



Traumatismes ostéo-articulaires de la colonne du pouce La chirurgie est souvent nécessaire

La traumatologie de la colonne du pouce est d'une extrême diversité. Elle impose des choix thérapeutiques individuellement adaptés à chaque situation lésionnelle, le plus souvent guidés par des objectifs fonctionnels. L'option chirurgicale s'arroge un part significative dans la prise en charge de cette traumatologie courante.

LA COLONNE du pouce est l'élément structural le plus important de la main.

L'une des principales contributions à la perfection des performances fonctionnelles de la main résulte en effet de la capacité du pouce à s'opposer à chacun des autres doigts. Cette capacité est liée à trois qualités, exceptionnellement trouvées sur une même entité : mobilité, stabilité, puissance motrice. Il existe ainsi, en partant du proximal jusqu'au distal : une jonction positionnelle de mobilité (l'articulation trapézo-métacarpienne, évoquant l'épaule) ; une jonction directionnelle de stabilité (la métacarpo-phalangienne, évoquant le coude) ; une partie distale d'aboutissement et d'expression de la fonction (l'interphalangienne suivie de la pulpe, évoquant l'unité poignet-main).

À partir de cette position, la colonne effectue un cône de circumduction pour se porter vers les autres doigts. Ce « pivotage » de la colonne permet à la pulpe du pouce de parcourir une course l'amenant de la face externe de l'index jusqu'au pli palmaire inférieur de la base du cinquième doigt. Cette course est un moyen d'évaluation de la capacité d'opposition. Elle combine des mouvements d'antépulsion, de flexion et de pronation automatique.

Un polymorphisme lésionnel. La traumatologie de la colonne du pouce est caractérisée par un extrême polymorphisme lésionnel, à la fois topographique et structural. Chaque atteinte doit bénéficier d'une prise en charge propre, en s'aidant au préalable d'un bilan analytique précis : six incidences radiographiques spécifiques pour la trapézo-méta-

carpienne et des clichés standards et dynamiques au niveau de la métacarpo-phalangienne.

L'étage trapézo-métacarpien. A cet étage peuvent survenir des fractures pures ou des luxations plus ou moins déstabilisantes ou encore des luxations. Les lésions relèvent le plus souvent d'un traitement chirurgical qui, même bien réalisé, ne peut pas toujours éviter une arthrose séquellaire.

Les fractures de la base du premier métacarpien englobent les fractures-luxations de Bennett, les fractures de Rolando, les fractures comminutives et les fractures extra-articulaires.

La très vaste majorité de ces lésions relève d'un traitement chirurgical. Les fractures de Bennett fragmentent de façon parcellaire la base articulaire et produisent une luxation dorso-radiale du premier métacarpien. Elles nécessitent dans les meilleurs délais une intervention soit de brochage (de proximité ou transarticulaire), soit d'ostéosynthèse épiphysaire proximale. Ce traitement chirurgical cherche à restituer les meilleures conditions de congruence et de stabilité articulaires pour prévenir, à terme, une évolution arthrogène. Les fractures de Rolando diffèrent des précédentes en associant, à la fracture de la base du métacarpien, une fracture complète de l'épiphysaire articulaire. Elles relèvent d'une ostéosynthèse de reconstruction chirurgicale directe, suivie d'une immobilisation postopératoire.

Les fractures comminutives précèdent d'une logique similaire aux fractures de Rolando. Les fractures extra-articulaires de la base du premier métacarpien ont un meilleur pronostic que les précédentes. Les autres lésions de cet étage sont les luxations trapézo-métacarpiennes survenant ou non sur une arthrose préexistante et qui réclament, le plus souvent, une stabilisation ; et les fractures articulaires du trapéze dont le diagnostic et le traitement chirurgical restent délicats en cas de déplacement. A l'étage métacarpo-phalangien, il s'agit d'entorses et de luxations.

Les entorses se situent dans le plan frontal et sont soit médiales (ulnaires), soit latérales (radiales). Les luxations ont lieu dans le plan sagittal (elles peuvent être dorsales ou palmaires).

