SOIGNEZ VOUS-MÊME VOTRE DOIGT À RESSAUT OU DOIGT À GÂCHETTE

NO04

VOTRE GUIDE PRATIQUE
POUR SOULAGER VOTRE MAIN

Dr Jean Paul Brutus, chirurgien de la main
Nathalie Brisebois, ergothérapeute de la main
Noémie Vézina

AVERTISSEMENT AU LECTEUR ET RENONCIATION DE RESPONSABILITÉ :

Bien que les auteurs et éditeurs aient pris le meilleur soin d'assurer l'exactitude et le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce livre, il est impossible de garantir que cette information soit complète, exacte et exempte d'erreurs ou d'omissions. Les auteurs, et les éditeurs déclinent toute responsabilité en cas de lésions, blessures, ou dommages à autrui, qui résulteraient, directement ou indirectement de l'utilisation et de l'application du contenu ou d'une partie du contenu de ce livre. Les informations continues dans ce livre doivent être considérées comme de l'information générale et ne peuvent remplacer ou se substituer à une consultation médicale ou à l'information fournie par votre médecin. Le contenu de ce livre est à considérer comme de l'information générale, donnée au meilleur des connaissances des auteurs, et ne constitue pas une recommandation ou instruction. Les auteurs et le lecteur ne se trouvent donc pas engagés dans une relation patient-médecin. Il est toujours recommandé de rencontrer un médecin en personne pour prendre les décisions relatives à votre santé. N'hésitez pas à obtenir une seconde opinion auprès d'un professionnel de la santé de votre région en cas de doute et avant de prendre une décision quant à la gestion de votre condition.

Tous droits réservés. Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, archivé ou retransmis sous quelque forme que ce soit, et de quelque manière que ce soit, électronique, mécanique, photocopie, enregistrement ou autre sans l'autorisation préalable des auteurs.

SOIGNEZ VOUS-MÊME VOTRE DOIGT À RESSAUT OU DOIGT À GÂCHETTE

VOS MAINS SONT UNIQUES ET PRÉCIEUSES !

SOIGNEZ VOUS-MÊME VOTRE DOIGT À RESSAUT OU DOIGT À GÂCHETTE

VOTRE GUIDE PRATIQUE POUR SOULAGER VOTRE MAIN.

Dr Jean Paul Brutus, chirurgien de la main, drbrutus.com

Nathalie Brisebois, ergothérapeute de la main,
Centre Professionnel D'Ergothérapie, cpergotherapie.ca

Noémie Vézina

Le doigt à ressaut (doigt à gâchette, ténosynovite sténosante ou « trigger finger » en anglais) est une pathologie fréquente, souvent négligée qui cause un blocage douloureux du doigt en flexion et peut mener à des séquelles irréversibles s'il n'est pas traité efficacement. Ce manuel pratique écrit par des spécialistes du doigt à ressaut vous permettra de reconnaitre votre pathologie et vous confèrera la capacité de vous soigner vous-même immédiatement en adoptant les mesures efficaces pour soulager vos symptômes. Dans la majorité des cas, le doigt à ressaut peut être soulagé sans chirurgie !

Trouvez ici, en quelques minutes, les réponses à vos questions concernant le doigt à ressaut :

Vous serez informés(es) des connaissances les plus modernes sur cette pathologie et saurez exactement comment prendre en charge votre condition de la manière la plus efficace afin de reprendre vos activités professionnelles et vos loisirs dans les plus brefs délais.

Vous serez assurés(es) de savoir quand consulter un chirurgien de la main si cela devenait nécessaire.

Vous connaitrez les progrès spectaculaires apportés par les techniques mini-invasives modernes pour décomprimer vos tendons en quelques minutes, sous anesthésie locale et presque sans douleur. L'endoscopie permet souvent de retourner à vos activités en quelques jours seulement et constitue un réel progrès.

Cessez d'endurer la douleur et surtout n'ignorez plus la pathologie dont vous souffrez ; vos mains sont uniques et précieuses !

TABLE DES MATIÈRES

1 / La ténosynovite sténosante (doigt à ressaut) est très fréquente / Qui peut en être affecté(e) ?

2 / Quels sont les symptômes du doigt à ressaut ?

3 / Quelle est la cause du problème ?

4 / Comment se fait le diagnostic et quels types de tests dois-je passer ?

5 / L'échographie est-elle utile ?

6 / Dois-je passer une radiographie ?

7 / Dois-je passer une résonance magnétique ?

8 / Dois-je passer un électromyogramme ?

9 / Le doigt à ressaut peut-il être associé au travail ou à des gestes répétitifs?

10 / Que puis-je faire pour soulager ma douleur ?

11 / Que penser de l'utilité d'une injection de cortisone dans le canal carpien ?

12 / Comment agit la cortisone ?

