

CCO semio orthopédique cours 5
Le 3 Avril 2008
Professeur J. Jeudy
Ronéotypeuse : Fiona SISO

SEMIOLOGIE DE LA MAIN

Introduction :

La main est l'outil du cerveau, sa sensibilité est très fine. Elle est définie par les aires 1, 2, et 3 de Brodmann.

La main a une double finalité : -L'adresse avec les 3 premiers doigts ; c'est la pince des trois premiers doigts.

-La force : les 4^{ème} et 5^{ème} doigts définissent la prise en force.

Les structures osseuses de la main sont la radius, l'ulna, les os du carpe et les métacarpiens.

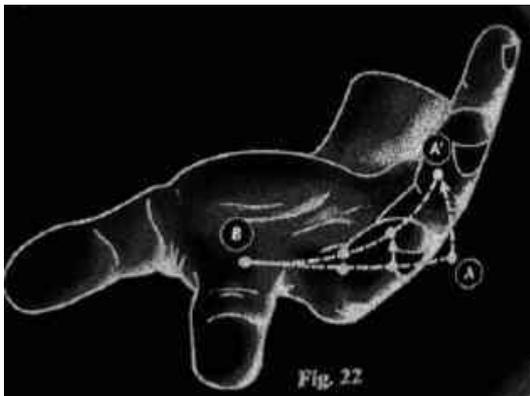
La main a une triple concavité : -Longitudinale.

-Transversale pour l'axe des métacarpiens

-Oblique pour l'opposition du pouce (préhension avec le pouce et la tête du 5).

Le creusement de la main

Les 3 derniers métacarpiens avancent en flexion, surtout le 4 et le 5.



Flexion de la chaîne digitale.

Les degrés de flexion sont différents pour chaque doigt ; par exemple, on peut fléchir plus facilement le 5^{ème} que le 2^{ème}.

La flexion du doigt décrit une ellipse entre le bout de l'ongle, la phalange et les métacarpiens.



Le pouce

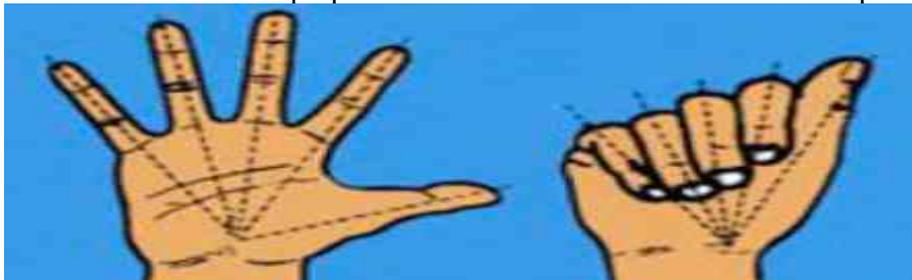
Le pouce a un territoire de mobilité extraordinaire : abduction, adduction, opposition, élévation.

Repères anatomiques

Les plis de la main sont des repères cutanés mais attention, les têtes des métacarpiens ne sont pas en regard des plis.

A / Fractures des phalanges

Normalement, tous les doigts doivent converger vers le même point, et il faut faire attention aux troubles de l'axe qui peuvent survenir suite à une fracture des phalanges.



Impotence fonctionnelle : les axes de flexion des doigts se croisent.

Clinodactylie : un doigt n'est pas dans le même axe que les 4 autres.

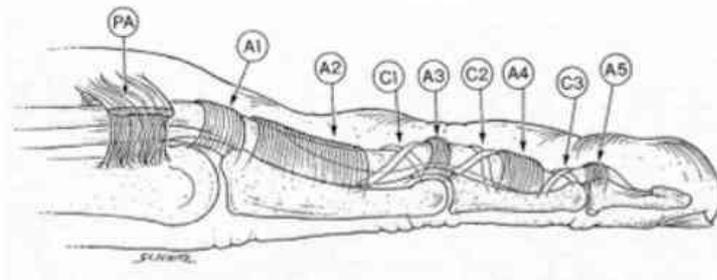
B/ Les fléchisseurs



Fléchisseur superficiel.

Fléchisseur profond

Le fléchisseur superficiel des doigts et le fléchisseur profond des doigts, se croisent en regard de la 1^{ère} phalange, puis le superficiel se divise en 2 bandelettes qui s'attachent sur la base de la 2^{ème} phalange et le fléchisseur profond continue pour aller se rattacher à la 3^{ème} phalange.



Des systèmes de poulies permettent de rattacher le fléchisseur à l'os.

Il existe 5 poulies transversales :

A1, A2, A3, A4, A5.

3 poulies croisées C1, C2, C3.

Examen des fléchisseurs

-Pour tester le long fléchisseur du 1, qui permet de fléchir la 1^{ère} phalange sur la seconde, on bloque l'articulation métacarpo phalangienne du patient et on demande à celui ci de fléchir le pouce ; il faut toujours que ce soit un test contre résistance.

Remarque : quand on teste un fléchisseur d'un doigt, on bloque les autres doigts dans l'idéal.

-Pour tester le fléchisseur profond des doigts : on bloque le doigt sur la table (on bloque bien la phalange moyenne) et on demande de fléchir la phalange distale.

