

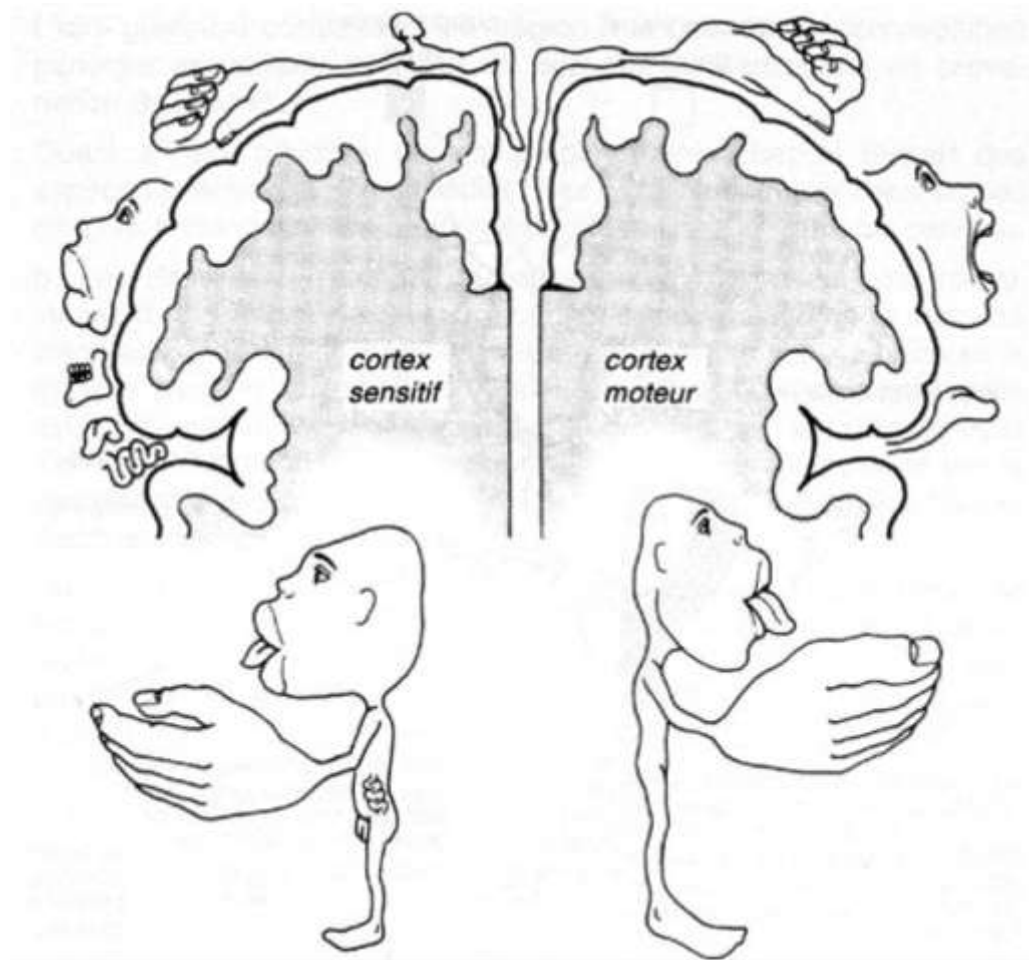


PATHOLOGIE DE LA MAIN ET DU POIGNET

Dr Patrice Zaugg

**Chef du Service de Chirurgie Plastique,
Reconstructive, Esthétique et de la Main
Hôpital du Valais, Sierre**

INTRODUCTION

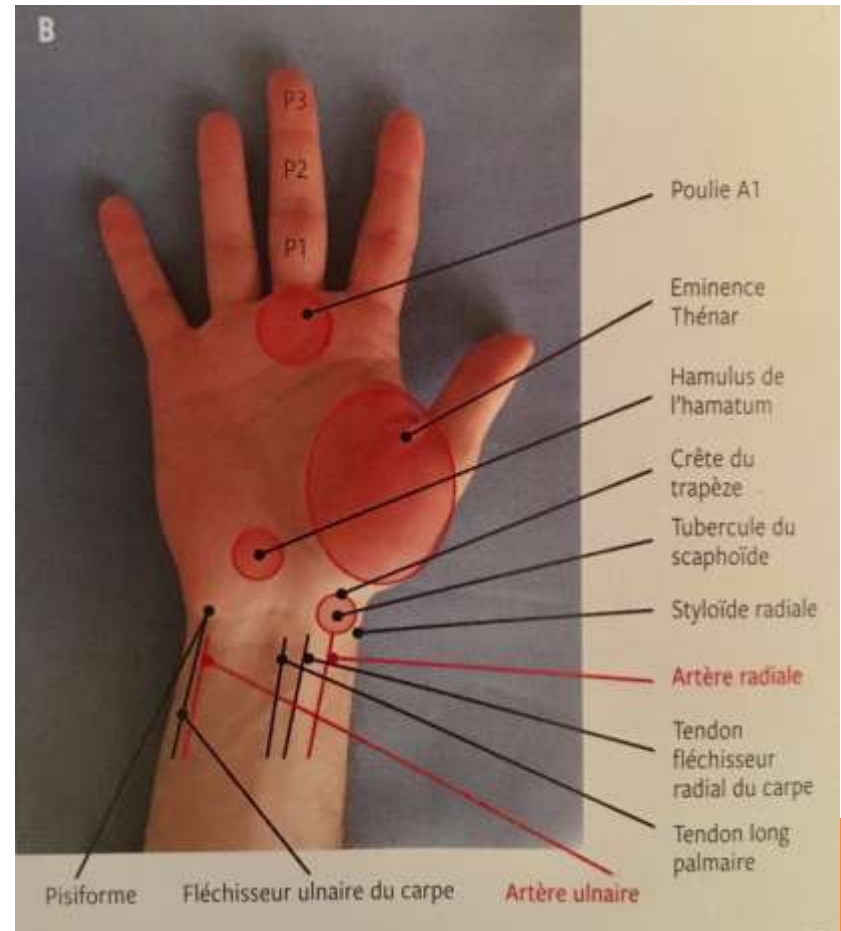
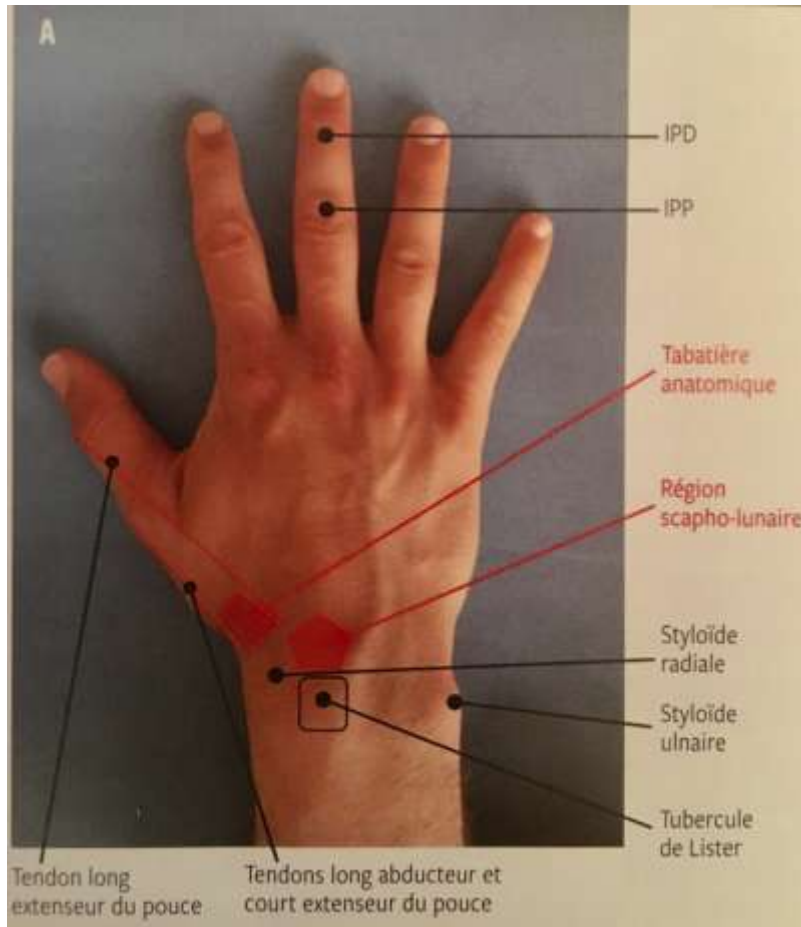


INTRODUCTION

- Main + Poignet: 27 os, dont 8 os carpiens en 2 rangées, 5 MC et 14 P.
- Importance des ligaments (stabilité articulaire)
- Muscles extrinsèques (Force de poigne)
- Muscles intrinsèques (Dextérité, Force pulpaire)
- 12 tendons extenseurs et 6 coulisses
- 9 tendons fléchisseurs des doigts, 2 fléchisseurs du carpe et PL.
- Gaines synoviales (Glissement)
- 8 poulies digitales, 3 pour le pouce



ANATOMIE PALPATOIRE



DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

○ Anamnèse ciblée:

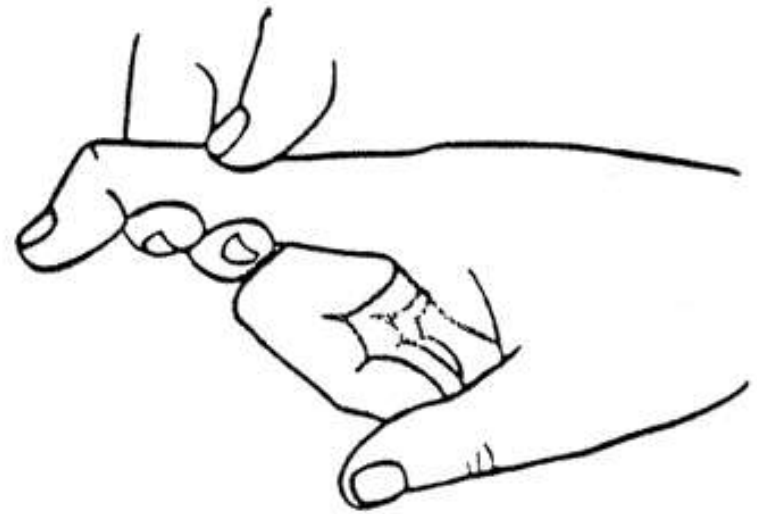
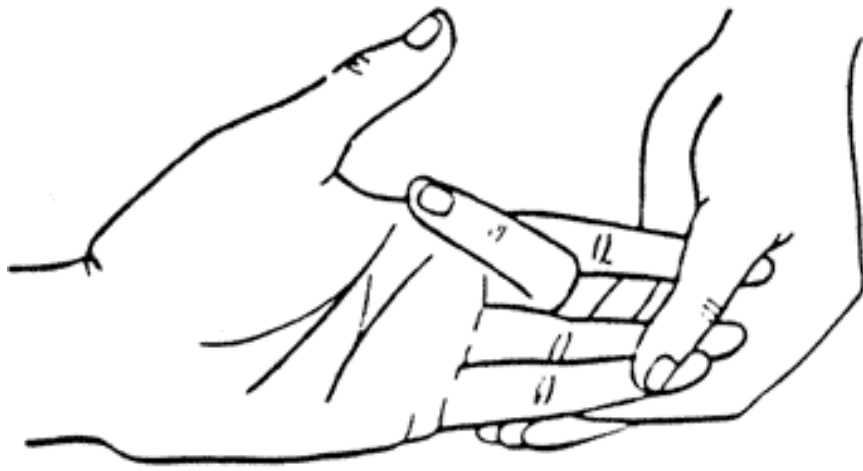
- Mécanismes exact (F/E, cinétique, position de la main, objet/environnement, contamination...)
- Caractères des douleurs (E, insomniantes,...)
- Datation
- 1^{er} épisode? (ATCD)
- Mono-articulaire?
- Facteur aggravant ou soulageant
- Traitements?
- Rappel anti-tétanique?
- Allergies, Médicaments
- Tabac, Caféine



EXAMEN CLINIQUE

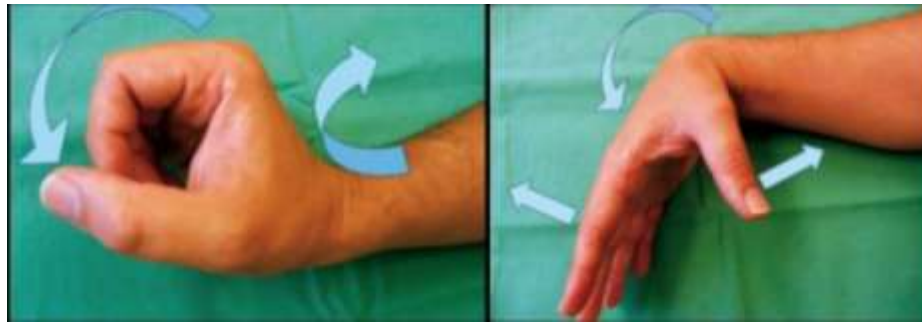
- INSPECTION:
 - Observer la position de repos, Tuméfactions? Cicatrice? Déformations? Atrophie? Discolorations? Sudation?...
- VASCULARISATION:
 - Temps RC, température
- PALPATION:
 - Dlr, crépitements, fausse mobilité...
- INNERVATION
 - Sensibilité en distalité, D2P,..
- TESTING TENDINEUX
 - FPD, FDS.... **Contre résistance**
- TESTING LIGAMENTAIRE
 - Après contrôle Radio





EXAMEN CLINIQUE

- Effet ténodèse (lésions tendineuses, dérotation)



- Amplitude (E/F, DU/DR, P/S)
- Empan, Kapandji, TAM, distance pulpe-paume
- Test spécifiques



EXAMEN CLINIQUE POIGNET

- Inspection:
 - Tuméfactions, Empâtements, voussures, rougeurs...
- Palpation:
 - Tabatière anatomique (Scaph)
 - Tubercule du scaphoïde
 - Styloïde radiale, ulnaire
 - Tubercule de Lister
 - Lig. SL dorsal (KAS, SL, Kienböck...)
 - Pisiforme
 - Crochet os crochu
 - Tendon (FCR, FCU, ECU, ECR...)