13 / L'acide hyaluronique en injection peut-il être utile pour améliorer le glissement des tendons fléchisseurs ?

14 / Est-il absolument nécessaire de traiter le doigt à ressaut ?

15 / J'ai essayé toutes les mesures proposées ci-dessus et rien ne fonctionne ; que dois-je faire ?

16 / Devant cette situation, la chirurgie est-elle indispensable ?

17 / Quel type d'anesthésie est requis pour cette intervention ?

18 / Comment se pratique cette chirurgie actuellement ?

19 / Existe-t-il des techniques alternatives moins invasives par endoscopie ?

20 / Existe-t-il d'autres techniques de chirurgie minimalement invasive pour le doigt à ressaut ?

21 / Est-ce que ces traitements sont douloureux ?

22 / Quelles sont les chances vraiment réelles de succès de ce type de chirurgie?

23 / On entend souvent parler d'histoires d'horreur en lien avec le doigt à ressaut, est-ce que ce sont des histoires réelles ?

24 / Quelles sont les complications possibles suite à ce type de chirurgie ?

25 / Y a-t-il des risques de lacérations nerveuses ?

26 / J'ai entendu parler de syndrôme de dystrophie réflexe ou encore de « CRPS » ? Qu'est-ce que cela signifie ?

27 / Qu'est-ce qui en est des raideurs ? J'ai entendu qu'il fallait faire de la rééducation après la chirurgie.

28 / Et les cicatrices douloureuses au niveau de la main ?

29 / Quel genre de convalescence doit-on prévoir ?

30 / Est-il possible de retourner au travail la semaine qui suit la chirurgie ?

31 / Est-ce qu'il faut doit porter une orthèse après la chirurgie ?

32 / Quels sont vos suggestions pour choisir le meilleur médecin et quelles questions un patient doit absolument lui poser ?

33 / Quel est l'âge limite pour un patient qui souhaiterait se faire opérer ?

VOTRE GUIDE PRATIQUE
POUR SOULAGER VOTRE MAIN

1 /

LA TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE OU DOIGT À RESSAUT EST TRÈS FRÉQUENTE. QUI PEUT EN ÊTRE AFFECTÉ(E) ?

La ténosynovite sténosante est une pathologie très commune qui touche les hommes et les femmes le plus souvent après cinquante ans. Sa fréquence est six fois plus grande chez les femmes que chez les hommes. Elle est connue sous le nom de doigt à ressaut ou à gâchette. (« Trigger finger »).

Le doigt à ressaut touche des personnes par ailleurs en bonne santé mais aussi des personnes porteuses de facteurs de risque qui les prédisposent, comme par exemple :

- Le diabète (risque cinq fois plus élevé que dans la population normale)
- L'hypothyroïdie
- L'excès de poids
- La ménopause
- L'arthrite rhumatoïde
- L'amyloidose
- Le syndrôme du canal carpien
- La tendinite de de Quervain
- La forme congénitale (chez le très jeune enfant et qui concerne le pouce)

Des facteurs professionnels pourraient expliquer une relative association statistique entre cette condition et les professions de couturière, technicien en entretien ménager et secrétaire. Cependant, ceci n'est pas universellement démontré scientifiquement et la relation de causalité est difficile à établir. Dans la grande majorité des cas, il n'existe pas de relation causale entre le travail et cette pathologie.

2 /

QUELS SONT LES SYMPTÔMES DU DOIGT À RESSAUT ?

Le patient atteint va ressentir une douleur au niveau de la face palmaire de la main, à la base du doigt affecté. L'apparition progressive de cette douleur peut s'accompagner d'un léger gonflement. La ténosynovite sténosante étant de nature évolutive, elle débute généralement par une difficulté associée à l'extension du doigt (ouverture de la main) qui se fait avec un ressaut ou un déclic. Avec le temps, la situation se détériore et le doigt reste bloqué en position de flexion. La personne affectée doit alors utiliser son autre main afin de débloquer le doigt manuellement ; ceci occasionnant souvent de la douleur. Lorsque la situation se détériore, le doigt reste bloqué de façon permanente dans cette position et il n'est plus possible de l'étendre, même passivement. L'ankylose des articulations du doigt suivra alors.

3 /
QUELLE EST LA CAUSE DU PROBLÈME ?

Les tendons fléchisseurs qui servent à plier les articulations du doigt coulissent normalement dans un canal étroit de la face palmaire de la main et du doigt qui est connu sous le nom de « canal digital ». Il arrive que les tendons deviennent le siège d'une inflammation et d'une augmentation de calibre. C'est alors qu'un épaississement palpable des tendons appelé « nodule » apparaît fréquemment.

Les tendons fléchisseurs du doigt ne peuvent alors plus coulisser normalement dans le canal digital et un blocage ainsi qu'une restriction de la mobilité apparaissent. Ce phénomène est communément à l'origine du ressaut douloureux du doigt.