-Pour tester le fléchisseur superficiel des doigts, : En général quand on a un fléchisseur profond fonctionnel, ça nous permet de plier le doigt quasiment entièrement, et il ne faut pas se laisser piéger non plus par les fléchisseurs intrinsèques de la main : les lombricaux qui permettent une flexion métacarpo phalangienne de 90° sans forcément avoir de fléchisseur superficiel.

L'examineur maintient les doigts étendus, sauf le doigt blessé, pour neutraliser l'action du fléchisseur commun profond. Le sujet fléchit l'interphalangienne proximale (IPP) du doigt examiné. L'impossibilité d'exécuter ce geste traduit une lésion du fléchisseur commun superficiel.

L'effet ténodèse :

Lorsque on a un poignet en flexion, on a tendance à étendre les doigts ; par contre lorsque notre poignet est en extension, on va avoir tendance à fléchir les doigts. Ceci est du à la course des fléchisseurs !

Si on a une rupture de la cascade des doigts, ou bien une perte de cet effet ténodèse, cela prouve qu'il y a un problème tendineux.

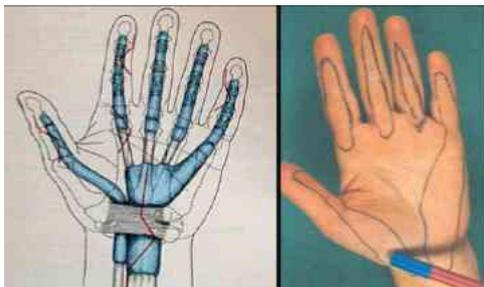
Ex : une patiente à qui on vient de suturer une plaie est encore endormie, on voit que ses doigts 2, 4 et 5 gardent leur courbure naturelle, en revanche le 3 reste tendu, cela évoque une

rupture du fléchisseur superficiel et du fléchisseur profond, on a donc une perte de l'aspect en cascade et une perte de l'effet ténodèse pour ce 3^{ème} doigt également.



Les gaines synoviales

Elles sont étanches et permettent le coulissement, il faut les prendre en compte car l'intérieur de la gaine est peu vascularisé et ne pourra se défendre contre les infections.



Dans 80% des cas, on a 5 gaines mais il existe des variantes anatomiques.

La gaine synoviale commune des muscles fléchisseurs est annexée aux tendons des muscles fléchisseurs superficiel et profond des doigts. Elle déborde le bord supérieur du rétinaculum des fléchisseurs et communique souvent avec la gaine synoviale du doigt 5 (comme dans la photo ci contre).

Plus étalée dans la paume de la main, elle présente trois cul de sac latéraux :

- le cul de sac synovial prétendineux qui recouvre les tendons fléchisseurs superficiels 4 et 5
- le cul de sac synovial intertendineux qui sépare les deux plans des tendons superficiels et profond.
- le cul de sac synovial rétro-tendineux sur lequel reposent les tendons fléchisseurs profonds.

Il y a aussi :

-La gaine synoviale du tendon du muscle long fléchisseur du pouce

-La gaine synoviale du tendon du muscle fléchisseur radial du carpe

-Les gaines synoviales des tendons des doigts : Elles sont au nombre de 4 et enveloppent les tendons des 4 doigts médiaux ; elles s'étendent de la base de la phalange distale jusqu'à 15mm au dessus de la tête du métacarpien correspondant.

Dans certains cas, il existe des anastomoses entre les gaines.

Le phlegmon de la gaine des fléchisseurs :

Suite à une plaie négligée, aux urgences par exemple, avec ouverture de la gaine, pas bien désinfectée. Il peut compromettre la fonction des doigts.

- douleur pulsatile
- doigt inflammatoire : (rouge, chaud, douloureux, œdème)
- douleur au cul de sac supérieur de la gaine +++
- doigt en crochet irréductible
- déficit de flexion : on ne peut pas fléchir totalement le doigt.

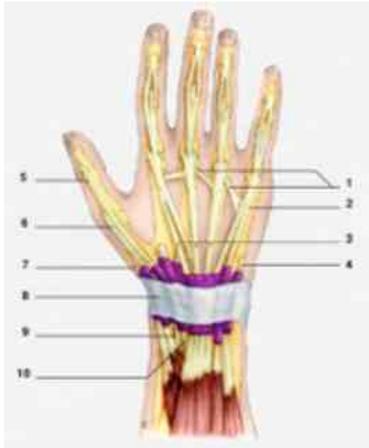
C / Les extenseurs.

Les extenseurs sont regroupés dans des espaces : sous le rétinaculum des extenseurs.

-Le muscle extenseur des doigts : insertion : épicondyle latérale de l'humérus

Terminaison: base de la phalange proximale

Face dorsale de la phalange moyenne(languette médiane)



Face dorsale de la phalange distale (languettes latérales)

Action: extenseur des phalanges proximales, distales et moyennes.

-le muscle extenseur du 5 : insertion : épicondyle latérale de l'humérus et fascia antébrachial

terminaison : tendon de l'extenseur des doigts

action : renforce l'action du muscle extenseur commun des doigts.

- Le muscle long extenseur radial du carpe : insertion : crête supra condyloire latérale de l'humérus

terminaison : face dorsale de la base du métacarpien 2.

Action : extenseur et abducteur de la main

-Le muscle court extenseur radial du carpe : insertion : épicondyle latéral de l'humérus

terminaison : face dorsale du métacarpien 3.

