

# Informations

## Fracture de doigt

Les lésions traumatiques des phalanges des doigts sont fréquentes, lors de la pratique du sport, chez les travailleurs manuels, mais également lors des activités quotidiennes courantes. En l'absence de traitement, ces lésions peuvent évoluer non seulement vers une déformation permanente de l'extrémité digitale, mais elles peuvent également parfois retentir sur l'ensemble de la fonction du doigt. Elles sont susceptibles d'entraîner une importante raideur en l'absence d'un traitement adapté ou en cas d'échec de celui-ci.

## LES FRACTURES

### Fracture de la première phalange :

Elles représentent un risque important de raideur. Les formes stables et strictement non déplacées peuvent être traitées sans opération par une immobilisation de 6 semaines (traitement "orthopédique" par gantelet ou attelle de THOMINE).

Les formes instables ou déplacées doivent être opérées. L'intervention est le plus souvent réalisée par un simple brochage "percutané", c'est à dire sans ouvrir le doigt. Rarement, il est nécessaire d'avoir recours à des vis ou des plaques. L'opération est également suivie d'une immobilisation mais qui peut généralement être plus courte qu'en cas de traitement orthopédique.

La rééducation doit être longue et bien suivie, afin de limiter le risque de raideur. Par la suite, en cas d'enraidissement résistant à la rééducation, et peut proposer une opération de libération des tendons voire des articulations (ténolyse voire ténoarthrolyse), afin de détruire les adhérences et de faciliter leur coulissement.

### Fracture de la deuxième phalange :

Elles sont souvent accessibles à un traitement non chirurgical par simple attelle pendant 3 à 4 semaines. Au delà, le risque d'enraidissement prédomine sur le bénéfice de maintenir l'immobilisation. Néanmoins la fracture n'est pas encore solide et la prudence est de rigueur jusqu'au troisième mois, délai auquel les prises de force sont autorisées.

M....., le ..../..../.....

*Fiche conçue pour fournir un support et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. Seule, l'information orale peut être adaptée à chacun, à sa demande. Elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée.*

\_\_\_\_\_ D<sup>r</sup> Christian LEONARDI

En cas de déplacement important ou si la fracture est articulaire, il existe un important risque de raideur, et un geste chirurgical est nécessaire.

Par la suite, en cas d'enraidissement résistant à la rééducation, et peut proposer une opération de libération des tendons voire des articulations (ténolyse voire ténoarthrolyse), afin de détruire les adhérences et de faciliter leur coulissement.



**Le diagnostic** Le diagnostic est principalement clinique. Le patient rapporte la notion d'un traumatisme du doigt. La traduction clinique est variée ce qui nécessite un examen clinique systématique et comparatif. Le diagnostic est évident devant une déformation caractéristique, une douleur, un œdème. Cependant en l'absence de déformation ou d'autres signes la radiologie est systématique avec des clichés interprétables de face, profil strict, 3/4. Le scanner, l'I.R.M. ont une place restreinte, avec des indications ponctuelles.

Une radiographie est obligatoire pour évaluer l'existence d'une fracture et ses caractéristiques : taille du fragment osseux, déplacement, existence d'une lésion articulaire, d'une subluxation palmaire ou dorsale d'une articulation de voisinage... ..

## QUEL TRAITEMENT ?

Les techniques sont nombreuses et leur choix affaire et une affaire d'école et d'expérience. Les traitements engagés ont pour but d'axer le doigt et de permettre une récupération de la mobilité rapide et intégrale. Pour cela il faut préserver ou restaurer l'anatomie et privilégier :

- la stabilité pour le pouce
- la mobilité pour les doigts longs

Le traitement répond à quelques principes de base

Mieux vaut un traitement orthopédique qu'un traitement chirurgical inadapté. Quel que soit le traitement choisi, aller au bout de la prise en charge : c'est toute l'importance de la surveillance d'un traitement orthopédique et de la rééducation d'un traitement chirurgical !

Indications schématiques

- fracture déplacée ou instable : traitement chirurgical
- fracture non déplacée : traitement orthopédique

**Le traitement conservateur** Le traitement doit aboutir à la consolidation osseuse en conservant sa longueur exacte, son axe. Pour cela, il n'est pas indispensable de réaliser une intervention chirurgicale : il suffit que les deux extrémités soient maintenues au contact pendant toute la durée de la consolidation.

Une simple attelle, un gantelet plâtré en bonne position maintenant le doigt suffit. Mais il faut maintenir cette position pendant l'obtention d'une "certaine consolidation", c'est à dire un mois environ. L'attelle doit être conservée parfaitement en place et en permanence pendant la période prescrite. Elle obéit à des règles communes à la quasi totalité des fractures des doigts. Il faut adopter une position de tension ligamentaire et de détente des intrinsèques.

En cas de traitement orthopédique, la réduction millimétrique n'est pas impérative. La surveillance du traitement est essentielle et fait partie du « contrat thérapeutique ». Elle est à la fois clinique et radiographique jusqu'à consolidation (3 à 4 semaines.) , jusqu'à stabilisation fonctionnelle. Il ne faut pas pour autant multiplier les radiographies.