Toutefois, le glissement des tendons peut également être restreint par l'inflammation et l'épaississement des tissus conjonctifs, appelés membranes synoviales, recouvrant l'articulation digitale en question ; on parle alors d'une synovite.

Le doigt le plus souvent affecté est l'annulaire, suivi du pouce, du majeur, puis de l'index et du petit doigt respectivement.

4 /
COMMENT SE FAIT LE DIAGNOSTIC ET QUELS TYPES DE TESTS DOIS-JE PASSER ?

En général, le doigt à ressaut se reconnait facilement à l'histoire et à la chronologie des symptômes. L'examen clinique est assez facile et suffit à identifier le problème. Dans de rares cas, il peut être utile d'obtenir une confirmation de la pathologie par des examens complémentaires.

5 /
L'ÉCHOGRAPHIE EST-ELLE UTILE ?
L'échographie est un examen qui peut être proposé afin d'identifier et évaluer l'état des tendons fléchisseurs ainsi que la présence d'un nodule ou d'une inflammation.

L'échographie permet de dépister les agents responsables de la condition, soit la dilatation du tendon ou la présence d'une synovite. Cet examen dynamique permet également de visualiser le phénomène de blocage lors de la flexion – extension du doigt.

Afin de passer cet examen, il est requis de présenter une ordonnance de consultation médicale.

6 /
DOIS-JE PASSER UNE RADIOGRAPHIE ?
La radiographie est un examen peu utile dans le diagnostic du doigt à ressaut parce qu'elle ne démontre que les os et omet les tissus mous comme les tendons ou membranes synoviales.

Afin de passer cet examen, il est requis de présenter une ordonnance de consultation médicale.

7 /
DOIS-JE PASSER UNE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE ?
La résonance magnétique nucléaire (I.R.M.) est un examen sophistiqué, qui permet de bien visualiser les tissus mous, c'est-à-dire les tendons à l'intérieur du canal. Elle permettra de mettre en évidence s'il y a une inflammation anormale de ces derniers. Cependant, cet examen n'est pas requis dans la majorité des cas. Étant souvent difficile d'accès et assez onéreuse, l'I.R.M doit être utilisée judicieusement et réservée aux situations qui le justifient seulement. Par exemple, elle est utile pour les présentations cliniques inhabituelles.

Afin de passer cet examen, il est requis de présenter une ordonnance de consultation médicale.

8 /
DOIS-JE PASSER UN ÉLECTROMYOGRAMME ?
L'électromyogramme et la mesure des vitesses de conduction nerveuse évaluent la fonction et performance des nerfs mais ne sont d'aucune utilité pour le diagnostic du doigt à ressaut.

Ces tests peuvent cependant être utiles s'il existe un syndrôme du canal carpien en association avec le doigt à ressaut.

9 /
LE DOIGT À RESSAUT PEUT-IL ÊTRE ASSOCIÉ AU TRAVAIL OU À DES GESTES RÉPÉTITIFS ?

La répétition très fréquente et sans période de repos de gestes de serrage ou de préhension forte de la main pourraient déclencher ou aggraver les symptômes de la ténosynovite sténosante mais la preuve scientifique d'un éventuel lien avec le travail demeure faible.

Le travail prolongé avec un clavier d'ordinateur ou une souris n'est pas reconnu comme un facteur causal de doigt à ressaut.

10 /
QUE PUIS-JE FAIRE POUR SOULAGER MA DOULEUR ?

Il est important de comprendre que la douleur est principalement provoquée par le nodule formé sur le tendon qui frotte sur la poulie localisée au niveau de la section de la paume de la main qui est près de la base du doigt atteint. En partant de ce fait, le but premier est de limiter ce frottement afin de permettre au nodule de se résorber ou à tout le moins de diminuer l'inflammation environnante. Un nodule moins gros frottera moins sur la poulie et donc n'occasionnera pas autant d'inconfort et d'accrochage. Tout exercice où des mouvements répétitifs des doigts sont sollicités, tel que de serrer/relâcher une balle de stress ou une balle de tennis, est à prescrire.

Les mesures à adopter immédiatement sont les suivantes :

- Identifiez les activités qui déclenchent les symptômes et évitez-les pendant quelques jours. Un ergothérapeute peut vous aider à modifier votre posture ou votre poste de travail et vous inciter à prendre des pauses de manière régulière. Il est aussi important d'alterner les tâches pour épargner les doigts atteints. Il faut aussi éviter de tenir de petits instruments de façon serrée et pour une longue période de temps.