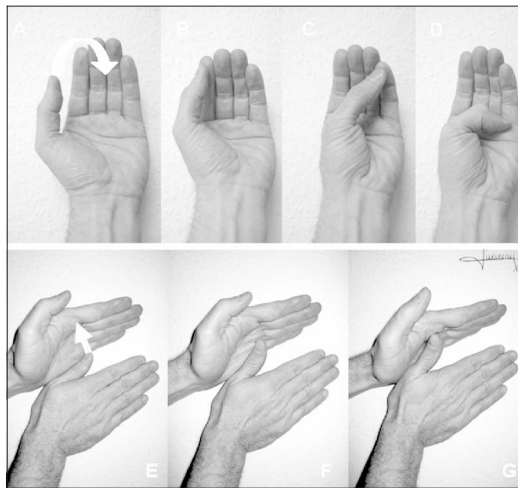
L'entorse du ligament collatéral est la mieux connue de ces lésions ; elle est volontiers désignée sous le nom de « pouce traumatique du skieur ». La démarche clinique analytique, après bilan radiographique conventionnel, consiste à confirmer le diagnostic lésionnel d'entorse grave soit sur des clichés dynamiques comparatifs, soit sur la base de constatations anormales en IRM ou en arthro-IRM (plus invasive).

De façon schématique, l'entorse bénigne relève d'une immobilisation plâtrée et l'entorse grave, en général, d'une réparation chirurgicale, plus particulièrement lorsqu'elle inclut une lésion dite de Stener.

Cette dernière se définit comme l'interposition de la cossière des interosseux entre les deux moignons du ligament collatéral médial rompu et interdit donc, en l'absence de réparation chirurgicale, la cicatrisation spontanée. L'entorse du ligament collatéral latéral, moins fréquente, semblerait plus grave et plus souvent évolutive sur le mode arthrogène. Elle réclame une chirurgie encore plus résolument réparatrice.

Les entorses et luxations dorsales résultent, quant à elles, d'un mouvement d'hyperextension forcée, réalisant au maximum le tableau spectaculaire décrit par Farabeuf. Plusieurs degrés de gravité croissante caractérisent cette luxation postérieure de la base de la première phalange sur la tête puis le col du premier métacarpien. Des dégâts plus ou moins sévères de l'ensemble sangle sésamoïdienne-plaque palmaire accompagnent ce déplacement phalangien. Les manœuvres de réduction, à effectuer au plus vite, sont strictement codifiées ; ce n'est qu'en cas d'impossibilité de réduction que le recours à l'abord chirurgical se révèle nécessaire.

Le pronostic des formes simples de ces luxations, traitées orthopédiquement, se révèle en général favorable. Celui des formes



Le parcours d'opposition et son mode d'évaluation

complexes est plus réservé. Les entorses et luxations palmaires sont plus rares et résultent d'un impact traumatique dorsal sur la base de la première phalange. Cliniquement, le décroché entre la saillie dorsale de la tête métacarpienne et la dépression du déplaçement antérieur de la base phalangienne est évocateur, la radiographie confirmant le diagnostic. Le traitement est orthopédique (réduction suivie d'immobilisation). Ce n'est qu'en cas de subluxation antérieure persistante ou d'instabilité latérale résiduelle que la réparation chirurgicale s'impose.

A l'étage interphalangien. Peut survenir des luxations interphalangiennes et des fractures de la deuxième phalange du pouce. Les luxations peuvent se produire dans le plan frontal aussi bien que sagittal. Elles nécessitent, en général, un traitement orthopédique (réduction suivie d'immobilisation), conduisant à une évolution, en général favorable.

Les fractures de la deuxième phalange sont soit basales, soit articulaires (avec ou sans mécanisme

d'arrachement de l'insertion tendineuse de type Mallet-Finger pour l'extenseur ou pour le fléchisseur). Les fractures accompagnées d'arrachement de l'appareil tendineux extenseur, abusivement qualifiées de « doigt en maillet », relèvent habituellement d'un traitement orthopédique, sauf en cas de subluxation palmaire persistante du fragment distal, imposant alors un brochage de stabilisation. Les fractures articulaires avec arrachement de l'appareil tendineux fléchisseur, lorsqu'elles sont déplacées, nécessitent une intervention d'ostéosynthèse.