**Quels résultats attendre du traitement conservateur ?** Le traitement conservateur donne, dans l'ensemble, des résultats corrects sans être éblouissants. Les critères espérés sont les suivants : Flexion normale, extension active normale, pas de douleurs et patient satisfait.

Objectivement, tous les malades se plaignent d'inconfort. On peut observer une diminution de la flexion, une extension incomplète.

Certains patients se plaignent de douleurs légères, au froid en particulier.

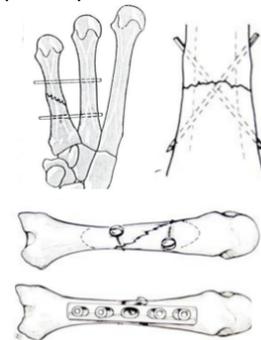
On peut rencontrer une pseudarthrose, ou pincement articulaire, une subluxation articulaire ou des signes discrets d'arthrose en cas de fracture associée. Toutefois la qualité du remodelage articulaire a également été souligné par de nombreux auteurs et justifient, pour la plupart, une attitude conservatrice.

Les causes possibles d'échecs du traitement conservateur sont : un traitement trop tardif avec interposition d'un cal fibreux empêchant la réduction, une consolidation avec déformation du doigt, une luxation intra-articulaire de l'extrémité proximale qui entraîne une récurrence immédiate à l'arrêt de l'attelle.

**Le traitement chirurgical ?** Traitement chirurgical nécessite 3 étapes essentielles :

- réduction
- contention
- rééducation

**Quelles sont les techniques possibles ?** De nombreuses techniques d'ostéosynthèse sont possibles. Elles utilisent les vissages, broches, plaque vissée, fixateur externe . . . Il faut parfois y associer une contention orthopédique, une attelle, une orthèse.



La lutte contre l'œdème ++ est importante, car celui-ci diminue la mobilité, infiltre les tissus, engendre une sclérose, adhérences tissulaires. La surélévation de la main, la mobilisation précoce (patient, kinésithérapeute des segments digitaux) sont des facteurs de lutte contre cet œdème.

La rééducation est indissociable de tout traitement en pathologie traumatique de la main. Absente ou mal conduite , cela aboutit alors souvent à une **raideur**

**Quels résultats attendre du traitement chirurgical ?** L'objectif est de privilégier la stabilité pour le pouce et la mobilité pour les doigts longs. Mieux vaut un traitement avec réduction imparfaite et un doigt mobile, qu'un doigt raide, parfaitement réduit. Les critères espérés sont les suivants : flexion normale, extension active normale, pas de douleurs et patient satisfait.

## QUELLES SONT LES COMPLICATIONS

**Tout acte opératoire comporte des risques et la présence de maladies associées peut majorer ces risques. La liste suivante n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.**

### Quels sont les principaux inconvénients et risques précoces éventuels de l'intervention ?

**Les risques liés à l'anesthésie** générale ou régionale vous seront expliqués par le médecin anesthésiste lors de votre consultation.

**l'hématome** ou épanchement de sang dans les tissus situés autour de la zone opératoire. Cet épanchement peut être minime et bien soulagé par le « glaçage » de la main opérée. Il peut être excessif et nécessiter exceptionnellement une intervention pour l'évacuer.

**Le risque infectieux** est une complication exceptionnelle mais grave. Ce risque infectieux est un peu plus important si vous avez des facteurs de risques particuliers. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection. Vous courez plus de risque de contracter une infection si votre système immunitaire est affaibli.

Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient. La clé réside donc dans la prévention. L'infection peut commencer dans le site opératoire pendant la chirurgie (Infections sur les broches), à l'hôpital ou lorsqu'une bactérie provient d'une autre partie de votre organisme. Une infection peut survenir tardivement.

Cela impose le plus souvent une ré-intervention (pour nettoyer la zone opératoire) et la prise prolongée d'antibiotiques.

**Les ennuis cicatriciels** : les cicatrices sont exposées aux désunions de la cicatrice, nécroses (mort de la peau). Cela peut nécessiter une nouvelle intervention pour reprendre la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau, un lambeau cutané (plastique cutanée). Cette complication est plus ou moins grave en fonction de son étendue et de sa localisation. Elle doit être traitée rapidement pour éviter l'infection.

D'autres troubles de la cicatrisation peuvent apparaître : cicatrices larges, hypertrophiques, ou chéloïdes. Chacune peut nécessiter un traitement propre.

**Les troubles sensitifs.** Il s'agit d'une complication qui touche les nerfs situés près de la zone opératoire qui peuvent souffrir lors des manipulations ou plus rarement à une section partielle ou totale. Cela se traduit souvent par des anomalies de la sensibilité, des sensations de fourmillement, de brûlure, de frôlement désagréable ... Les branches sensitives cutanées sont particulièrement exposées.

Par contre, une sensation moindre ou une hypersensibilité transitoire sur un des doigts concernés peut être observée.

Habituellement, la symptomatologie régresse, mais la récupération peut demander plusieurs mois. Les lésions permanentes sont rares et peuvent nécessiter un traitement spécialisé, une nouvelle intervention.