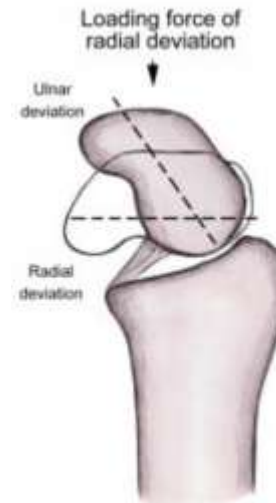


EXAMEN CLINIQUE POIGNET

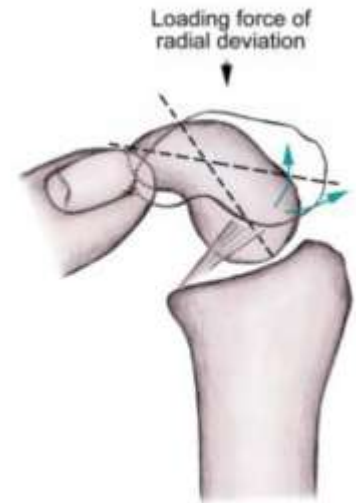
Watson test



Palpable clunk



Normal



Watson maneuver



EXAMEN CLINIQUE POIGNET

- Scapho-lunate Ballotment test
- Luno-triquetral Ballotment test (Reagan)
- Synergy Test ECU
- Ballotment ulnar head = piano key sign
- Ballotment DRUJ (Pro, Sup, Neutral)
- Finkelstein Test
- TFCC: Balayage sup et prof, DU dlr, Dlr palp



EXAMEN COMPLÉMENTAIRES

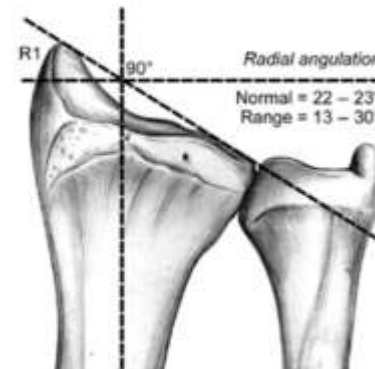
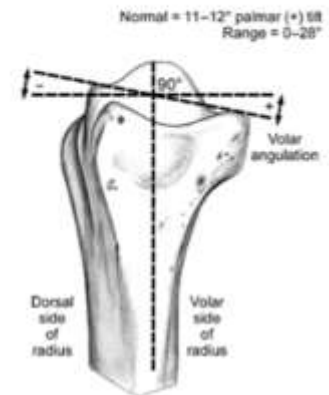
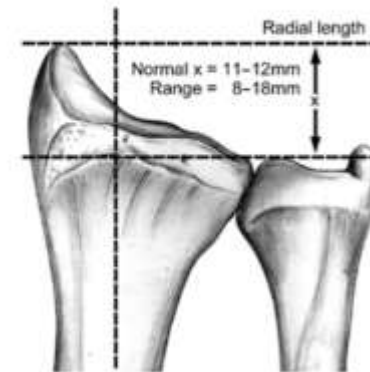
- Rx Main F/O év profil
- Poignet et doigt F/P
- Incidences scaphoïdes, TM, TC
- Incidences dynamiques, parfois clichés comparatifs
- US: CE, Synovite, Kyste, excroissance, Poulie, rupture tendineuse...
- CT-Scan
- IRM
- Arthro-CT/IRM
- ...