Action : extenseur et abducteur de la main.

-Le muscle extenseur ulnaire du carpe : insertion : épicondyle latérale de l'humérus et bord post de l'ulna.

Terminaison : face dorsale de la base du métacarpien 5.

Action : extenseur et adducteur de la main.

-Le muscle extenseur de l'index : insertion : face post de l'ulna

Terminaison : tendon de l'extenseur des doigts

Action : renforce l'action de l'extenseur commun des doigts.

-Muscle court extenseur du pouce : insertion : face post du radius et de la membrane interosseuse antébrachiale

Terminaison : face dorsale de la base de la phalange proximale du pouce

Action : abducteur et extenseur du pouce.

-Muscle long extenseur du pouce : insertion : face post de l'ulna et de la membrane interosseuse antébrachiale.

Terminaison : face dorsale de la base de la phalange distale du pouce.

Action : extenseur du pouce.

Tester l'extenseur commun des doigts :

La suppléance de l'extenseur commun par un extenseur propre au niveau de l'index et de l'auriculaire et par les bandelettes intertendineuses des muscles interosseux et lombricaux peuvent faire méconnaître la plaie d'un tendon extenseur.

L'action des interosseux et des lombricaux qui fléchissent la métacarpophalangienne (MP) et étendent les interphalangiennes (IP) est neutralisée en faisant étendre les MP tandis que les IP sont fléchies. Il est également possible de les neutraliser en réalisant une extension à partir de la main mise à plat sur la table, ce qui maintient la MP en extension.

L'extenseur propre de l'index et de l'auriculaire, accolé au bord ulnaire de l'extenseur commun, permet l'extension des MP alors que le majeur et l'annulaire sont fléchis.

Le testing de l'ensemble de ces tendons n'est pas toujours aussi simple. L'examen peut être entravé par des douleurs ou par l'absence de coopération du blessé. Par ailleurs, un testing normal ne peut exclure formellement une section tendineuse. En effet, une section parfois sub-totale du tendon peut ne pas entraîner de défaut de mobilité. L'étude des mobilités passives est alors très utile.

L'examinateur porte le poignet en extension ce qui entraîne une flexion passive automatique et harmonieuse des doigts longs.

La normalité de ce test témoigne de la continuité des fléchisseurs mais n'élimine pas les sections partielles.

La mise en flexion passive du poignet entraîne une extension automatique et harmonieuse des doigts qui témoigne de la continuité des extenseurs. La perte de cet effet ténodèse physiologique doit faire suspecter une section tendineuse.

Test contre résistance:

On maintient la phalange proximale et on demande au patient d'étendre le doigt : permet de tester la bandelette médiane qui, je le rappelle s'insère sur la phalange intermédiaire.

On maintient la phalange intermédiaire et on demande au patient d'étendre sa phalange distale, ceci permet de tester les bandelettes latérales qui s'insèrent sur la phalange distale.

Il ne faut jamais négliger une plaie de la face dorsale de la main.

D/ Les ligaments rétinaculaires.

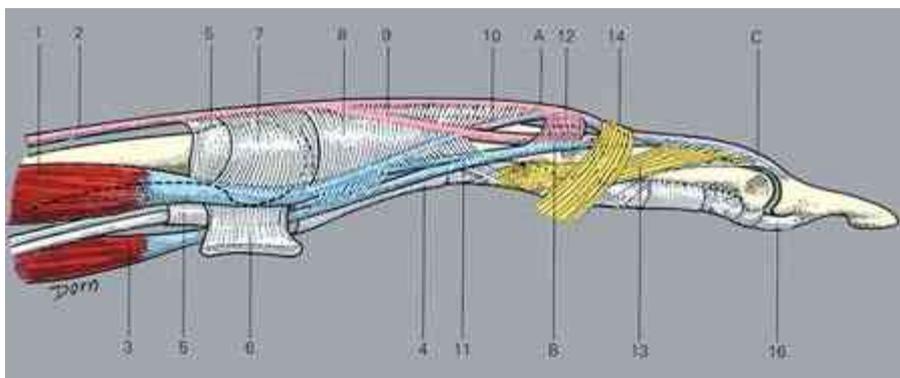
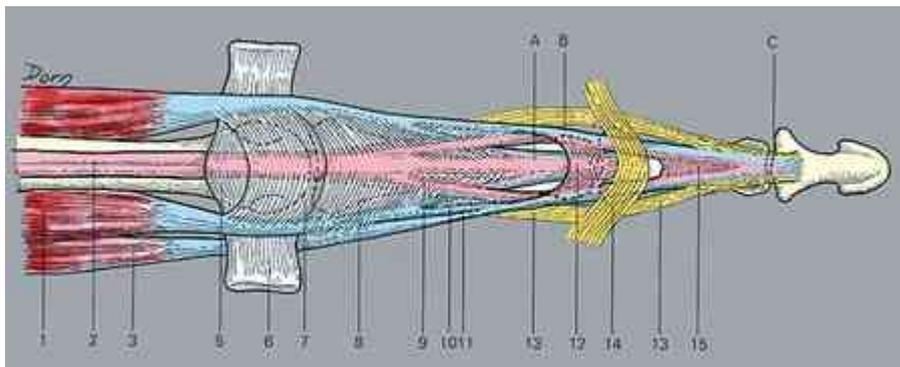
Ils ont un rôle dans la stabilisation tendineuse et la coordination des doigts et peuvent être testés par **le test de Haines**.

