

Luxation métacarpophalangienne postérieure du pouce : la manœuvre de Farabeuf

Dorsal Dislocation of the Metacarpophalangeal Joint of the Thumb: Farabeuf Maneuver

P.C. Thiebaud · O. Gardy · P.A. Raynal

Reçu le 4 septembre 2016 ; accepté le 3 novembre 2016
© SFMU et Lavoisier SAS 2016

Résumé La luxation postérieure de l'articulation métacarpophalangienne du pouce fait suite à un traumatisme en hyperextension. Le risque est l'incarcération de la plaque palmaire, incluant les os sésamoïdes, en arrière du métacarpe. Il s'agit alors d'une luxation complexe, dont la réduction peut être impossible et nécessiter une prise en charge chirurgicale. La réduction d'une luxation simple, sans incarceration de la plaque palmaire, doit se faire exclusivement par la manœuvre de Farabeuf, afin d'éviter sa transformation en luxation complexe.

Mots clés Luxation métacarpophalangienne · Pouce · Réduction · Manœuvre de Farabeuf · Traumatisme

Abstract The dorsal dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb is caused by a hyperextension injury. The dislocation is complex if the volar plate and sesamoid bones are entrapped within the metacarpophalangeal joint space. This latter is difficult to reduce and often require surgical intervention. A simple dislocation should be reduced only by Farabeuf maneuver to avoid turning it into complex dislocation.

Keywords Metacarpophalangeal dislocation · Thumb · Reduction · Farabeuf · Traumatism

La luxation métacarpophalangienne (MCP) postérieure du pouce fait suite à un traumatisme en hyperextension, le plus souvent lors d'un accident sportif. Le mécanisme de cette luxation est une rupture de la plaque palmaire à son insertion proximale, les os sésamoïdes qu'elle inclut suivent donc la 1^{re} phalange. La radiographie confirme le diagnos-

tic, précise la position des sésamoïdes et recherche des lésions osseuses associées, avant puis après réduction. La classification proposée dès 1876 par Farabeuf [1] est toujours d'actualité [2] : luxation simple incomplète (subluxation), luxation simple complète et luxation complexe (Fig. 1). La présentation clinique classique est celle d'une luxation simple complète, avec déformation de la colonne du pouce « en Z », la MCP étant en extension et l'interphalangienne en flexion. Radiologiquement, la phalange est plutôt perpendiculaire au métacarpe et les os sésamoïdes restent en contact avec la tête métacarpienne (Fig. 2). En cas de luxation complexe, il existe cliniquement un aspect de marche d'escalier dorsale, avec une saillie palmaire de la tête du métacarpien que l'on peut palper. Radiologiquement, la phalange est plutôt parallèle au métacarpe et les sésamoïdes sont déplacés en arrière de la tête métacarpienne. Devant une luxation simple, la réduction doit se

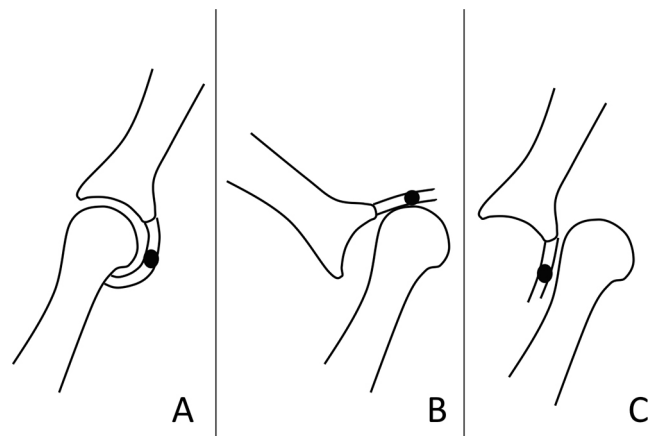


Fig. 1 Articulation métacarpophalangienne du pouce. A : aspect normal avec plaque palmaire (incluant les sésamoïdes) saine ; B : luxation simple avec phalange à angle droit et sésamoïdes restant en contact avec la tête du métacarpe ; C : luxation complexe avec phalange parallèle au métacarpe et perte de contact entre les sésamoïdes et la tête métacarpienne

P.C. Thiebaud (✉) · O. Gardy · P.A. Raynal
Service des urgences, hôpital Saint-Antoine,
Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP),
184 rue du Faubourg Saint-Antoine, F-75012 Paris, France
e-mail : pc.thiebaud@hotmail.fr