**Une blessure accidentelle des tendons.** Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les tendons situés près de la zone opératoire. Il peut y avoir très exceptionnellement des ruptures secondaires, à distance de l'intervention. Elle peut justifier une immobilisation ou un geste chirurgical complémentaire.

**Un œdème.** Il se peut que la main opérée soit enflée pendant les premières semaines qui suivent la chirurgie. Pour aider à réduire l'enflure, élevez le membre opéré dans la mesure du possible. L'œdème va persister quelques mois après l'intervention.

### Les complications générales

☞ **Les complications cardiovasculaires.** Les deux complications cardiaques postopératoires les plus courantes sont la crise cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Le stress de la chirurgie peut causer une crise cardiaque chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne, laquelle peut avoir entraîné ou non des symptômes avant la chirurgie. Assurez-vous de parler de votre santé cardiovasculaire au chirurgien et à l'anesthésiste et de suivre leurs directives.

☞ **Un délire postopératoire.** Parfois, les personnes âgées vivent une période de confusion ou de délire après une chirurgie. Il se peut qu'elles agissent ou qu'elles parlent de façon anormale. Par exemple, il est possible qu'elles commencent à oublier des choses, qu'elles soient confuses, ou encore qu'elles voient, qu'elles entendent ou qu'elles croient des choses qui n'ont aucun sens. Le délire disparaît généralement en quelques jours, mais, à l'occasion, il subsiste pendant quelques semaines. De façon générale, il est attribuable à plus d'une cause. Les effets secondaires des anesthésiques et des

médicaments, le manque de sommeil, la douleur, l'infection, le sevrage d'alcool, la constipation et un faible taux d'oxygène font partie des causes courantes de délire. L'équipe soignante cherche et corrige la cause du délire dans la mesure du possible.

- ☞ **Une rétention urinaire.** L'incapacité à uriner est un problème très fréquent après tout type de chirurgie. On règle le problème en insérant une sonde dans la vessie pour évacuer l'urine. Il peut rester en place pendant plusieurs jours ou être retiré immédiatement après qu'on ait vidé la vessie.
- ☞ **Des nausées.** Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.
- ☞ **Des réactions allergiques.** Les médicaments que l'on vous a prescrits peuvent causer des réactions allergiques. Les réactions à la pénicilline, aux sulfamides et à la codéine sont les plus courantes. Elles peuvent varier d'une éruption cutanée légère à une réaction grave. N'oubliez pas d'avertir votre médecin si vous avez déjà présenté une réaction allergique. Si vous croyez que vous avez une réaction allergique, informez-en le médecin immédiatement.

### Quels sont les principaux inconvénients et risques tardifs éventuels de l'intervention ?

**L'algoneurodystrophie ou algodystrophie** est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris, responsable de douleurs, de gonflement et pouvant aboutir à une raideur de l'articulation, et des articulations du voisinage.

Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur.

**La persistance des troubles sensitifs** peuvent survenir. Les hypersensibilités au froid sont fréquentes.

**Des douleurs peuvent persister** Dans de rares cas, certaines personnes peuvent continuer à souffrir alors qu'il n'y a pas d'explication, aucune cause évidente décelée, et que tout est satisfaisant sur les radiographies. Cela peut aboutir à une non utilisation du doigt

**La raideur** Une raideur temporaire peut être observée et peut s'améliorer plus de 6 mois après. Une diminution séquellaire de la mobilité du doigt n'est pas rare, avec une perte de flexion ou d'extension plus fréquente après chirurgie. La persistance d'une déformation, malgré le traitement, signe une perte de l'extension. Cette situation survient fréquemment.

**Les dystrophies unguéales** Imprévisibles et d'apparition retardée, elles sont dues au retentissement de la rupture du tendon sur la matrice très proche.

**Déformations** L'évolution spontanée des lésions, en l'absence de traitement, se fait vers la rétraction des tendons et des structures périphériques. Cela induit un cal vicieux, une angulation, une rotation anormales.

**Une diminution de la force** La force reste souvent limitée pendant plusieurs mois.

**Court-on un risque vital ?** Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime. Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins important. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

Si l'équipe médicale vous propose cette intervention, c'est que le bénéfice attendu est incomparablement supérieur aux risques encourus. **RASSUREZ-VOUS!** Votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

### EN RÉSUMÉ

Un traitement simple est habituellement nécessaire et suffisant, car il ne faut pas aggraver les lésions. La surveillance régulière, la lutte contre l'œdème, la mobilisation précoce permettent de diminuer les risques de raideur.

**Quelques questions** que vous devez vous poser ou demander à votre chirurgien avant de vous décider

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?

Y a-t-il d'autres solutions pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience? Quel est le temps opératoire? Quelle est la durée de l'hospitalisation?

Aurai-je beaucoup de douleurs? Comment la traiter?

Quels sont les risques et/ou complications encourus?

Quels sont mes bénéfices à être opéré et quel résultat final puis-je espérer?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives? Quelle sera la durée de ma convalescence?

Me recommandez-vous un second avis?

Date et signature du patient (e) : .....