Pour tester le ligament rétinaculaire oblique on bloque l'interphalangienne proximale (entre la phalange proximale et la phalange intermédiaire) en extension et on demande au patient de fléchir sa phalange distale. Si le ligament rétinaculaire oblique est atteint, le patient ne peut pas fléchir sa phalange distale.

Le problème des ligaments rétinaculaires c'est qu'ils fixent les déformations.

Ex : **La déformation en boutonnière** est caractéristique : on a une flexion de l'interphalangienne proximale et une hyperextension de l'interphalangienne distale à cause d'une rupture de la bandelette médiane de l'extenseur commun des doigts, par contres les bandelettes latérales, elles se fixent de part et d'autre des doigts et cette attitude et maintiennent tendue la phalange distale, cette attitude est irréductible à cause du ligament rétinaculaire qui maintient tout.

Autre ex : **la déformation en col de cygne** : cette fois on a une hyperextension proximale et une flexion distale.



Le ligament oblique correspond à la légende 14 et le transverse à la 13... !

Au niveau de l'interphalangienne proximale, les bandelettes latérales de l'extenseur sont maintenues par plusieurs structures fibreuses qu'il faut connaître car ce sont elles qui interviendront dans la pérennité de la déformation des lésions.

- **Le ligament rétinaculaire dorsal** correspond aux structures tendues entre les deux bandelettes latérales et comprend deux parties ^[57] (Figure 2) :

- Le ligament triangulaire rejoint les deux bandelettes latérales au dos de la deuxième phalange et ses fibres se mélangent avec celles du ligament rétinaculaire transverse.
- Les fibres arciformes sont de fines fibres qui passent au-dessus de l'articulation, donc plus proximales que celles du ligament triangulaire, et se mélangent avec les fibres terminales des tendons intrinsèques qui se mélangent elles-mêmes avec la bandelette centrale de l'extenseur. Ces deux structures ont pour fonction de limiter le glissement palmaire des bandelettes latérales lors de la flexion du doigt. Elles sont distendues dans les déformations en boutonnière et rétractées dans les déformations en col-de-cygne.

- **Le ligament rétinaculaire latéral** est la structure la plus importante et comprend également deux parties (Figures 2 & 3) :

- Le ligament rétinaculaire transverse, se termine dorsalement sur le tendon conjoint latéral (après la réunion des fibres venues des intrinsèques) et est fixé, en palmaire, sur la plaque palmaire et la capsule pour sa moitié distale, sur la poulie A3 et la gaine des fléchisseurs pour sa moitié proximale. Il recouvre les ligaments collatéraux dont il est facilement séparable et sa fonction principale est de lutter contre la dorsalisation des bandelettes latérales du tendon extenseur pendant l'extension du doigt.

- Le ligament rétinaculaire oblique se termine au bord latéral du tendon conjoint latéral de l'extenseur au dos de la deuxième phalange et s'insère avec lui au dos de la troisième phalange. En regard de l'interphalangiennne proximale, le ligament rétinaculaire oblique est situé entre le ligament rétinaculaire transverse (plus superficiel) et l'insertion osseuse du ligament cutané de Cleland. Proximement, le ligament s'insère sur la crête latérale de la première phalange. Le rôle de ce ligament est d'anticiper la flexion de la deuxième phalange lors de la flexion bloquée des deux interphalangiennes et d'éviter l'hyperextension de la deuxième phalange. Pour comprendre le rôle de ce ligament il faut savoir que lorsqu'on fléchit sans force le doigt on n'utilise que le fléchisseur profond. Pourtant l'IPP fléchit plus que l'IPD. Ceci est lié au ligament rétinaculaire oblique qui est mis en tension lors de la flexion de la dernière phalange initiée par le fléchisseur profond. Le ligament transmet cette tension proximement, portant l'IPP en flexion ce qui a pour effet de "détendre" l'IPD dont la flexion est ainsi moindre que celle de l'IPD. Ceci permet au doigt d'attraper les objets en les enroulant progressivement. L'existence de ce ligament peut également être mise en évidence par une manœuvre simple. La flexion active de l'IPD est moindre en extension (passive) de l'IPP qu'en flexion de l'IPP. La mise en flexion de l'IPP détend le ligament rétinaculaire oblique et permet d'augmenter l'arc de flexion IPD (Test de Haines). Schweitzer a mesuré que la flexion moyenne de l'IPD est de 45° en extension de l'IPP et de 86° en flexion complète de celle-ci ^[45]. La rétraction du ligament rétinaculaire oblique s'observe dans certaines maladies de Dupuytren et dans les déformations fixées en boutonnière.

