

L'entorse grave du pouce, savoir la dépister pour bien la traiter

Gamekeeper's Thumb, Recognising the Symptoms for an Effective Treatment

D. Tourdias · M. Bachour

Reçu le 6 février 2014 ; accepté le 25 avril 2014
© SFMU et Lavoisier SAS 2014

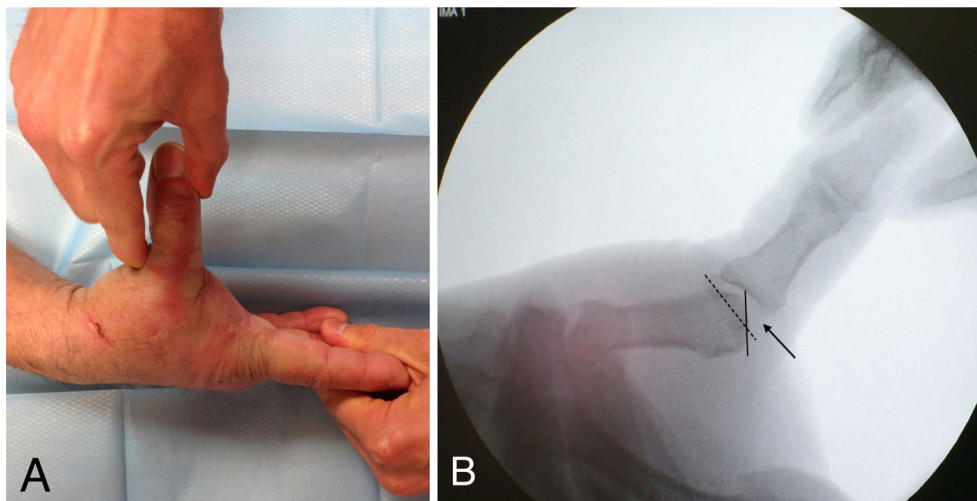


Fig. 1 Testing pathologique du ligament collatéral ulnaire (LCU) de la métacarpophalangienne du pouce en valgus forcé en faveur d'une entorse grave.

A. Laxité majeure (60°), accompagnée d'une sensation d'arrêt mou, en flexion modérée de l'articulation témoignant de l'incapacité du faisceau principal du LCU

B. Cliché pré-opératoire de face en stress confirmant la rupture complète des deux faisceaux du LCU. Il existe un diastasis majeur (flèche) et une perte des rapports normaux entre les sésamoïdes et la tête métacarpienne : la tangente des sésamoïdes (ligne pointillée) suit la tangente à la base phalangienne et n'est plus parallèle à la tangente de la tête métacarpienne (ligne pleine)

Un patient de 45 ans est examiné aux urgences après une chute occasionnant un traumatisme en abduction forcée du pouce droit. Il existe un important œdème de la base de la colonne du pouce avec une douleur exquise à la palpation de la face médiale de l'articulation métacarpophalangienne. La

radiographie n'objective pas de fracture. Le testing articulaire comparatif, réalisé après une analgésie multimodale, retrouve une instabilité franche du ligament collatéral ulnaire (LCU) (Fig. 1A) confirmée par la radioscopie en stress (Fig. 1B). Il s'agit donc d'une entorse grave et le patient bénéficie d'une réinsertion ligamentaire par ancre métallique suivie d'une immobilisation. La force de la pince pollicidigitale est conditionnée par la stabilité de l'articulation métacarpophalangienne du pouce et donc par l'intégrité de ses deux ligaments collatéraux. L'atteinte du LCU est la plus fréquente et survient souvent lors de traumatismes sportifs. La reconnaissance de la gravité de cette entorse est primordiale afin d'éviter toute évolution vers la laxité chronique à l'origine d'une gêne fonctionnelle puis de l'apparition d'une arthrose précoce. Une entorse grave correspond à la rupture

D. Tourdias (✉)

Service d'accueil des urgences-Smur,
centre hospitalier Sud Gironde, rue Paul Langevin,
F-33210 Langon, France
e-mail : tourdiasdamien@yahoo.fr

M. Bachour

Service de chirurgie orthopédique et traumatologique,
centre hospitalier Sud Gironde, rue Paul Langevin,
F-33210 Langon, France

complète du LCU. L'aponévrose de l'adducteur du pouce peut alors s'interposer entre le LCU lésé et son insertion rompue à l'origine d'une rétraction en amont du moignon ligamentaire empêchant ainsi toute cicatrisation spontanée efficace : c'est la lésion dite de Stener [1]. Celle-ci peut être confirmée par échographie ou IRM. L'entorse grave de la métacarpophalangienne du pouce nécessite le plus souvent un traitement chirurgical, systématique en cas de lésion

de Stener, qui doit idéalement avoir lieu dans les 10 jours suivant le traumatisme.

Référence

1. Stener B (1962) Displacement of the ruptured ulnar collateral ligament of the metacarpophalangeal joint of the thumb. *J Bone Joint Surg Br* 44:869-79