- Procurez-vous une orthèse de repos du doigt atteint. Cette orthèse doit limiter de façon substantielle les mouvements de flexion complète de l'articulation métacarpophalangienne du doigt, qui est l'articulation localisée à la base du doigt, où le doigt s'attache la main. L'orthèse doit positionner cette articulation seulement en position neutre, soit droite. Elle doit aussi permettre au reste du doigt de bouger et elle ne doit aucunement limiter les mouvements du poignet et des autres doigts. Une telle orthèse est disponible auprès d'ergothérapeutes spécialisés ou chez certains orthésistes. En évitant à cette portion du doigt de bouger, on évite le frottement du tendon sur la poulie. Ces orthèses sont majoritairement faites sur mesure (orthèses en thermoplastique moulé) quoique certains modèles préfabriqués existent. L'orthèse devra être portée lors des heures d'éveil, lorsque le doigt est stimulé mais elle peut aussi être portée la nuit pendant trois à six semaines. Abandonnez ensuite le port de l'orthèse et observez si les symptômes réapparaissent ou augmentent en intensité. Si c'est le cas, il n'est pas recommandé de continuer le port de l'orthèse sans consulter un médecin car cela signifie que le nodule est suffisamment gros pour limiter les mouvements actifs du du doigt atteint. Il est alors important de consulter un chirurgien de la main.

- Modifiez les outils ou de l'équipement de travail que vous utilisez et qui est associé à l'apparition des symptômes. Augmentez le diamètre (la grosseur) des poignées et des manches d'outils fréquemment utilisés. Éviter d'utiliser des outils ou instruments qui appliquent une pression localement où la douleur est ressentie tel que l'utilisation de ciseaux si le doigt gâchette est au niveau du pouce.
- Évitez d'utiliser les outils à vibration ou choisissez des outils qui entrainent moins de vibrations. Le port de gants anti-vibrations pourrait s'avérer bénéfique.
- Appliquez localement de la glace au niveau des doigts atteints et de la paume de la main si vous en constatez les bienfaits. La glace peut être appliquée par périodes de 10 minutes, en attendant un minimum de 2 heures avant de réappliquer. L'utilisation d'une serviette imbibée d'eau froide, d'une bouteille d'eau froide, ou glacée, appliquée directement dans la paume de la main peut procurer un certain confort.
- Effectuez des bains contraste : ceci permet de diminuer la sensation de gonflement que vous pouvez ressentir dans votre main et vos doigts. Ces bains créeront un « pompage » artificiel dans votre main.

Marche à suivre :

1. Prendre 2 contenants qui vous permettront d'immerger la main complètement dans l'eau. Vous pourrez utiliser, par exemple, un évier de cuisine à compartiment double.
2. Remplir un contenant d'eau tiède, suffisamment chaude pour être facilement tolérable, sans être trop chaude pour éviter de vous brûler.
3. Remplir l'autre contenant avec l'eau froide du robinet.
4. Déposer la main, incluant le poignet, dans 1 contenant et y rester 1 minute complète, minute qui doit être calculée avec une minuterie.
5. Alterner d'un contenant à un autre à chaque minute, pour un total de 10 minutes.

Vous pouvez sentir un soulagement suite à l'exécution de ces bains. Ils peuvent alors être effectués 2 fois par jour, soit une fois en début de journée et une fois en fin de journée. Si vous ne ressentez aucun bien-être, ou d'effet positif sur le gonflement de votre main ou de vos doigts, après avoir effectué ces bains pendant une semaine, vous pouvez cesser cette procédure.

11 /
QUE FAUT-IL PENSER DE L'UTILITÉ D'UNE INJECTION DE CORTISONE DANS LE CANAL DIGITAL ?

Les injections de cortisone dans le canal digital, lorsqu'elles sont bien exécutées par un spécialiste, sont peu douloureuses et peuvent améliorer les symptômes. En revanche, il n'est pas conseillé de les répéter plus de deux à quatre fois car elles perdent de leur efficacité et comportent des risques de complication locale.

Une variété de complications ont été décrites suite à l'injection de cortisone, celles-ci incluant : l'affaiblissement des tissus (en particulier l'atrophie de la peau), la décoloration

ou dépigmentation régionale d'une zone de la peau, la fonte parfois irréversible des tissus mous, ainsi que la rupture des tendons fléchisseurs. Un risque d'infection y est également associé car la cortisone diminue les capacités locales de défense contre les infections.

La cortisone injectée ne favorise pas à la prise de poids comme peut le faire la cortisone prise en comprimés, par la bouche.

Si aucune amélioration, même temporaire, n'est notée, il faudra rechercher un autre traitement.

12 /
COMMENT AGIT LA CORTISONE ?

La cortisone est un anti-inflammatoire extrêmement puissant qui, lorsqu'injecté dans le canal, fera essentiellement dégonfler les tendons fléchisseurs qui s'y trouvent et qui servent à faire plier vos doigts.

Cet effet est malheureusement temporaire et le soulagement ne sera que de courte durée ; variant entre de quelques semaines à quelques mois.