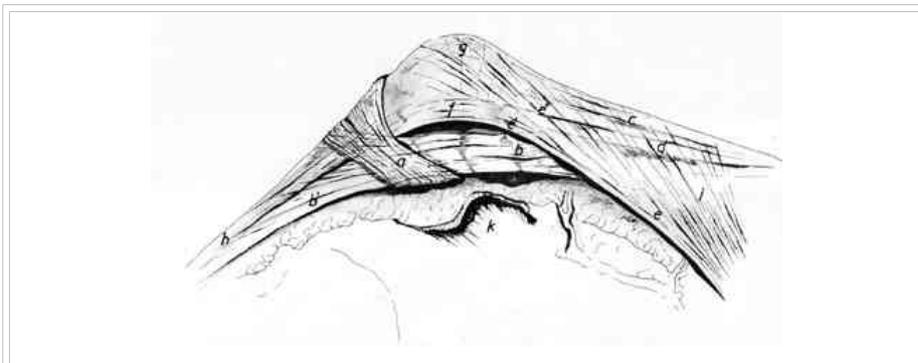


Figure 3 : Le ligament rétinaculaire oblique de Landsmeer (vue latérale du doigt). Le tendon extenseur se divise au dos de la première phalange en une bandelette centrale (c) et deux bandelettes latérales (d). Ces tendons sont renforcés par des insertions dorsales des intrinsèques (e) sur la bandelette centrale (e'') et latérale (e'). Plus proximement, les interosseux forment la dossière des interosseux (j). La réunion de la bandelette centrale (c), de l'expansion des intrinsèques (e'') et des fibres arciformes forme l'insertion terminale de l'extenseur au dos de la deuxième phalange (g). Le ligament rétinaculaire oblique (b) se termine avec les bandelettes latérales de l'extenseur

pour former l'insertion terminale de l'extenseur (h) sur la troisième phalange. Au niveau de l'interphalangienne proximale, le ligament rétinaculaire oblique est recouvert par le ligament rétinaculaire transverse (a) qui contrôle la migration dorsale des bandelettes latérales. En proximal, le ligament rétinaculaire oblique est situé sous les expansions des intrinsèques. Il est dorsal par rapport au ligament cutané de Cleland (k). (D'après Zancolli)

PHYSIO-PATHOLOGIE DES LÉSIONS

Le doigt en maillet représente 2% des urgences sportives [46]. Le mécanisme lésionnel des lésions tendineuses répond à une flexion forcée de l'interphalangienne distale sur un doigt dont le tendon extenseur est contracté [47]. Parmi les accidents rapportés, nous avons vu plus fréquemment des patients qui se sont rompus le tendon en bordant leur lit ! Les lésions fracturaires sont plutôt rattachées à un mécanisme d'impaction axiale de P3 sur P2, et elles se voient plus fréquemment dans les accidents sportifs [47] (figure 4). Comme le tendon est adhérent à la capsule, l'arrachement est très souvent partiel [47]. Le doigt en maillet ayant été rapporté après des traumatismes mineurs, on a évoqué la possibilité d'une prédisposition familiale et/ou l'existence d'une zone tendineuse (relativement) avasculaire proche de l'insertion distale [25, 53]. Il semble qu'il existe également une fragilisation du tendon avec l'âge, plus marquée chez les femmes [47]. Dans quelques cas, la déformation apparaît quelques jours après le traumatisme [47].

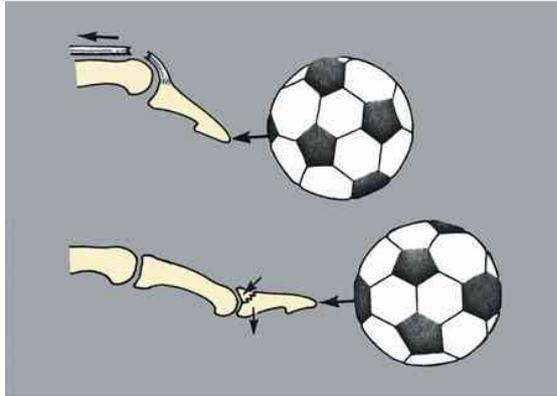
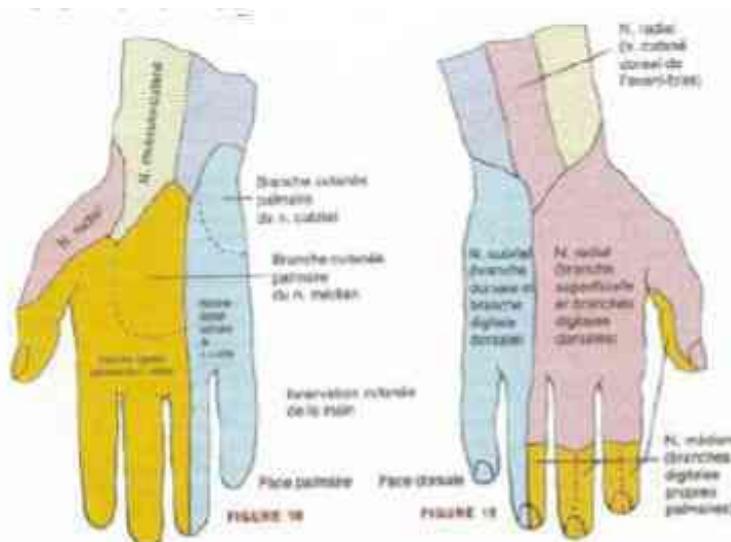


Figure 4 : Mécanisme possibles de l'apparition d'un doigt en maillet. Une hyperflexion de la phalange distale sur un doigt en extension entraîne plutôt une rupture du tendon terminal de l'extenseur. Un traumatisme axial est plus susceptible d'entraîner une fracture de la dernière phalange.