Les fractures non articulaires de la deuxième phalange sont soit diaphysaires, soit dans le voisinage immédiat de l'ongle. Les premières justifient un simple traitement orthopédique, les secondes sont volontiers accompagnées d'ouverture cutanée, de désinsertion de la partie, ou de contusion des parties molles. Elles relèvent alors, la plupart du temps, d'une intervention chirurgicale réparatrice.

D'après une conférence d'enseignement du Pr Philippe Liverneaux, Strasbourg.

Ruptures de coiffe d'épaule La réparation arthroscopique reste une option sélective

La chirurgie arthroscopique réparatrice de la coiffe des rotateurs occupe à présent une place importante dans l'arsenal chirurgical de traitement de cette pathologie scapulaire.

Ses indications ne doivent pas être seulement conditionnées par la maîtrise de cette technique délicate. Elle veut résulter de la prise en compte de tous les paramètres à la fois lésionnels et individuels de chaque patient.

EN PRÉSENCE d'une rupture transfixiante des tendons de la coiffe des rotateurs relevant d'une indication chirurgicale, il est naturellement tentant d'envisager la réparation endoscopique plutôt que

l'option chirurgicale classique, dite à ciel ouvert, et réputée plus lourde en durée de récupération postopératoire. En effet, des études à court terme ont objectivé une efficacité réparatrice similaire de la technique endoscopique et des techniques historiques de référence, c'est-à-dire soit les techniques à ciel ouvert, soit la variante dite « mini-open ».

Le choix final est cependant susceptible de varier suivant le patient et le chirurgien, tout en s'appuyant sur une appréciation globale d'un ensemble de variables.

Le diagnostic de rupture transfixiante nécessite en premier lieu une confirmation anatomique irrefutable par imagerie moderne, surtout après injection (arthro-IRM, arthroscanner) plus discriminante

que les techniques sans injection (échographie et IRM). C'est le passage du produit de contraste de l'articulation vers l'espace sous-acromial qui signe en effet le caractère transfixiant. Seront également appréciées sur ces documents les dimensions (autant sagittales que frontales) de la rupture et l'état musculaire d'amont (infiltration graisseuse ou atrophie).

Plusieurs procédés chirurgicaux. Les techniques dites à ciel ouvert, mises au point les premières sont très diverses. Elles font appel à des réinsertions directes après mobilisation, à des autoplasties locales par avancement musculo-tendineux, à des autoplasties loco-régionales et à des transferts musculo-tendineux.

Elles ont en commun de vouloir recalotter la tête d'une structure tissulaire continue, amarrée le plus souvent en bordure de celle-ci, de façon transosseuse, dans une tranchée créée à cet effet au contact des tubérosités.

Introduite à partir des années 1980, l'arthroscopie d'épaule a connu un développement sans précédent. Au sein de l'ensemble des techniques de réparation sous contrôle endoscopique, on englobe à la fois la technique dite « mini-open » et la technique strictement endoscopique. Dans la technique dite « mini-open », le premier temps reste arthroscopique (assurant l'identification et le repérage lésionnel accompagnés d'une décompression sous-acromiale), alors que le deuxième

temps, de réparation proprement dite, s'effectue hors arthroscopie de façon mini-exposée. Dans la technique endoscopique stricte, tous ces temps sont effectués arthroscopiquement, à condition de disposer à la fois de l'équipement nécessaire et de l'expérience chirurgicale indispensable à la réalisation de cette technique composée d'une stratégie de gestes codifiée et délicate.

Un équilibre subtil. Chacune de ces techniques comporte des avantages et des inconvénients spécifiques.

Du point de vue du temps de décompression acromiale, les techniques « mini-open » et endosco-

-> SUITE PAGE 6