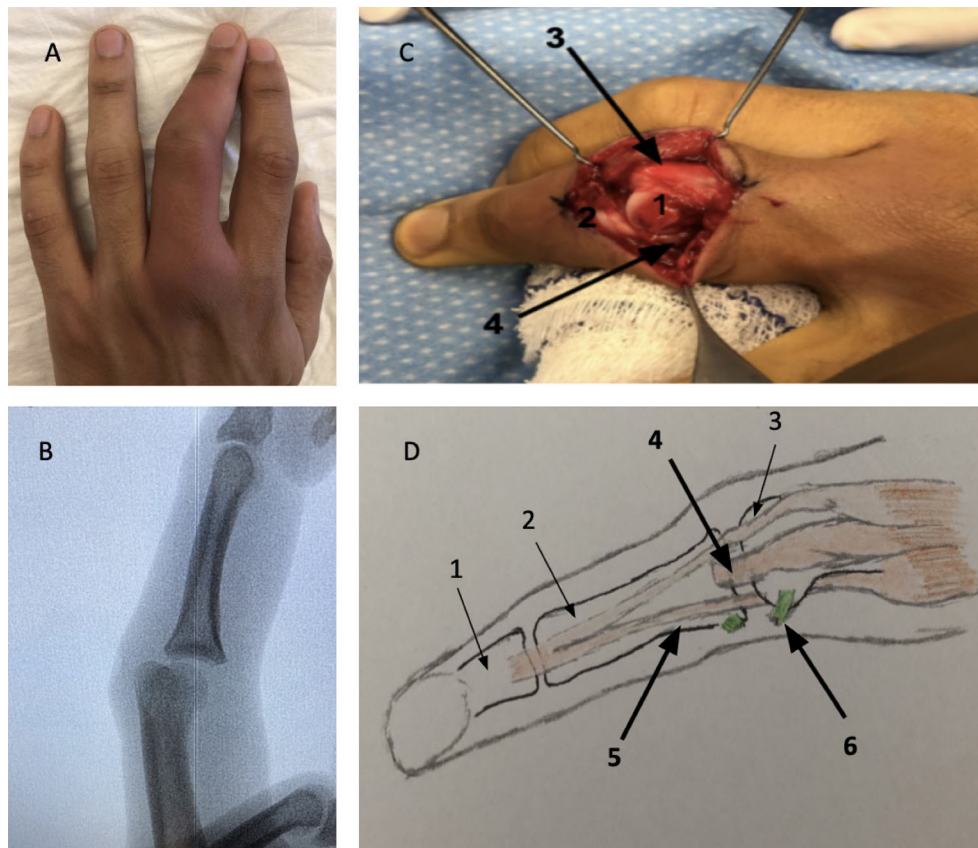


## Une luxation digitale irréductible

### Irreducible Dislocation of the Finger

V. Cardon · A. Dahmam · P. Pelissier

© SFMU et Lavoisier SAS 2020



**Fig. 1** A et B. Aspects clinique et radiologique de la main traumatisée. C. Vue peropératoire d'une luxation irréductible d'interphalangienne proximale du majeur. 1) Condyle proximal de la première phalange ; 2) deuxième phalange ; 3) bandelette médiane intacte ; 4) bandelette latérale ulnaire incarcerated sous le condyle de la première phalange. D. Schéma descriptif expliquant les lésions retrouvées dans notre cas de luxation palmaire irréductible. 1) Troisième phalange ; 2) deuxième phalange ; 3) condyle proximal de la première phalange ; 4) bandelette médiane intacte ; 5) bandelette latérale ulnaire incarcerated sous le condyle de la première phalange ; 6) ligament collatéral ulnaire rompu

V. Cardon (✉) · A. Dahmam · P. Pelissier  
Service de chirurgie plastique-main-brûlés,  
centre F.-X.-Michelet, CHU de Bordeaux,  
place Amélie-Raba-Léon, F-33000 Bordeaux, France  
e-mail : valentin.crdn@gmail.com