TOUT CE QUI EST ECRIT EN PLUS PETIT NEST PAS A CONNAITRE , CEST JUSTE POUR MIEUX COMPRENDRE CETTE HISTOIRE DE LIGAMENTS RETINACULAIRES.

E) Sensibilité.



Le nerf radial est responsable de la sensibilité de la face dorsale de la main.

Par ordre chronologique, la première sensibilité que l'on va retrouver après une section du nerf que l'on a suturé :
 -La sensibilité nociceptive que l'on teste avec le « pique-touche » ! ensuite,

- La sensibilité thermique : chaud froid
- La sensibilité vibratoire : test du diapason
- Le contact mobile
- Le contact statique : test de discrimination de Weber : pour chaque hémipulpe (une collatérale radiale et une collatérale ulnaire) on utilise un trombone que l'on a préalablement déplié afin de se retrouver avec deux pointes on place chaque pointe d'un côté de la pulpe du doigt, puis on rapproche petit à petit les pointes et on cherche à trouver le moment auquel le patient ne sera plus capable de distinguer les deux pointes, lorsqu'il n'en sentira plus qu'une.

Section du nerf médian

Il innerve le court abducteur du pouce, le court fléchisseur du pouce, l'opposant du pouce ainsi que les lombricaux. Il est aussi responsable de la sensibilité de la face palmaire des 3 premiers doigts et de la motricité des muscles intrinsèques.

Une atrophie de ces muscles peut être due au syndrome du canal carpien : le nerf médian se retrouve attrapé dans le rétinaculum des fléchisseurs

Une amyotrophie de l'éminence thénare entraîne ce que l'on appelle une « main de singe » : le pouce perd son opposition et on le retrouve dans le plan des autres doigts de la main.

Il faut faire attention dans les plaies de la face antérieure du poignet car le nerf médian n'est qu'à 3 mm de la peau.

Section du nerf ulnaire

Il innerve le 4ème et le 5ème doigt ainsi que les hypothénariens, les interosseux, les lombricaux, les thénariens internes (le court fléchisseur du pouce et l'adducteur du pouce.)

Le signe de Froment :



Demander à un patient de saisir entre pouce et index une feuille de papier que l'on maintient. Lors d'une atteinte du nerf ulnaire, l'adducteur du 1 ne peut réaliser la pince ; seul le fléchisseur propre du 1 peut le faire (médian). Le patient fléchi alors l'interphalangienne.

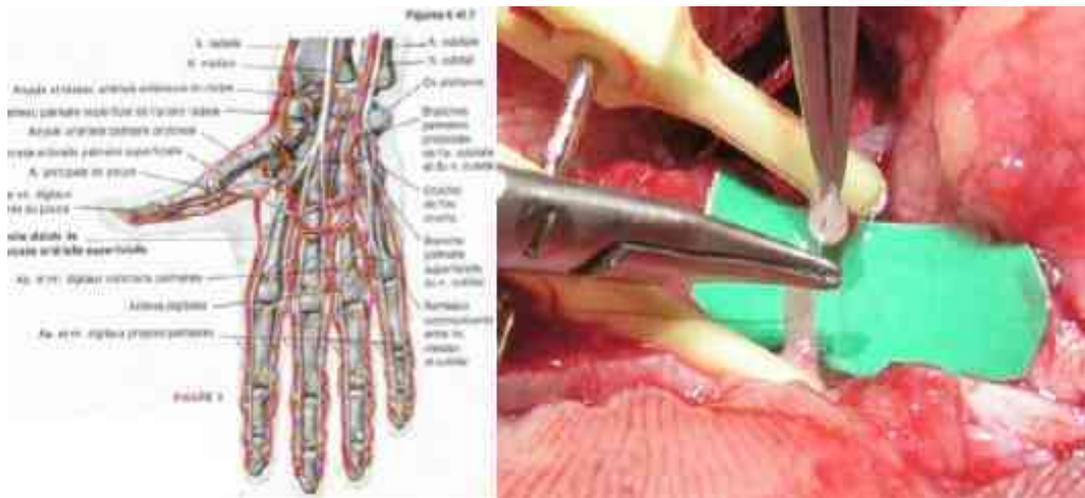
Le signe de Wartenberg : écartement permanent du 5° doigt. Il est lié à l'action de l'abducteur associée à une paralysie interosseuse. On retrouve plus fréquemment ce signe dans les compressions chroniques du nerf ulnaire et dans les récupérations partielles d'une réinnervation.

Le nerf ulnaire passe sous le fléchisseur ulnaire du carpe, suite à une plaie si on peut voir le muscle, il y a section du nerf ulnaire jusqu'à preuve du contraire...

F) La vascularisation

L'artère ulnaire est responsable de la majeure partie de la vascularisation de la main. Elle est située juste en dessous du nerf ulnaire, postérieurement par rapport à lui. Une arche vasculaire se forme entre le réseau radial et le réseau ulnaire.

Le test d'Allen permet de tester cette arche : On fait un garrot sur l'artère radiale avec notre main et avec notre autre main ou avec notre pouce on fait garrot sur l'artère ulnaire. On demande à la personne de fermer la main à répétition pour chasser tout le sang. La main doit devenir blanche. Puis on lâche notre doigt de l'artère ulnaire et on remarque que la main va se recolorer progressivement du côté ulnaire vers le côté radial. Ceci prouve que la vascularisation du pouce peut quand même se faire, même si l'artère radiale est sectionnée.



