss](#)

Cas clinique

- Femme 64 ans, BSH, couturière
- Ressaut D4 main droite depuis 2 mois



Cas clinique

- Homme 59 ans, diabétique, ingénieur
- Ressaut D3 main droite depuis 8 mois, Grade III
- Prise en charge ?

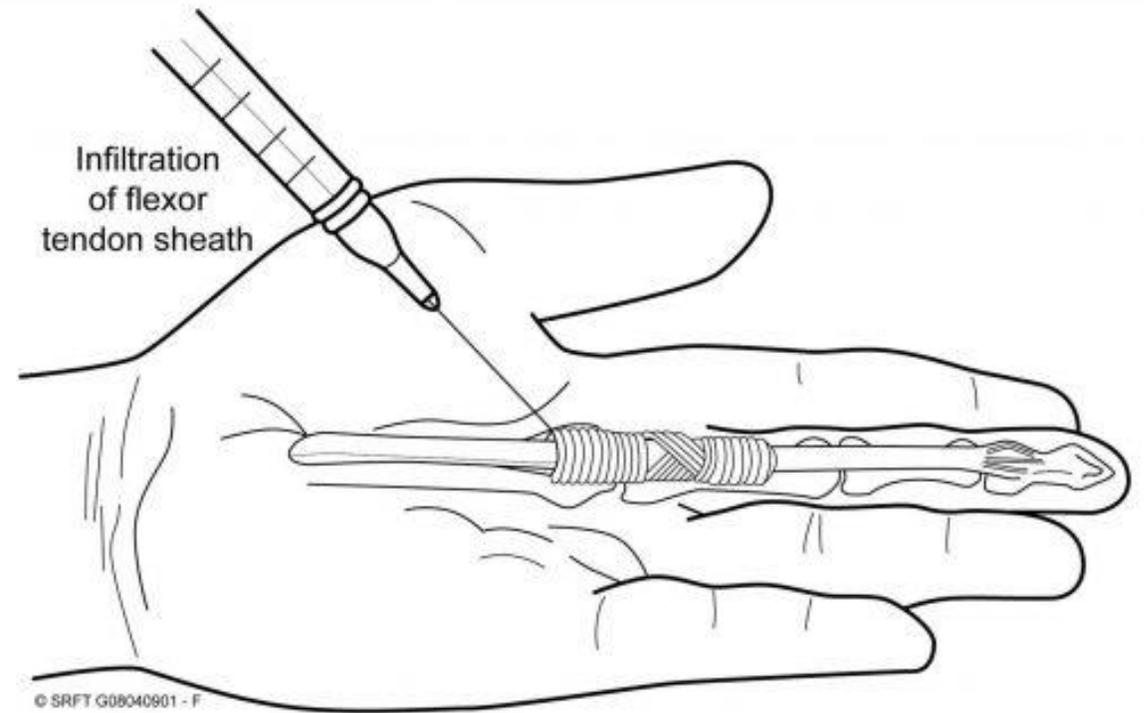
Cas clinique

- Femme 55 ans, ATCD plaie tendon fléchisseur D2 en zone II
- Récidive de ressaut D2, Grade III, après 6 semaines d'une infiltration d' AIS
- Prise en charge ?

Infiltration

- Produit : AIS (Depo-Medrol 40 mg + 0,5 mL lidocaïne)
- Technique : avec ou sans US
 - Point d'injection en regard de la poulie A1
 - Piquer dans le tendon fléchisseur
 - L'aiguille bouge avec les mouvements du doigt
 - Retirer légèrement l'aiguille jusqu'à ce qu'elle ne bouge plus avec le doigt
 - Injecter dans la gaine

Infiltration



Cas clinique

- Homme 55 ans, épileptique
- Contracture de D4 en flexion évoluant depuis plusieurs années



La maladie de Dupuytren

Dr. Matthieu JAËN

Chirurgien orthopédique FMH

Lausanne (Amiia Clinique) – Montreux (Clinique CIC)

Matthieu.jaen@svmed-hin.ch

Définition

- Trouble prolifératif bénin caractérisé par une diminution de la fonction de la main qui commence par un nodule indolore et progresse pour former des cordons pathologiques et des contractures de la paume et des doigts.

• Fibroblastes normaux  myofibroblastes anormaux

• Collagène type III +++ , collagène type I ---

• Propriétés tissulaires modifiées  formation de contractures

Histoire

- Décrit pour la première fois en 1831 par le baron Guillaume de Dupuytren
- « Fibrose rétractile de l'aponévrose palmaire »



Epidémiologie

- 30 pour 100.000
- Ratio 2:1 homme/femme
- Plus sévère chez les hommes, apparait entre 50 et 70 ans
- Annulaire > Auriculaire > Majeur > Index

Facteurs de risque et conditions associées

- Alcool : risque x2
- Diabète : 67% de Dupuytren après 20 ans de maladie
- Epilepsie : risque x2
- Les traumatismes : facteur déclenchant une prédisposition

Anatomie

Aponévrose palmaire moyenne :

- Relie aponévroses thénariennes et hypothénariennes
- Continuité avec le long palmaire
- Forme des bandelettes pré-tendineuses
- Différents niveaux de fibres (superficiel, moyen, profond)

