

Mallet finger ou doigt en maillet

Lésions de l'appareil extenseur

Diagnostic et définition

Déficit actif de l'extension de la phalange distale (P3) par lésion de l'insertion terminale du tendon extenseur ; lésion pouvant être soit isolée (rupture sous-cutanée), soit associée à un arrachement osseux (« mallet fracture »).

Bilan complémentaire

Radiographie de profil permettant de distinguer un mallet finger tendineux d'un mallet fracture.

Traitement orthopédique

C'est le traitement de référence.

Orthèse segmentaire dorsale immobilisant P2 (phalange intermédiaire) et P3, en légère hyperextension interphalangienne distale (IPD) (0/10°), interphalangienne proximale (IPP) toujours libre.

Attention : pas d'hyperextension forcée pouvant entraîner une souffrance cutanée dorsale (figure 5.1).

En cas de mallet fracture : rectitude stricte avec la bande de maintien distale placée à la face palmaire de la base de P3, pour éviter un effet décapsuleur induisant un déplacement secondaire.

De préférence une tuile dorsale (n'aveuglant pas la pulpe) sur mesure thermoformée (thermoplastique microperforé pour l'aération), plutôt qu'une attelle type Zimmer ou une attelle de Stack (pratique en urgence, en première intention) (figure 5.2).

Traitement simple mais très contraignant.

Durée : 6 à 8 semaines jour et nuit, puis 4 à 6 semaines la nuit uniquement.

Traitement tardif toujours possible après plusieurs mois.

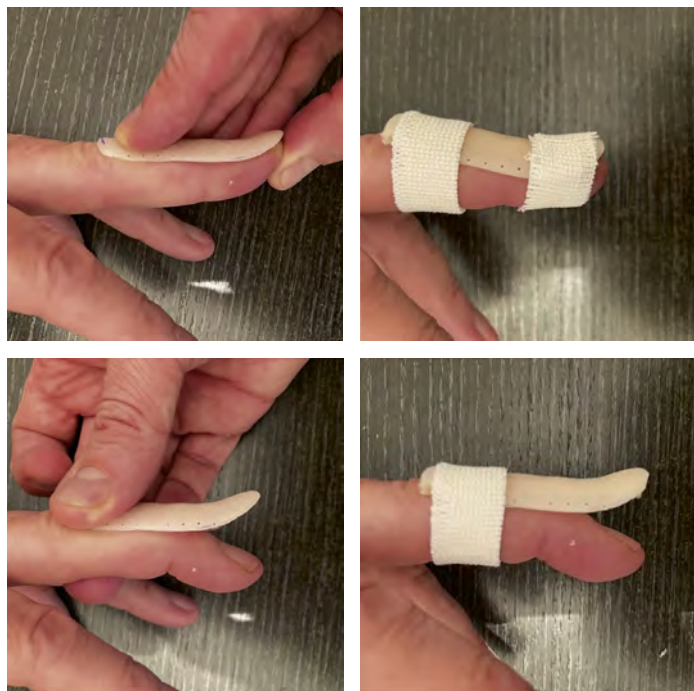


Figure 5.1. Étapes de la confection d'une tuile dorsale IPD pour mallet finger.

Traitement chirurgical

Surtout proposé en cas de mallet fracture, avec fragment déplacé supérieur au tiers de la hauteur articulaire et/ou désaxation palmaire.

Traitement non consensuel, n'ayant pas montré d'avantage significatif versus le traitement orthopédique. Les méthodes percutanées sont privilégiées (technique d'Ishiguro).

Attention : risque septique et nécrose cutanée (suivi des soins postopératoires).

Suivi et recommandations au patient

- Adhésion et compréhension du patient, primordial.
- Contrôles réguliers par kiné-orthésiste les 2 premières semaines et à la demande.



Figure 5.2. a : Attelle de série « grenouille » et mauvaise immobilisation de l'IPD versus orthèse sur mesure adaptée en légère extension IPD (b) avec IPP libre (c).

- Contrôle par le médecin à J30 ou J45, et à J90 si l'immobilisation doit être poursuivie (persistance de la chute de P3).
- Contrôle radiographique à J21 et J45 si le patient est opéré.
- Attention : ne jamais mouiller la main, car cela expose à d'éventuelles lésions cutanées pouvant obliger à retirer l'orthèse.
- Retrait exceptionnel avec aide d'un tiers (extension protégée avec pulpe sur table) pour sécher ou changer le pansement.