13 /
L'ACIDE HYALURONIQUE EN INJECTION PEUT-IL ÊTRE UTILE POUR AMÉLIORER LE GLISSEMENT DES TENDONS FLÉCHISSEURS ?

Une seule étude comparative publiée en 2015 suggère que l'injection d'acide hyaluronique dans la gaine des fléchisseurs pourrait améliorer les symptômes du doigt à gâchette. Toutefois, cette étude démontra que les injections de cortisone avaient une efficacité supérieure à celles d'acide hyaluronique quant au contrôle de ces symptômes.

14 /
EST-IL ABSOLUMENT NÉCESSAIRE DE TRAITER LE DOIGT À RESSAUT ?

Il est important de ne pas ignorer le problème et de traiter cette pathologie rapidement. Il y a en effet un risque d'enraidissement irréversible des articulations du doigt par ankylose.

Si le traitement survient trop tard, la mobilité du doigt pourrait donc être compromise de manière permanente.

Afin d'éviter de telles séquelles, il est recommandé de ne pas différer le traitement.

15 /
J'AI ESSAYÉ TOUTES LES MESURES PROPOSÉES CI-DESSUS ET RIEN NE FONCTIONNE. QUE DOIS-JE FAIRE ?

L'échec du traitement conservateur indique que la compression est suffisamment sévère pour que les problèmes persistent et une consultation avec un chirurgien de la main est indispensable. Une intervention de décompression des tendons fléchisseurs du doigt est indiquée pour réduire la pression dans le canal et restaurer le glissement normal des tendons. Ceci préviendra la dégradation ultérieure de ces derniers pouvant mener à des séquelles irréversibles.

16 /
DEVANT CETTE SITUATION, LA CHIRURGIE EST-ELLE INDISPENSABLE ?

Dans une situation où effectivement le traitement médical ou conservateur échoue, il y a une indication opératoire formelle et le principe de la chirurgie est assez simple :

Le canal digital est une structure rigide devenue trop étroite pour son contenu (les deux tendons fléchisseurs pour les doigts et le fléchisseur propre du pouce pour le pouce). Le plancher du canal est formé par les os du doigt et le toit du canal est formé par un ligament épais, qu'on appelle la poulie annulaire A1.

Le but de la chirurgie est de réduire la pression dans le canal et de permettre le glissement normal du tendon ; menant ainsi à la résorption de l'inflammation entretenue par le frottement mécanique.

La solution est donc d'inciser la poulie annulaire A1 formant le toit du canal pour que celui-ci s'ouvre et que le volume du canal soit augmenté. La pression diminue donc immédiatement et le ou les tendons sont décomprimés.

Le ligament sectionné guérira dans sa nouvelle position et sera donc, une fois cicatrisé, plus long qu'il ne l'était auparavant, augmentant ainsi le calibre du canal de façon permanente.

17 /
QUEL TYPE D'ANESTHÉSIE EST REQUIS POUR CETTE INTERVENTION ?

Aujourd'hui, cette intervention est pratiquée très couramment sous anesthésie locale de façon très confortable et très sécuritaire. Il n'y a donc plus de raison médicale, dans une situation normale, de pratiquer cette chirurgie sous anesthésie régionale (anesthésie complète du bras) et encore moins sous anesthésie générale. Les risques liés à l'anesthésie sont donc particulièrement réduits.

18 /

COMMENT SE PRATIQUE CETTE CHIRURGIE ACTUELLEMENT ?

La chirurgie conventionnelle était une chirurgie à ciel ouvert dont le principe est de faire une incision longue de deux centimètres, dans la paume de la main, afin d'atteindre la poulie annulaire. Le but étant de sectionner cette dernière pour agrandir le canal digital, cette technique implique toutefois de sacrifier et de sectionner les structures se trouvant au dessus du ligament à sectionner, soit :

- La peau
- Le tissu graisseux sous-cutané qui contient souvent des petites fibres nerveuses responsables des cicatrices parfois douloureuses en postopératoire

Cette technique classique donne de bons résultats mais comporte de nombreux inconvénients :

- Elle sacrifie inutilement des structures importantes
- La période de cicatrisation s'en trouve allongée très considérablement
- Les risques de réouverture des plaies et d'infection sont plus importants surtout chez les diabétiques
- Les risques d'adhérence et de raideur postopératoire augmentent
- La cicatrice dans la paume de la main demeure souvent hypersensible pendant des mois et peut être inesthétique
- La perte de force postopératoire perdure environ trois à six mois
- Le traitement de plusieurs doigts alourdit la convalescence
- Le traitement des deux mains doit se faire en deux temps : le plus souvent dans une période de deux à trois semaines

19 /

EXISTE T-IL DES TECHNIQUES ALTERNATIVES PLUS MODERNES ET MOINS INVASIVES, NOTAMMENT PAR ENDOSCOPIE ?