G) Les structures fibreuses.

Les structures fibreuses sont surtout présentes sur la face palmaire.



- Les poulies de réflexion
- L'aponévrose palmaire superficielle qui est une couche de structures fibreuses qui peut se faire tracter dans la maladie de Dupuytren. Les doigts 4 et 5 restent rétractés.

La maladie de Dupuytren touche beaucoup plus souvent l'homme que la femme, et le plus souvent après 40 ou 50 ans. Généralement indolore, cette maladie de la main touche la paume et/ou la face palmaire des doigts, le plus souvent l'annulaire et l'auriculaire. Elle se traduit au début par des indurations, des nodules, des cordes, des brides sous la peau. Il peut aussi exister des petits creux ou des plis de la peau (« ombilications »). Avec le temps, peut apparaître progressivement un déficit d'extension des doigts atteints, qui peuvent toujours se fermer normalement, mais ne peuvent plus s'étendre complètement. A un stade évolué, le bout du (ou des) doigt(s) atteint(s) peut se mettre en hyper-extension permanente. Tout cela suffit à établir le **diagnostic**, qui ne nécessite ni radiographie, ni aucun examen complémentaire. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, la maladie de Dupuytren ne concerne pas les tendons de la main. Elle est liée à une rétraction progressive de « l'aponévrose palmaire », qui est une structure fibreuse située entre les tendons fléchisseurs et la peau. Souvent normale au début, la peau peut finir aussi par s'indurer, se rétracter et adhérer à l'aponévrose qu'elle recouvre.

H) Le phlegmon des espaces cellulux.

Certains espaces de la main sont riches en tissu celluleux. Traversés par des vaisseaux et nerfs, ils facilitent le glissement des muscles et gaines synoviales au cours des mouvements. De ces espaces cellulux dépend la topographie des phlegmons de la main.

- L'espace celluleux hypothénarien : situé entre le plan du muscle abducteur et court fléchisseur du 5 et le muscle opposant du 5.
- L'espace celluleux thénarien : situé entre les muscles abducteur et court fléchisseur du 1
- L'espace celluleux prétendineux : situé sous l'aponévrose palmaire.
- L'espace celluleux retrotendineux
- L'espace celluleux dorsal : situé entre le fascia interosseux dorsal et le fascia dorsal de la main. Il communique avec les espaces cellulux thénariens et rétrotendineux.

Le phlegmon touche soit la face palmaire, en avant de l'aponévrose palmaire superficielle, soit la face dorsale de la main.

A la face dorsale, la collection entraîne des douleurs et de la fièvre mais pas de difficultés d'extension ni de flexion car il n'y a pas de gaines individuelles des tendons extenseurs.

D) Le panaris

C'est une infection des parties molles constitutives du doigt. Elle est généralement distale au niveau de la troisième phalange.

Le staphylocoque et le streptocoque donnent des panaris nécrosants. Le diabète et la toxicomanie sont des facteurs de risque de panaris.

Il existe différentes formes de panaris :

- sous inguéale
- péri inguéale
- pulpaire : au niveau de la face palmaire
- Possibilité aussi d'en avoir à la face latérale de la 1^{ère} et de la 2^{ème} phalange mais c'est beaucoup plus rare.

Ce qui est important dans les panaris, c'est de savoir ce qu'il y a en dessous ; un panaris pulpaire peut être gênant pour la gaine des fléchisseurs. Un panaris péri inguéal est plutôt gênant pour la matrice de l'ongle.

Formes évolutives des panaris :

- Stade inflammatoire non collecté : à traiter
- Stade de collection : fluctuation ou perte de la pseudo fluctuation pulpaire. Pulsatile et insomniant.
- Fistulisation : s'abouche à la peau et guérit tout seul.

Traitement des panaris :

Stade inflammatoire : antibiotiques et bains de doigt.

Collection ou fistulisation : excision chirurgicale suivie de cicatrisation dirigée.

Traiter la pasteurellose en cas de griffure de chat.

Complications des panaris

-ostéoarthrite interphalangienne distale

-Phlegmon de la gaine des fléchisseurs

-Gangrène

-Récidive : toxicomanes, diabétiques ou insuffisance d'excision chirurgicale.

J) Le phlegmon

C'est une infection des doigts diffusée à la gaine des fléchisseurs. Il peut être dû à un panaris négligé ou à une plaie négligée de la gaine des tendons fléchisseurs (piqûre septique, morsure de chat)

Formes évolutives du phlegmon :

Stade 1 : inflammatoire : douleur au cul de sac supérieur de la gaine, tendon intact.

Stade 1 : Synovite purulente : signe du crochet, tendon intact.

Stade 3 : Doigt nécrosé avec fistulisation, tendon nécrosé.

Traitement du phlegmon

Stade 1 : traitement chirurgical : lavage de la gaine et excision de la porte d'entrée

Stade 2 : Synovectomie de la gaine et excision de la porte d'entrée.

Stade 3 : traitement chirurgical : amputation.

Voilà, fini...

Tout ce qui est écrit en plus petit c'est ce que j'ai rajouté et ce dont le prof n'a pas parlé.