Autorééducation

Sous orthèse :

Mobilisation immédiate active de l'IPP +++.

Mobilisation des doigts voisins.

Fonction libre de la main sans force ni résistance.

Au retrait de l'orthèse :

La récupération et le maintien de l'extension active sont prioritaires, avec progression douce en flexion. Une diminution de l'extension active doit conduire à un arrêt temporaire du travail en flexion.

Automassages.

Rééducation

Pas d'emblée, mais apprentissage primordial de l'autorééducation et des recommandations.

Kinésithérapie uniquement si tendance à l'exclusion du doigt et/ou troubles trophiques importants.

Massage circulatoire digital.

Port d'un doigtier compressif à port nocturne si troubles trophiques secondaires.

Attention : la mobilisation passive de l'IPD est contre-indiquée car risque d'allongement du cal tendineux.

Interdits

- Pas de retrait de l'orthèse pendant la phase d'immobilisation.
- Pas de flexion forcée de P3/P2 au retrait définit de l'attelle.

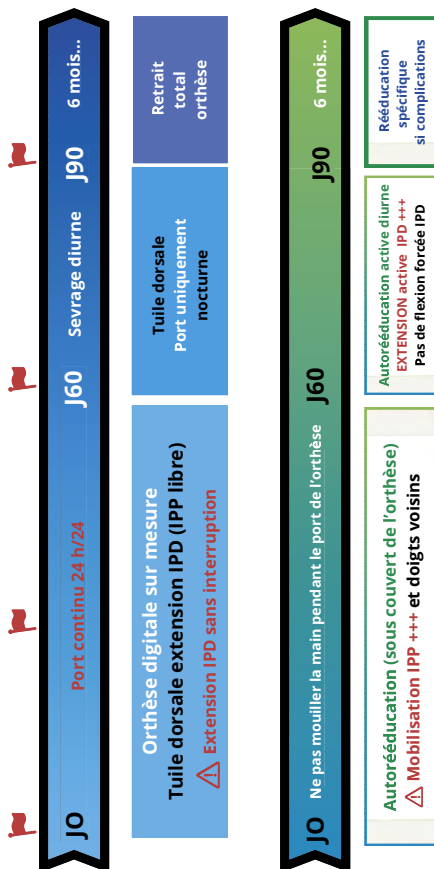
Résultats et délai de récupération

- Douze à quatorze semaines minimum.
- Même en cas de prise en charge tardive : la récupération fonctionnelle est majoritairement favorable après un traitement orthopédique.
- Au retrait de l'orthèse : 10 à 15° de flessum IPD est un compromis acceptable.

Attention : surveiller et prévenir l'apparition d'une déformation secondaire en col-de-cygne (hyperextension IPP).

Échelle visuelle temporelle

5.1.1. Mallet finger



Lésions récentes de la bandelette médiane

Lésions de l'appareil extenseur

Diagnostic et définition

Lésion de l'insertion de la bandelette médiane de l'appareil extenseur sur P2 (en zone 3) : soit rupture sous-cutanée avec ou sans fracture associée, soit plaie constamment associée à une effraction articulaire.

Devant l'association d'une ecchymose et d'un déficit d'extension active de P2 sur P1 (phalange proximale) et devant toute IPP post-traumatique même modérément douloureuse, il faut réaliser un test d'Elson modifié : le doigt traumatique et le doigt controlatéral sain à 90° de flexion IPP, demander au patient d'étendre l'IPD, l'extension active de l'IPD n'est possible que si la bandelette médiane est lésée.

Bilan complémentaire

Radiographies simples (face et profil) à la recherche d'un arrachement osseux complétées par une échographie ou une IRM haute résolution à la recherche d'une rétraction de l'appareil extenseur.

Traitement orthopédique

C'est le traitement de référence pour une rupture sous-cutanée sans fracture.

Orthèse statique dorso-palmaire digitale segmentaire IPP en rectitude stricte, MCP (métacarpophalangienne) et IPD libres avec ouverture face latérale, à porter 3 à 4 semaines jour et nuit ([figure 5.3](#)).

Puis relais par une simple tuile dorsale statique IPP en rectitude stricte à port diurne, couplée à une orthèse dynamique d'extension analytique IPP par lame de Levame à port nocturne.