Il existe en effet d'autres techniques, beaucoup plus récentes et sophistiquées qui sont moins invasives et permettent de sectionner la poulie annulaire uniquement sans aucune incision dans la paume. La peau, le délicat tissu graisseux sous-cutané et les muscles de la paume sont donc laissés intacts et le traumatisme chirurgical est ainsi très limité.

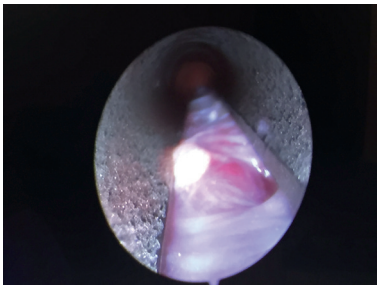
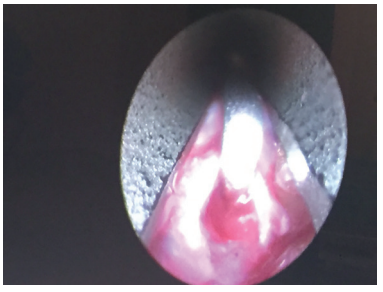
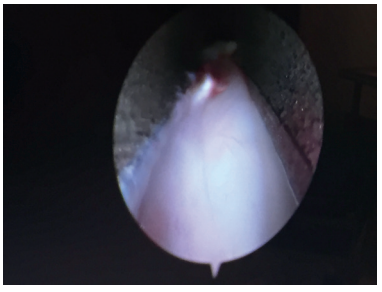
Ceci se fait par deux petits orifices minuscules au niveau de la paume et de la base du doigt, qui permettent d'introduire une petite caméra à haute définition à l'intérieur du canal, de visualiser parfaitement la poulie annulaire et de la sectionner avec une lame rétrograde, sous contrôle visuel direct permanent.

L'endoscopie est une intervention très sécuritaire qui permet d'avoir une récupération beaucoup plus rapide impliquant moins de douleur et de raideur. Elle minimise également la sensibilité associée à la cicatrice.

Les conséquences de l'intervention sont tellement réduites que cette technique moderne permet même d'opérer plusieurs doigts et même les deux mains en même temps ce qui raccourcit d'autant la période de convalescence par rapport aux techniques moins récentes.

Ses avantages sont donc :

- Absence d'incisions et de cicatrices
- Parfaite visualisation des structures anatomiques
- Incision précise et sélective de la poulie annulaire sous visionnement direct
- Vérification immédiate de l'efficacité de l'intervention en visualisant directement le glissement des tendons et la disparition du ressaut

20 /

EXISTE-T-IL D'AUTRES TECHNIQUES DE CHIRURGIE MINIMALEMENT INVASIVE POUR LE DOIGT À RESSAUT ?

Oui, le traitement percutané à l'aiguille est une alternative et peut se faire sous anesthésie locale en se servant du biseau d'une aiguille comme lame pour sectionner la poulie

annulaire, à travers la peau sans incision et sans cicatrice. Il s'agit cependant d'une technique qui se fait à l'aveugle, cest-à-dire sans voir ce que l'on dissecte.

Pour cette raison, les études ont démontré que les lésions traumatiques des tendons fléchisseurs situés immédiatement sous la poulie sont très fréquentes. Il s'agit de lacérations partielles qui n'ont pas nécessairement de répercussion clinique mais peuvent cependant causer des adhérences cicatricielles au niveau des tendons blessés et restreindre un peu la mobilité des doigts.

Cette technique est une option intéressante mais moins précise et plus risquée que la chirurgie endoscopique.

21 /
EST-CE QUE CES TRAITEMENTS SONT DOULOUREUX ?

Toutes ces interventions se réalisent sous anesthésie locale et ne sont pas douloureuses.

À la résolution des effets de l'anesthésie locale, l'intervention la moins douloureuse est le traitement par endoscopie qui procure au plus un léger inconfort de 24 heures.

En période postopératoire, la plupart des patients prennent des antidouleurs légers pendant moins de vingt-quatre heures (paracétamol ou acétaminophène et anti-inflammatoires non stéroïdiens).

Les patients peuvent récupérer la fonction de leur main immédiatement avec les techniques moins invasives comme l'endoscopie ou le traitement percutané.

Vingt-quatre heures après la décompression endoscopique, il est recommandé d'enlever le pansement et de se laver les mains. L'usage libre est ensuite autorisé. Aucun point de suture n'est requis.

Les patients peuvent s'habiller, manger, boire, conduire, immédiatement. Ils apprécient l'aisance de la récupération qui est extrêmement rapide. Ceci est un grand avantage par rapport à la chirurgie conventionnelle, qui implique l'attente de la cicatrisation de la plaie de la paume de la main, comportant des risques de réouverture de plaie, d'infection et de raideur.