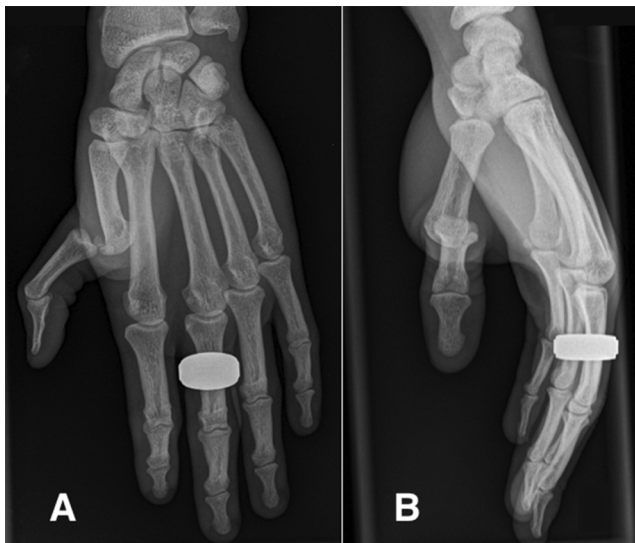


Fig. 2 Radiographie de la main gauche de face (A) et profil (B), montrant une luxation métacarpo-phalangienne postérieure du pouce simple complète, sans fracture associée

faire exclusivement par la manœuvre de Farabeuf (Fig. 3) [1,2]. Classiquement réalisée sous anesthésie générale au bloc opératoire, il est également possible de la réaliser aux urgences sous sédation vigile efficace. Elle consiste à accentuer la déformation en hyperextension de la MCP en exerçant une pression sur la face dorsale de la base de la première phalange, pour la faire glisser (certains chirurgiens utilisent le terme « racler ») le long du métacarpe, ce qui permet de ramener les sésamoïdes en face palmaire et d'éviter ainsi leur incarceration. Une simple traction pourrait attirer les sésamoïdes en arrière et transformer une luxation simple en luxation complexe. Dans les luxations complexes, la manœuvre de Farabeuf peut être tentée, mais ces dernières sont le plus souvent irréductibles et nécessitent une prise en charge chirurgicale. Les ligaments collatéraux doivent être testés après réduction, de manière bilatérale et comparative. Une laxité est recherchée en varus et valgus, en flexion pour les ligaments principaux et en extension pour les ligaments accessoires. Le ligament latéral interne principal, le plus souvent lésé, est testé en valgus à 30° de flexion. En l'absence d'instabilité, une immobilisation en légère flexion pour quatre semaines permet la

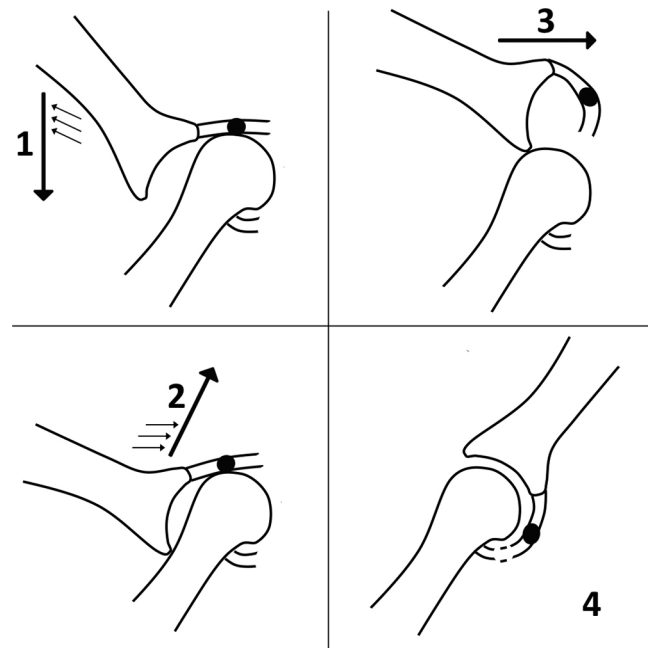


Fig. 3 Manœuvre de Farabeuf : aggraver la déformation en hyperextension (1) afin que le bord postérieur de la phalange soit en contact avec le dos du métacarpe, puis faire glisser la phalange le long du métacarpe en le « raclant » par pression postérieure (2) jusqu'à atteindre la tête du métacarpe ; enfin basculer la phalange (3), ainsi la plaque palmaire incluant les sésamoïdes retrouve sa position anatomique (4)

cicatrisation de la plaque palmaire. En cas d'instabilité qui fait suspecter une entorse grave, la prise en charge est chirurgicale.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Farabeuf LH (1876) Des luxations du pouce en arrière. *Prog Med* 4:401-2
2. Dap F, Merle M, Isel M, Celerier S (2009) Entorses et luxations des doigts. Entorses et luxations de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. In: Merle M, Dautel G. *La main traumatique*. Tome 1, L'urgence. Elsevier Masson Ed, Paris, pp 52-4