RX STANDARD

- POIGNET FACE
- Pente Radiale 20-30°
- Hauteur Radiale 8-18mm
- Variance ulnaire
- Hauteur du Carpe

Radius distal



RX STANDARD

- POIGNET PROFIL
- Pente palmaire 10° (2-20°)
- Angle SL 47° (30-60°)
 - Si $> 70^\circ$: DISI
 - Si $< 30^\circ$: VISI



- Lignes de Gilula



LUXATION PALMAIRE SEMILUNAIRE



FRACTURES

○ Phalanges:

- **P3**: choc direct ou écrasement, lésion lit unguéal???
- Houppe: stable
- Diaphysaire: instable
- Base intra-articulaire: Mallet (dorsal) et Jersey (palmaire)



FRACTURES

- Phalanges:

- **P1-P2**: Dérotation? Axe?
 - Intra-articulaire (uni,bi-condylienne)
 - P1: le plus svr réduction et plâtres fonctionnel

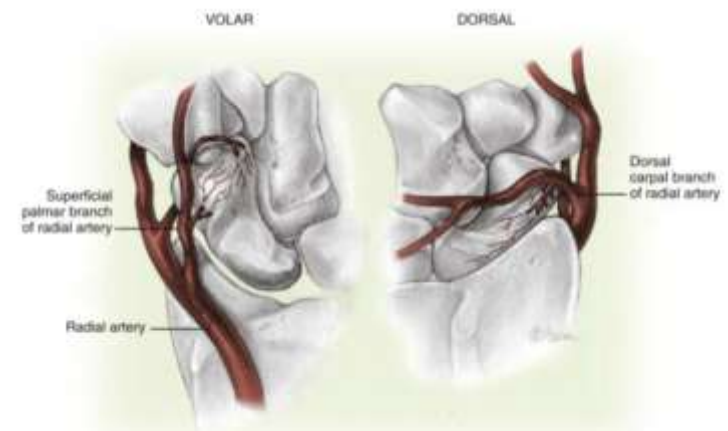
- Métacarpiens:

- 50% fractures de la main
- Dérotation, Raccourcissement, écaille dorsale
- F. ss-capitale M5 (boxeur): 50° bascule
- F. Bennett ou Rolando M1



FRACTURES

- Scaphoide: 70% 1/3 moyen
 - 4 incidences
 - Suspicion clinique Rx Cô à 3 sem
 - IRM pour exclure, CT pour déplacement/taux consolidation
 - Dlr TA, tubercule palmaire, pôle proximal, TA en DU si absence douleur pas de F.
 - STOP TABAC



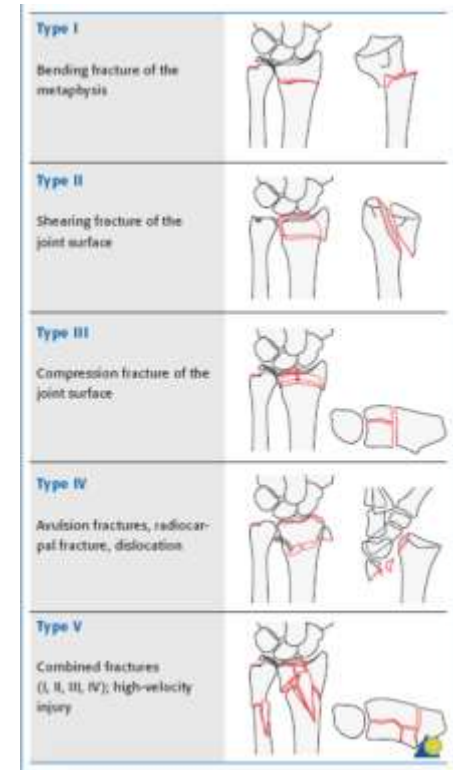
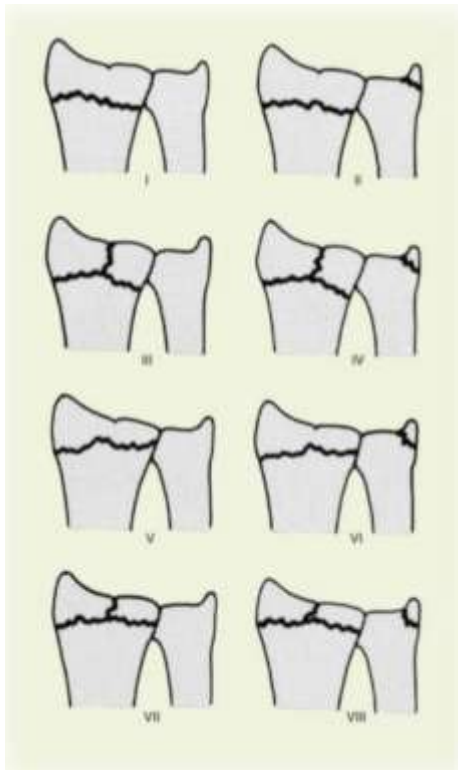
Sc > Tq > Tz > Ca > Ha > Pi > Lu > Tzd
60% 25% 6% 3% 3% 3% 1% 1%

FRACTURES

- Radius Distal:
 - Classifications:
 - Frykman

AO Foundation

Fernandez



FRACTURES

- Abord palmaire ou dorsal si lésion complexe intra-articulaire et impaction dorsale
- Bonne position de la plaque, au besoin AMO précoce pour éviter rupture FPL
- Risque rupture EPL, fréq. 6 sem post chute lésion In-Situ.
- Stimuler à bouger doigt-coude-épaule
- S'assurer de la stabilité DRUJ
- Lésion lig. associée?