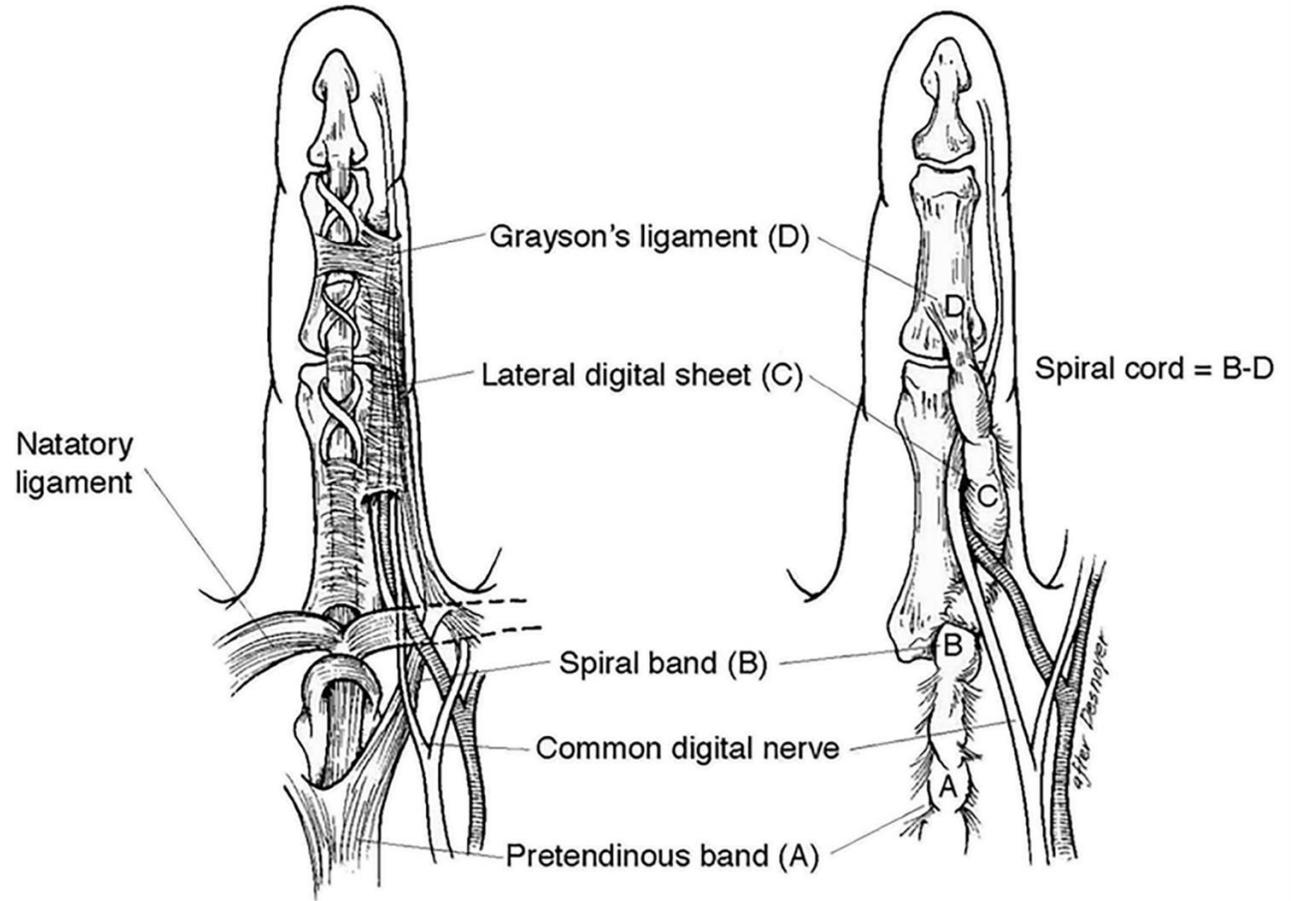
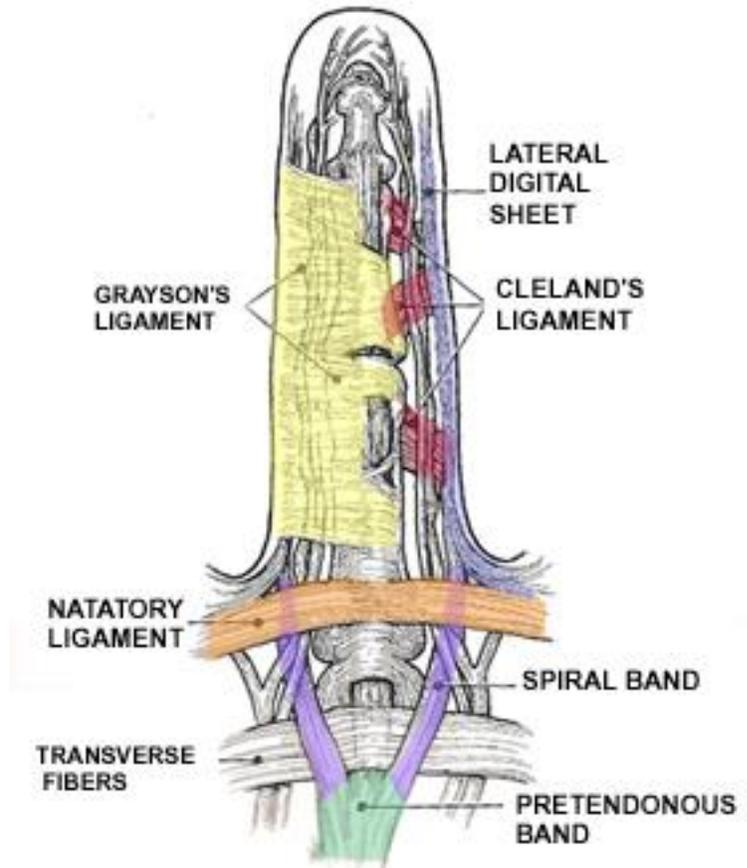
- Cloisons verticales : cloisons de Legueu et Juvara
 - Connexion aponévrose palmaire moyenne à profonde
 - Sept compartiments : tendons fléchisseurs et pédicules vasculo-nerveux