Un doigtier de compression peut améliorer la trophicité locale.

Traitement chirurgical

Il est systématique en cas de plaie, d'effraction articulaire, de fragment incarcerated ou non réduit par l'attelle et de lésion ligamentaire intriquée (luxation IPP palmaire).



Figure 5.3. Traitement orthopédique de la lésion bandelette médiane IPP.

- a : Flexum réductible de l'IPP et lésion de la médiane.
- b : Orthèse d'immobilisation IPP en rectitude (ouverture latérale).
- c : Libération de l'IPD.
- d : Mobilisation de l'IPD sous couvert de l'orthèse.
- e : Orthèse d'immobilisation IPP en rectitude stricte.

Il consiste le plus souvent en une réinsertion par ancre, complété parfois par un brochage de l'IPP, et associé à une orthèse postopératoire statique puis dynamique et/ou compressive selon les modalités du traitement orthopédique (figure 5.4).

Suivi et recommandations au patient

Contrôles réguliers hebdomadaires par kiné-orthésiste (et à la demande) pour réajuster l'orthèse en cas de diminution de l'œdème, l'IPP devant rester en rectitude stricte pour ne pas induire un flessum et voir apparaître une déformation secondaire en boutonnière.

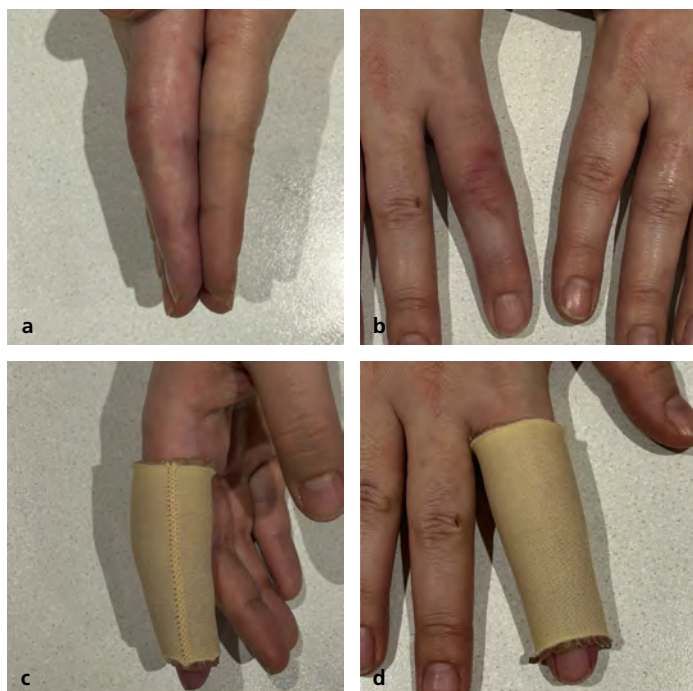


Figure 5.4. Comparatif des troubles trophiques IPP postopératoires (a et b). Mise en place d'une compression digitale manufacturée (nocturne) (c et d).

Retrait de l'orthèse possible pour des soins infirmiers.
Attention : garder la rectitude IPP stricte les 3 premières semaines.
Pas d'utilisation de la main en force ou contre résistance.

Autorééducation

J0-J21 :

Automobilisations actives libres journalières MCP et IPD et mobilisation actives des doigts voisins et du poignet.

À partir de J21 :

Travail isométrique IPP en extension.

À partir de J45 :

Extension active IPP avec flexion progressive IPP, le gain de flexion ne doit pas se faire au détriment de l'extension active.

Attention :

Si perte d'extension active IPP : arrêt temporaire du travail en flexion pour éviter un allongement du cal tendineux.

Rééducation

À partir de J1 :

Rééducation IPD sous couvert de l'orthèse, en flexion et en extension active, afin de détendre la bandelette médiane (losange de Stack), de garder la souplesse articulaire, d'éviter la rétraction du ligament réticulaire oblique, et d'éviter les adhérences sur les bandelettes latérales.

À partir de J21 :

Rééducation IPP (quelle que soit l'option thérapeutique choisie) : massage-drainage (troubles trophiques et adhérences cicatricielles), travail isométrique, rééducation active en extension, puis introduction prudente du travail en flexion active analytique progressive (jusqu'à 60° maximum à J45). L'extension active IPP reste prioritaire. Mise en place d'une orthèse dynamique d'extension IPP (à port nocturne) ou réutilisation de l'orthèse statique initiale (à réadapter) (figure 5.5).