Un homme de 18 ans, sans antécédent particulier, a consulté aux urgences pour une douleur et une impotence fonctionnelle du majeur de la main gauche après un traumatisme lors d'un entraînement de rugby. L'examen clinique a retrouvé une déformation du majeur avec une attitude en flexion et légère rotation externe (Fig. 1A). La radiographie standard de face et de profil a retrouvé une luxation palmaire de

l'articulation interphalangienne proximale sans atteinte osseuse (Fig. 1B). Plusieurs tentatives de réduction par manœuvres externes et sous anesthésie locale ont échoué. Le patient a été transféré dans notre centre spécialisé en chirurgie de la main, et une intervention chirurgicale a été décidée afin de réaliser une réduction à foyer ouvert.

L'exploration chirurgicale sous anesthésie locorégionale a retrouvé une rupture longitudinale de l'appareil extenseur, laissant le passage de la tête de la phalange proximale entre la bandelette médiane normalement insérée et la bandelette latérale ulnaire de l'extenseur (Fig. 1C,D). La bandelette latérale était incarcerated sous le condyle médial empêchant la réduction. Le tendon extenseur a été désincarcéré puis réparé. Le ligament collatéral ulnaire était rompu mais non réparable. Le doigt a été immobilisé par une attelle tubulaire interphalangienne proximale laissant l'interphalangienne distale libre pendant trois semaines, suivie d'une rééducation fonctionnelle. À deux mois postopératoires, le patient présentait une articulation interphalangienne stable sur le plan frontal et sagittal sans limitation des amplitudes articulaires.

Les luxations de l'articulation interphalangienne des doigts longs sont fréquentes surtout lors de la pratique sportive [1]. Elles peuvent être pures ou associées à des arrachements osseux, la réduction doit être réalisée en urgence par manœuvre externe. En général, le traitement chirurgical est réservé aux luxations irréductibles et aux articulations instables après réduction. Il existe trois types de luxations selon le déplacement de la phalange intermédiaire par rapport à la phalange proximale. Les luxations dorsales sont les plus fréquentes et sont facilement réductibles par manœuvres externes. Leur traitement après réduction est fonctionnel par une mobilisation précoce protégée (syndactylie du doigt traumatisé avec le doigt voisin), des antalgiques et une consultation à trois semaines pour vérifier la stabilité et les mobilités arti-

culaires. Le patient est informé que l'articulation va rester gonflée et douloureuse à moyen terme. Quant aux luxations latérales, celles-ci s'accompagnent souvent de lésions des ligaments latéraux, une réparation chirurgicale est nécessaire dans les cas d'instabilité articulaire majeure. Enfin, les luxations palmaires sont des lésions plus rares [2], elles sont provoquées par des traumatismes violents, majoritairement par mécanismes d'hyperflexion et de rotation. Cliniquement, le diagnostic est suspecté devant la déformation du doigt bloqué en flexion avec une déviation latérale. Des radiographies de face et de profil sont suffisantes pour confirmer le diagnostic. Ces luxations s'accompagnent souvent d'incarcération d'éléments anatomiques qui peuvent empêcher la réduction par manœuvre externe (traction dans l'axe du doigt, flexion de l'interphalangienne proximale et pression sur la première phalange). Des cas d'incarcération de fragment osseux attaché à la plaque palmaire ou aux ligaments latéraux ont été décrits dans la littérature. Dans notre cas, il s'agissait d'une incarceration inhabituelle de la bandelette latérale de l'appareil extenseur qui empêchait la réduction. La chirurgie a permis de réduire la luxation et de réparer la lésion tendineuse associée. Cette lésion doit être reconnue et traitée précocement pour éviter la survenue de séquelles fonctionnelles (notamment les raideurs).

## Références

1. Moutet F, Guinard D, Corcella D, et al (1998) Entorses et luxations des interphalangiennes proximales des doigts. *J Traumatol Sport* 15:38–43
2. Auquit-Auckbur I, Duparc F, Milliez PY, et al (1997) Recent palmar dislocations of the proximal interphalangeal joint. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 83:60–4