22 /
QUELLES SONT LES CHANCES VRAIMENT RÉELLES DE SUCCÈS DE CE TYPE DE CHIRURGIE ?

La chirurgie endoscopique du doigt à ressaut un taux de succès de 98 à 99 %. Les autres techniques ont également un taux de succès élevé mais la convalescence est plus longue.

Comme toutes les techniques endoscopiques, cette technique spécialisée requiert une compétence particulière et doit être pratiquée par un chirurgien de la main expérimenté en endoscopie.

23 /

ON ENTEND SOUVENT PARLER D'HISTOIRES D'HORREUR EN LIEN AVEC LE DOIGT À RESSAUT, EST-CE QUE CE SONT DES HISTOIRES RÉELLES ?

Les histoires d'horreur sont rares mais on en entend souvent parler, ce qui est vrai pour toutes les chirurgies. Il s'agit d'une chirurgie qui est hautement sécuritaire ayant fait ses preuves dans la littérature médicale, à condition qu'elle soit réalisée par un chirurgien de la main ; c'est-à-dire un chirurgien plasticien ou orthopédiste qui a une formation additionnelle et une grande expertise dans la chirurgie endoscopique de la main.

Dans ces conditions, il y a en fait moins de risque liés à l'opération. Le taux de complications est minimisé par le fait qu'il s'agisse d'une opération moins agressive et moins délabrante que la chirurgie à ciel ouvert.

24 /

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES SUITE À CE TYPE DE CHIRURGIE ?

L'infection est rare mais peut être causée par le fait que des bactéries traversent la peau, par l'incision cutanée, et prolifèrent sous cette dernière. Le taux d'infection après une chirurgie de ce genre est de moins de 1 % et est même inférieur avec la chirurgie endoscopique qui est de nature moins invasive. Les problèmes de cicatrisation et la douleur postopératoire y étant associés sont également plus rares.

25 /

Y A-T-IL DES RISQUES DE LACÉRATIONS NERVEUSES ?

La lacération nerveuse, c'est-à-dire la section accidentelle d'un nerf, est une complication rarissime. Il est fondamental de choisir un chirurgien très expérimenté dans cette technique.

Le chirurgien prudent n'hésitera pas à opter pour la chirurgie ouverte chez les patients pour qui la chirurgie endoscopique n'est pas indiquée.

26 /

J'AI ENTENDU PARLER DE SYNDRÔME DE DYSTROPHIE RÉFLEXE OU ENCORE DE « CRPS » ? QU'EST-CE-QUE CELA SIGNIFIE ?

Le C.R.P.S. « Complex Regional Pain Syndrome » est un syndrôme complexe régional douloureux. Il s'agit d'une réaction amplifiée et disproportionnée du corps à un traumatisme douloureux comme par exemple le traumatisme chirurgical. C'est une complication très rare avec la chirurgie du doigt à ressaut et encore plus rare avec la chirurgie endoscopique puisque celle-ci est moins délabrante et moins agressive. Il importe que votre spécialiste de la main la reconnaisse rapidement pour la traiter adéquatement.

27 /
QU'EST-CE QUI EN EST DES RAIDEURS ? J'AI ENTENDU QU'IL FALLAIT FAIRE DE LA RÉÉDUCATION APRÈS LA CHIRURGIE.

La raideur après la chirurgie est essentiellement liée au processus de cicatrisation ; la fibrose cicatricielle. Elle peut être relativement importante selon le type de chirurgie pratiquée et la prédisposition de la personne opérée.

La raideur est très rare suite à la chirurgie endoscopique puisque le patient bouge immédiatement sans attendre la cicatrisation d'une plaie.

Il a moins mal donc il bouge plus précocement et de manière plus complète. Moins de cicatrices impliquent donc moins de fibrose et la raideur est donc exceptionnelle.

Il est rare qu'on ait besoin de rééducation après la chirurgie endoscopique, ce qui n'est pas le cas avec la chirurgie ouverte qui peut être suivie de plusieurs semaines de rééducation.

28 /
ET LES CICATRICES DOULOUREUSES AU NIVEAU DE LA MAIN ?

La chirurgie conventionnelle ouverte laisse souvent une cicatrice qui demeure hypersensible pendant des semaines dans une région très exposée soit, la paume de la main. La chirurgie endoscopique épargne complètement cette dernière.

29 /
QUEL GENRE DE CONVALESCENCE DOIS-JE PRÉVOIR ?

Selon la technique opératoire choisie et le nombre de doigts opérés, la durée de la convalescence varie entre quelques jours ou quelques semaines à plusieurs mois.

