



FICHE D'INFORMATION

LA REPARATION DE L'ENTORSE DE L'ARTICULATION METACARPO-PHALANGIENNE DU POUCE

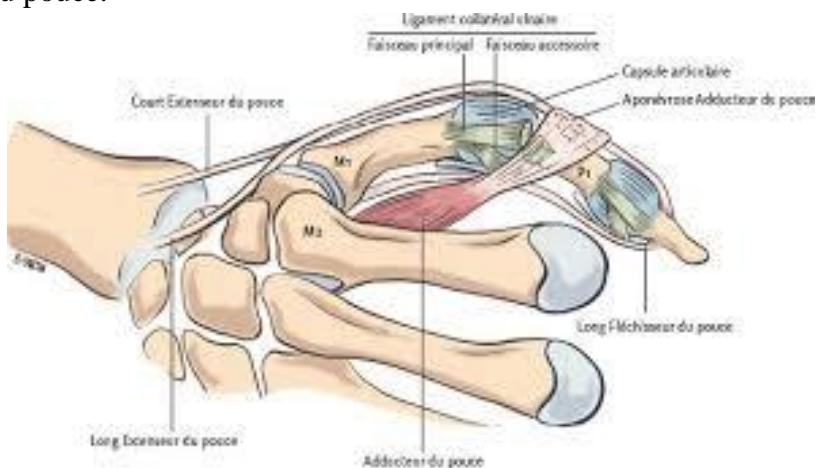
Vous souffrez d'une entorse grave de la métacarpo-phalangienne du pouce. Le chirurgien que vous avez consulté vous a proposé une intervention de suture du ligament latéral (interne ou externe). Afin de prendre la décision de vous faire opérer en toute connaissance, vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention.

Pourquoi une réparation du ligament est-elle nécessaire ?

La métacarpo-phalangienne du pouce est remarquablement adaptée à la fonction de préhension de la main et a besoin pour cela d'une excellente stabilité.

Celle-ci est assurée par les muscles du pouce mais également trois structures ligamentaires : en avant, la plaque palmaire, très épaisse empêche l'hyper extension et les ligaments latéraux interne et externe assurent la stabilité latérale.

L'atteinte du ligament latéral interne, du côté de l'index, est de loin la plus fréquente, notamment lors de la pratique du ski : au cours de la chute, un mouvement forcé provoque la rupture de ce ligament qui est très puissant et un élément majeur de la stabilité de la métacarpo-phalangienne du pouce.



Le ligament se rompt à la base de la première phalange et se rétracte en raison de son élasticité ce qui provoque l'interposition d'autres structures. La cicatrisation spontanée devient totalement impossible car le ligament reste à distance de son insertion sur la phalange. L'intervention est alors indispensable pour repositionner le ligament sur la base de la première phalange.

En l'absence d'intervention, le ligament ne peut cicatriser correctement ce qui provoquera une laxité de la métacarpo-phalangienne du pouce, voire une véritable instabilité articulaire et des douleurs rendant tout geste de force impossible. Le traitement secondaire de ces instabilités est plus difficile que la suture primitive du ligament.

La radiographie de face et de profil est systématique et peut montrer un arrachement osseux de la base de la première phalange, plus ou moins déplacé.

Le déroulement de l'intervention ?

L'anesthésie

Avant l'intervention, le médecin anesthésiste vous interrogera sur votre état de santé (antécédents, allergies, etc...) et vos traitements éventuels (surtout ceux qui pourraient conduire à retarder l'intervention de quelques jours : antiagrégants, anticoagulants, etc...).

Il vous examinera et vous expliquera la technique d'anesthésie qu'il vous propose : la plupart du temps une anesthésie locorégionale à la partie supérieure du bras, ou locale, au coude ou au poignet

Il vérifiera que vous êtes à jeun (six heures avant l'intervention).

L'intervention

Elle se déroule sous garrot pneumatique (comme une prise de tension) posé au bras pour éviter des saignements dans le champ opératoire.

Le chirurgien incise sur le côté du pouce et peut utiliser plusieurs techniques pour réparer le ligament :

- S'il s'agit d'une rupture ligamentaire pure, la suture est simple, réalisée au fil résorbable ou, si nécessaire, par réinsertion sur la base de la première phalange par une mini ancre enfouie dans l'os qui permet de fixer solidement le fil de suture.
- S'il existe un fragment osseux d'une certaine taille, celui-ci est réduit en bonne position et fixé par une broche ou une mini vis.

La fermeture cutanée est en général réalisée.

Enfin, une immobilisation (attelle, gantelet en plâtre ou en résine) est mise en place pour trois à quatre semaines, prenant la première phalange du pouce, la deuxième phalange restant libre.

Le chirurgien aura toujours la faculté de renoncer à l'intervention en cas de problème matériel (stérilisation, manque de matériel de vissage ou autre). Il peut également être exposé à une rétraction importante du moignon ligamentaire si l'intervention est tardive (après 10 jours) ou à la fracture d'un fragment osseux de petite taille lors de son repositionnement, ce qui pourrait conduire à son ablation.

Les suites opératoires

Il est important de mobiliser l'articulation de l'extrémité du pouce qui est libre et qui s'enraidit facilement.

Les autres complications possibles sont des problèmes de cicatrisation sous plâtre, la plupart du temps sans gravité, l'échec de la suture si l'immobilisation n'est pas suffisamment rigoureuse ou, en cas de repositionnement osseuse, la non-consolidation du fragment (pseudarthrose) qui, en général, n'a pas de conséquence fonctionnelle. Une intervention trop tardive rend la suture ligamentaire plus difficile et de moins bonne qualité avec persistance d'une certaine laxité.

Après l'ablation de l'immobilisation, la mobilisation active simple de tout le pouce, y compris l'articulation opérée est importante, en évitant les efforts et les traumatismes sur ce pouce. La plupart du temps, des séances de rééducation sont prescrites.

A plus long terme, l'ablation du matériel de fixation osseuse (broche ou mini vis) est parfois nécessaire en cas de gêne.

Votre intervention en pratique

Cette intervention est une opération de chirurgie ambulatoire. Vous ne serez donc pas hospitalisé(e).

Pour autant, certaines précautions sont à respecter :

- Etre à jeun depuis six heures avant l'intervention,
- Etre accompagné(e), car vous ne pourrez pas conduire en sortant,
- Ne pas prendre de rendez-vous le jour de l'intervention, même si vous êtes opéré(e) le matin.

A votre retour, gardez le bras en écharpe le jour de l'opération car l'anesthésie poursuit ses effets après l'opération et ne fumez pas, car le tabac diminue la microcirculation des doigts, nuit à la cicatrisation des tissus et favorise les problèmes infectieux.

Je certifie que le Docteur

m'a remis ce document le

Signature du patient ou représentant légal

Cette fiche d'information n'est pas exhaustive. Certaines complications sont particulièrement exceptionnelles et peuvent survenir dans un contexte spécifique. Il est important de comprendre que toutes les complications ne peuvent pas être précisées de façon exhaustive.