ENTORSES ET LÉSIONS LIGAMENTAIRES

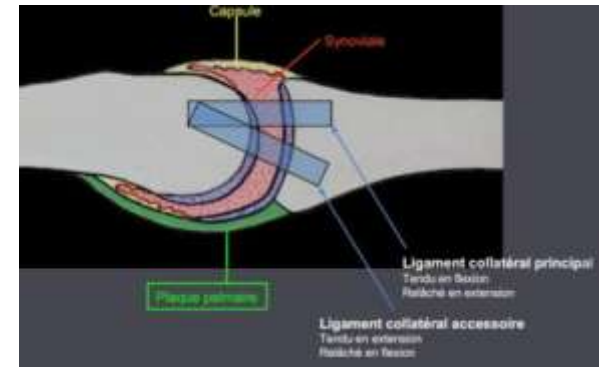
- Commencer par une Rx
- Avulsions: lésions sévères
- Testing stabilité latérale et tiroir AP
- Les entorses simples sont traitées par immobilisation max 3 semaines
- Côté à 3 semaines pour suivi...
- Evolution sur 3-6 mois avec séquelles à vie possible!



POUCE DU SKIEUR

○ Entorse MP pouce:

- Palpation
- Rx standard F/P
- Testing LCU (laxité $> 15^\circ$ controlat)
- Lésion de Stener (US,IRM)
- Flexum MP possible sur lésion capsule et arr EPB
- OP $< 10j$ si possible
- Lésion chronique reconstruction par greffon



ENTORSES METACARPO-PHALANGIENNES D2-D5

- Testing lig collateral en flexion des MP (lig principal sous tension)
- Autres: rupture fermée BS avec luxation extenseur dans la vallée, déviation du doigt, « clac », coup de vent cubital (rhumatoïde)



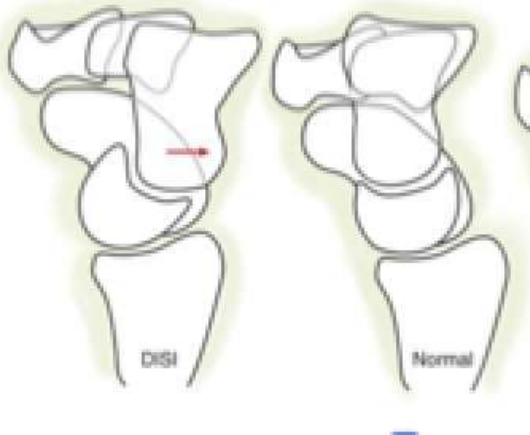
ENTORSES IP

- Stabilité latérale, tiroir AP
- Lésions plaque palmaire
- Risque d'arrachement bandelette médiane et déformation en BOUTONNIERE
 - Test Carducci: élasticité en flexion max
 - Test Elson: perte de force contre R



LÉSION SCAPHO-LUNAIRE

- **Fx dorsal**, moyen et palmaire
- Diastasis SL > 2mm (Terry-Thomas Sign)
- Rupture des lignes Gilula
- Signe de l'anneau
- Angle scapholunaire > 70°
- Angle radiolunaire > 20°