Anatomie

Aponévrose digitale

- Bandelettes pré-tendineuses  bandelettes sagittales/spirales
- Forment avec le ligament natatoire : la lame digitale (soutien et guidage tendons et nerfs)
 - Bandelette rétrovasculaire
 - Ligament de Cleland
 - Ligament de Grayson

Anatomie



Classifications

Clinique



Histopathologique



Classification de Luck

Stages of Dupuytren's (Luck)	
Proliferative stage	Hypercellular with large myofibroblasts and immature fibroblasts - this is a nodule Very vascular with many gap junctions Minimal extracellular matrix
Involutional stage	Dense myofibroblast network Fibroblasts align along tension lines and produce more collagen Increase ratio of type III to type I collagen
Residual stage	Myofibroblast disappear (acellular) leaving fibrocytes as the predominate cell line Leaves dense collagen-rich tissue/scar

TABLE

Tubiana classification system¹⁷

Stage	Contracture
0	No extension deficit.
N	N describes a nodule, but without contracture.
1	Total contracture is ≤ 45 degrees.*
2	Total contracture of 46-90 degrees.*
3	Total contracture reaches 91-135 degrees.*
4	Total contracture > 135 degrees.*

*Total contracture equals the sum of extension deficits found in all 3 joints of the same finger.

Présentation clinique

- Histoire :
 - **Nodules** palpables dans la paume, le long du pli palmaire distal
 - Progression des nodules en **cordons**
 - **Contractures** en flexion fixe aux articulations MCP et PIP
 - Douleur rarement
- Symptômes :
 - Diminution de l'amplitude
 - **Nodules indolores**
- Rechercher l'implication bilatérale et les associations ectopiques (fascia plantaire)
 - Indicatif d'une forme plus agressive (diathèse de Dupuytren)

Présentation clinique

- Examen physique
 - Nodules indolores en regard de la paume
 - Blanchissement de la peau avec l'extension du doigt
 - Creux et sillons dans la paume

- Test de la table de Hueston
 - Demander au patient de poser la paume à plat sur une table



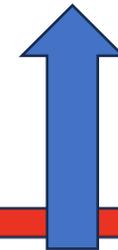
Options de traitement

Traitement conservateur



Ergothérapie
Injection de collagénase
Aponévrotomie percutanée à l'aiguille

Fasciectomie partielle
Fasciectomie totale



Chirurgie

Littérature

1. **Ergothérapie, observation** : Nodules seuls, ou contractures mineures
2. **Injection de collagénase** : Stades précoces, effets secondaires ++, taux de récurrence ++
3. **Aponévrotomie percutanée à l'aiguille** : Stades précoces, taux de récurrence ++
4. **Fasciectomy partielle** : Stades avancés, MCP > 30°, contractures IPP, récurrences

Review > Bone Joint J. 2018 Sep;100-B(9):1138-1145.

doi: 10.1302/0301-620X.100B9.BJJ-2017-1194.R2.

Treatment of Dupuytren's contracture: a systematic review

E Soreide ¹, M H Murad ², J M Denbeigh ³, E A Lewallen ⁴, A Dudakovic ³, L Nordsletten ⁵,
A J van Wijnen ⁶, S Kakar ³

Cas clinique

- Homme 55 ans, épileptique
- Contracture de D4 en flexion évoluant depuis plusieurs années



Cas clinique

- Homme 60 ans, BSH
- Nodule indolore dans le pli de flexion palmaire, pas de cordon ni de contracture
- Prise en charge ?

Cas clinique

- Homme 45 ans, diabétique
- Cordon palpable et contracture de D3 en flexion stade I selon Tubiana
- Prise en charge ?

Take Home Message

- Pas de consensus sur algorithme thérapeutique
- Maladie évolutive dont les traitements conservateurs sont d'autant plus efficaces et entraînent moins de récurrences s'ils sont effectués précocement
 - Dépistage +++
- Traitement chirurgical pour les récurrences et stades avancés

Merci pour votre attention !