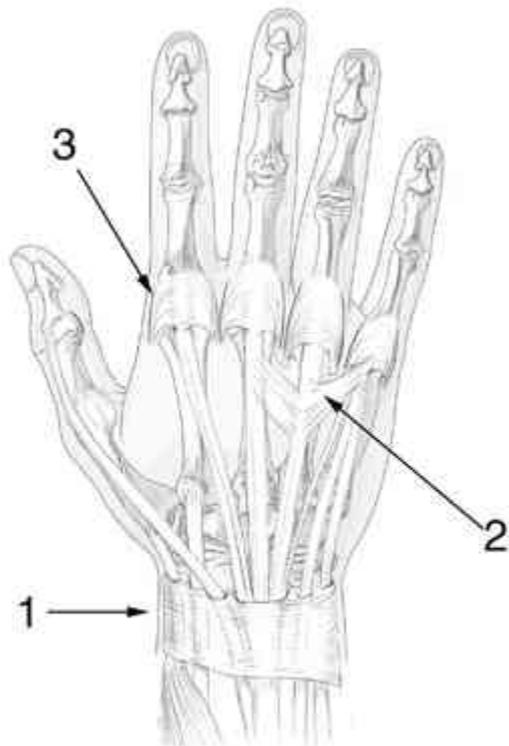


Figure 1 : Rappel schématique de l'anatomie de l'appareil extenseur au dos de la main :
 1 Retinaculum dorsal, seule zone dans laquelle les extenseurs sont dans une gaine synoviale
 2 Junctura tendinosum
 3 Lames sagittales qui maintiennent le tendon extenseur centré sur la MP

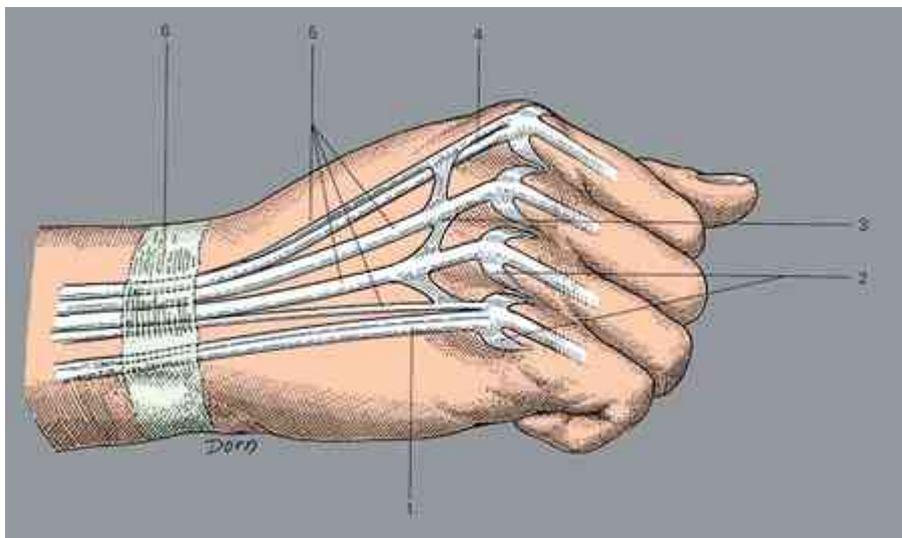
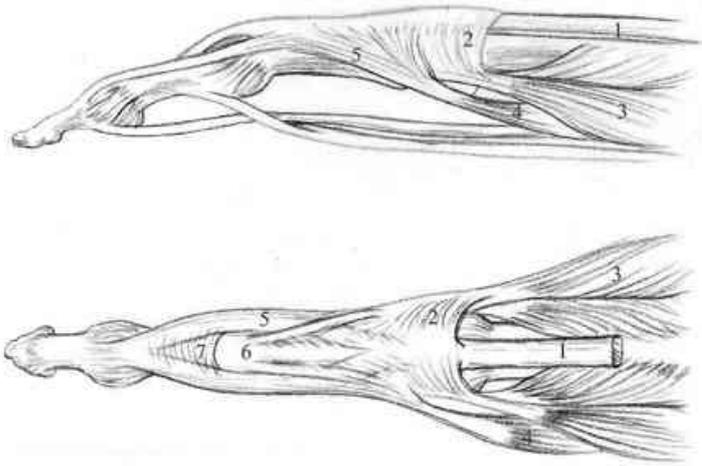


Figure 2 : Les extenseurs au dos de la main – représentation schématique (photothèque de l'Institut de la Main)
 1 : Tendon de l'extensor digiti minimi. Le plus souvent dédoublé.
 2 : Lames sagittales
 3 : Junctura tendinosum
 4 : Extensor indices proprius, le plus souvent au bord médial du tendon extenseur commun
 5 : les tendons de l'extensor digitorum communis
 6 : retinaculum extensorum



<http://www.maitrise-orthop.com>

Figure 3 : l'appareil extenseur au dos des doigts

- 1 : Tendon extenseur
- 2 : Lames sagittales
- 3 : Muscle interosseux, insertion proximale
- 4 : Muscle interosseux, insertion distale
- 5 : Bandelettes latérales de l'extenseur
- 6 : Bandelette centrale de l'extenseur
- 7 : Ligament triangulaire (reliant les deux bandelettes de l'extenseur)