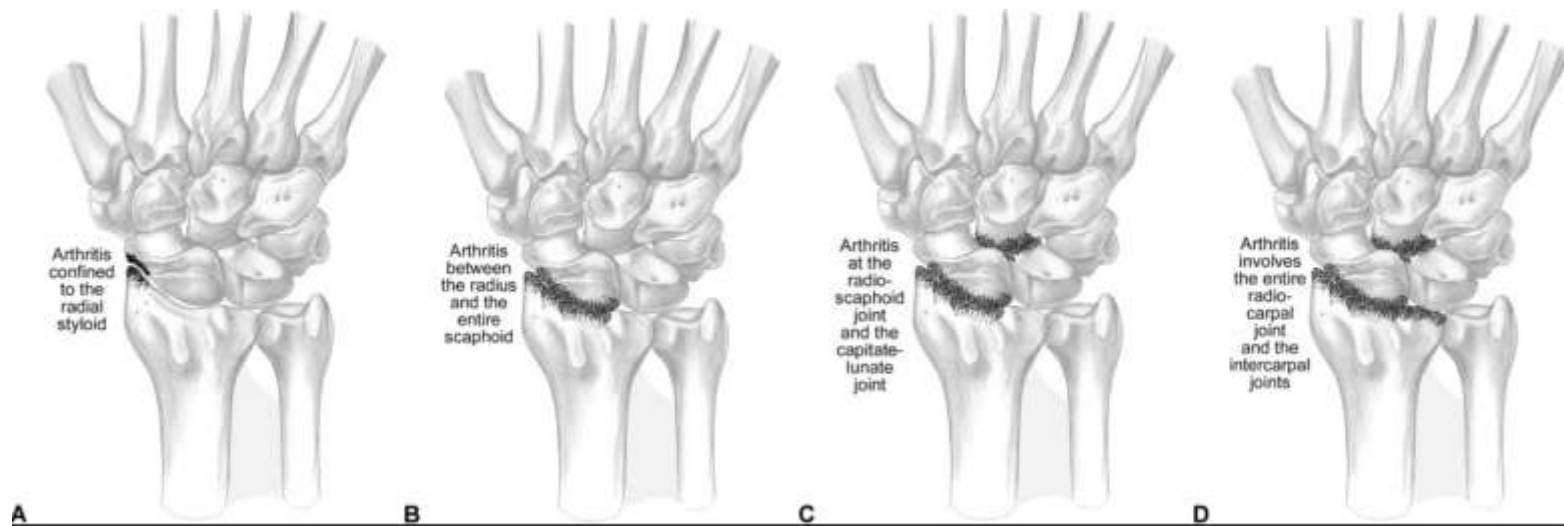
LÉSION SCAPHO-LUNAIRE

- Lésion fraîche, réductible: suture, réinsertion
- Lésion chronique, réductible: reconstruction lig
- Lésion chronique irréductible et lésion cartilagineuse : pas de reconstruction lig.



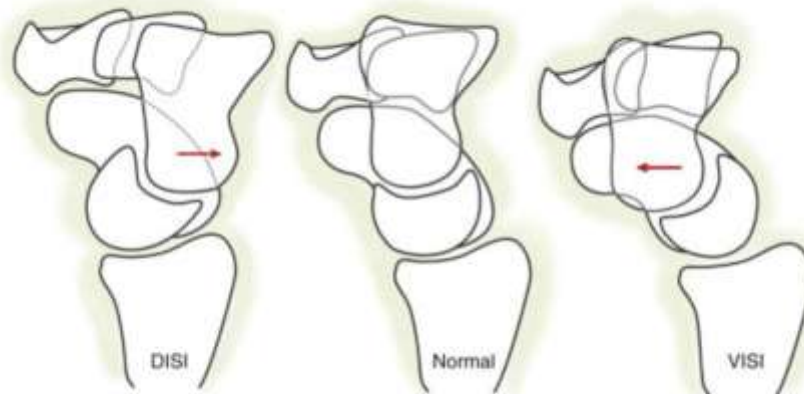
LÉSION SCAPHO-LUNAIRE

- SLAC WRIST (scapho-lunate advanced collapse)



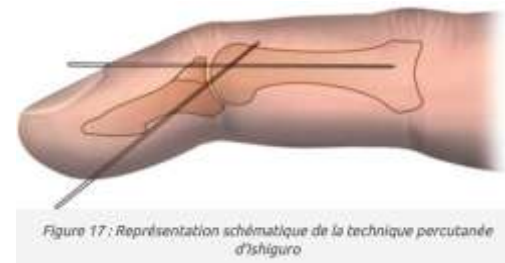
LÉSION LUNAIRE-TRIQUETRAL

- Fx palmaire
- Dlr localisée LT
- Test de ballotement (Reagan)
- Rarement VISI car ligaments extrinsèques principal stabilisateurs
- Angle SL < 30°, Radio-Lunaire 15° flexion



PATHOLOGIES FRÉQUENTES

- Mallet Finger: : chute en flexion IPD
- Tendineux:
 - Attelle Stack en hyper-E 10° 8 sem J+N, 4 sem N
- Osseux:
 - Attelle IPD 0° et contrôle Rx dans l'attelle J0-10-30, 6 sem
 - Ad OP si subluxation palmaire, incongruence articulaire ou diastasis > 1mm



INFECTIONS

- Paronychie: infection cutanée dorsale autour de l'ongle.
 - Bain Betadine
 - Lamellectomie, Bacterio, ATB
- Panaris: infection pulpe, limité par des septas
 - Incision longitudinale, Bactério, ATB
- Arthrite Septique:
 - Dlr compression axiale, latérale
 - Drainage en urgences...