Suite à la chirurgie conventionnelle, vous devrez surélever votre main pendant plusieurs jours et réaliser des exercices de mobilisation des doigts, mais l'usage de la main sera limité pendant les premières deux à trois semaines. Les plaies doivent être protégées pour éviter les contraintes excessives, pouvant mener à une réouverture de plaie ou à une infection.

Après décompression par endoscopie, les patients peuvent conduire, s'habiller, manger, boire très rapidement c'est-à-dire immédiatement après la chirurgie dès la résolution de l'anesthésie locale.

La pratique sportive sera retardée en fonction du type d'activité. En ce qui concerne le vélo ou le golf, il faut compter environ deux semaines après l'endoscopie et environ six à huit semaines après la chirurgie conventionnelle.

Pour ce qui est des activités physiques lourdes comme faire des pompes (« push-up ») ou d'un travail physique (mécanicien, utilisation d'un marteau pneumatique etc…), il faut

compter quatre à six semaines avec la chirurgie endoscopique et trois à quatre mois avec la chirurgie classique.

30 /
EST-IL POSSIBLE DE RETOURNER AU TRAVAIL LA SEMAINE QUI SUIT LA CHIRURGIE ?

Les personnes ayant un travail relativement léger sur le plan physique vont pouvoir le reprendre très rapidement, au bout de 48 heures. En ce qui concerne les travailleurs physiques lourds, le temps de convalescence varie entre de deux à trois semaines. Quant à la chirurgie conventionnelle, les délais y étant associés sont significativement plus longs soit, de deux à trois mois.

31 /
DOIS-JE PORTER UNE ORTHÈSE APRÈS LA CHIRURGIE ?

Dans certains cas, il peut être nécessaire de porter une orthèse d'extension la nuit pendant deux à trois semaines s'il existe une contracture en flexion du doigt. Ceci est plus commun après la chirurgie conventionnelle parce qu'elle est plus invasive et mène donc à plus d'œdème et de fibrose cicatricielle.

La chirurgie a, en effet, créé une plaie interne dans le ligament qui doit cicatriser. Cette cicatrisation se fait par le biais la fibrose et les tendons pourraient avoir tendance à se prendre dans la cicatrice, ce qui limiterait leur mobilité et leur glissement.

Afin d'éviter ceci, il est important de bouger l'articulation rapidement et donc de ne pas porter d'orthèse.

32 /
QUELS SONT VOS SUGGESTIONS POUR CHOISIR LE MEILLEUR MÉDECIN ET QUELLES QUESTIONS UN PATIENT DOIT ABSOLUMENT LUI POSER ?

Premièrement, il est très important que le patient se sente dans une relation de confiance avec son chirurgien qui devrait idéalement être un chirurgien de la main. Il peut s'agir soit d'un chirurgien orthopédiste ou d'un plasticien ayant reçu une formation particulière en chirurgie de la main après sa formation chirurgicale générale. Afin d'optimiser les résultats obtenus, la pratique du chirurgien devrait être essentiellement consacrée à la chirurgie de la main, lui conférant ainsi une expertise dans ce domaine.

Tel que démontré par de nombreuses études, cette approche est garante des meilleurs résultats avec un risque de complication réduit au minimum.

QUEL EST L'ÂGE LIMITE POUR UN PATIENT QUI SOUHAITERAIT SE FAIRE OPÉRER ?

Il n'y a pas de limite d'âge. Le patient doit être apte à subir une courte intervention de quelques minutes sous anesthésie locale.

BIBLIOGRAPHIE

De la Parra- Marquez ML et al. Cir Cir. 2008, Jul-Aug; 76(4):323-7. Risk factors associated with trigger finger. Case-control study

Liu DH1, Tsai MW2, Lin SH3, Chou CL4, Chiu JW3, Chiang CC5, Kao CL6. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Dec;96(12):2120-7. Ultrasound-Guided Hyaluronic Acid Injections for Trigger Finger: A Double-Blinded, Randomized Controlled Trial.

Al Hasan Makkouk,1 Matthew E. Oetgen,2 Carrie R. Swigart,2 and Seth D. Dodds. Curr Rev Musculoskelet Med. 2008 Jun; 1(2): 92–96. Trigger finger: etiology, evaluation, and treatment

Dahabra IA1, Sawaqed IS. Saudi Med J. 2007 Jul;28(7):1065-7. Percutaneous trigger finger release with 18-gauge needle.

Fundamentals of Hand Therapy : clinical reasoning and treatment guidelines for common diagnoses of the upper extremity. Cooper, Cynthia. 295-297. 2007. Mosby Elsevier.

Rehabilitation of the Hand and Upper Extremity. Sixth edition. Skirven, Osterman, Fedorczyk, Amadio. 575-579. 2011. Mosby Elsevier.

POUR CONTACTER LES AUTEURS

Dr Jean Paul Brutus www.drbrutus.com
Nathalie Brisebois www.cpergotherapie.ca