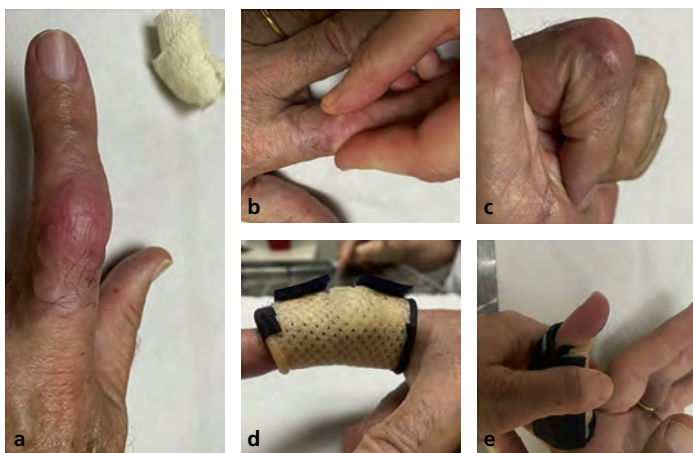


Figure 5.5. Rééducation de la bandelette médiane opérée à J21.

a : État trophique postopératoire.

b : Massage des adhérences cicatricielles.

c : Flexion active IPP avec déficit de flexion IPD.

d : Orthèse statique segmentaire IPP vers l'extension possible (port nocturne pour limiter le flexum).

e : Exercices d'autorééducation (diurne) en flexion IPD avec utilisation de l'orthèse nocturne.

À partir de J45 :

Poursuite de la récupération en flexion active avec travail global, en respectant l'extension active IPP.

À partir de J60 :

Poursuite du travail actif en extension IPP. En complément, mise en place d'une orthèse dynamique de flexion IPP (à port diurne fragmenté) (**figure 5.6**).

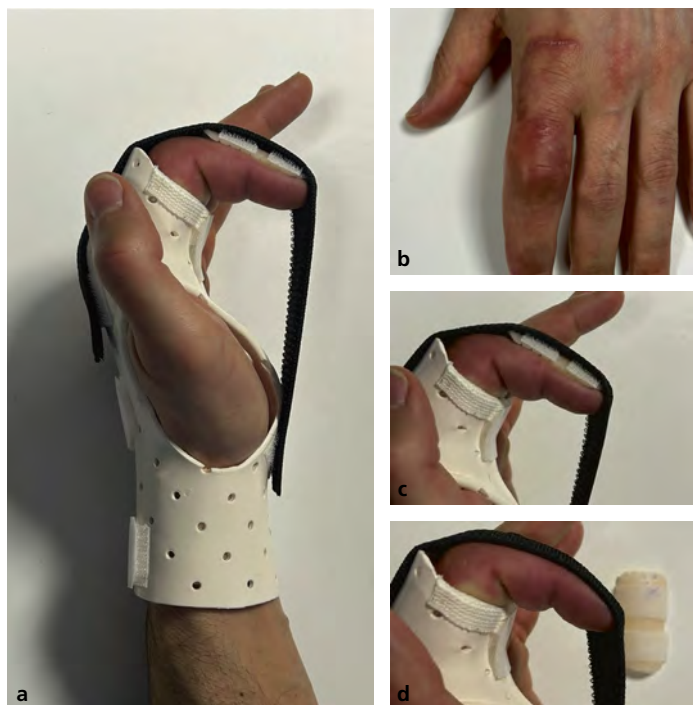


Figure 5.6. Orthèse dynamique de récupération de la flexion analytique IPP (avec tuile de maintien IPD) et de la flexion associée IPP IPD par bande élastique.

a : Orthèse sur mesure : contre-appui MCP/P1 G2G3 avec libération palmaire de la flexion IPP.

b : Cicatrices dorsales IPP et MCP (réparation de l'appareil extenseur à J60).

c : Vue spécifique de la flexion IPP par bande élastique avec tuile rigide de maintien IPD (en rectitude et sous l'élastique) : flexion passive analytique IPP par bande élastique.

d : Vue spécifique de la flexion IPP IPD par bande élastique : flexion passive analytique IPP et IPD par bande élastique.