PHLEGMON GAINE DES FLECHISSEURS

- **SIGNE DE KANAVEL:**
 - 1. Tuméfaction digitale en fuseau
 - 2. Flexum spontané
 - 3. Douleur extension passive
 - 4. Douleur cul de sac proximal (poulie A1 MP)
- Rechercher porte d'entrée
- Penser aux infections systémiques (gonocoques, mycobactérie)
- V-sign

Gaine des Fléchisseurs



MORSURES DE CHAT

- Pasteurella
- A considérer d'emblée comme une infection
- Tjs débrider, parer les berges sous AL
- Immobilisation min 24h
- Augmentin po 7-10j
- Si allergie pénicilline:
 - DALACIN 3x300mg + CIPROXINE 2x250mg
 - DALACIN 3x300mg + BACTRIM FORTE 2x/j



MORSURE DE CHIEN

- Déclaration cantonale obligatoire
- Rx (lésions associées, CE..)
- Tjs parage, débridement chirurgical
- Immobilisation min 24h
- Augmentin 5-7j



Tendinites



DOIGT A RESSAUT

- Ténosynovite sténosante des fléchisseurs
- Présentation clinique progressive, Stade de Quinell:
 - 0: Crépitation
 - 1: Ressaut
 - 2: Blocage corrigible activement
 - 3: Blocage corrigible passivement
 - 4: Blocage irréductible
- Dlr poulie A1
- Ressaut, Nodule
- TRAITEMENT: attelle, infiltration, OP



TENDINITE DE QUERVAIN

- Dlr 1ere coulisse extenseur
- Activité répétée (jeune mère)
- Test Finkelstein
- DD:
 - Sy du Croisement
 - Sy de Wartenberg: névrite, compression BR-ECRL



TENOSYNOVITE FLECHISSEURS/EXTENSEURS

- Rare
- Surcharge
- Crépitements
- Dlr
- Manque de force



KYSTE ARTHRO-SYNOVIAL

- Dorsal:
 - En regard interligne SL
 - Dlr fin course E/F
 - US utile si kyste infra-clinique
- Palmaire:
 - Dans la gouttière du pouls radial
 - Interligne Radio-scaphoïdien
 - Arthrose STT
- Kyste Mucoïde
 - Arthrose IPD sous-jacente
 - Risque arthrite
 - Déformation inguénale



- Kyste Ténosynovial ou de Poulie:
 - Nodule dure ss-cutané
 - Mobilité?
 - Peut-être drainé à l'aiguille contrairement au KAS



MALADIE DE DUPUYTREN

- Fibromatose palmaire avec prolifération de myofibroblastes (nodule) entraînant un dépôt pathologique de collagène type III
- 6 hommes: 1 femme (réc. androgènes)
- Annulaire le plus svnt (D4>D5>D3>D2>D1)
- Lentement progressive avec rétraction digitale. Stade final en flexion fixe imposé par la contraction de brides
- Prédisposition génétique: ethnie Europe du Nord, familial, lésions ectopiques (Ledderhose, La Peyronie), jeune âge, Bilatéral



MALADIE DE DUPUYTREN

- Localisation des brides:
 - Prétendineuse (au centre)
 - Natatoire (écartement pulpaire)
 - Spiroïde (nerf digital?)
- Evaluation du flexum de chaque articulation
- Raideur articulaire?
- Classification de Tubiana:
 - 0: pas de flexum
 - 1: 1-45°
 - 2: 26-90°
 - 3: 91-135°
 - 4: >136°



MALADIE DE DUPUYTREN

○ Traitement:

- Fasciotomie à l'aiguille
- Collagénase (Xiapex CHF 1200-)
- Chirurgie d'exérèse:
 - Fasciotomie segmentaire
 - Fasciotomie Limitée
 - Fasciotomie radicale
- Attelle nocturne extension maximale 4 mois



RIZARTHROSE

- Arthrose TM
- Rx centrée sur la TM
- Signe de l'épaule
- Dlr TM
- Instabilité
- Grinding
- Piston
- Stade radiologique Dell, Eaton
- TTT: Repos, Attelle nocturne, Tonification
- Infiltration Corticoïde
- OP: Implant pyrocarbone, Prothèse, Trapezectomie



TUNNEL CARPIEN

- Sy canalaire le plus fréq.
- Compression au TC sous lig annulaire
- Acroparesthésie diurnes et nocturnes
- Hypoesthésie, parésie puis atrophie
- Status:
 - Tinel, Phaelen, Durkan
 - Sensibilité
 - Motricité: ABD, opposant
- ENMG:
 - Atteinte myelinique: VCS < 50m/s, LMD >3.6ms
 - Atteinte axonale: Potentiel sensitif <15mV, dénerv.
- TTT: Attelle, Infiltration, Cure chirurgicale



Merci de votre
attention

