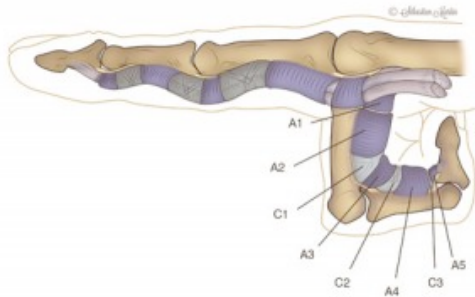


# Doigt à ressaut

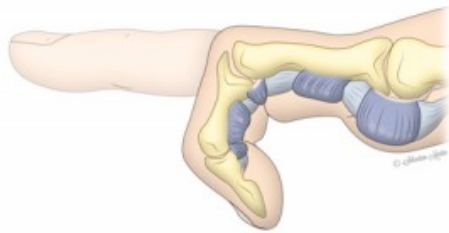
## Définition

Le doigt à ressaut est la conséquence d'un conflit entre le tendon fléchisseur et sa gaine à la base du doigt.



## Diagnostic

Le diagnostic est clinique. Il se traduit par des douleurs avec un accrochage caractéristique ou un blocage complet du doigt en extension ou en flexion, principalement au réveil. L'affection touche plutôt le pouce, le 3ème et le 4ème doigt, mais tous les doigts peuvent être atteints.



Dans les formes anciennes, il peut exister une raideur articulaire en flexion de l'articulation intermédiaire (inter-phalangienne proximale ou IPP), et les tendons peuvent également s'effilocher et se dilacérer pour aboutir dans les formes les plus évoluées à une rupture du tendon, au point de nécessiter une réparation spécifique.

Pouce à ressaut congénital : concerne l'enfant de moins de 3 ans. Le pouce souvent indolore, se présente en flexion ou extension permanente. La main est utilisée sans difficulté par l'enfant. Ce tableau apparaît souvent dans la première année.

## Examens complémentaires

Peu utiles sauf en cas de raideur articulaire (radiographie).

## Etiologie

Le plus souvent, le doigt à ressaut est dû à une inflammation ou un épaissement de la gaine synoviale qui entoure le tendon fléchisseur. Cette synovite peut créer un véritable nodule intratendineux, un peu comme une olive. A chaque fois que le nodule passe l'entrée du canal digital (lorsque le doigt passe de la flexion à l'extension), il se produit un accrochage perceptible par le patient et l'entourage. Cet épaissement est favorisé par les gestes répétitifs, mais aussi par les maladies rhumatismales. Le traitement chirurgical du tunnel carpien peut être considéré comme un facteur favorisant. Il existe des cas plus rares, comme un nodule cicatriciel ou chez l'enfant après une plaie partielle du/de(s) tendon(s) fléchisseur(s).

## Traitement

- **Traitement médical**

Infiltration de corticoïdes en regard du nodule. Son efficacité est variable mais souvent temporaire. Elle est efficace surtout au stade inflammatoire initial. Compte tenu du caractère retard du corticoïde, on ne peut conclure à un échec de ce traitement médical, qu'après un délai de 6 semaines. Elle peut éventuellement être renouvelée une fois. La répétition des infiltrations peut conduire à fragiliser le tendon et entraîner une rupture secondaire.

- **Traitement chirurgical**

Il est proposé après échec du traitement médical. L'opération est le plus souvent réalisée sous anesthésie locale, en ambulatoire. Par une incision dans la paume, à la racine du doigt, la gaine du tendon est ouverte et le tendon fléchisseur est libéré.



Il s'agit d'une chirurgie rapide et peu douloureuse. Le résultat est habituellement radical et définitif. La mobilisation du doigt est immédiate après l'intervention (le jour même). Une difficulté à étendre le doigt est possible et peut persister pendant plusieurs semaines. Plus fréquente dans les formes anciennes avec tendon abîmé, elle nécessite la mise en place secondairement d'une orthèse d'extension qui contribue à redresser le doigt pour éviter la raideur. Dans ce cas, une rééducation est prescrite.



## Complications

Il n'existe pas d'acte chirurgical sans risque de complication secondaire. Toute décision d'intervention doit être prise en connaissance de ces risques, dont le chirurgien se doit de vous avoir informé.

### Complications communes à la chirurgie de la main

- Infections nosocomiales : elles sont rares et se maîtrisent aisément lorsque le diagnostic est précoce. La prise d'antibiotiques et une nouvelle intervention sont parfois nécessaires.
- Hématome : le diagnostic doit être précoce et, la reprise chirurgicale est également parfois nécessaire

- Syndrome de Sudeck (algodystrophie) : il s'agit d'un « dérèglement » de la douleur alors qu'il n'y a aucun problème sous jacent. Sa manifestation est indépendante du type de chirurgie et peut survenir même après une simple immobilisation. La main devient gonflée, douloureuse, et s'enraidit progressivement. L'évolution peut être très longue. Des séquelles sont possibles (douleurs résiduelles, raideur des doigts et /ou du poignet, parfois de l'épaule). Le traitement est difficile et fait appel à des produits spécifiques et à la rééducation
- Accident d'anesthésie : du plus simple au plus grave, y compris le décès (1 décès sur 100.000 à 150.000 anesthésies).

### **Complications spécifiques au doigt à ressort**

- Raideur du doigt : se voit surtout dans les formes anciennes. La rééducation et l'appareillage sont nécessaires.
- Extension du phénomène à d'autres doigts : le conflit du tendon fléchisseur avec sa gaine survient plus fréquemment.
- Récidive : rare, elle se traite par infiltration et très rarement par une réintervention.
- Douleurs persistantes : parfois tenaces, elles se rencontrent lorsqu'il existe une synovite importante. Le repos et un traitement anti-inflammatoire prolongé peuvent être utiles.
- œdème de la base du doigt : fréquent et le plus souvent transitoire
- Un syndrome du tunnel carpien peut survenir, qui témoigne en fait de l'extension de la synovite tendineuse au tunnel carpien.